UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERECTORADO ACADEMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

PROPUESTA DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

Diseño de un modelo de atención en salud de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello, por:

Dianora C. Navarro A.
CI: V-4.975.607

Como requisito parcial para optar al grado de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

Realizado con la Tutoría de la profesora: Dra. Beatriz Narváez

Caracas, noviembre 2011

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a la Virgen María por mantener mi espíritu firme y abierto a los cambios para la realización de este trabajo.

Agradezco a mi esposo e hijos por aceptar las horas dedicadas a la investigación, que restaron tiempo para estar juntos y disfrutar de la vida.

Agradezco a la Profesora Beatriz Narváez por aceptar ser mi tutora y guía en la tesis y el aporte que efectuó durante la elaboración de la tesis y sus acertadas sugerencias para la culminación con éxito del trabajo.

Agradezco también al Profesor Augusto Peñaloza por aceptar ser mi Asesor en la tesis y cuya orientación fue fundamental en la elaboración de la misma.

LISTA DE ACRONIMOS Y SIGLAS

ABN: Agencia Bolivariana de Noticias

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CLAD: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo

HMPC: Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño

IPASME: Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación

IPSFA: Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas

IVSS: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales

MIC: Ministerio de Comunicación e Información

MSAS: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

MSDS: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

MPPS: Ministerio del Poder Popular para la Salud

MINSAL: Ministerio de Salud de Chile

PDESN: Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Humana

SPNS: Sistema Público Nacional de Salud

SUS: Sistema de Salud, Brasil

UGNP: Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica

INDICE GENERAL.

	p.p
AGRADECIMIENTOS	ii
LISTA DE AGRONIMOS Y SIGLAS	iii
INDICE GENERAL	iv
INDICE DE GRAFICOS	vi
INDICE DE TABLAS	vii
INDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN.	ix
INTRODUCCION	11
CAPITULO I. PROBLEMA	12
1.1) Planteamiento del Problema	12
1.2) Interrogantes de la Investigación	17
1.3) Objetivos de la Investigación	18
1.4) Justificación e Importancia	19
CAPITULO II. MARCO TEORICO	22
2.1) Antecedentes de la Investigación	22
2.2) Bases Legales	34
2.3) Bases Teóricas	40
CAPITULO III. MARCO ORGANIZACIONAL	44
3.1) Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica	44
3.1 .1) Reseña Histórica	44
3.1.2) Análisis de la Unidad y Bases Teóricas	45
CAPITULO IV. MARCO METODOLOGICO	48
4.1) Tipo y Diseño de la Investigación	48
4.2) Población y Muestra	50
4.3) Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	51
4.4) Validación de instrumentos	53
4.5) Procedimiento	55
4.6) Consideraciones éticas	57
CAPITULO V. RESULTADOS Y ANALISIS	58
5.1) Resultados y análisis, trabajo de campo, elementos del modelo de atención	58
5.2) Resultados trabajo de campo, análisis de entrevistas de opinión a expertos.	62
5.3) Resultados y análisis, trabajo de campo, cuestionario auto-administrado	65
5.4) Análisis DOFA del modelo de atención actual de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica y del propuesto por el Sistema Público Nacional de Salud	79

5.5) Resultados y análisis, parte documental de la investigación. 80
CAPITULO VI. LA PROPUESTA DE DISEÑO 95
6.1) Título 95
6.2) Alcance del modelo 95
6.3) Definición del Modelo de Atención. 96
6.4) Objetivos del modelo 96
6.5) Componentes del modelo de atención de salud de la UGNP 97
CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 106
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 110
ANEXOS 117
Anexo A. Composición del sector Salud en Venezuela 118
Anexo B. Representación de entrada, proceso y salida de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, HMPC. 119
Anexo C. Lista de chequeo. Valores, principios, características y elementos del modelo de atención estudiado. 120
Anexo D. Entrevistas a Expertos. 121
Anexo E. Cuestionario 123
Anexo F. Modelo Atención Primaria existente y Modelo Barrio Adentro. 125

INDICE DE GRAFICOS

	p.p
Grafico 1. Características epidemiológicas del personal, Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica	66
Gráfico 2. Respuestas a pregunta 1 del cuestionario sobre equidad, accesibilidad, gratuidad y solidaridad en la prestación de servicio, consulta de gastroenterología.	67
Grafico 3. Respuestas a pregunta 2 sobre atención integral como unidad biopsicosocial.	68
Gráfico 4. Respuestas a pregunta 3 sobre modelo de atención actual y resolución de enfermedades gastrointestinales y asociadas.	69
Gráfico 5. Respuestas a pregunta 4 sobre modo de ingreso para evaluación en la Unidad.	70
Gráfico 6. Respuesta a pregunta 5 sobre si la Unidad debe formar parte del Sistema de Referencias y Contrareferencia para atención del paciente.	71
Gráfico 7. Respuestas a preguntas 6 sobre si un nuevo modelo de atención de salud puede hacer énfasis en la proporción, prevención de enfermedades, protección, atención y rehabilitación de la salud.	72
Gráfico 8. Respuesta a pregunta 7, sobre la participación de la comunidad con el equipo médico en trabajo conjunto para lograr los objetivos sanitarios.	73
Gráfico 9. Respuestas a pregunta 8 sobre el programa informativo de la Unidad	74
Gráfico 10. Respuesta a pregunta 9 sobre el modelo de atención actual de la Unidad y programación de consultas.	75
Grafico 11. Respuesta a pregunta 10 sobre si con el modelo de atención actual en la Unidad se puede incrementar la resolución ambulatoria de enfermedades gastrointestinales.	76
Gráfico 12. Respuesta a preguntas 11 sobre si la Unidad para integrase al Sistema Público Nacional de Salud amerita reprogramar el modelo de atención con respecto a actividades diarias y tipo de consulta.	77
Gráfico 13. Respuestas a preguntas 12 sobre si la Unidad puede introducir un sistema de apoyo como parte del modelo de atención en la red del Sistema Público Nacional de Salud.	78

INDICE DE TABLAS

p.p

Tabla 1. Lista de chequeo. Valores, principios y características del modelo de atención estudiado en relación al propuesto por SPNS. 58

Tabla 2. Análisis DOFA. Modelo de Atención Actual de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica y el Propuesto por SPNS 79

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representación grafica del modelo de atención en salud.

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERECTORADO ACADEMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

Diseño de un modelo de atención en salud de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

Autor: Dianora C. Navarro A.
Tutor: Beatriz Narváez
Año: 2011

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo general proponer el diseño de un modelo de atención en salud, que pueda ser aplicado en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, es una modo de prepararse, para los cambios que se están presentando en el sector salud, con la propuesta de un Sistema Publico Nacional de Salud en Venezuela. La Unidad objeto de estudio, es un servicio de salud subespecializado dentro de la institución que proporciona atención médica en el área clínica con equipos de alta tecnología a pacientes pediátricos que asisten de manera: ambulatoria, de emergencia o que sean hospitalizados. Por ello, se requiere de la revisión de su funcionamiento, tomando como base el modelo de atención que se brinda. Para lograr el objetivo planteado, se determinó cuales son los valores, principios, características y elementos que conforman el modelo de atención estudiado, como parte de un hospital tipo IV, y cuales son las características del nuevo sistema para incorporarlas al diseño. Debido a la naturaleza mixta del diseño de investigación, se utilizó la técnica de recolección de información a través de la observación directa, entrevista de opinión estructurada con preguntas abiertas y un cuestionario auto-administrado. Para la parte documental, se aplicó la técnica de análisis de contenido. Finalmente, con el diseño de modelo de atención recomendado se espera lograr una mayor cobertura, sistematización en el sistema de referencia y contrareferencia y conexión con la red del sistema de salud

Descriptores: modelo, atención en salud, sistema público nacional de salud, referencia, contrareferencia, Red Barrio Adentro.

INTRODUCCION

El modelo de atención en salud en Venezuela ha soportado varias reformas y modificaciones. La aprobación de una nueva constitución en 1999, consagra a la salud como un derecho fundamental y se propone la reestructuración del sistema de salud a través de la aplicación de un nuevo modelo de atención integral a la población y la creación de un Sistema Público Nacional de Salud.

Los hospitales tipo IV, según la clasificación de los establecimientos médico asistenciales (Gaceta Oficial N° 32.650, del 21 de Enero de 1983), pasaran a ser en el nuevo Sistema de Redes Públicas de Atención en Salud, los denominados Hospitales del Pueblo, en la red Barrio Adentro, y funcionaran como una organización de servicios de salud, docente y de investigación, bajo la modalidad ambulatoria, urgencias y hospitalización. La Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica ubicada en un hospital tipo IV, ofrece atención especializada y subespecializada para niños y adolescentes, recibirá dotación y remodelación de su área física en concordancia con lo estipulado en ley que ordena la remodelación de hospitales, como parte del Sistema Público Nacional de Salud, por lo que debe prepararse ante los cambios que en el sector sanitario se están dando.

Revisar los modelos de atención en salud y diseñar un modelo adaptado a la nueva realidad de este sector, permitirá realizar una consulta médica gastroenterológica más efectiva, categorizada de acuerdo a prioridades (ordinaria o de rutina, preferente o

prioritaria, emergencia) donde el paciente sea el centro de la intervención, con un acceso equitativo a la salud, y mejor sistema de referencias y contrareferencia

Este proyecto de investigación, se ha estructurado según el Instructivo Integrado para Trabajos Especiales de Grado, de esta universidad (Velasco y Guillen, 2009), por lo que en el capítulo I, se hace el planteamiento del problema, con la descripción del modelo de atención actual y el nuevo, sus características, y en especial la identificación de los aspectos del modelo de atención que se deben modificar o adicionar en el modelo de atención de la Unidad para lograr el diseño de un modelo de atención en salud de la Unidad para incorporarlo a la propuesta de un nuevo Sistema Publico Nacional de Salud en Venezuela.

En el capítulo II, se hace mención a los procesos de reforma en el sector salud que se han dado en Venezuela y los distintos modelos de atención presentes en cada etapa. En forma paralela se hace referencia a algunos modelos de atención en Latinoamérica, se revisan algunos trabajos publicados, tesis, bases teóricas y legales que tiene relación con la investigación y le dan sustento. En el capítulo III se realiza un análisis de la Unidad, lo cual contribuye al mejor entendimiento del problema planteado para la elaboración del diseño del modelo de atención. En el capítulo IV se describe la metodología a seguir, bajo la proposición de que se trata de una investigación aplicada, de diseño no experimental y mixto (campo y documental). El capitulo V, contendrá los resultados y análisis del trabajo documental y de campo. De la misma forma, el capitulo seis estará conformado por las conclusiones y recomendaciones, y el capítulo siete la propuesta de diseño de modelo de atención en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Por ultimo, las referencias revisadas para el apoyo teórico de la investigación.

CAPÍTULO I.

1.- PROBLEMA

1.1) Planteamiento del Problema.

En el análisis de las políticas de salud (Sánchez y cols., 2001) y en la descripción del perfil de salud en Venezuela realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2001 se menciona las transformaciones que se han producido en el sector salud a lo largo de la historia del país. Los primeros sesenta años del siglo XX dieron paso a la construcción de la institución sanitaria venezolana, este periodo se caracteriza por la resolución de los problemas sin la existencia de una política de salud y saneamiento. La Ley de Sanidad Nacional promulgada en 1938, estableció lo relativo a la sanidad y a la asistencia social, y centralizaba las decisiones a nivel nacional en detrimento de las provincias, con interés por la atención preventiva y en menor proporción por la curativa; ya para 1961, la Constitución Nacional [1] recoge la tendencia de plantear la salud como derecho de todo ciudadano y le asigna al Ministerio la atribución específica de definir las políticas en el sector.

En el periodo 1983-87, la Ley Orgánica del Servicio Nacional de Salud [2],

[1] Constitución de la República de Venezuela. Gaceta Oficial 1961;(662 Ex):23.
[2] Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Palacio de Miraflores, en Caracas, a los veintitrés días del mes de junio de mil novecientos ochenta y siete

intenta la integración de las principales instituciones de salud del país: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación (IPASME), Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA). Esta norma no llegó a instrumentarse por un contexto político debilitado para imponer visiones centralizadoras de la gestión pública (González, 2001). Posteriormente, comienza el proceso de descentralización de la salud (1988-1999), se fracciona el financiamiento público, y se implantan mecanismos de prestación de servicios públicos de salud, no compatibles con el desarrollo institucional del sector público, se excluye a los estados y se coarta la posibilidad de construir un sistema intergubernamental de salud (Homedes y Ugalde, 2005). Se introduce un cambio con la nueva constitución venezolana [3], en 1999, se propone la reestructuración del sistema de salud a través de la aplicación de un nuevo modelo de atención integral a la población y a la creación de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS).

En ese periodo anteriormente señalado, el país se encuentra en un periodo de transición donde funcionan dos sistemas de salud, el sistema convencional y él nuevo, desde el punto de vista económico un sistema público y otro privado. El sistema convencional que será sustituido esta conformado por una red de ambulatorios rurales y urbanos, y hospitales clasificados en cuatro tipos según la complejidad de servicios que ofrece al usuario. En el Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud [4] (2002), se contempla que el nuevo modelo de atención de salud este organizado en redes según niveles, líneas de atención y grados de

[3] Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Caracas, Marzo 2000. Gaceta Oficial, N° 5.453, del 24-3-2000.

[4] Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud. En segunda revisión por la Subcomisión de Salud de la Asamblea Nacional.

complejidad, con responsabilidad frente a sus territorios sociales, poblaciones y metas de salud. Las puertas de entrada al sistema son la red de atención primaria y la red de emergencias, y el acceso a las otras redes solo es posible por medio de referencia médica. Estas redes son: Red Primaria con Consultorios Populares, Centros Diagnósticos y Salas de Rehabilitación; Red Secundaria con Clínicas Populares y Centros de Alta Tecnología, Hospitales del Pueblo y una Red Terciaria con los denominados Hospitales del Pueblo (MPPS, 2003).

Por otra parte, el nuevo modelo de atención hace énfasis en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, participación de las comunidades organizadas y el fortalecimiento de los establecimientos del primer nivel de atención (Rincón y Rodríguez, 2004). Lo que la investigadora ha observado actualmente, y que considera es, por razones culturales en Venezuela, la búsqueda de la población de atención sanitaria en redes más complejas con menor asistencia a la red primaria. Por lo tanto la finalidad que se persigue es organizar la oferta de servicios de salud en redes donde los consultorios populares sean el eje central e integrador de la atención de salud, del cual emergerá el uso del sistema de referencia y contrareferencia en función de la necesidad, la oportunidad y la complejidad necesaria (OPS, 2006). A su vez, se quiere promover la organización de los servicios en función de las necesidades de las personas, las familias y la comunidad, lo que persigue superar la atención fragmentada y reducir las oportunidades perdidas. Toda persona que acuda a la red ambulatoria de cualquier edad, sexo u hora, debe recibir los servicios preventivos que requiera, aunque no los esté solicitando (Feo y Vega, 2006).

El modelo de atención en salud es definido como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que

al paciente o a la enfermedad como hechos aislados a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. Los objetivos de este modelo son acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar las acciones de promoción y prevención, e incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación. Entre sus elementos se destacan: una atención centrada en las personas, accesibilidad tomando en cuenta los aspectos geográficos, tiempo y recursos económicos; integralidad, continuidad, calidad, uso de tecnología adecuada y gestión del recurso humano.

Existen diversas definiciones sobre Modelos de Atención Integral de Salud, se selecciona el de Rincón y Rodríguez, (2004, 526), quien expresa lo siguiente:

> ...son las políticas y estrategias de la organización sanitaria; la concepción que se tiene de la salud-enfermedad en la población; la importancia que se le atribuye a los componentes de la salud-enfermedad y la concepción de cómo participa la comunidad en el proceso sanitario Entre los objetivos mas resaltantes del Modelo de Atención Integral se registra el aseguramiento de los servicios de promoción, protección, atención y rehabilitación en términos oportunos y adecuados para toda la población; responder a las necesidades de salud de los grupos.

Esta concepción difiere de la manera de atención en el modelo convencional (anterior o vigente), que ha sido considerado burocrático, que acentúa la medicina curativa sobre la preventiva, y donde se observa el abandono de atención en el primer nivel ya que se prioriza las especialidades; así mismo son observados diversos grados de exclusión y problemas de acceso a la salud. Además, posee mecanismos de referencia y contrareferencia débiles, con un alto peso normativo y en el cual, el

hospital es el centro del sistema (Ávila, 2001). En este contexto se espera la interconexión entre los niveles de atención denominados en el proyecto como Programa ó Misión Barrio Adentro a nivel nacional como Barrio Adentro I, II, III Y IV (Briggs y Mantinni-Briggs, 2007). Otro aspecto a considerar es el referido en la investigación sobre la gestión del programa Barrio Adentro, en el estado Zulia, las autores señalan el intento por instaurar un nuevo SPNS en Venezuela, el cual ha confrontado grandes dificultades de tipo político, organizativos, económicos, culturales, entre otros y que a pesar de ello, no se puede dejar de reconocer los avances que en materia de salud pública se ha dado. Concluyen, Barrio Adentro se ha desarrollado bajo un estilo de gestión, paralelo a las formas tradicionales de afrontar la organización de los sistemas de salud (Rincón y Rodríguez, 2007), por ende, también existe un sistema paralelo de atención en salud.

La Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (UGNP) del hospital, es un servicio de salud subespecializado, requiere personal con experticia en la evaluación y manejo clínico de niños con enfermedades gastrointestinales y uso de recurso tecnológicos especiales, respuesta en las ínter consultas de médicos generales y especialistas. Por otra parte, para acceder a este servicio los usuarios deberán ser remitidos por médico general, pediatrías y a veces por particulares, quienes solicitan el servicio. La institución se encuentra enfrentando los cambios en salud, es un hospital que por sus características se encuentra enmarcado en el tercer nivel o Red terciaria, lo que es decir a Barrio Adentro III como hospital altamente especializado y la Unidad requiere adecuarse a la transformación del sector salud, con el fin de mejorar su cobertura, el sistema de referencia y contrareferencia en la conexión con la red del sistema de salud, el tipo de consulta, el proceso de atención y la evaluación de competencias y capacitación de personal para el desempeño optimo de su labor. Actualmente, la Unidad se encuentra atiborrada de referencias no canalizadas para

atención a través de consultas de rutina, así como de emergencias ambulatorias procedentes del mismo hospital o de otros hospitales del área metropolitana o del interior del país, sea porque no cuentan con el servicio especializado o atención en la gastroenterología pediátrica funciona con deficiencias diversas, lo cual ocasiona dificultades y retardo en la atención de pacientes en la consulta y en los distintos servicios de hospitalización que requieren atención integral con diagnóstico oportuno en corto plazo.

De la situación planteada, se desprende, que la Unidad y el hospital continúan funcionando bajo esquemas organizativos aislados, se debe afrontar los cambios y generar propuestas que impacten a la organización, la comunidad y al país. Por lo que ante la transformación que se propone en la atención de salud venezolana es importante que participemos y nos adelantemos a determinar cuales son los elementos que la formaran y permitirán en un futuro, el diseño de un modelo de atención en la Unidad, que pueda adaptarse a la realidad del sector salud y a las propuestas del SPNS.

1.2) Interrogantes de la Investigación.

¿Cuales son los elementos del modelo de atención en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica que actualmente se aplica en el hospital Dr. Miguel Pérez Carreño?

¿Cuales son los elementos del modelo de atención del nuevo Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela que ha sido propuesto?

¿Cuales son los elementos del modelo de atención actual en la Unidad que deben modificarse para adaptarse al nuevo Sistema Público Nacional de Salud propuesto?

¿Cuales son los elementos del modelo de atención que deben incluirse en el diseño para adaptar a la Unidad al nuevo Sistema Público Nacional de Salud propuesto?

1.3) Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Diseñar un modelo de atención en salud de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

Objetivos Específicos

- Describir las características del modelo de atención actual que se aplica en la Unidad de Gastroenterología del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

- Determinar las características del modelo de atención que se propone para el Sistema Público Nacional de Salud especialmente lo correspondiente a los servicios hospitalarios especializados.

- Estudiar el marco legal vigente y en discusión con respecto al modelo de atención en salud en Venezuela.

- Recomendar un modelo de atención para la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño ajustado a las

necesidades del servicio y a la propuesta del Sistema Público Nacional de Salud.

1.4) Justificación e Importancia.

Se ha mencionado el periodo de transición en que se encuentra la atención en salud en el país, en especial por la mora en la adecuación del marco legal de salud al nuevo marco constitucional, el cual tiene más de seis años. En forma paralela a esta situación de crisis en el sector salud, se suma la polarización política y social del país, y la inconformidad del gremio médico con resistencia al proceso de transformación, debido a que el recurso humano, sus expectativas, oportunidades de trabajo y su opinión sobre los cambios a nivel de la asistencia médica, han estado ausentes de la agenda política de las reformas del sector salud y de las decisiones estratégicas, a pesar de ser un factor clave en la reforma. De allí el abordaje del tema, por considerar la importancia que tienen los médicos y servicios hospitalarios en aporten soluciones, con la finalidad de garantizar el derecho a la salud de la población, mediante la atención médica integral, incorporada a la política nacional y particularmente la que esta dirigida a grupos y sectores sociales históricamente más excluidos y vulnerables.

En la cobertura de los servicios de salud a nivel nacional, existen grandes diferencias, y cuenta con pocos centros de atención para niños en enfermedades gastrointestinales. La mayoría de las instituciones que brindan el servicio se encuentran ubicadas en el área metropolitana o región capital. En Caracas, la Unidad es un servicio de referencia local y nacional para la atención de niños dichas patologías, al igual que los Servicios de Gastroenterología Pediátrica del Hospital de Niños, JM de los Ríos y del Hospital General del Oeste, Dr. José Gregorio Hernández. En estos tres centros

además de la atención a los pacientes, funcionan los Postgrados de especialización en el área. En cuanto al personal, con 3, 7 y 2 médicos pediatras gastroenterólogos (subespecialistas) y 5, 9 y 3 Pediatras, como residentes de Postgrados en formación respectivamente.

Existen, también en Caracas, otras instituciones públicas que prestan un servicio de gastroenterología infantil, más limitado tanto en cobertura como en horario, atendido por un solo médico en el hospital Dr. Jesús Yerena y el hospital pediátrico Dr. Elías Toro, ambos en el oeste de la ciudad, al sur-este en el hospital Dr. Domingo Luciani, en el Llanito y en el centro en el hospital Universitario de Caracas. En el resto del país, se encuentran dispersos pocos centros públicos conformados como servicios de atención especializada en gastroenterología infantil con limitaciones en cobertura, equipos endoscópicos y horarios, algunos sin servicio de emergencia en las ciudades de Maracaibo, Valencia, Cuidad Bolívar, Cumaná, Mérida y Barquisimeto.

En medio de los cambios se presentan grupos de población que carecen de acceso al servicio de salud especializado o tienen un acceso muy restringido, condicionando retardos en la atención y colapso de los mismos. Dado que se persigue mejorar la cobertura y accesibilidad de la atención del paciente, con eficiencia se considero necesario e importante diseñar un modelo de atención que admita la incorporación adecuada de la Unidad ante el SPNS propuesto que permitirá el acceso equitativo de la población a este servicio.

Con el desarrollo de un nuevo modelo de atención con la creación de un SPNS, se hace necesario el análisis de las propuesta en el sector, con la finalidad de evaluar las

ventajas y desventajas de los modelos, así como su pertinencia dado que en la actualidad el sector se encuentra en crisis, está constituido por un sub-sector público, integrado por múltiples instituciones que operan de forma no integrada, centralizada y desconcentrada, y por el sub-sector privado, que atiende una buena parte de la población. A esto, se suma la dualidad de atención (el viejo sistema y la red del Programa Nacional Barrio Adentro). Por lo que la investigación puede aportar herramientas al determinar los elementos que formaran parte del modelo y su posterior diseño para que permitan mejorar la atención en salud en la Unidad de Gastroenterología para incorporarla a los cambios que se están presentando en el sector salud y sus modelos de manera de ser ente multiplicador de la información y hacer sugerencias a la misma.

CAPÍTULO II.

2. - MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes de la Investigación

Un reto actual en el ámbito sanitario de los países latinoamericanos, en especial en Venezuela es el proceso de cambio y trasformaciones socioeconómicas y políticas que han conducido a reformas en el sector salud. Esta situación implica un reacomodo en la atención de salud de la población, en todos los niveles, específicamente en Venezuela, después de haberse dado el rango constitucional a la salud, donde ésta quedó consagrada como un derecho fundamental, obligación del Estado, el cual ejercerá la rectoría y gestionará un Sistema Público Nacional de Salud.

La referencia bibliográfica relacionada con el presente proyecto, en su mayoría son resultados de estudios de investigaciones institucionales, ponencias y artículos de revistas especializadas, dado lo reciente del nuevo modelo de atención y la situación de transición en que se encuentra el sector salud en estos momentos. Subsiste el funcionamiento de dos modelos de atención, el viejo sistema y el Programa Nacional Barrio Adentro [5] desde 2004 (OPS, 2006) como parte de la creación del SPNS que se

[5] El programa de atención primaria, Barrio Adentro en el área metropolitana de Caracas, se transforma en un modelo de atención a nivel nacional (Atención Primaria en salud), en el 2003, como Misión Barrio Adentro, con el objetivo de garantizar el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de una mejor calidad de vida.

desea implementar. Según, Briggs y Mantinni-Briggs (2007), en su revisión: Misión Barrio Adentro, Medicina Social, Movimientos Sociales de los Pobres y Nuevas Coaliciones de Venezuela, este nuevo modelo en su concepción, gestión y prestación de los servicios de salud, tiene un componente importante de participación comunitaria, y el Estado pretende confrontar las inequidades de salud bajo una distinta perspectiva.

Dado que la transformación o reforma de un sistema de salud lleva implícito un modelo de atención, el abordaje de los antecedentes del modelo de atención en salud, pasa por la revisión del sistema de salud, que le da origen y sirven de referencia para conocer su alcance. Con la declaración de Alma Ata en 1978 todos los países del mundo se comprometieron en promover la Atención Primaria. Esto introdujo cambios en la atención médica de la población e impulso el derecho a la salud para todos con principios estratégicos como equidad, universalidad, interdisciplinaridad, intersectorialidad, participación social y desarrollo de tecnologías apropiadas y culturalmente aceptadas (OMS/UNICEF, 1978). Después de treinta años de ese compromiso, se continúan elaborando políticas concretas en materia de atención primaria para responder a los problemas de salud del siglo XXI.

La importancia que tiene considerar el tipo de sistema de salud con sus respectivos modelos de atención y gestión, se debe a que el estado de salud de la población es uno de los indicadores más claros para medir el desarrollo de una nación. Adicionalmente, para mejorar esos indicadores con un proceso de reforma se requiere el conocimiento por parte de las autoridades rectoras las tendencias, postulados y recomendaciones internacionales para el sistema de salud de un país. Pérez,

Bentacourt y Suárez (2006, p.5), en su artículo: Descentralización y sistemas de salud en América Latina, realizan una revisión documental y afirman, y cito:

> ...el sector salud experimenta, en la actualidad, una profunda crisis que se proyecta en todos los ámbitos y niveles que él involucra; y se evidencia en el desmejoramiento de la atención, calidad y cobertura de los servicios médico-asistenciales donde se destaca la disminución del acceso a los servicios de atención médica, por parte de las comunidades más necesitadas, dada la carencia de los materiales médico-quirúrgicos y el suministro oportuno y regular de los mismos; la recurrente paralización de las actividades y las propias condiciones inadecuadas de la red de servicios, que han ocasionado que muchos de ellos hallan tenido que dejar de funcionar, lo cual va en detrimento de la salud de la población...

No obstante, Pérez y cols. (2006), ante esa situación de crisis que condujo al deterioro de la salud en la región, identificaron algunas experiencias dirigidas a mejorar la prestación de los servicios de salud en algunos países como Brasil con la creación de un sistema único de salud; Costa Rica, por su parte logró una efectiva cobertura universal en salud de la población, mediante un sistema de salud público solidario, Chile con descentralización y municipalización de la atención primaria y menciona la experiencia venezolana, donde en Venezuela a raíz del proceso de descentralización llevado acabo en la década de los noventa se evidenciaron problemas de eficiencia, eficacia, cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, por lo que el proceso de reforma iniciado y la modernización del Estado tienen como objetivo implantar estrategias para enfrentar los problemas.

Por otra parte, a nivel mundial en la última década, los organismos internacionales hacen énfasis en la atención primaria como la estrategia principal para solucionar las dificultades en la salud. De allí que la atención primaria sea considerada la piedra angular de las políticas sanitarias y entre los muchos objetivos, la equidad en la salud

continúa siendo un factor importante en los Sistemas de Salud (OMS, 2003). Condición suficiente para la modificación en la prestación de servicios de atención sanitaria con reformas y diversos modelos de atención en Latinoamérica, incluyendo a Venezuela.

En el mismo contexto, el artículo, Reformas Progresivas de Salud Cambio Social y Político en Venezuela, escrito por Alvarado, Martínez, Vivas-Martínez, Gutiérrez y Metzgere (2008), hace referencia a las distintas reformas desarrolladas en el sector salud en el país, citando especialmente el apego a los principios de la atención primaria que se propuso a principio de los ochenta, y los cambios que se originaron por el proceso de descentralización de la salud, que se extendió desde 1988 hasta finales de los noventa. Esas reformas contemplaron la reducción de la intervención del Estado en la prestación de servicios, el establecimiento de tres modelos de gestión de salud competitivos como el modelo público abierto, con sistemas de recuperación de costos; modelo de seguridad social, con acceso restringido; y un modelo privado para la población con capacidad económica y para los trabajadores del sector público con seguros privados de hospitalización, cirugía y maternidad.

En este sentido, esos modelos de gestión guardan una estrecha relación con modelos de atención de salud implementados en el país. Gamboa (2000), en su ponencia, La Salud Pública Venezolana: entre el compromiso social y la economía del mercado, en la V Conferencia Internacional del CLAD [6] sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, describe cuatro modelos de atención de la salud en Venezuela para el cuidado de la población antes de 1999:

6 El Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo

1. la infraestructura con una capacidad de 2,7 camas por cada mil habitantes; funcionó gratuitamente hasta la década de los 80`, cuando comienza la crisis socio-económica y política en el país y se establecieron modalidades para recuperar costos, en relación al modelo público abierto.

2. Modelo de atención catalogado de restringido, que correspondía al Seguro Social e Instituciones similares de previsión social.

3. Modelo de atención privada, de carácter empresarial, correspondiente a clínicas privadas.

4. Modelo de medicina prepagada y seguros de hospitalización, con sistema de afiliados o bajo contratos con clínicas privadas, las cuales han crecieron en la medida que se deterioraban los servicios de salud.

A nivel local, Rincón y Rodríguez (2005), realizaron un trabajo sobre Descentralización y gestión de los servicios de salud en el estado Aragua [7], el cual tuvo como objetivo, estudiar dos modelos de gestión de los servicios de salud promovidos por la gobernación del Estado Aragua, a través de una investigación exploratoria y entre los resultados que obtuvieron están la incorporación de los usuarios en el financiamiento de los servicios de salud y el predominio de una atención curativa en detrimento de la preventiva, concluyendo que la descentralización dio paso a la privatización de los servicios, en contraposición a los

[7] Este trabajo forma parte de los resultados del Proyecto de Investigación: "Modelos de gestión de los servicios de salud promovidos por las gobernaciones en Venezuela". Aprobado por el FONACIT en su Programa de Investigador Novel (PIN) para la formación de María Teresa Rincón, adscrito al Programa Política y Administración Subnacional del Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FCES) de la Universidad del Zulia (LUZ).

preceptos constitucionales.

Se considero esta experiencia local en el país para este proyecto debido a la dependencia entre gestión y modelo de atención. En el estado Aragua fue donde a raíz de la modificación de los procesos de gestión y entes rectores se ejecutaron las primeras acciones de Atención Primaria en Salud, a través de los Núcleos de Atención Primaria mediante un convenio entre el MSAS [8] y la Comisión de Salud del estado. Este programa planteó luchar contra las desigualdades de la población para el disfrute de los beneficios de la salud, la enfermedad y el acceso a los servicios; así como la construcción de un sistema de salud integral, accesible y de calidad que privilegiara la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, aspectos importante y relacionados con la temática que nos ocupa.

Otro aspecto importante a señalar en el proceso de descentralización del sistema de salud que se observo en Venezuela al igual que en otros países latinoamericanos fue el énfasis en la atención médica hospitalaria, con poca promoción de la salud y de la atención preventiva. En ese mismo orden, Homedes y Ugalde (2005, p.408), en la publicación, Las Reformas Neoliberales del Sector de la Salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina, refieren el agotamiento del modelo neoliberal de reforma del sector de la salud y su fracaso, al estar fundamentado en principios económicos de rentabilidad y beneficio, por lo que cito lo siguiente:

8 Actualmente este ministerio se denomina Ministerio del Poder Popular para la Salud, anterior a este última reestructuración en 1999, posterior a la reforma integral del estado en 1999, se denomino Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), luego de la fusión de este ministerio con el de Familia.

> ...el sector privado es más eficiente que el público y por ello la función del Estado no es producir bienes y servicios, sino regular, ... cuanto más cerca de la base se toman las decisiones, es más fácil controlar la corrupción, se atiende mejor a las necesidades locales y más satisfechos quedan los usuario...

A si mismo, refieren que el propio Banco Mundial, principal promotor del modelo neoliberal, ha empezado a reconocer que algunos de los postulados en los que se sustenta ese modelo no son los más adecuados. Finalmente, Homedes y cols. (2005) menciona que en gran número de hospitales siguen siendo muy bajas la calidad y eficiencia de los servicios debido a la poca capacidad gerencial. Estos datos coinciden con lo mencionado por Ávila (2001), en el artículo: La Salud en el Proceso de Descentralización Territorial en Venezuela, el cual identifica que el resultado de esta situación de descentralización observada en Latinoamérica y Venezuela ocasionó la distorsión en la prestación de los servicios, una atención ambulatoria de baja cobertura, una amplia red de establecimientos de servicios médico-sanitarios que brindan una respuesta parcial a los problemas y enfermedades, y una inversión en equipos de alta tecnología, carentes de mantenimiento y reparaciones costosas.

En forma paralela al entendimiento de los antecedentes que han conducido a la reforma del sistema de salud y en consecuencia de su modelo de atención, la etapa de transición en la que se encuentra se ve afectada, por encontrarse en discusión la Ley Orgánica de Salud [9], que tiene como finalidad desarrollar y hacer efectivo el derecho constitucional a la salud como derecho social con los principios de universalidad, equidad, solidaridad, unicidad e integración social, gratuidad, participación, integralidad, pertenencia cultural y lingüística, calidad, eficacia y eficiencia.

9 Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial N° 37.006, del 11-11-1998.

Contempla disposiciones sobre el modelo de atención en los establecimientos ambulatorios y hospitalarios pertenecientes al SPNS, y su organización al menos tres niveles de atención, en cada uno de los cuales se incluirán los distintos establecimientos de salud pertenecientes a cada red, ascendiendo de menor a mayor complejidad en la escala de niveles. Adjuntamente, vislumbra que algunos hospitales y servicios de alta complejidad se considerarán de cobertura nacional, y el MPPS propiciará la cogestión de los mismos con Universidades Nacionales y Gobernaciones, el ingreso a la red pública de salud, el sistema de contrareferencia, y la adecuación de los servicios y programas de salud tomando en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención y prácticas de salud.

Considerando la ley, y la modalidad de redes de salud, organismos internacionales señalan que con dicho modelo se formula que los establecimientos prestadores de servicios rompan con el modelo de niveles de atención médica, que responde a un modo de atención burocratizada y con énfasis en las especialidades, basado en la distinción de lo preventivo y lo curativo, con mecanismos de referencia y contrareferencia débiles, con un alto peso normativo y en el cual el hospital es el centro del sistema (OPS, 2006).

Un factor a considerar y de suma importancia para el diseño de una propuesta de atención en la UGNP, es el conocimiento de la realidad poblacional y sus costumbres en la solicitud de atención en salud, y la preferencia hacia los hospitales y aquellos tipo docente, donde por la actividad científica que allí se efectúa se considera que la atención es optimo y de calidad. Esto, se constata con lo referido por Oletta (2007), en su entrevista en prensa nacional demuestra que Barrio Adentro no ha resultado lo

que se esperaba. La preferencia de la población se inclina 58% por la red convencional de servicios públicos integrada por los hospitales dependientes del MPPS, IVSS [10] e IPASME [11] y el 25% que va al sistema privado, lo que contribuye a empeorar el colapso en el sector salud y a subutilizar el Programa Barrio Adentro. En el anexo A, se muestran la composición del sistema de salud en Venezuela.

En los hospitales se prestan atención médica integral de nivel primario, secundario y terciario según su categoría y dentro de su organización pueden contar con camas de observación y de hospitalización. En el caso de los hospitales tipo IV, la atención médica de los tres niveles tiene proyección regional, ubicados en poblaciones mayores de cien mil (100.000) habitantes y con un área de influencia superior al millón (1.000.000) de habitantes, con más de trescientas (300) camas. En esta concepción esta clase de hospitales son los denominados Hospitales del Pueblo, en la red Barrio Adentro, funcionaran como una organización de servicios atención especializada y subespecializada esta recibiendo dotación y adecuación en concordancia con lo estipulado en ley ordena la remodelación de hospitales, como parte del SPNS, lo cual se constata por la inauguración en el 2008, de la de salud, docente y de investigación, destinada a dar respuesta oportuna y de calidad a las necesidades complejas de salud de la población, con calidad y calidez, emergencia del centro con equipos de alta tecnología, la inauguración de una por los fundamentos científicos, sociales, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana, bajo la modalidad ambulatoria, urgencias y hospitalización.

---

[10] Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Adscrito al Ministerio del Trabajo. Es el ente garante del Derecho a la Seguridad Social, prestador de atención médica con administración centralizada, de la red hospitalaria y ambulatoria, en el ámbito nacional

[11] Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación. Órgano prestador de atención primaria de salud a través de los servicios médicos para empleados y familiares que dispensa a los afiliados.

En este nivel entraría la participación del HMPC y por tanto la UGNP, la cual debe prepararse a la orientación que se le esta dando en el sector sanitario a la nueva sala para atención por hemodinámica (tratamientos de cardiopatías), un área para tratamientos de tumores cerebrales, una nueva ala de quirófanos y la terapia intensiva de este hospital (ABN, 2009).

En Latinoamérica, la experiencia de Chile es productiva, Salgado (2005), representante del Ministerio de Salud, planteo que el tipo de atención vigente es básicamente curativo y centrado en el hospital como la gran instancia de resolución de los problemas de salud. Coincidiendo, con la situación en el país, ellos han conseguido elaborar un modelo de salud integral, que fortalece la atención primaria de salud, planteándose como objetivos nacionales, disminuir las desigualdades en salud, enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad, proveer servicios acordes con las expectativas de la población y mejorar los logros sanitarios alcanzados.

A nivel internacional, se comenta la tesis doctoral de Salvador (2003) sobre el Análisis de la atencion tipo consultorio y centros de salud en la atención médica primaria de la comunidad valenciana de España. Esta tesis, revisa los antecedentes de las últimas reformas en los modelos europeos dirigidos a aumentar la atención primaria y otros niveles de atención, con el análisis del modelo tradicional de concepción curativa, con cobertura limitada, en consultorios y el modelo moderno donde la atención primaria es prestada por un equipo integrado por profesionales de la salud y no sanitarios. Con la conclusión que el modelo moderno tiene una cobertura de atención más amplia en ascenso y continuada a través de los servicios hospitalarios y de forma integral. Además, se observo una menor derivación a la

atención especializada probablemente por la organización del servicio y mejor calidad. Así mismo se observo, el descenso de visitas a urgencias, aunque no se pudo contabilizar la saturación de las emergencias por visitas autónomas o voluntarias de los pacientes a consecuencia de una real emergencia o servicios deficientes en su comunidad.

Esta situación se relaciona con la realidad del hospital, y la Unidad, donde con la adecuación del modelo de atención se espera solventar esos inconvenientes y mejora el servicio. La implementación de un nuevo sistema de reorganización de la atención, las consultas, referencia y contrareferencia establecidas en la red hospitalaria, repercutirá en la calidad y tiempo de atención a los pacientes en especial en una Unidad con atención médica especializada y subespecializada para niños con enfermedades gastrointestinales, que en un porcentaje de pacientes pudiesen ser atendidas en un nivel primario o secundario de atención.

En el país, se encontró entre la literatura revisada, un numero limitado de tesis de grado o trabajos científicos en relación directa a la temática de este proyecto de investigación. No obstante, existen dos referencias bibliográficas de cuyo contenido se puedo extraer información valiosa y de interés. El primer trabajo es la tesis de Flores (2008), titulada, Análisis Comparativo del Sistema de Salud Pública a través de los modelos Barrio Adentro y Tradicional, municipio Iribarren, estado Lara. En este trabajo de campo descriptivo, se determino la aplicación de políticas sociales a través de la oferta de servicio, así como se investigo el grado de participación comunitaria y la identificación de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de cada modelo para establecer las mejoras prácticas en el sistema de salud pública nacional. En tal sentido, la autora considero para su trabajo, aspectos similares a los

planteados en esta tesis, tales como: antecedentes de la investigación, la transformación del sistema de salud en Venezuela en los últimos años y algunas de las bases teóricas referidas, tomando en cuenta la constitución de 1999, y conceptos de equidad, universalidad, participación, gratuidad entre otros. Adicionalmente, otro aspecto revisado en esa tesis fue la metodología empleada, donde se utilizó técnicas de recolección de datos tipo documental, observacional y entrevista estructurada. La comparación de los tipos de atención en salud arrojo información importante sobre la insuficiencia de los centros estudiados para garantizar la cobertura del servicio, inequidad en la asignación de recursos, siendo mayor para los servicios comunitarios y limitada disposición de personal calificado para la atención de una demanda en salud que se esta incrementando. Por lo que concluye, que ambas formas de hacer deben ser encaminados a la unificación de un único sistema de salud nacional y sugiere unos lineamientos para ello.

La segunda referencia es la tesis Ramírez M, (2008). Factores que influyen en la satisfacción de la atención integral de los clientes del ambulatorio Dr. Luís Richard Díaz de la Victoria, Estado Aragua. Este estudio, efectuó una investigación de campo de carácter descriptivo, ajustada al diseño no experimental transaccional, con una población de 493 clientes, de los consultorios de emergencia y medicina general, además de 74 sujetos del personal de salud. Utilizo la encuesta y escala tipo Likert. Los resultados mas significativos fueron que el 95,5% de los trabajadores de salud encuestados reflejan la falta de médicos acorde a la cantidad de clientes, el 83% de los clientes también reflejan esa actitud.

El 84,3% de los trabajadores de salud y el 66,2% de los usuarios reflejaron una actitud desfavorable en relación a la dotación de los consultorios con recursos

suficientes, igual porcentaje refirió que los problemas de insatisfacción se deben a la falta de políticas públicas, y el 57% de los trabajadores refleja la misma percepción, lo cual no permite promover satisfacción en la atención integral del usuario. El aporte de este trabajo a la presente propuesta radica en que es un estudio apoyado en la teoría humanista y salud integral, aspectos importantes a considerar cuando se desarrolle el diseño del modelo de atención, donde la satisfacción del usuario es un indicador fundamental en el tipo de atención médica prestada.

Considerando los párrafos anteriores se puede entender que a lo largo de la historia y la evolución del sector salud, el Sistema de Salud en Venezuela, en especial con el proceso de descentralización, se convirtió en una organización fragmentada con un funcionamiento muy complejo, integrado por los subsectores público y privado, con un modelo de atención con acceso limitado a los servicios, falta de continuidad de las políticas y programas sanitarios, y privatización de los servicios, con múltiples actores que cumplen las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. El Programa Nacional Barrio Adentro se constituye como la base del sistema de salud, al ser un cambio en estructura y funcionamiento de todo el sistema de salud, e intenta con el modelo de atención creado para la atención integral, así como con redes integradas de servicios y el desarrollo de una infraestructura novedosa de establecimientos mejorar el acceso a los servicios de salud a gran escala y corto plazo, continuidad en el servicio, sistemas de referencia y contrareferencia y acceso a medicamentos.

2.2.- Bases Legales

A partir de 1999, con la aprobación de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, cambió el entorno jurídico en salud. En ese sentido se revisaron las leyes pertinentes, que sirven de referencia y sustentaran legalmente la investigación. A continuación, se citaran y comentaran las leyes y artículos leídos:

1.- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), Art. 83, el cual establece que la salud es un derecho social y fundamental. Textualmente:

> 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.

2.- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), Art. 84, ordena que el Estado creará, gestionará y ejercerá la rectoría de un nuevo modelo de organización del sistema de salud; de carácter único, intersectorial, intergubernamental, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, que tendría como meta primordial, propiciar la restitución y fortalecimiento del derecho a la salud, mediante la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Se puede decir que este artículo enfatiza la función del estado en lo que respecta a la función rectora y modelo de gestión. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

3.- Ley Orgánica de Salud (1998): se aplica a todas las personas naturales y jurídicas que realicen actividades relacionadas con la salud en el territorio de la república, del sector público y privado, incluidas las formas asociativas guiadas por los valores de la mutua cooperación y la solidaridad y otras organizaciones sin fines de lucro. Establece en el Art. 3: los servicios de salud garantizaran la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionara de conformidad con los siguientes principio: universalidad, participación, complementariedad, coordinación y calidad.

En relación a este proyecto es fundamental considerar el Principio de Universalidad, que dice "Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza". El Principio de Complementariedad porque será considerado en el diseño del modelo ya que permitirá mantener la participación de la Unidad en los diferentes niveles. Este principio dice: "Los organismos públicos territoriales nacionales, estadales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos".

Con respecto a la coordinación del sistema de referencias y contrareferencia del servicio, el Principio de Coordinación: "Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos". Sin hacer menoscabo del Principio de Calidad, que permitirá estrategias de control, para el modelo de atención para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, con base a los criterios de integralidad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

4.- Ley Orgánica de Salud (1998), Capítulo III de la Atención Médica. Art. 31: el tercer nivel de atención cumple actividades de diagnósticos y tratamientos en pacientes que requieren atención especializada con o sin hospitalización en aquellos casos referidos por los servicios de atención del primero y segundo nivel.

5.- Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud (2002). Aunque dicha ley no ha sido aprobada en segunda discusión en la Asamblea Nacional, serán considerados los valores que caracterizaran al SPNS, porque se ajuntan a los postulados universales de la atención médica integral. El Art. 6, los enuncia, entre ellos los que tiene relación directa con el diseño de modelo de atención, estos deben considerarse en la elaboración del diseño, los cuales son:

Equidad: "Serán reconocidas y atendidas las distintas necesidades de los grupos de la población, con el objeto de reducir las desigualdades de salud asociadas a su ubicación geográfica, clase social, género, etnia y otras categorías de población".

Gratuidad: "No se permitirán cobros directos a las personas en los servicios de salud prestados en el Sistema Público Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto en la Constitución de la República y en los términos establecidos en esta Ley".

Integralidad: ..."los servicios de salud desarrollarán acciones integrales orientadas a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y accidentes, la medicina anticipatoria, la restitución de la salud y la rehabilitación".

Calidad, Eficacia y Eficiencia: "Todos los servicios y programas del Sistema Público Nacional de Salud deben ser llevados a cabo en forma oportuna, adecuada y permanente mediante el uso eficiente de sus recursos y cumpliendo criterios de máxima calidad y reconocida validez para la efectividad cumplimiento de las metas

establecidas en las políticas y planes de salud, para el logro de la satisfacción de las personas".

5.- Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud, otros artículos a considerar, Sección VI. Red de Salud:

a) Conformación de las Redes Públicas de Salud, Art 22:

> Los establecimientos prestadores de servicios y programas de salud del Sistema Público Nacional de Salud se organizan bajo la modalidad de Red de Salud en función de niveles de atención y grados de complejidad, cobertura geográfica, sectorización poblacional y capacidad resolutiva.
> Son establecimientos prestadores de servicios y programas de salud los hospitales, ambulatorios, centros de especialidades, maternidades, bancos de sangre, y otros servicios públicos debidamente habilitados, registrados, y acreditados en el Sistema Público Nacional de Salud. Todos los establecimientos públicos de salud deben formar parte de una red.

b) Ingreso a la Red Pública de Salud, Art 25:

> El ingreso a la red pública de salud se realizará a través del primer nivel de atención, para lo cual cada persona deberá ser registrada con su debida historia bajo el Modelo de Atención Integral. De no ser posible el diagnóstico y tratamiento en este nivel, las personas serán atendidas en el nivel que corresponda a su situación. Los mecanismos de referencia y contrareferencia entre los establecimientos involucrados serán de obligatorio cumplimiento. Las emergencias podrán ser atendidas en cualquier nivel de la red de acuerdo a la capacidad del mismo.

c) Sistema de contrareferencia, Art 26:

> Cada establecimiento que reciba personas referidas desde otro servicio de atención debe asegurar el proceso de contrareferencia de las mismas con un mecanismo específico a tales fines; el mismo debe incluir una clara asignación de responsabilidades a un trabajador de la salud. El cumplimiento de los mecanismos de referencia y contrareferencia será un factor crucial para la evaluación del desempeño de los establecimientos de salud.

5.- Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica. Capitulo Cuarto. De los deberes y derechos de los enfermos. Art. 72: el enfermo tiene derecho a una competencia profesional, ser atendido en forma respetuosa, ser informado, sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, recibir la información necesaria para el consentimiento válido, respeto a su intimidad y confidencialita, entre otros.

Finalmente, si se evalúa el impacto sobre la salud con el nuevo marco legal, se tiene tres cambios que deben ser considerados para el proyecto:

a) Primer cambio considerando el marco legal de la Constitución, la Ley Orgánica de Seguridad Social y el Anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud, no solo se transformaría el Estado sino también el sector salud, bajo este escenario es transformado el MSDS (actualmente MPPS) y la salud queda consagrada como un derecho fundamental, obligación del Estado, el cual ejercerá la rectoría y gestionará un SPNS. Los bienes y servicios públicos de de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. Se incluye la participación de la comunidad organizada en la toma de decisiones sobre en las política públicas de salud, el financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, quién garantizará un presupuesto para la salud que permitirá cumplir con los objetivos de la política sanitaria.

b) Segundo cambio: se designa a una Comisión diseñar un sistema de salud propio, en función de nuestras características, partiendo de asumir que la rectoría la tiene el Estado, este sería el segundo cambio. Se busca conocer algunos modelos que pudiesen servir de base, en particular los de Uruguay, Colombia, Chile, Argentina y México, de América Latina, y los de España y Francia de Europa (Gamboa, 2000).

c) Tercer cambio: se plantea, según Rincón (2004) y Gamboa (2000) diferentes niveles de autonomía desarrollados por las regiones a raíz de la descentralización, el modelo de salud a proponer, además de su adecuación a las características nacionales, debe ser suficientemente flexible para adaptarse a las condiciones particulares de cada región, en lo político administrativo, en lo económico y en lo social.

Todos los cambios de concepción del nuevo Estado, como prioridad la reestructuración del nivel central del MPPS a través de la aplicación de un modelo de atención integral a la población y a la creación de un SPNS, serán considerados para determinar los elementos que formaran parte de el diseño de un modelo de atención de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño para adaptarla con la propuesta del SPNS. No obstante, existe el conocimiento de la falta de adecuación del marco legal a los parámetros constitucionales ha creado un vacío normativo que dificulta la integración del sector al SPNS único y que el sector público de la salud sigue institucional y financieramente fragmentado en redes de asistencia que dependen de entes de naturaleza distinta.

2.3.- Bases Teóricas.

Esta investigación requirió la revisión de algunos términos básicos, para la fundamentación teórica de la misma, y conceptos a nivel mundial, hasta de la perspectiva del proyecto de SPNS en Venezuela, a saber:

2.3.1. Sistema de Salud: según Manzanilla (1989), se entiende como sistema de salud al conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad

instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles.

2.3.2. Modelo de Atención: se refiere al perfil de atención de la población que comprende las actividades de promoción y educación de la salud, prevención de enfermedades, restitución de la salud y rehabilitación (OPS, 2001)

2.3.3. Modelo de Atención en el contexto de la reforma:

2.3.3.1.- El Ministerio de Salud chileno considera modelo de atención en los procesos de reforma lo siguiente: conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados a las personas, consideradas en su integridad física y mental, como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (MINSAL, 2005). En lo esencial busca satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad) y garantizar su estado futuro, ello mediante el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones.

2.3.3.2.- En Venezuela, se toma como modelo dos fuentes la primera, el Modelo de Atención Integral de Salud, referida con anterioridad en el planteamiento del problema, así como la definición dada para Atención Integral, por Rincón y Rodríguez, (2004, p 526), citando al MSDS (2001), esta última dice:

> Atención Integral es entendida como la forma de organización del sistema de salud, orientado a satisfacer las demandas y necesidades de la población gracias al diseño y a la ejecución de procesos administrativos que requieren la presencia de mecanismos organizativos y administrativos que permitan articular los recursos humanos y financieros con la capacidad física de infraestructura y tecnologías instaladas (MSDS, 2001), capaces de emprender la transformación del sector, consiguiendo de esta manera el logro de eficiencia, calidad, universalidad, equidad y mejoramiento de la calidad de vida del ser humano.

Adicionalmente, Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud. Capítulo Quinto De los Servicios y Programas de Salud Sección I. Disposiciones Generales. Se menciona Modelo de Atención Integral, Art 41, el cual establece:

> Modelo de Atención Integral como la organización del trabajo en y desde la red de salud destinada a garantizar la real accesibilidad a los programas de salud ofrecidos sin perdida alguna de oportunidades para la salud de cada persona o familia con un sistema único nacional de registro de datos y dentro del marco de una visión holística que incluya todo lo referente a la participación comunitaria, la salud ambiental y la transectorialidad. La atención en salud se brindará adecuándose a las particularidades de edad, género y etnia.

2.4.- Salud: es el producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, económicos, sociales y culturales, que se dan en una sociedad en un determinado momento histórico. El enfoque biopsicosocial de la salud se logra con la introducción del concepto de bienestar, que logro salir de las intervenciones en salud del binomio salud-enfermedad de lo puramente biologista y abrió el camino a una relación hombre ambiente distinta de aquella que sólo veía microbios, gérmenes y virus como la única amenaza para la salud" (OPS, 1999).

En Venezuela, en el Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud, Art.2:

:

> La salud se concibe como el óptimo estado de bienestar social e individual incluyendo sus aspectos psicológicos, culturales y biológicos. Por tanto debe ser el resultado de un proceso colectivo de interacción integral donde Estado, sociedad e individuos construyan de manera concurrente una vida sana, asociada a estilos de vida, condiciones de trabajo, hábitat, recreación, ambiente y servicios de salud que apunten al logro de la salud como un derecho social fundamental.

2.5.- Redes Públicas de Atención: el futuro Sistema Público Nacional de Salud en su marco legal reporta sobre la conformación de Redes Públicas de Atención en Salud, necesarias para garantizar la continuidad de la atención, los establecimientos de servicios del sistema, se organizaran bajo la modalidad de redes de atención en salud, en función de niveles de atención del sistema, líneas de atención y grados de complejidad, con responsabilidades formales para con los territorios sociales en salud, poblaciones y metas en salud colectiva. Todos los establecimientos públicos en salud deben formar parte de una red (Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud, Art. 70). En este sistema representamos al Tercer Nivel de Atención

CAPÍTULO III

3.- MARCO ORGANIZACIONAL

3.1.- Reseña Histórica, Unidad De Gastroenterología y Nutrición Pediátrica

La Unidad esta adscrita al Departamento de Pediatría, HMPC, IVSS, en el oeste de la ciudad de Caracas, cuya área de influencia va desde Caricuao hasta El Paraíso, Antímano, Bella Vista y La Yaguara. Inicialmente era una consulta de gastroenterología infantil, una vez a la semana, desde 1979 hasta 1986. Durante 8 años, esa consulta se realizó con muchas limitaciones, asistencia clínica a pacientes ambulatorios, hospitalizados y labores docentes para los Residentes del Postgrado de Puericultura y Pediatría. Es creada el 23 de Abril de 1986 según Resolución del Consejo Directivo N° 468-86, Acta N° 16, y se describe un Plan General de Actividades que comprenden actividades asistenciales, docentes, de investigación y la primera promoción de Gastroenterólogo Pediatra fue en 1988.

Desde su creación la Unidad da atención a niños (as) y adolescentes con patologías gastrointestinales, presta los servicios de consulta externa, estudios endoscópicos, estudios radiológicos especiales, ecosonográficos y hospitalización. Este último recurso como parte del Departamento de Pediatría, el cual cuenta con 134 camas de hospitalización (Pediatría Este y Oeste, Reten Intermedio, Terapia Neonatal y Pediátrica, Observación y Trauma Shock). Tiene el apoyo de servicios hospitalarios como Laboratorio, Radiodiagnóstico, Banco de Sangre y Quirófano. En cuanto al

personal son: tres Gastroenterólogos Pediatras, seis Residentes de Postgrado y una Licenciada en enfermería y dos TSU en Enfermería. Un promedio mensual de trescientos (343) consultas, setenta y ocho (78) estudios endoscópicos, cuarenta y ocho (48) ecosonogramas abdominales y dieciocho (18) estudios radiológicos especiales. Se encuentra ubicada en dos consultorios del Servicio de Gastroenterología de Adulto y un área de endoscopia, hasta el 2009 se trabajo solo en horario vespertino, desde 2010 se labora en horario diurno (12 horas), de igual forma de lunes a viernes, sin guardias nocturnas.

En el 2003, se producen varios cambios, uno a nivel de la consulta y estudios endoscópicos, al establecer los días destinados a consulta externa y los días de estudios electivos, manteniendo la atención diaria del paciente hospitalizado, emergencias y/o referidos de otros centros hospitalarios. Se elaboraron protocolos de diagnóstico, se implemento el consentimiento informado para estudios endoscópicos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y se innovo con un elemento fundamental en la atención del paciente, como la entrega de material informativo a las madres, representantes o familiares con la finalidad de contribuir con el conocimiento de las enfermedades y lograr mayor adherencia al tratamiento.

3.2- **Análisis de la Unidad.**

En estos momentos, el hospital, adscrito al Poder Ejecutivo, es un hospital tipo IV en el Nivel 4 de Atención, según la clasificación de los establecimientos médico-asistenciales, publicado en Gaceta Oficial N° 32.650, 1983; con atención médica hospitalaria (servicios generales y especializados). El diseño de un nuevo modelo de atención en la Unidad para adaptarlo al modelo propuesto a nivel nacional, requiere

del análisis organizacional de la Unidad, para la identificación de aspectos a modificar o incorporar en base al propuesto en el SPNS. Considerando lo sugerido por organismo internacionales para el análisis de sistemas de salud, por ende de hospitales, como funciona y cuales son sus objetivos (Calvo, 2003), se realizará el análisis de la unidad según varias teorías.

Desde los conceptos de la Teoría de Administración Científica (Chiavenato, 1999) la Unidad y su consulta de gastroenterología, inicia sus actividades como una sección de staff o de apoyo del Departamento de Pediatría. Al ser fundada a finales de los ochenta, es creada bajo la influencia de las teorías administrativa precedentes. Por lo que la consulta hace énfasis en la atención del paciente con enfermedad gastrointestinal (énfasis en la tarea, Teoría Científica) y de acuerdo a su estructura, la atención médica es especializada y subespecializada (Teoría Clásica según Taylor y Burocrática según Weber); utiliza además las funciones básicas de planificación, organización, dirección y control según Fayol.

El nuevo modelo de atención en salud para el país se centra en las personas, accesibilidad al servicio, integralidad, continuidad, calidad, uso de tecnología adecuada y gestión del recurso humano. De manera que la Unidad, tiene que ajustarse a la propuesta, considerando que brinda una atención de cuarto nivel. Por ello, en los lineamentos generales para el diseño del modelo de atención, se requerirá la consideración de la Teoría Humanista, que prioriza la preocupación por las personas y por los grupos sociales. De lo que se desprende, que todos las personas son iguales, con los mismos derechos a la salud, y que el acto médico implica el cuidado de un paciente, en todos sus aspectos físicos, psicológicos y su relación con el entorno, características que se consideraran en la elaboración del modelo.

Adicionalmente, en la elaboración del diseño de la Unidad, vista como un sistema organizado, necesita de muchas entradas referencias, evaluaciones, interconsultas), y con respecto a la forma de atención del paciente, requiere de consulta, exploraciones diagnósticas y terapéuticas, lo cual atrae a las personas hacia la Unidad y la mantiene en funcionamiento. Este último aspecto es importante para la interconexión con las redes de atención y los sistemas de referencia y contrareferencia (intrahospitalario e interhospitalario), anexo B. En el área metropolitana existen siete hospitales con este tipo de atención especializada en gastroenterología y en tres de ellos existe el programa o postgrado de formación de especialista en el área, y la dotación en equipos funcionando durante todo el año en promedio tres de siete. A nivel nacional en las ciudades de Valencia, Maracay, Barquisimeto, Maracaibo San Cristóbal y Ciudad Bolívar, Puerto La Cruz y Cumana no todos dotados en tecnología actualizada.

Hace más de 20 años que se inició la reforma de la propuesta denominada Atención Primaria de la Salud y las situaciones que motivaron dicha reforma siguen estando presentes, entre las cuales se puede señalar: masificación, dificultades en coordinación con la Atención Hospitalaria, problemas de acceso a las pruebas diagnósticas complementarias y excesiva burocratización de la consulta (consulta no hay más que una, la médica), siguen dificultando, como entonces, el proceso asistencial. El personal medico ha pasado de una consulta de dos horas de cupo al mismo tipo de consulta, pero de siete horas.

CAPÍTULO IV.

4.- Marco Metodológico

El objetivo de este trabajo es el diseño de un modelo de atención en salud de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, HMPC, con la finalidad de adaptarse a la propuesta del nuevo Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) en Venezuela, para ello se seleccionó la modalidad de investigación aplicada, para alcanzar los objetivos específicos planteados.

4.1.- Tipo y Diseño de la investigación.

El tipo de investigación es investigación aplicada y el diseño mixto, de campo y documental. Se explica a continuación la base teórica de la investigación:

4.1.1.- La investigación aplicada, según lo referido en el Manual de Frascati, el cual cito: "consiste en trabajos originales realizados para adquirir nuevos conocimientos; sin embargo, está dirigida fundamentalmente hacia un objetivo práctico específico" OCDE (2003, p. 82). Definición que se ajusta a la investigación presente, cuyo interés en la aplicación de los conocimientos existentes (investigación documental) y profundizar en ellos (investigación de campo) para lograr los objetivos planteados, el diseño de un modelo de atención en salud para mejorar la atención, cobertura, y una sistematización del sistema de referencia y contrareferencia en la conexión con la red del sistema de salud en la UGNP. A su vez utilizando el procedimiento metodológico,

actividades y recursos necesarios para su ejecución, análisis y conclusiones sobre la vida y realización del proyecto, y en el caso de su desarrollo, la ejecución de la propuesta y la evaluación tanto del proceso como de resultados, UPEL (2000). Estos aspectos y características mencionados las reúne la investigación que se llevo a cabo.

4.1.2.- Diseño de campo (como parte del diseño mixto): de acuerdo a Tamayo y Tamayo (1999, p. 71), el diseño de campo se refiere a la: "recolección de datos directamente de la realidad, sin manipular o controlar variable alguna, para posteriormente analizar e interpretar". Así mismo, Balestrini (2001, p132) refiere que "los diseños de investigación de los estudios exploratorios, descriptivos, diagnósticos, evaluativos, formulación de hipótesis causales o experimentales y los proyectos factibles, siempre serán de campo". En esta parte de la investigación se recabaron los datos directamente de la realidad de la UGNP, a través de la herramienta de la observación. Se realizo una entrevista de opinión, según juicio de expertos, de manera de recolectar los criterios principales que deben considerarse como base para la tercera técnica utilizada, un cuestionario diseñado especificadamente para esta investigación, el cual fue aplicado al personal médico que labora en la Unidad para en forma similar recolectar su opinión y criterios o principios de importancia sobre el servicio de salud, atención médica y red del Programa Nacional Barrio Adentro.

4.1.3.- Diseño documental (como parte del diseño mixto), en está fase se realiza una revisión documental de la literatura, la obtención de los datos provinieron de trabajos previos, material de revistas impresas o electrónicos, libros y leyes, así como se tomaran en consideración los parámetros o indicadores internacionales y nacionales establecidos para la evaluación del modelo de atención en salud, para el análisis y procesamiento de los elementos teóricos que sustentan el nuevo modelo de

atención en el SPNS para su descripción, y determinación de los elementos que formaran parte del diseño del modelo de atención de la Unidad.

En este mismo orden y dirección, el presente trabajo es una investigación no experimental. Balestrini (1997), cataloga una investigación no experimental donde no hay manipulación de variables, la acción de las variables se toman de la realidad y el investigador no interviene en ello. Se observará desde el punto de vista transaccional, y se describirán las variables en un único momento en el tiempo y a partir de datos que pueden ser obtenidos de fuentes disponibles. De acuerdo al alcance será a nivel descriptivo, no habrá manipulación de la unidad de análisis y se desea describir, en todos sus componentes principales, una realidad, las características del modelo de atención actual y el propuesto en una dimensión cronológica transversal, cómo es y como se manifiesta el modelo y sus componentes, en este momento.

4.2.- Población y Muestra.

El universo de un estudio o población se refiere al total del conjunto de elementos u objetos de los cuales se quiere obtener información. Citando a Arias, (2006, p 82): "...si la población, por el número de unidades que la integran, resulta accesible en su totalidad, no será necesario extraer una muestra. En consecuencia, se podrá investigar u obtener datos de toda la población objetivo...". La unidad de estudio de esta investigación, seleccionada en forma no probabilística es el modelo de atención en salud de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, HMPC, IVSS, en Caracas. Esta situación enunciada permite explicar que en esta investigación, se obviara la selección estadística de la muestra, la población a estudiar es finita

obviara la selección estadística de la muestra, la población a estudiar es finita numerable, y ante la premisa que técnica y operacionalmente, se pueden obtener los datos de ella sin limitación. En la Unidad laboran nueve (9) Médicos, de los cuales tres (3) son Pediatras Gastroenterólogos y seis (6) Pedíatras cursantes del Postgrado de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, así como una (1) Licenciadas en Enfermería y dos TSU en Enfermería, para un total de doce (12) personas.

3.3.- Técnicas e Instrumentos

En la parte de la investigación de campo, se emplearon tres técnicas. La primera técnica fue la observación directa de tipo estructurada del modelo de atención en salud en estudio, se observaron los hechos, estableciendo previamente las características, principios, valores y elementos del modelo de atención que serían estudiado en la Unidad y el en propuesto por SPNS, para lo cual se elaboró una lista de chequeo (instrumento) que permitió describir la presencia o ausencia de cada componente seleccionado del modelo de atención, anexo C.

En cuanto al aspecto relacionado a la calidad como elemento inmerso en los principios, se utilizó el concepto de calidad para el modelo de atención a la salud, en su dimensión como calidad técnica, la cual se refiere a la exactitud del diagnóstico y al ajuste de las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados, no se considero para esta investigación ninguna de las otros dos dimensiones de la calidad, ni la estructural ni la interpersonal (Donabedian, 1992); y en los valores del modelo, la calidad, eficiencia y eficacia fueron interpretado, según los enunciados en le anteproyecto de Ley Orgánica de Salud, señalado con anterioridad y los indicadores de calidad para la salud (Valenzuela, 2005). Lo cual evaluó en forma observacional

como se utilizan los recursos disponibles para atender la demanda de la población, considerando la identificación de las necesidades y de los medios necesarios para enfrentarlas, hacer a tiempo las actividades y en la secuencia apropiada y sin interrupción del proceso de atención.

En segundo lugar, en la otra parte del trabajo de campo, se utilizara la técnica de la entrevista, en este caso de opinión estructurada con preguntas abiertas, que llevan a respuestas breves y determinadas, con la finalidad de investigar el conocimiento de otras personas sobre el tema y porque lo que se investiga forma parte de la experiencia de las mismas en la atención en salud. En este sentido, la técnica de la entrevista, definida por Arias (2006, p.73) "es una técnica basada en un dialogo o conversación cara a cara, entre el entrevistador y el entrevistado acerca de un tema previamente determinado". Se escogió esta herramienta, ya que se trata de la interacción personal.

En tercer lugar, se aplico un cuestionario autoadministrado, se elaborara cuidadosamente para una máxima efectividad y la manera de relacionarse un número de personas para conocer varios aspectos del tema, con la ventaja de asegurar que al entrevistado reserva y obtener datos más confiable. Según Arias (2006, p.74) el cuestionario "es la modalidad de encuesta que se realiza de forma escrita mediante un instrumento.... contentivo de una serie de preguntas. Se le denomina autoadministrado porque debe ser llenado por el encuestado, sin intervención del entrevistador". De allí la selección de la herramienta.

En la organización del cuestionario se incluye una breve introducción para que el

entrevistado pueda conocer el alcance del mismo. Se conformaron doce (12) preguntas cerradas para facilitar la interpretación y tabulación, de las cuales cinco (4) diseñadas tipo Escala de Lickert, con alternativas de jerarquización; y ocho (8) con ítem de dos alternativas: sí ó no (dicotómico). Al finalizar el interrogatorio, se registran los datos de edad, sexo (dicotómico) y cargo de cada entrevistado como únicos datos demográficos de interés para el estudio. En la elaboración del misma, la pregunta 1 está dirigida a recolectar información sobre los valores y el principio de universalidad del modelo de atención de la Unidad; de la pregunta numero 2 a la 10 se indaga el conocimiento sobre las características del modelo, a su vez la pregunta 3 ofrece información adicional sobre el principio de complementaridad, y de la 11 a la 12 las preguntas están dirigidas para determinar los cambios que puedan presentarse en el tipo de atención, con indagación adicional sobre los principios de calidad y coordinación respectivamente.

3.4.- Validación de instrumentos

Martin (2004), conceptualiza validez como el grado en que un instrumento de medida, mide aquello que realmente pretende medir o sirve para el propósito por el cual ha sido construido. A pesar de que se describen diferentes tipos de validez, en esta investigación todos los instrumentos referidos serán objeto de validación de contenido, esto se refiere a que las preguntas elaboradas para la entrevista son indicadores de lo que se pretende medir. Por lo que ésta fue sometida a la valoración de expertos, que juzgan de acuerdo a su capacidad experticia los aspectos que se miden del modelo de atención en salud (valores, principios, características) actual y los cambios propuestos por SPNS. De lo que se desprende, que no amerita ningún cálculo, ya que expresaron su criterio, realizaron observaciones necesarias para la

validación, y cuyas respuestas analizadas cualitativamente, se toma como base para el cuestionario.

Tomando en cuenta que el enfoque de la investigación es cualitativo, considerando a Corral (2009), se formularon los siguientes pasos para la validación de contenido:

a) Primero, la definición del instrumento: valores, principios, características y elementos del modelo de atención estudiado como base para entrevista y cuestionario.
b) Segundo la selección de los médicos expertos (juicio de expertos) en el tema tratado, para la entrevista de opinión, médicos Gastroenterólogos Pediatras que han ejercido la jefatura de su Unidad de Gastroenterología, como experimentados en la materia y gerencia administrativa, dos en Caracas y una en Valencia.
c) Tercero, elaboración de preguntas en el cuestionario que permita identificar cada valor, principio, característica y elemento del modelo de atención.
d) Cuarto: recolección de la información y para resumir los resultados, hacer el análisis y determinar si el estudio es aplicable a la UGNP a nivel de la red de Hospitales que integraran el SPNS.

En referencia a lo mixto de la investigación, también se admite la aplicación de la técnica de análisis de contenido, para la parte documental. Amescua y Gálvez (2002), en el contexto de la salud, recomiendan la metodología cualitativa, para el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva social y cultural, adoptando para ello diversos procedimientos como el análisis de contenido. Esto permitió la reflexión a partir de las fuentes documentales usando cuadro de registro y clasificación de los valores, principios y características de los modelos de atención considerados de

referencia para esta investigación, de manera que puedan ser reproducibles y válidas para aplicarse en el contexto del modelo de atención en salud que se desea diseñar.

3.5.- Procedimiento.

La investigación se ejecutara a cabo en varias etapas, para lo cual se utilizó el Diagrama de Gantt para representar el plan de ejecución del proyecto. Las actividades se implementaron durante el mes de Mayo de 2010, se inicio con la identificación de las actividades a planificar, luego la duración de cada una, con fecha de inicio y final. Se culminaron las actividades en el mes de Marzo de 2011. Seguidamente las actividades, por etapa:

3.4.1.- Primera etapa: la descripción del modelo de atención que se aplica en la UGNP y `el propuestos en el sector salud venezolano (SPNS) que tuvo una duración de tres meses, comprendió las actividades 1, 2, 3.

3.4.2.- Segunda etapa: se analizaran los datos obtenidos, a través de un resumen analítico, con clasificación y contraste según los datos seleccionados (característica, principios, valores) Los resultados del análisis se presentaran en caso de ser necesario en gráficos, figuras o tablas para contribuir con la comprensión del texto. Comprendió actividades 4 y 5. Con una duración de dos meses.

3.4.3.- Tercera etapa: se realizará el diseño del modelo nuevo atención en salud de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, y se utiliza la matriz DOFA para identificar cuales son los aspectos a modificar o incluir en el modelo de atención actual en base al propuesto en el SPNS para según las necesidades de la Unidad para adaptarlo a la propuesta del SPNS,. Con una duración de mes y medio.

A continuación las actividades:

- Actividad 1: se evaluaron las alternativas de trabajo, se investigo sobre los modelos de atención en salud, en Venezuela y otras regiones de Latinoamérica. Se entrego el capitulo I que contenía planteamiento del problema, interrogantes de la investigación, objetivos, justificación e importancia. Entre el 21.09.10 y 11.10.10
- Actividad 2: se realizó la investigación sobre los antecedentes de los modelos de atención, bases legales y teóricas. Se realizo el análisis de la organización en estudio: Unidad de Gastroenterología y nutrición pediátrica. Entre el 01.10.10 y 30.10.10.
- Actividad 3: descripción de la metodología, entre el 01.11.10 a 23.11.10
- Actividad 4: aplicación de entrevistas y encuesta a la población estudiada. Entre el 12.12.10 a 23.12.10
- Actividad 5: análisis de los resultados de las entrevistas y encuesta, entre 24.12.10 a 11.01.11.
- Actividad 6: análisis de tablas, resultados y matriz DOFA para el diseño del modelo de atención de salud, entre 11.01.10 a 30.03.11.

El resumen los datos obtenidos se almacenarán en un instrumento diseñado para tales efectos y se creara una base de datos en Microsoft Excel para su procesamiento, tabulación y elaboración de gráficos, las respuestas obtenidas se presentaran en valores absolutos y en porcentajes, para facilitar el análisis con resumes estructurados y diagramas, para la elaboración del diseño. Por tanto, la recolección de los datos en esta investigación de procederán de dos fuentes, a saber:

a) Fuente primaria, representada por los datos de la consulta, como se estructura, enfoque de atención médica, en que consiste, horarios, tipos de consulta, sistema de referencias y contrarreferencias, actividades programas y otros aspectos por parte del investigador. Así como los datos procedentes de las entrevistas y cuestionarios para la determinación de los elementos del diseño de modelo de atención

b) Fuentes secundaria: reportes de cobertura en el archivo de historias médicas del hospital, revisiones publicadas por las instituciones oficiales en relación al modelo de atención, entre otros.

3.6.- Consideraciones éticas: los resultados de la investigación solo serán utilizados con fines académicos, lo cual se le ha informado a los representantes de la Unidad de Gastroenterología, como organización objeto del estudio. La información o datos obtenidos serán de estricta confidencialidad.

CAPITULO V.

5.- Resultados y análisis.

5.1.- **Resultados y análisis, trabajo de campo, elementos del modelo de atención que se aplica en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica**, en relación al propuesto por SPNS, según lista de chequeo, el cual se resume en la tabla 1.

INDICADORES	PRESENTE	AUSENTE
Valores		
- Equidad	✓	
- Gratuidad	✓	
- Calidad, Eficiencia y eficacia	✓	
- Integralidad	✓	
Principios		
Universalidad (derecho a la salud)	✓	
Complementariedad	✓	
Coordinación		✓
Calidad		✓
Características		
Enfoque biopsicosocial	✓	
Acceso al servicio	✓	
Sistema de atención médica	✓	
Orientación preventiva/curativa		✓
Articulación con las redes		✓
Cobertura	✓	
Sistema de referencia/contrarreferencia		✓
Participación integración social		✓

Tabla 1. Lista de chequeo. Valores, principios y características del modelo de atención estudiado en relación al propuesto por SPNS.

A continuación, se presenta el análisis de los resultados de la lista de chequeo:

5.1.1.- **Valores:** la investigadora considera: que existe *equidad,* por que la prestación del servicio se brinda independientemente del sexo, raza, lugar de residencia y condición social. El servicio es *gratuito*, por que el usuario directamente no paga el servicio, aunque en algunas ocasiones se les solicita colaboración con insumos necesarios para los estudios endoscópicos como toallines, la compra de la prueba de Helicotest, la cual debe adquirirse en un laboratorio, sin embargo no es obligatorio.

Lo cual evaluó en forma observacional como se utilizan los recursos disponibles para atender la demanda de la población, considerando la identificación de las necesidades y de los medios necesarios para enfrentarlas, hacer a tiempo las actividades y en la secuencia apropiada y sin interrupción del proceso de atención.

En cuanto a la *calidad del servicio, eficiencia y eficacia,* las consultas y estudios endoscópicos en su mayoría se realizan en forma oportuna, con los recursos disponibles, con las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados. Se es eficaz en el diagnóstico y tratamiento indicado a los pacientes, lográndose atender todos los pacientes que acuden a la consulta, pero se identificaron retardos en la atención de diversa índole que ocasionan interrupción en el proceso, a saber:
a) cuando se requiere el uso de quirófano y radiología, y por ser servicios con alto porcentaje de ocupación y rotación, se debe esperar por el cupo, esta situación deriva en la suspensión o nueva cita del estudio causando oportunidades perdidas b) otro retardo, se debe a la estructura de la consulta, se citan 5 pacientes para historias de primera vez y 10 para consultas sucesivas, pero se deben atender un número variable no planificado de interconsultas de pacientes hospitalizados, emergencias (intra o extrahospitalarias), lo que aumento el tiempo de espera para ser atendido; c) otro tiempo de espera que se prolonga es el derivado de la atención por el residente de

postgrado, con un nivel de decisión subordinado al Adjunto especialista, quien indicara el manejo médico definitiva sobre el paciente, a su vez éste se encuentra atendiendo otros pacientes. Por otra parte, existen fallas en el uso eficiente de los recursos, se utilizan sin tener un control real con respecto al tiempo de reposición o, lo que desencadena escases de algunos productos e insumos, que en determinados momentos ocasionan suspensión del servicio.

Con respecto a la *integralidad*, la Unidad por su naturaleza esta más orientada la medicina curativa que a la promoción de la salud, prevención o rehabilitación, aunque la promoción de la salud se realiza de manera individual en los pacientes dependiendo del tipo de intervención y la patología aguda o crónica que padezca.

5.1.2.- **Principios:** *Universalidad* se cumple para todos los niños, niñas y adolescentes del país, ya que la Unidad es un centro de referencia local y nacional, se accede a la prestación del servicio, sin barreras geográficas, económicas, socioculturales y bajo las condiciones, horarios y requisitos reglamentados en el hospital. La *Complementariedad*, está dada por la asistencia de la Unidad como centro de referencia de atención especializada en enfermedades gastrointestinales con diferentes instituciones y centros de salud, con limitaciones tecnológicas (no se cuenta con todas los equipos para diagnóstico) y administrativas (limitación en cupos de hospitalización y turnos quirúrgicos). La *Coordinación* de las actividades de atención, bien sea con el mismo departamento de pediatría y otras instituciones, no siempre son de cooperación, algunos pacientes son referidos sin la consulta previa al médico, se agotan los recursos presupuestados y en algunas casos existe presión e imposición por parte de las autoridades hospitalarias sobre los pacientes a atender. La *Calidad,* se ve afectada por la falta de adecuación del sistema hospitalario a una consulta subespecializada, donde el volumen de pacientes, procedimientos médicos,

tramites administrativos y rutina de trabajo dificultan o retardan la atención expedita del paciente, aumentan el tiempo de espera para la primera consulta y las sucesivas.

5.1.3.- **Características:**

a) El enfoque biopsicosocial: está presente en la atención del paciente, ya que interactúan en forma simultánea la atención del niño, el aspecto psicológico de él y sus familiares y se considera su entorno social para el abordaje integral y resolver problemas a través de un equipo multidisciplinario.
b) El acceso al servicio: se cumple con este aspecto, tal como fue mencionado en los valores y principios de la Unidad.
c) Sistema de atención médica: este sistema en la Unidad se observa desorganizado; funciona en horario diurno, 12 horas, de 7 am a 7 pm. La consulta se divide en consultas sucesivas y pacientes a evaluar por primera vez bajo un régimen de citas, el cual adolece de una estructura de atención por prioridades, se lleva a cabo dos días a la semana y se asignan tres días para estudios endoscópicos y ultrasonido abdominal en forma electiva.
d) Por otra parte, en forma simultanea se atienden pacientes ambulatorios con hospitalizados de todas las áreas del Departamento de Pediatría (Emergencia, Hospitalización, Terapia Pediátrica y Neonatal), a lo que se suman las referencias extrahospitalarias con o sin aviso, y una consulta semiurgente para aquellos pacientes que acuden a buscar cita, pero por su patología de base tienen que recibir tratamiento inmediato, orientación, solicitud de exámenes e indicaciones que no pueden esperar, como en el caso de un reflujo gastroesofágico en lactante menor, un dolor abdominal, una hepatitis aguda que por experticia no ha sido resuelto a nivel ambulatorio, por lo que se le dan indicaciones precisas mientras llega el día de la consulta de primera vez, donde se les llenara la historia clínica.

e) Orientación Preventiva/Curativa: dado que la consulta es de una subespecialidad en pediatría, la orientación es diagnóstica para tratamiento, es decir curativa. Se trata de un nivel de atención resolutivo a través de identificación de patologías específicas a través de la clínica y uso de tecnología (equipos de endoscopias, ultrasonido, etc.). La orientación preventiva se cumple de manera individual de médico a paciente (madre o representante del niño) y por patología, tales como recomendaciones para pacientes alérgicos, evitar parasitosis, dietas especiales. No hay una política informativa general sobre enfermedades y medidas de prevención dirigidas a los usuarios y familiares.

f) Articulación con las Redes, Cobertura y Sistema de Referencia/Contrarreferencia: la articulación con redes no se cumple, no existe coordinación con ninguna red. Una manera de contacto se realiza por vía telefónica, a teléfonos personales de los médicos o de la institución autorizándose traslados y consultas, otra forma es a través de solicitudes canalizadas por la Dirección del hospital o la simple asistencia del paciente al centro, directamente a nuestra consulta o por el servicio de emergencia.

g) La cobertura es buena, se atiende la población de la localidad, localidades adyacentes y remotas. En la estadística de la Unidad se registra en promedio semanal: 65 consultas ambulatorias, 14 consultas a hospitalización, 13 estudios endoscópicos, y 10 ultrasonidos.

h) Participación-Integración Social: no hay participación ni integración con la comunidad, pero si existe una integración o alianza con instituciones que sirven de apoyo a la atención del paciente como Laboratorios, Fundaciones y otras.

5.2.- **Resultados trabajo de campo, análisis de entrevistas de opinión a expertos.**

El grupo de expertos estuvo constituido por 3 profesionales, cuyo perfil fue el siguiente: todas del género femenino, edad comprendida entre 50 y 61 años de edad. La doctora Keira León se desempeña como Gastroenterólogo Pediatra del Hospital Dr. Domingo Luciani, I.V.S.S. y las doctoras Anadina Salvatierra y Marbelia Martínez ambas fueron jefes en gastroenterología por más de 10 años, la primera en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, en la ciudad de Valencia, edo. Carabobo y la segunda en HMPC.

Se obtuvo información útil para la investigación, con la entrevista se recogieron comentarios, sobre el instrumento y la forma de aplicación. Así como acotaciones específicas respecto al contenido, al inicio se contemplaron 18 preguntas en el cuestionario y estas fueron reducidas a 12, debido a que algunas fueron fusionadas por evaluar similares ítem. Todo lo cual sirvió de base para la elaboración final del cuestionario, como una forma de segunda versión del instrumento.

Las respuestas a la entrevista fueron resumidas y analizadas en su conjunto, a la pregunta 1, todas las entrevistadas, manifestaron conocer acerca de los cambios en el sector salud. Dos de las entrevistados señalaron además que el sistema de salud debe transformarse, unificarse y mejorarse, y y una de ellas añade que no se ha consultado con el gremio médico. Por su parte, otra entrevistada considera que se trata solo de un cambio de nombre. Con respecto a la pregunta 2, sobre los cambios en el modelo de atención de salud en el país a nivel de los hospitales de IV, se señalo que se esta de acuerdo que los hospitales tipo IV deben ser de referencia, diagnóstico, alta tecnología y docencia. A la fecha no se observan los cambios implementados o probablemente no hay cambios.

Las respuestas sobre los valores en atención en salud, se obtuvo de la pregunta 3, las encuestadas tienen la percepción de la existencia de una atención integral especializada en el tercer nivel de complejidad. León además considera que existe el recurso humano para la atención integral pero no el recurso tecnológico. En relación a la accesibilidad y equidad en la cobertura interrogada en la pregunta 4, una entrevistada fue la única que respondió que no hay suficientes hospitales a nivel nacional que puedan brindar la atención especializada en gastroenterología, lo que dificultad cumplir con esos valores. Así mismo a la pregunta 5, dos de ellas consideran que se puede mantener el acceso al servicio, en forma gratuita, universal, con solidaridad y complementariedad, y no obstante, hay limitación por la disponibilidad de equipos endoscópicos. En algunos casos se requiere colaboración, no pueden ser gratuitos, ya que los estudios y equipos son costos.

A las interrogantes sobre las características del tipo de atención, de las preguntas 6 a la 10, opinaron que la evaluación es integral como una unidad biopsicocial, no basada en la familia o la comunidad, esto último difícil de aplicar a este nivel de atención especializada. Adicionalmente, no se observa integración en el sistema de referencias, se requiere coordinación, mayor numero de especialistas y de información apropiada sobre el servicio a prestar. Con respecto al cambio de enfoque curativo de la atención, basados en la atención hospitalaria, hacia una atención preventivo y basados en la comunidad, una de las entrevistadas señala que puede combinarse el enfoque curativo y preventivo pero las otras dos respondieron que no se debe cambiar el enfoque, la prevención corresponde a otros niveles de atención en salud, en las subespecialidades se resuelven enfermedades especificas.

Finalmente, la opinión sobre las preguntas 11,12, y 13 dirigidas a recoger información sobre los factores que pueden afectar la atención del paciente que requieres atención especializada y sub-especializada según la nueva propuesta, se dijo que en los nuevos centros instalados, no existe equipamiento ni personal médico entrenado para la atención del paciente pediátrico con enfermedad gastrointestinal, y las unidades o servicios existentes que han sido equipado, no cuentan con mantenimiento. Por otra parte, de requerirse especialistas en gastroenterología pediátrica, es necesario que sean distribuidos a nivel nacional, ya que la mayoría se encuentra en la zona central del país. En otro orden de ideas, opinan que puede haber mayor resolución ambulatoria de las patologías gastrointestinales, con la observación, que la atención oportuna depende en cierta forma de la preparación del pediatra quien refiere al paciente.

5.3.- **Resultados y análisis, trabajo de campo, cuestionario auto-administrado**

A continuación, se muestran los resultados obtenidos del cuestionario auto administrado. Las respuestas obtenidas fueron analizadas independientemente del perfil del encuestado, a todas las respuestas se les otorgo igual valor.

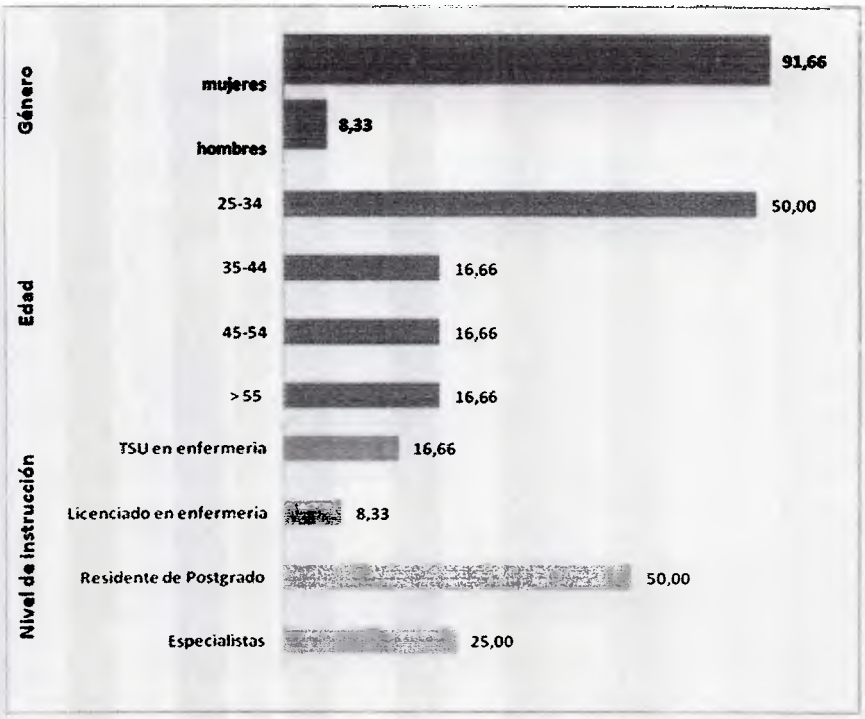


Grafico 1. Características epidemiológicas del personal, Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica

Las características del personal a quien se le aplico el cuestionario, se resumen en el gráfico 1, donde se consideraron como únicos datos epidemiológicos de interés, la edad, el género, y el cargo que ocupan en la unidad. Esta muestra esta representada mayoritariamente por mujeres, la única persona del sexo masculino es uno de los TSU en enfermería. Con respecto a la edad, se trata de personas jóvenes, entre 29 y 50 años. Destaca el hecho, de que todos los encuestados tienen instrucción universitaria, y el cargo que ocupan, esta relacionado con el nivel de instrucción.

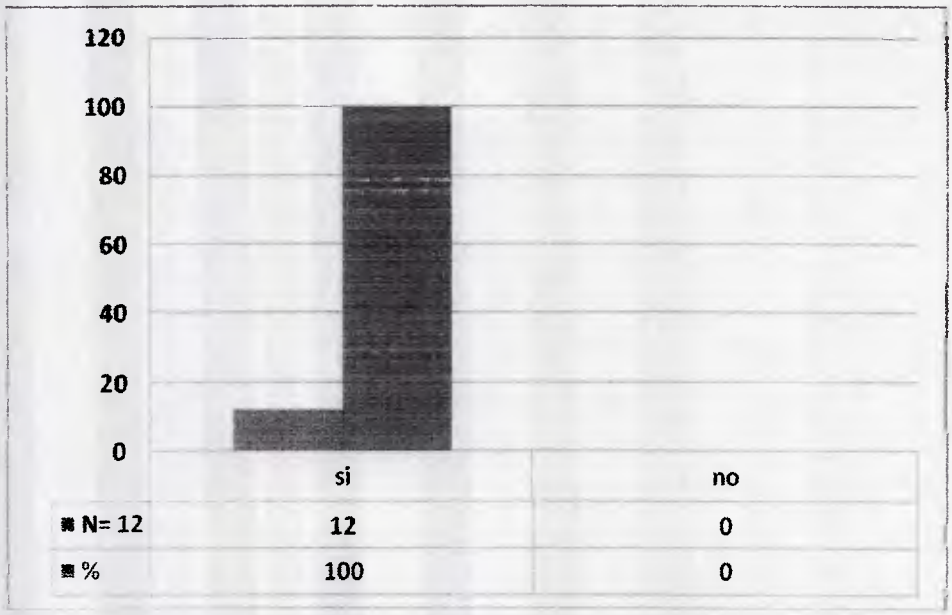


Gráfico 2. Respuestas a pregunta 1 del cuestionario sobre equidad, accesibilidad, gratuidad y solidaridad en la prestación de servicio, consulta de gastroenterología. .

En el gráfico 2, con su tabla correspondiente, se muestran los resultados a la pregunta uno, dirigida a investigar sobre los valores del modelo de atención de la Unidad, el cien porciento (100%) del personal incluyendo médicos y paramédico, considera que existe equidad, integralidad, accesibilidad y gratuidad en el servicio, igual a los postulados universales de la atención integral, y de la misma manera que son enunciados en el articulo 6 del Anteproyecto De Ley Orgánica de Salud que caracterizaran al SPNS.

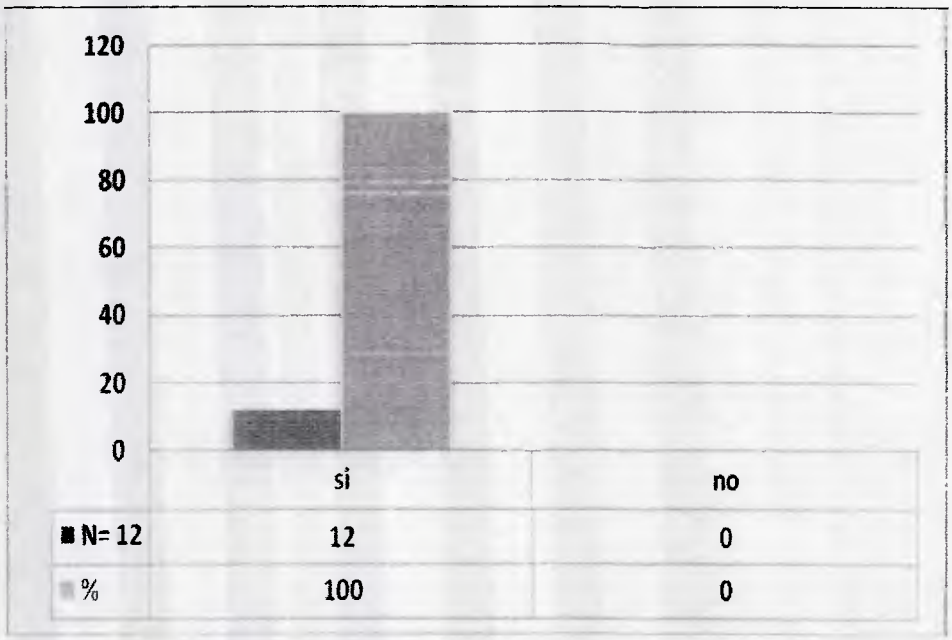


Grafico 3. Respuestas a pregunta 2 sobre atención integral como unidad biopsicosocial.

Todos los encuestados a la pregunta dos, estuvieron de acuerdo que la atención del paciente en la Unidad esta basada en atención integral y es visto como una unidad biopsicosocial. Al analizar esta respuesta, se puede decir que la Unidad basa su modelo de atención en el paciente y su familia, similar a lo propuesto en el modelo del SPNS, que hace énfasis en el aspecto grupal o social. Se destaca que en este nivel de atención especializada, y por tratarse de niños no se puede desvincular al paciente de la familia y por ende de su entorno, ya que son determinantes al valorar el proceso salud–enfermedad, se puede decir que la Unidad ya cumple con esta característica del modelo.

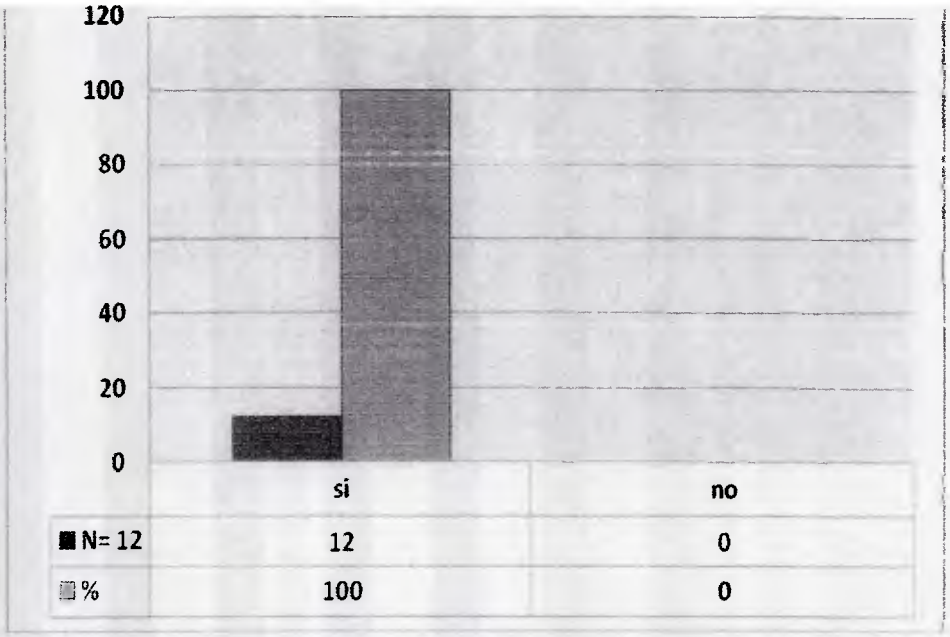
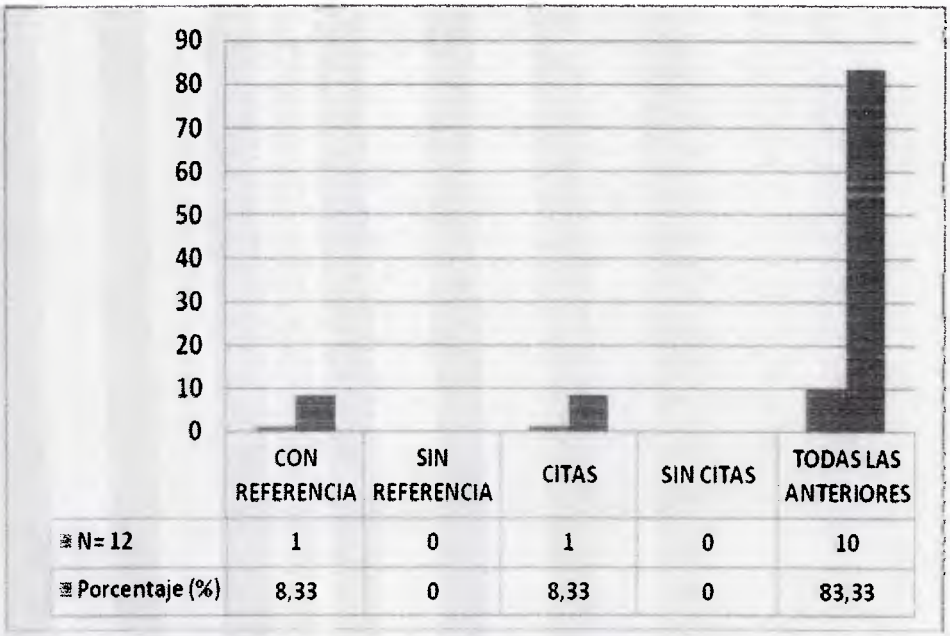


Gráfico 4. Respuestas a pregunta 3 sobre modelo de atención actual y resolución de enfermedades gastrointestinales y asociadas.

De acuerdo a las respuestas de la pregunta tres, también el 100% de los encuestados considero que el modelo de atención actual de la Unidad, soluciona las enfermedades gastrointestinales y canaliza la atención para otras patologías, este aspecto se relaciona con la característica de sistema de atención médica, que incluye detectar las necesidades, la enfermedad, responder de manera satisfactoria y efectiva con competencia técnica. De la misma manera se relaciona con el principio de complementariedad, ya que utiliza otros recursos de interconsultas médicas para los pacientes que tiene patología asociada. Dichas características se conservaran como parte del diseño de modelo de atención, ya que son semejantes a la propuesta del SPNS.



	CON REFERENCIA	SIN REFERENCIA	CITAS	SIN CITAS	TODAS LAS ANTERIORES
N= 12	1	0	1	0	10
Porcentaje (%)	8,33	0	8,33	0	83,33

Gráfico 5. Respuestas a pregunta 4 sobre modo de ingreso para evaluación en la Unidad.

Con la pregunta cuatro, se pretendía conocer que opinaban los encuestados acerca del modo de ingreso a la Unidad, gráfico 5. El 83,33% de los ellos consideraron que el ingreso para evaluación, se realiza de diversas maneras, con o sin referencia médica, con o sin citas, sean consultas de primera vez o sucesivas. El análisis de estos datos muestra que el ingreso a la Unidad, responde a una flexibilización del sistema y priorización en la atención según patologías especificas. Estos resultados se correlacionan con lo observado al describir el modelo de atención actual de la Unidad, donde existe atención de pacientes no planificados, sobrecarga de trabajo, que repercute en el tiempo de espera de atención al paciente.

Gráfico 6. Respuesta a pregunta 5 sobre si la Unidad debe formar parte del Sistema de Referencias y Contrareferencia para atención del paciente.

Con la quinta pregunta se busca conocer la proporción de profesionales, que consideran que la Unidad debe formar parte de un Sistema de Referencias y Contrareferencias, prácticamente la totalidad de los encuestados, 11/12 personas (91,66%) opinaron que si debe formar parte de ese Sistema. Se puede decir que los encuestados considerando de utilidad de dicho planteamiento, el hospital es tipo IV, amerita insertarse en el Sistema de Referencia y Contrareferencia como una manera de mejorar la coordinación con las instituciones y hospitales la atención del pacientes y que éste tenga acceso a otra puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de enfermedades gastrointestinales que requieren evaluación por el especialista para diagnóstico y tratamiento.

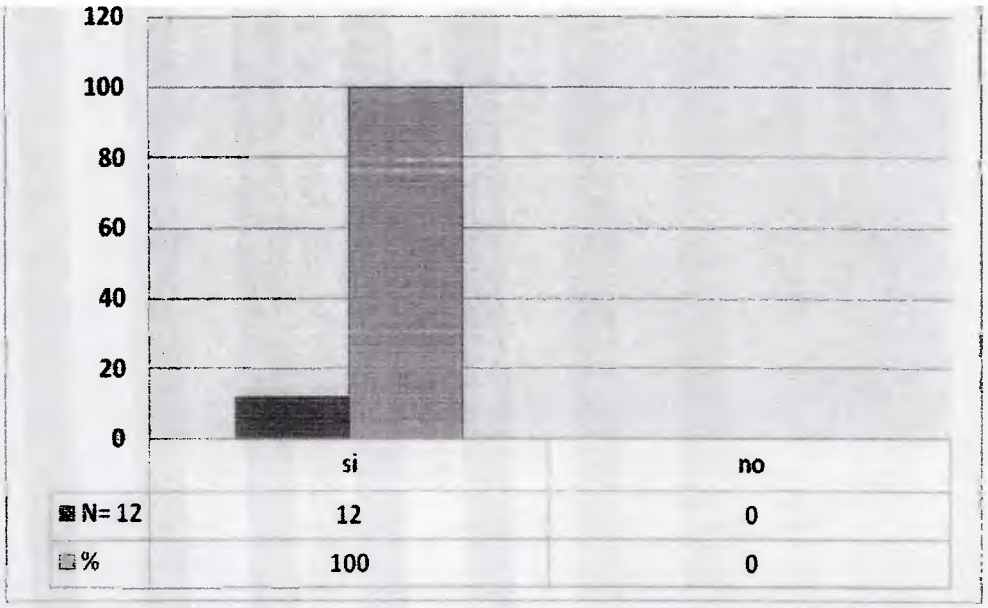


Gráfico 7. Respuestas a preguntas 6 sobre si un nuevo modelo de atención de salud puede hacer énfasis en la proporción, prevención de enfermedades, protección, atención y rehabilitación de la salud.

Se muestra en el gráfico 7, que el 100% de los encuestados a la pregunta seis cree que un nuevo modelo de atención de salud en la Unidad puede hacer énfasis en la promoción, prevención de enfermedades, protección, atención y rehabilitación de la salud. La Carta de Ottawa (OMS, 1986) plantea una reorientación de los servicios sanitarios entre las cinco áreas de acción de la Promoción de Salud. El sistema actual, por estar en un nivel de atención especializada, esta más centrado en la enfermedad y lo asistencial, con medidas individuales en lo promocional y preventivo del proceso salud/enfermedad, en concordancia con la información recogida sobre los elementos del modelo de atención actual de la Unidad, según lista de chequeo.

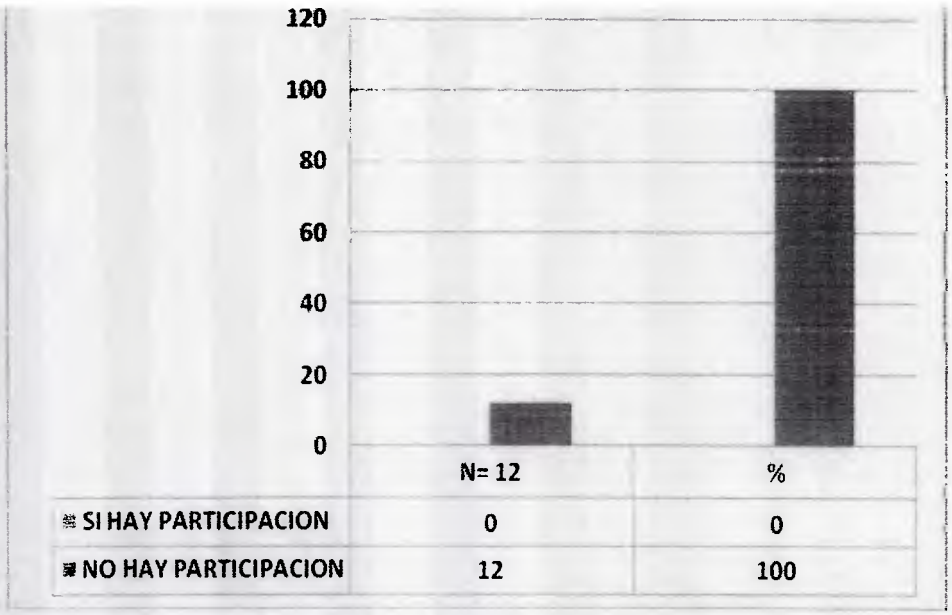


Gráfico 8. Respuesta a pregunta 7, sobre la participación de la comunidad con el equipo médico en trabajo conjunto para lograr los objetivos sanitarios.

La séptima pregunta, en consonancia con la pregunta anterior, con otro de los elementos para el nuevo modelo de atención, muestra que en forma global, que el 100% de los encuestados consideró que no hay participación de la comunidad con el equipo de médico en trabajo conjunto para lograr los objetivos sanitarios, tales como información a los asistentes a la Unidad, escuchar necesidades, responsabilidades en el cumplimiento de los tratamientos, asistencia a las actividades y consultas sucesivas

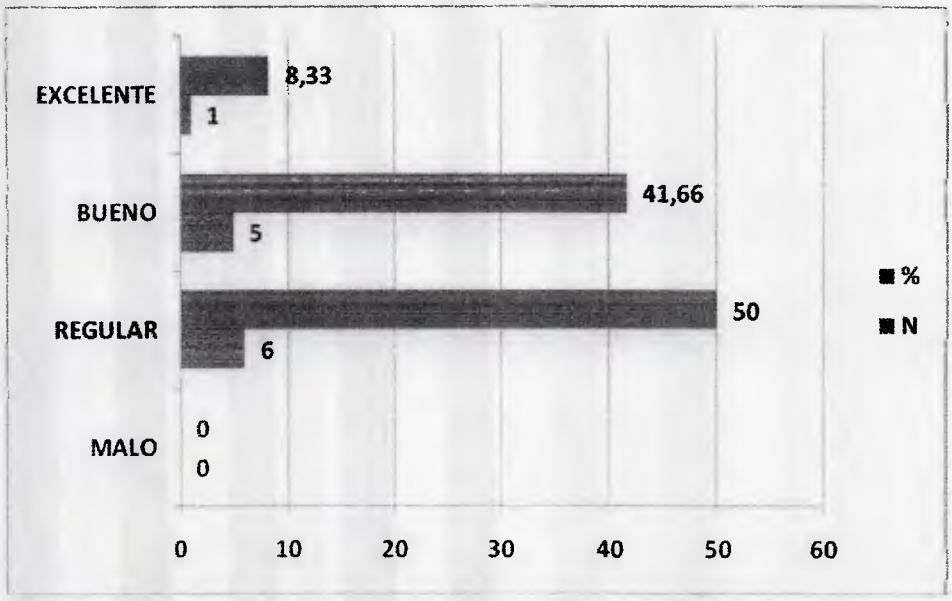


Gráfico 9. Respuestas a pregunta 8 sobre el programa informativo de la Unidad
En el grafico 9, pregunta ocho, referente ha como es el programa informativo en la

Unidad sobre normas, horarios, prevención de enfermedades, procedimientos diagnósticos y tratamientos, hubo diversidad de criterios, 6/12 personas (50%) consideraron que es regular, en segundo lugar 5/12 (41,66%) opinan que es bueno, en tanto que el 1/12(8,33%) lo considera excelente, ninguna persona lo considero malo. La percepción de un sistema de información a los usuarios como regular, refleja concordancia con lo encontrado en lista de chequeo y el sistema de atención médica, que se observo desorganizado, con atención simultanea de consultas ambulatorias con hospitalizados, estudios endoscópicos de emergencia los días de consulta, pudiéndose deducir que los usuarios, los médicos de la institución y de otros centros asistenciales y hospitales, no conocen la estructura de funcionamiento de la consulta, dificultando el cumplimiento de la programación del horario y días de consulta, así como la orientación del usuario respecto de las acciones: diagnóstico, tratamiento especifico. Por ende la orientación preventiva, se realiza en cada contacto a través de la entrega

de una guía para el cuidado en casa sobre algunas enfermedades (reflujo, gastroesofágico, estreñimiento, dietas en diarrea).

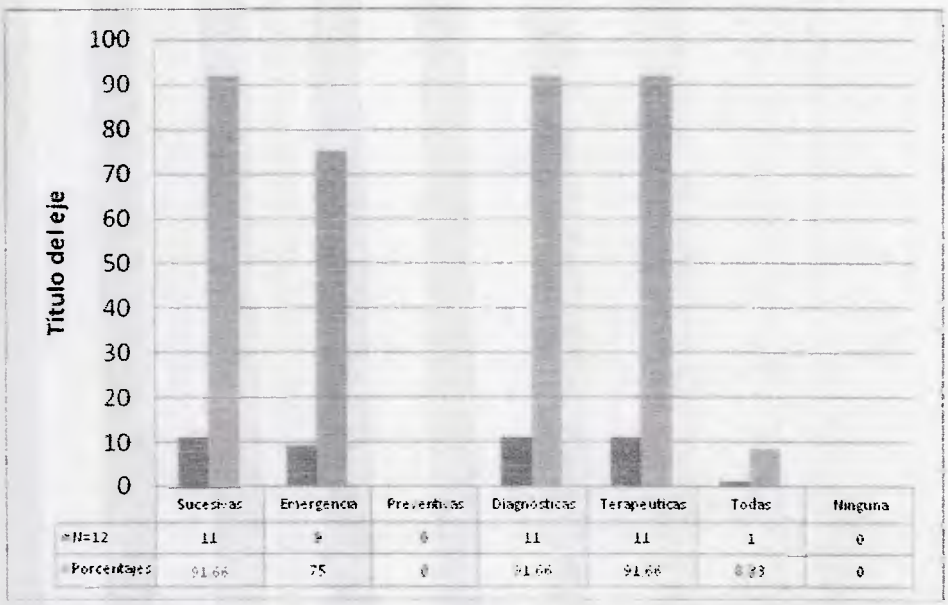
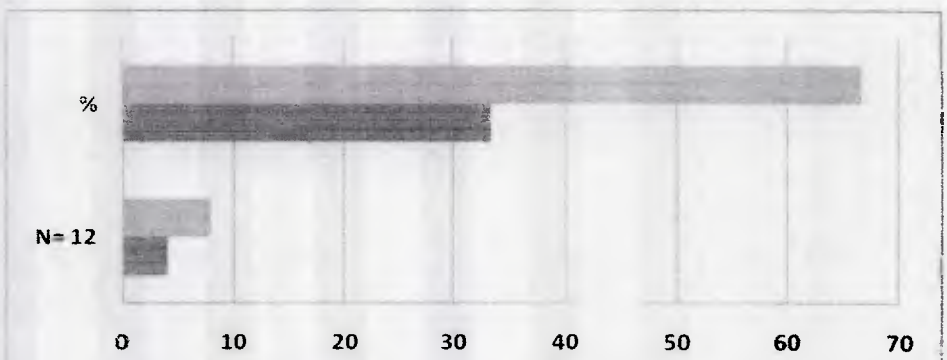


Gráfico 10. Respuesta a pregunta 9 sobre el modelo de atención actual de la Unidad y programación de consultas.

La pregunta nueve, indago la opinión de los encuestados sobre la programación de las consultas, escogiendo una o varias opciones. El 91,66% de los encuestados respondió que existe programación de las consultas sucesivas, diagnósticas y terapéuticas, una sola persona (8,33%), considero que se programan todas las consultas, incluyendo la preventiva; y 9/12 (75,00%) profesionales consideraron que se programan las de emergencia.

Se hace necesario aclarar, que la programación de las emergencias probablemente se refiera al momento de realizar el procedimiento endoscópico, que aunque la exploración se realice de manera urgente, éste de programarse, en un periodo de 6 a 12 horas. El paciente debe estar en ayuno y se requieren exámenes de laboratorio, así como la asistencia del anestesiólogo según sea el caso. A su vez, de esta pregunta nueve se destaca que el proceso en la programación de consultas sucesivas, diagnósticas y terapéuticas, se relaciona con la cobertura continúa en la atención de las pacientes por el equipo de salud, durante todas las etapas de atención (control de enfermedad, diagnóstico y tratamiento). También esas consultas conciernen el principio de calidad en la atención, señalado en párrafos anteriores, donde se evalúa la calidad como principio en su dimensión técnica, la cual se refiere a la exactitud del diagnóstico y al ajuste de las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados.



	N= 12	%
no	8	66,66
si	4	33,34

Grafico 11. Respuesta a pregunta 10 sobre si con el modelo de atención actual en la Unidad se puede incrementar la resolución ambulatoria de enfermedades gastrointestinales.

En la pregunta diez, la mayoría, 8/12 (66,66%) considero que no se puede aumentar la resolución ambulatoria de patologías o enfermedades gastrointestinales, gráfico 11. Se puede deducir que dicha respuesta revela la orientación curativa y nivel resolutivo del cuarto nivel de atención hospitalaria, Por lo que para aumentar la cobertura y resolución ambulatoria de los problemas de salud, se requiere de la complementaridad, que se describe como la forma de mantener la participación de la Unidad y los diferentes niveles de atención de acuerdo a la capacidad tecnológica y científica; y de la reorganización de la consulta en Atención Especializada en Consulta Externa del Hospital y Atención Hospitalaria por Ingreso al Hospital, ya que se encuentra rebasado el sistema de citas hasta con dos meses de espera.

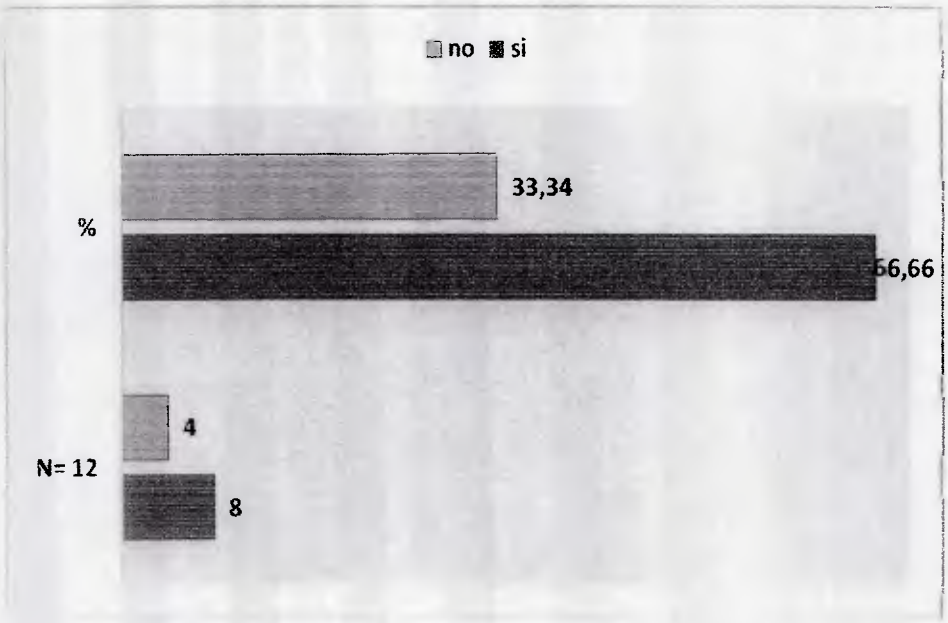


Gráfico 12. Respuesta a preguntas 11 sobre si la Unidad para integrase al Sistema Público Nacional de Salud amerita reprogramar el modelo de atención con respecto a actividades diarias y tipo de consulta.

A la pregunta once, gráfico 12, que indago sobre si el entrevistado cree que la Unidad para integrase al Sistema Público Nacional de Salud amerita reprogramar el modelo de atención con respecto a actividades diarias y tipo de consulta para disminuir el tiempo de espera, evitar oportunidades perdidas, aumentar el número de especialistas y horarios de trabajo al horario de atención, el 66,66% (8/12 personas) respondieron que debe reprogramarse el modelo de atención y 4/12 (33,44%) no estuvieron de acuerdo. Se percibe que la respuesta muestra el deseo de un cambio en un número importante de profesionales para mejorar el modelo de atención.

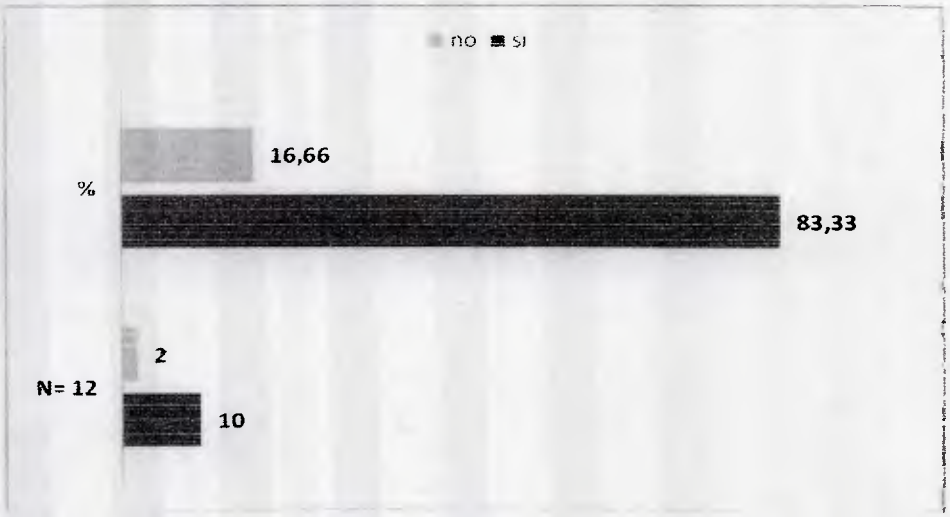


Gráfico 13. Respuestas a preguntas 12 sobre si la Unidad puede introducir un sistema de apoyo como parte del modelo de atención en la red del Sistema Público Nacional de Salud.

El gráfico 13, pregunta doce, muestra que de 12 encuestados, 10 (83,33%) respondieron que como parte del modelo de atención en la Unidad, se puede introducir un sistema de apoyo con interconsultas y llamadas telefónicas en hospitales, servicios, comunidades del país para una atención oportuna que garantice la accesibilidad, y continuidad de la atención, tal como lo propone el nuevo SPNS, el

cual estará conectado a un sistema de redes. Lo cual esta en relación con el principio de coordinación, que establece cooperación médica, administrativa y utilización adecuada de recursos entre los diferentes entes que prestan atención de salud.

5.4.- Análisis DOFA del modelo de atención actual de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica y del propuesto por el Sistema Público Nacional de Salud.

Considerando toda la información recabada en los antecedentes de la investigación, asi como los documentos publicados y resultados obteniodos en el trabajo de campo, se realiza el análisis del modelo de atención en salud de la Unidad y el propuesto por el SPNS, como una manera objetiva de aproximarse a la identificación de los aspectos positivos y negativos de ambos modelos, determinar fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades, tabla 2.

INDICADOR	MODELO ACTUAL	MODELO PROPUESTO
FORTALEZAS	- Cuenta con personal de especialista y en formación - Cuenta con tecnología para la atención del paciente - Se promueve la actualización científica continúa de su talento humano.	- Orientación preventiva/ curativa - Continuara contando con personal de especialista y en formación. - Se mantendrá la promoción de la actualización científica continúa de su talento humano.
OPORTUNIDADES	- Mejorar la atención médica de acuerdo a la necesidad operativa de la Unidad de Gastroenterología Pediatríca.	- Lograr la articulación a redes de atención lo que facilitaría el acceso - Contar con el sistema de referencia y

	- Fortalecer alianzas estratégicas intra e inter-institucionales para el logro de la atención médica de los usuarios y el desarrollo de la actividad docente	contrareferencia (canalizar prioridades y cobertura de atención) - La participación de la comunidad - Mejorar la calidad, eficiencia y eficacia en la atención y utilización oportuna de los recursos
AMENAZAS	- No esta articulada a redes - No cuenta con participación de la comunidad - Insuficiente cantidad de equipos para incrementar la oferta de atención.	- El personal tiene poco conocimiento sobre la propuesta de SPNS. - La participación tiene vinculación político - Los expertos no quieran colaborar.
DEBILIDADES	- No tiene orientación preventiva/ curativa - Coordinación con el Departamento de Pediatría y otras instituciones es débil y a veces no es de cooperación - Rectoría de salud fragmentada en la practica, diversificada	- Dificultades de la interacción personal de salud y estado para la ejecución del nuevo SPNS - Si se establece a este nivel de atención la coordinación por parte de médicos cubanos creara conflictos

Tabla 2. Análisis DOFA. Modelo de atención actual de la Unidad De Gastroenterología Pediátrica y el propuesto por SPNS. Fuente: datos propios de la investigación

5.5.- **Resultados y análisis, parte documental de la investigación.**

La investigación documental aporto información que permite la evaluación del modelo de atención que se aplica en la Unidad y el propuesto en el SPNS como una manera de complementar datos y diseñar el modelo de la Unidad. Un nuevo marco conceptual esta planteado para el análisis de la provisión de servicios de salud según una propuesta de la OMS, mencionada por Ruales (2004), en su ponencia durante el

III Congreso de Salud Pública, la cual complementa el análisis tradicional. Señala que el modelo de atención en salud es el aspecto más importante en el análisis, debido a que esta determinado por la interacción entre el prestador y usuario del servicio, cuyas características están dadas por la pertenencia de la oferta del servicio con respecto a las necesidades y demandas de los usuarios, la familia y la comunidad; el grado de acceso y aceptación, la orientación centrada en las personas, y el nivel de integración de los servicios a nivel promoción, prevención, atención curativa y rehabilitación entre otros.

Tradicionalmente, el análisis se basa en la estructura, el proceso y los resultados, este tipo de análisis tiene le limitación de centrarse en la oferta del servicio y el uso, más no en las necesidades y demandas en salud de la población, lo que representa un reto considerando el cambio de modelo de atención, cuya tendencia es centrarse en las personas, su contexto familiar y la comunidad.

En el área de Latinoamérica y el Caribe, se inician reformas en salud en Brasil, Chile y Venezuela, con diferentes grados de intensidad y entendiéndose el proceso de reforma como la necesidad de adaptar los sistemas de salud a los cambios socioeconómicos vigentes, cambios en el financiamiento por parte del Estado y cambios en la organización de salud. Ante los cambios propuestos en los modelos de atención de salud, se recogen varias experiencias en el diseño de un modelo de atención. En Chile, Salgado (2005) comenta tres principios fundamentales que condujeron a la transformación del modelo de atención de su país: primero la expectativa de la población, cada vez más instruida e informada de sus derechos respecto a la salud, segundo los cambios en el perfil demográfico (envejecimiento) y epidemiológico (de enfermedades infectocontagiosas a crónicas) y tercero la obsolescencia del modelo, que según refiere alcanzo el límite de capacidad de enfrentar las necesidades sanitarias de la población (insatisfacción de los usuarios,

insuficiencias en coberturas, trato inadecuado, fallas en la oportunidad de la atención).

De allí que, el modelo de atención integral chileno en el contexto de 2006-2010 fue revisado y se formularon como objetivos: el acercar la atención a la población beneficiaria, alcanzar aumento creciente de las acciones de promoción y prevención, incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, entregar atención de calidad con tecnología adecuada y evidencia científica. Por lo que se profundiza en los elementos del modelo, el cual debe estar centrado en las personas, énfasis en lo promocional y preventivo, enfoque de salud familiar, integralidad, énfasis ambulatorio, participación, intersectorialidad, calidad, tecnologías apropiadas y gestión de las personas trabajadores y trabajadoras de salud. Los valores incluidos: salud como un derecho, equidad y solidaridad. De la misma manera, los principios: accesibilidad, oportunidad, calidad, uso eficiente de los recursos, (MINSAL, 2005). Se desprende de dicha información que los modelos de atención en salud, tienen similitudes en los objetivos, valores y principios que de acuerdo a las y características y necesidades de cada país, se hará mayor o menor énfasis en algún aspecto de los destacados.

Por otra parte, en Brasil, la reforma, busco el fortalecimiento de un Sistema Único de Salud (SUS), con la finalidad de una mejor organización y una mayor estabilidad financiera (CEPAL, 2005). Sin embargo, para entender el alcance del SUS, se reviso el informe de Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma de los Sistemas de Salud, caso Brasil (OPS/OMS, 2008), que explica con detalle que el sistema de salud es mixto, segmentado y, según el origen de los recursos, esta compuesto por dos subsistemas: uno público y otro privado. El denominado SUS,

forma parte del público, con acceso universal y gratuito, financiado con recurso público y el segundo público es de acceso restringido a los funcionarios públicos (civiles y militares), financiado con recursos públicos y contribuciones de los empleados. En el subsistema privado distinguen dos segmentos: uno con planes y seguros, de afiliación voluntaria, no obligatoria, financiado con recursos de los empleadores y el otro que ofrece acceso directo a proveedores privados mediante pago al momento de la prestación de los servicios asistenciales.

En ese mismo informe citado con anterioridad (OPS/OMS, 2008), que tuvo como finalidad el seguimiento de la reforma, también refiere que el 75% de la población brasileña tiene como único acceso a la atención de salud al SUS, y el modelo de atención, se clasifica en atención básica, que incluye medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, además de asistencia en especialidades básicas y control de enfermedades; atención especializada (mediana complejidad), en la que participan profesionales especialistas; y atención de alta complejidad, que se basa en el uso de equipos o tecnologías más complejos, coincidiendo con ciertas similitudes con la clasificación venezolana de niveles de atención actual y las propuestas en Barrio Adentro.

Entre los principios orientadores de las reformas, esta la equidad, para asegurar el acceso universal, el cual viene alcanzándose de forma gradual y creciente, donde han observado una franca mejoría en las condiciones de acceso en todas las regiones del país. La cobertura de la atención básica está prácticamente universalizada en todas las unidades federadas, con desigualdades entre las zonas rurales y persisten desigualdades entre regiones del país en cuanto a la oferta de servicios y el acceso a la atención de media y alta complejidad. Los equipamientos de mayor densidad

tecnológica están predominantemente en establecimientos privados, lo que determina una elevada concentración en las regiones de mayor ingreso promedio de la población, donde también se concentra la cobertura de los planes de salud privados.

El sistema de salud cubano, referente en el proceso de transformación del modelo de atención en salud en Venezuela, a través de la cooperación entre países (Muntaner, 2008), obliga a la revisión de ese sistema de salud. Sansó (2005), en el abordaje de la medicina familiar cubana desde sus inicios 1984, plantea que la introducción de este modelo, en el Sistema Nacional de Salud, generó importantes transformaciones en la atención médica en el nivel primario. Sin embargo, a su juicio, haciendo un análisis critico, menciona la existencia de tres factores que han incidido en el deterioro del modelo de atención médica: la crisis económica y su repercusión en el sistema de valores morales de la sociedad y de los profesionales de salud, la replicación del modelo a nivel nacional, lo cual no alcanzó el resultado logrado a escala de laboratorio y la falta de capacidad de adaptación del sistema de salud a los cambios necesarios.

Por su parte, De los Santos, Garrido y Chávez (2004), comparando los sistemas de salud cubano y canadiense, indican que aunque son naciones con profundas diferencias en el grado de desarrollo económico alcanzado, sus indicadores sanitarios son muy similares, y el acceso universal a la salud puede lograrse con distintos modelos de atención. Este análisis comparativo señala, que el modelo de medicina familiar cubano garantiza mayor accesibilidad a la atención primaria, a través de la aplicación de un enfoque integral, que va desde la promoción hasta la rehabilitación, pero en forma frecuente carece de integralidad al prescindir de la participación comunitaria e intersectorial. Por su parte el sistema de salud en Canadá, la atención

médica es de financiamiento público, pero de prestación privada, con fuerte base en los médicos de atención primaria en un 60%, trabajan en consultorios privados en las comunidades y tienen un alto grado de autonomía, controlan el acceso a especialistas, a otros proveedores, estudios de apoyo al diagnóstico y medicamentos.

La prevención y la promoción han sido menos enfatizadas en la práctica, pese a la existencia de unidades de salud pública en las provincias, responsables de la promoción y prevención de enfermedades en la población, vigilancia del manejo de alimentos, inmunizaciones, entre otros. Señalamientos que comprenden aspectos significativos, cuando se examinan los modelos de atención en salud.

Cabe mencionar que otro estudio revisado sobre las reformas del sector salud, como en Centroamérica (OPS, 2002), se indican, como causas de la transformación del modelo, la adaptación de los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales, cambios demográficos, baja cobertura, y la necesidad de mejorar en la eficiencia y la calidad de los servicios. Así como la necesidad de aumentar la equidad, con el paralelismo de reformas jurídicas, aspectos éste en común con la reforma venezolana, donde se estableció un nuevo orden legal en la salud. Otro punto de interés que se muestra, es que las reformas son llevadas a cabo por el Ministerio de Salud, en la mayor parte de los países, los cuales han recibido apoyo técnico o financiero para el diseño, de organismos internacionales como la OPS/OMS, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial.

Al respecto, en Venezuela, hay la experiencia de cooperación con alguna de esas organizaciones como la dada en la planificación de Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010 (OPS/OMS/MPPS, 2006). Aludiendo nuevamente las reformas en Centroamérica, se concluye, destacando que para su implementación se necesita un proceso previo de negociación, donde hay una limitada participación de la población o de sus representantes. Este último aspecto, considero primordial para el logro de los objetivos, en la actual reforma de salud en el país, el recurso humano y su opinión, parecieran estar alejados del proceso.

En Europa, Repullo y Fernández (1999), en el informe SESPAS, describen como la atención especializada y los hospitales se enfrentan a cambios muy importantes y la variable tecnológica continuara siendo determinante como generadora de cambios que impactan en la organización con cinco retos adaptativos: eficiencia productiva clínicamente, hacer lo más efectivo de acuerdo a la evidencia científica y a la opinión y criterio informado del paciente; poner al paciente en el centro de las intervenciones, y no aplicar tecnología solo por tener indicaciones para hacerlo y coordinación eficaz con la atención primaria; humanización del medio-ambiente hospitalario; los hospitales se beneficiarán con el trabajo cooperativo de trabajar en redes con super-especializaciones; reorientación poblacional, dar un componente de eficiencia como elemento de sensibilización sobre la legitimidad e importancia de las prioridades sociales y sanitarias.

Buscando la simplificación de la información revisada, se puede decir que todos los países, coinciden con los objetivos que se desean alcanzar con una reforma y con el cambio de Modelo de Atención Integral en Salud. En Venezuela similar a lo investigado, se desea mejorar las condiciones de salud de la población, reorientando

las acciones de salud desde una forma curativa hacia otra con énfasis en la promoción y protección de la salud y la prevención, complicaciones y secuelas de enfermedades en las personas, sus familias y sus comunidades. Así mismo, mejorar la calidad de los servicios, respondiendo a las expectativas de la población en recibir servicios de salud de calidad, con calidez humana, fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, con coordinación interinstitucional e intersectorial. El modelo de atención propuesto intenta mantener y fortalecer los principios de universalidad, solidaridad y equidad que han privado en la prestación de servicios de salud.

En el país, la implementación de la Red Barrio Adentro III, concebida en agosto de 2005 para fortalecer el nivel hospitalario venezolano, para la atención a las referencias de Barrio Adentro I y II, (OPS/OMS/MPPS, 2006), fue definida como el conjunto de actividades y procedimientos organizados y encaminados a asegurar la atención muy especializada de los integrantes de la comunidad referidos del nivel secundario, mediante acciones de Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación de la Salud de las personas, y para lo cual disponen de recursos humanos muy capacitados y especializados y tecnología más desarrollada para el diagnóstico y tratamiento.

Según Armada (2004), Barrio Adentro III, tiene como objetivo fortalecer el tercer nivel de atención, como parte integrante del SPNS, de acuerdo a lo divulgado en el Proyecto de Barrio Adentro, cuando se desempeñaba como ministro del MPPS, comprende la modernización y actualización tecnológica de la red hospitalaria pública, cambios en el modelo de atención y reestructuración del modelo de gestión, donde se pretende una sinergia con la participación comunitaria como elemento

central para garantizar el acceso a la salud y transformar la condición de excluidos del subsistema de salud. Información que completa MCI (2005), al referir que el proceso de equipamiento y actualización tecnológica se inicio en 79 hospitales de la red, integrada por 299 hospitales, con la finalidad de dar inicio a Barrio Adentro III. Esto se extendió a los 19 hospitales adscritos al I.V.S.S., como lo es el hospital Dr. Miguel Pérez Carreño donde funciona la Unidad.

A pesar de la implementación de Barrio Adentro, y por ende del modelo de atención en salud, se reitera la transición en que se encuentra el sector salud en el país. El SPNS, (Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud, 2002), conceptualizado como el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas que prestan servicios de salud, reguladas todas, incluyendo las del sector privado, por el ministerio, y conformado por servicios y establecimientos de salud, organizados en redes con diferentes niveles de atención y escalones de complejidad, aún no tiene vigencia, ya que la ley de salud no ha sido aprobada, lo que dificulta la obtención de información que pueda emplearse en la construcción de un modelo de atención.

No obstante, la recuperación y reforma de la infraestructura física de los hospitales existentes a nivel nacional, se ha proporcionado y con dificultades. Además de la incorporación de tecnología, la adquisición de equipos de última generación, se ha ejecutado la rehabilitación e incorporación de equipos en una primera etapa a 44 hospitales, a través del establecimiento de un Convenio Argentina-Venezuela para la adquisición de equipos médicos, (Aguirre, 2008). Si se considera esa política de Barrio Adentro III, hasta la fecha se ha observado la inversión en tecnología, dentro del HMPC en áreas prioritarias como la quirúrgica, terapias intensivas (adultos, niños, neonatal), la Unidad de Hemodinamía, y Servicio de Cardiología y

emergencia entre otras, así como en la Unidad de Gastroenterología, con la adquisición de un equipo de ultrasonido y nuevos equipos endoscópicos, dotación regular de insumos y equipos accesorios, así como se ha incrementado el número de cargos para residentes de postgrado, y se extendió el horario de atención, estos dos últimos aspectos, no vinculados con el modelo de atención sino a necesidades del Departamento de Pediatría.

Continuando con la revisión documental, no se puede dejar de señalar que en la construcción, reestructuración o reforma en salud, se deben analizar las ventajas y desventajas de los procesos de cambio. Leal (2007), realiza una aproximación antropológica de la Misión Barrio Adentro, por tratarse de la estrategia organizativa del sistema de salud que desde 2003 intenta dar respuesta a los graves problemas del sector salud. En ella describe las principales características del nuevo sistema, como resultado de una revisión documental, y a través de la observación y entrevistas realizadas en consultorios ubicados en los Municipios Maracaibo y San Francisco, del estado Zulia. Aspectos metodológicos semejantes a los utilizados en este trabajo de investigación.

Entre las conclusiones de este artículo se encuentra que en el estado Zulia se asume que la tríada salud-enfermedad-atención constituye un sistema social culturalmente determinado y que los cambios así como las resistencias se generan y se expresan en la vida cotidiana de los colectivos sociales. Destaca que los principales logros son el acceso de la mayoría de la población en situación de pobreza a médicos y medicinas en el nivel de atención primaria, con mayor cantidad de servicios de calidad en cuanto al diagnóstico y atención en los Centros de Diagnóstico Integral y los Centros de Alta Tecnología (Barrio Adentro II), así como la operatividad de los hospitales adscritos al

sistema (Barrio Adentro III). Entre los problemas o resistencias al modelo, están la circulación constante por distintos sistemas y médicos en la búsqueda de la eficacia y del trato esperado en la relación médico-paciente; así como observó que se requiere de más énfasis en prevención y promoción de salud y una política que involucre a todas las instancias de socialización desde el núcleo familiar hasta la comunidad.

La información suministrada por Leal (2007), es primordial, extrapolando los datos, con logros y desventajas en la implementación del modelo de atención en Barrio Adentro a nivel hospitalario, hace que se realice el énfasis que el hospital Pérez Carreño, clasificado como tipo IV, donde funciona la Unidad, se caracterizan por una prestación de servicio orientada a la medicina diagnóstico/curativa por tener mayor capacidad resolutiva, poseer mayor número de camas de hospitalización, realización de procedimientos diagnósticos y funcionamiento en su sede los postgrados universitarios de enseñanza de la medicina. Todos estos aspectos difieren de las características propuestas para los hospitales tipo IV en el Programa Barrio Adentro III y SPNS. La diferencia estaría principalmente, en la interconexión del hospital y por ende de la Unidad con las redes y los Programas de Barrio Adentro I y II, para que se pueda establecer un sistema de atención integral como el propuesto, a través de la coordinación, integración y complementariedad de la que se ha mencionado, al igual que del sistema de referencias y contra-referencias que seria un factor fundamental para el logro de los objetivos de esta red terciaria.

Un elemento poco analizado como parte del modelo de atención es la participación comunitaria, lo cual es complejo, se trata de un nuevo mecanismo que quiere integrar a la población en la detección de las patologías prevalentes, en los diagnósticos sociales, en el seguimiento terapéutico domiciliario de los usuarios, en la ubicación

de los espacios para los consultorios, en las gestiones para la solución de los problemas de morbilidad, infraestructura, dotaciones, equipamientos y en el ejercicio pleno de la contraloría social (OPS/OMS(MPPS, 2008). En Venezuela, no existe cultura para este elemento, y ha estado signada por las diferencias políticas entre los ciudadanos. A nivel hospitalario, es difícil la aplicación de este renglón. El primer paso sería el reconocimiento de las organizaciones comunitarias (Consejos comunales-comité de salud).

Según Farías y Farías (2009) para lograr la sinergia entre la comunidad, las instituciones y las políticas de salud se hace urgente trazar un esquema de participación comunitaria, que incluya su capacitación, de manera que sirva de soporte para el fortalecimiento del sistema de salud venezolano que se encuentra en etapa de transformación. Si tomamos en cuenta este elemento de participación de la comunidad y contraloría social como eje importante, la convocatoria la comunidad hospitalaria formada por médicos, enfermeras, paramédicos en general, personal administrativo y servicios auxiliares no han sido efectuada, por lo que en el HMPC y en la UGNP requiere para el cambio de modelo de atención lograr la participación, información y preparación de esta comunidad hospitalaria, tanto como la conformada por los usuarios del servicio.

En este mismo sentido, otro elemento del modelo es el desafío de trabajar en red, coordinarse con los otros establecimientos de salud y con el íntersector, como una forma de mejorar la atención del paciente o usuario. En Chile, en la construcción de su modelo de salud (MINSAL, 2005) también se planteo la interconexión con los diferentes organismo se salud. En Venezuela se traza con la red Barrio Adentro, el Sistema de referencia y contra-referencia. La entrada al sistema será con referencias

desde Clínicas Populares, Centros Médicos de Alta Tecnología, Centros de Diagnostico Integrales, Salas de Rehabilitación Integrales, Consultorios Populares. Aguirre (2008), señala una costumbre en la sociedad venezolana que dificulta el sistema de referencia y contrareferencia de las redes. Se trata del hecho que la población busca en los hospitales atención en situaciones que pueden ser resueltas en otro nivel de atención. Esa noción centrada en el servicio hospitalario, requiere de una educación a la comunidad para cambiar y la población acuda a los consultorios, además de la formación de personal médico, técnico y paramédico para los otros niveles de atención, ya que es inferior a lo que se requiere.

Otro estudio critico, es el trabajo publicado de Rincón y Rodríguez, que tuvo como objetivo describir el programa Barrio Adentro I (nivel de atención primaria), y relacionarlo con los principios de la Declaración de Alma Ata, muestra como resultados que los principios contemplados en dicha declaración se fomentan a través de Barrio Adentro, se cumplen en los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, se aplica la intersectorialidad y multisectorialidad entre MPPS y otros ministerios como Hábitat y Vivienda; Agricultura y Tierra Ambiente; Defensa; Educación; Energía y Minas y organismos Fonvis; Fides; Pdvsa-Pdval; Mercal entre otros, se fomenta la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la Atención Primaria de Salud, y practican sistemas de remisión de casos integrados, al sistema de referencia y contrareferencia hacia otros niveles de la Misión Barrio Adentro II, III y IV.

En el mismo orden, de Barrio Adentro III, D` Elia (2006), en una aproximación a la comprensión de las misiones, que incluye Barrio Adentro, describe las características

del modelo a este nivel de atención, la cual debe ser durante las 24 horas del día y la hospitalización debe priorizar enfermedades cardiológicas, renales y SIDA. La dedicación del personal de salud es exclusiva y existirá activación y consolidación de las contralorías sociales. Con respecto a la cobertura, la atención esta dirigida a 50.000 personas por clínica, y cada clínica atiende 45 consultorios populares. Basado en ello, se requiere la adecuación del modelo de atención en salud hospitalario y en la Unidad, para poder cumplir con estos preceptos.

Por último, en el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007 (PDESN) se señalan también particularidades en Barrio Adentro III, que significan un cambio en la prestación de servicios con ampliación de los horarios de atención mañana y tarde, además del incremento en la capacidad resolutiva de servicios como Salas de Parto, Quirófanos y Terapia Intensiva. El objetivo del programa es constituir la gran red de salud que coordinará el Ministerio de Salud para toda la colectividad, sin exclusión, basada en los principios de universalidad, equidad, gratuidad, integralidad y solidaridad, tal como lo expresa el artículo 84 de la Constitución Nacional, de acuerdo a las necesidades de atención médica de la población, disponibilidad de servicios en área de influencia, pertinencia tecnológica en relación a grado de complejidad de atención que brindan los hospitales y disponibilidad del recurso humano para la operatividad de los mismos. Coadyuvar al desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud, único descentralizado, intergubernamental, intersectorial y participativo. Promover la salud privilegiando la calidad de vida y superación de inequidades.

Finalmente, en forma paralela, en cuanto a los valores y principios del modelo de atención, según lo investigado en la literatura, pareciera que el actual modelo de

atención que ha funcionado durante décadas careciera de los mismos. Retomando la lista de chequeo, y lo expresado por ED`Elia (2006) en su comparación del modelo tradicional existente de atención primaria a otro modelo con características y principios distintos, ANEXO F, resumo que los valores, principios, características o elementos del modelo de atención que se considerarán para la construcción del modelo.

CAPITULO VI.

6.- La Propuesta.

6.1.- Título.

Modelo de atención en salud de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

6.2.- Alcance del modelo.

El modelo de atención para la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, tiene como finalidad cumplir con los objetivos planteados en la investigación, en especial para recomendarlo y ajustarlo a las necesidades del servicio y a la propuesta del Sistema Público Nacional de Salud. Los resultados obtenidos en la investigación en general reflejaron similitudes entre el modelo de atención actual de la Unidad y el propuesto por el SPNS, por lo que para el diseño del modelo, se mantienen y a su vez se fortalecen aquellos valores, principios y características del modelo de atención actual que están acordes a la situación para hacer más eficiente la atención de salud y se complementaron con los indicadores faltantes señalados en el diagnóstico en relación a la propuesta del SPNS.

7.3.- Definición del Modelo de Atención.

Se define como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna de niños, niñas y adolescentes con enfermedades gastrointestinales de una manera integral para su protección y recuperación de la salud, entendida como la forma de organización dentro del sistema de salud, orientado a la atención de la persona, satisfacer las demandas y necesidades de la población pediátrica siguiendo los preceptos de calidad, universalidad, equidad y mejoramiento de la calidad de vida del ser humano, considerando su entorno familiar y social. En la figura 1, se muestra la representación esquemática del modelo de atención en salud.

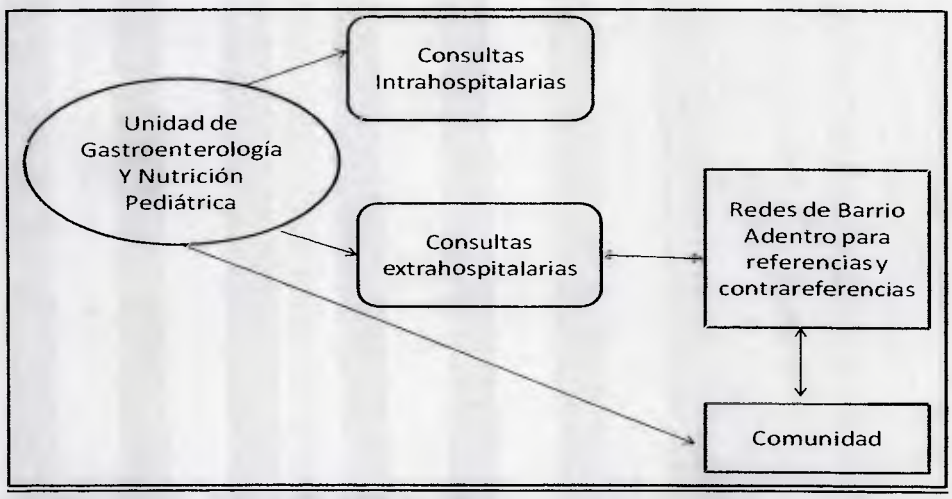


Figura 1. Representación grafica del modelo de atención en salud.
Fuente: datos propios de la investigación.

7.4.- Objetivos del modelo.

1. Adecuar la atención médica de la Unidad que se ajuste a las necesidades del servicio y a la propuesta del SPNS, para garantizar la atención de niños, niñas y adolescentes con enfermedades gastrointestinales

2. Ofrecer un servicio de calidad que permita un diagnóstico y tratamiento oportuno utilizando de manera eficiente los recursos y la tecnología con adecuada preparación científica.
3. Articularse a la red de atención por nivel de complejidad y capacidad de resolución, que garanticen la solución de las enfermedades gastrointestinales de la población atendida.
4. Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación

7.5.- Componentes del modelo de atención de salud de la UGNP.

De acuerdo a lo señalado, a continuación se describen los componentes del modelo de atención en salud en la UGNP:

7.5.1.- Valores.

Los valores son fundamentales en la Unidad para fijar objetivos, evaluar las necesidades y expectativas de la población que será atendida, y constituirán la base ética en la prestación del servicio de salud. Dado que el modelo de atención esta centrado en la persona, su entorno familiar y social, los valores deben garantizar el derecho pleno a la salud. En el modelo propuesto se mantienen los valores del modelo actual de la Unidad y se refuerzan tomando en cuenta el análisis de los resultados. Estos son:

a) Equidad: en el acceso y prestación del servicio sin distingo de sexo, raza, lugar de residencia y condición social en igualdad de condiciones y oportunidades de atención médica.
b) Gratuidad: sin costo para el usuario. El IVSS es el proveedor.
c) Calidad, eficiencia y eficacia:

c.1) Calidad: esta se orientará a proveer calidad con la realización de las consultas y estudios endoscópicos en forma oportuna, con los recursos disponibles y con las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados. Se propone lo siguiente: evitar o disminuir el tiempo de espera en las consultas, evitar o disminuir las oportunidades perdidas, mejorar el rendimiento y capacitar y actualizar en forma continua al personal medico y paramédico.

c.2) Eficacia en el diagnóstico y tratamiento indicado a los pacientes: lo que evitara retardos en la atención a través de un sistema de planificación de turnos quirúrgicos y reestructuración de la consulta con un nuevo régimen de citas que incluya cupos para atención por prioridades de emergencias y hospitalizados (intra o extrahospitalarios) además de las consultas medicas de primera vez y sucesivas. Con respecto, al tiempo de espera por atención dada por el Residente de Postgrado, se implementara un protocolo de atención, que permita un nivel de manejo médico básico definitivo sobre el paciente no complicado.

c.3) Eficiencia: para un uso racional de los recursos, se utilizara un registro para el control de suministro y reposición productos e insumos, que garanticen el funcionamiento de la Unidad y evitar suspensión del servicio.

d) Integralidad: la Unidad, dentro de un nivel de atención terciaria, amerita en el nuevo modelo de atención una coordinación intrahospitalaria y otra a través de las redes de Barrio Adentro para asegurar la provisión del servicio desde la promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación hasta la rehabilitación

dado que la integralidad es una función de todo el sistema de salud que incluye atención en diferentes niveles (primaria, secundaria y terciaria). Se propone como actividades integrales:

- Ampliar el sistema de información y prevención de enfermedades para el personal y los usuarios del servicio.
- Fomentar la adherencia al tratamiento con información y corresponsabilidad médico-paciente.
- Propiciar la atención calificada a los pacientes y su familia según sus necesidades y riesgos potenciales.

7.5.2.- Principios.

Los principios como fuerza generadora sobre la cual se soportan los demás elementos del modelo de atención, en el presente diseño se mantienen los principios de universalidad y complementariedad, y se incorporan los principios de coordinación y calidad.

a) Universalidad de la prestación del servicio de niños, niñas y adolescentes con enfermedad gastrointestinal como centro de referencia local y nacional, se dará independiente de la edad, sexo, origen, procedencia geográfica, social o religiosa, religión y en las condiciones, horarios y requisitos que se establezcan en la consulta y en el hospital.
b) Complementariedad: permite la participación de la Unidad en los diferentes niveles de atención en salud, al brindar un servicio especializado con capacidad médica científica y recursos tecnológica en la atención del niño, niña y adolescente con enfermedad gastrointestinal.
c) Coordinación: Dado que el SPNS esta organizado en redes de servicios por niveles de atención con diferentes grados de complejidad (Barrio Adentro I,

II, III y IV) y la Unidad establecerá un sistema de coordinación entre los niveles de atención en salud, con la finalidad de informar como se accede al servicio, horarios, recursos médicos y tecnológicos. Aprovechando la oportunidad para vincularse con otros profesionales y otras especialidades para la atención integral del paciente, a través de interconsultas médicas para los pacientes con patología asociada.

d) Calidad: como principio, en el modelo, esta orientada a la reorganización de la consulta y el establecimiento de estrategias de control para evitar retardo en la atención, agilizar procedimientos médicos, tramites administrativos y disminuir el tiempo de espera en la consulta con un nivel de suficiencia y efectividad, calidad técnica y satisfacción del paciente y la familia. En el logro de este principio, la Unidad debe establecer los mecanismos para que la Institución mantenga la dotación de materiales y equipos, y permita la preparación médica científica actualizada e indispensable para la mejor atención del paciente.

7.5.3.- Características.

Las características del modelo de atención constituirán los rasgos o componentes del modelo que permitirán a la Unidad organizarse funcionalmente para articularse al SPNS y prestar atención de salud integral especializada en el tercer nivel de complejidad.

Las características que se mantienen y se fortalecen en el modelo son:

a) Enfoque biopsicosocial dado que la atención en salud centrada en la persona y prestar atención de salud integral especializada en el tercer nivel de

complejidad, además de considerar el aspecto físico o biológico, considerará los aspectos psicológicos y el entorno social del niño, niña y adolescente, lo cual esta estrechamente vinculado e inciden proporcionalmente en el estado de enfermedad o salud, de esa manera se puede orientar para lograra la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades. Por otra parte, establecer un protocolo de derivación del paciente y la familia con carencia de soporte social.

b) Acceso al servicio: es fundamental en todo sistema de salud que sea equitativo, la Unidad proveerá los mecanismos necesarios para mantener el acceso y evitar barreras de atención como la territorial, organizacional, económica, y social, mediante la canalización de las consultas ambulatorias y hospitalarias con el sistema de citas, referencias y contrareferencias, así como de atención prioritario o de emergencia durante el horario diurno establecido en 12 horas de atención médica.

c) Sistema de atención médica: aunque presente en el modelo actual de la Unidad se propon la reorganización para mejorar el rendimiento de la consulta externa y hospitalaria en relación al tiempo de dedicado a la consulta y el personal con que se cuenta, de la siguiente manera:

- Establecer formalmente el sistema de ingreso a la Unidad para atención médica a través de un régimen de citas con referencias médicas e interconsultas entre los distintos niveles de atención de salud. Adicionalmente los pacientes en control con su tarjeta de citas para asegurar el seguimiento.
- Mantener el registro de atención diario como instrumento de análisis de los datos.
- Aumentar el nivel de resolución en la consulta externa y utilizar la hospitalización cuando sea precisa y durante el menor tiempo necesario.

- Clasificar la consulta especializada en consulta externa o ambulatoria, consulta semiurgente (no demorable), consulta diagnóstica (endoscopias, ultrasonido abdominal y radiología).
- La consulta externa o ambulatoria servirá como la puerta de entrada para la atención del paciente de primera vez o sucesiva con el régimen de citas ordinario y cerrado, es decir no citar más del número asignado, 4 pacientes por primera vez y 8 de sucesiva.
- La consulta ambulatoria no demorable, será aquella donde el paciente será atendido en un lapso no mayor a 10 días, se darán indicaciones preliminares antes de la cita médica y se solicitaran estudios radiológicos y/o ecográficos. Consulta hospitalaria no demorable (Interconsulta de hospitalización pediátrica) se realizará en un lapso menor a 48 horas y será anotada en la cartelera informativa de la Unidad para el control y seguimiento.
- Las consultas urgentes serán aquellas que por su naturaleza serán atendidas inicialmente por el Servicio de Emergencia Pediátrica (intra o extrahospitalaria) y Terapia (neonatal o pediátrica). Luego se atenderán los pacientes para evaluación gastrointestinal por la Unidad. Las mismas serán atendidas de manera inmediata y de acuerdo a la disponibilidad del personal, en caso de ameritar estudio endoscópico diagnóstico y/o terapéutico en especial durante los fines de semanas y días de feriados. Este se realizara cumpliendo el protocolo de atención con exámenes de laboratorio, radiológicos o ecográficos vigentes y firma del consentimiento informado.
- La consulta diagnóstica para estudios endoscópicos continuara con el régimen de citas y un número no mayor de 4 estudios por turno, con el cumplimiento del protocolo.

- Reorganización interna con conformación de equipos de trabajo para una atención eficaz y oportuna.

d) Cobertura poblacional por ser un servicio especializado continuara siendo constante y en aumento a nivel local y nacional. A nivel local disminuyo la prestación del servicio en dos centros hospitalarios importantes como los son el Hospital Universitario de Caracas y el Hospital General del Oeste, Dr. José Gregorio Hernández. A nivel nacional no se han creado nuevos Servicios de Gastroenterología Infantil a nivel público, y en el estado Carabobo actualmente no hay se atiende la población de la localidad, localidades adyacentes y remotas. En la estadística de la Unidad se registra en promedio semanal: 65 consultas ambulatorias, 14 consultas a hospitalización, 13 estudios endoscópicos, y 10 ultrasonidos.

Las características que se incorporan en el modelo son:

a) Orientación Preventiva/Curativa: por ser una consulta especializada, en el tercer nivel de atención, la orientación preventiva se continuara cumpliendo de manera individual de médico a paciente (madre o representante del niño) y por patología, aprovechando cada contacto `para efectuar acciones de promoción y prevención, con el uso de material didáctico por enfermedades que conduzcan a un cambio en el estilo de vida y adherencia al tratamiento para mantener la salud en caso de su restablecimiento o evitar la progresión de la enfermedad y su control. Adicionalmente, se implementara un sistema informativa general más directo y accesible sobre enfermedades y medidas de prevención dirigidas a los usuarios y familiares en la sala de espera, el conocimiento de las vacunas, dietas saludables y la importancia del control medico periódico de las enfermedades gastrointestinales y de pesquisa.

b) Articulación con las Redes: la Unidad deberá adaptar su funcionamiento a la coexistencia de dos sistemas de salud paralelos (el convencional y Barrio Adentro) que se encuentran actuando de manera separada, por lo que la articulación a las redes deberán realizarse con los diferentes entes de salud, tales como Barrio Adentro (Red de Atención Primaria, Red de Especialidades Ambulatorias, Red de Emergencia y Red Hospitalaria), la red hospitalaria del MPPS, IVSS y de las Fuerzas Armadas y en algunos casos con los de las gobernaciones y alcaldías, hasta que se logre el SPNS. En el proceso de cambio deberá apoyarse en la derivación del paciente mediante un sistema de referencia de otro nivel de atención y las interconsultas hospitalarias. Así como con el uso de herramientas de gestión de asistencia telefónica, vía electrónica y a través de la red de radios inter-hospitales

c) Sistema de Referencia/Contrarreferencia: el objetivo que se persigue es que el paciente reciba una atención adecuada de acuerdo el nivel de complejidad del caso y exista a su vez una retroalimentación al nivel que lo refirió para garantizar el seguimiento y la solución del problema de salud por lo que el ingreso a la Unidad debe lograrse cumpliendo un mínimo de requisitos que faciliten la atención:

c.1) Referencia/Contrarreferencia en el caso de pacientes referidos para consulta se requiere: información breve por escrito y se canalizara de acuerdo a la clasificación de la consulta (ambulatoria, no demorable). El paciente retornara al establecimiento de origen y/o al médico que pueda asegurar la continuidad del caso, luego de ser atendido satisfactoriamente. Este procedimiento incluirá la respuesta del especialista de la Unidad respecto de la interconsulta solicitada.

c.2) Referencia/Contrarreferencia para pacientes referidos para estudio que requieran hospitalización, endoscopia diagnóstica o terapéutica de emergencia:

- Referencias médicas por escrito desde el Sistema de redes hospitalarias o Barrio con resumen del caso clínico, exámenes de laboratorio, estudios complementarios realizados.
- Asistencia a la Unidad en el horario sugerido
- Coordinación y autorización telefónica de los traslados por parte de los médicos de la Unidad o la jefatura del Departamento de Pediatría en caso de requerir

d) Participación-Integración Social: el modelo de atención propuesto en el SPNS, incorpora la participación de la comunidad en salud como un proceso social donde la Institución y la población asumen responsabilidades y enfrentan de coordinadamente los problemas de salud. En el tercer nivel de atención, el cual tiene capacidad diagnóstica y resolutiva, se hace difícil la participación de la comunidad bajo esos términos. No obstante se propone para ello:

- El equipo de salud de la Unidad generara información, establecerá los espacios y los mecanismos para recoger las preocupaciones de la comunidad de usuarios para dar soluciones a los problemas de atención médica en la Unidad.
- El equipo de salud y los familiares analizaran las propuestas para satisfacer las necesidades de los mismos y faciliten el control social de la atención médica de acuerdo a los derechos en salud que tiene el paciente.
- Se motivará al personal a trabajar con los agentes comunitarios de salud.
- Se fortalecerán las asociaciones con promotores de salud e Instituciones que sirven de apoyo a la atención como Laboratorios, Fundaciones y otras en beneficio del paciente para potenciar los resultados

CAPITULO VII.

7.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7.1.-Conclusiones.

1. Existen similitudes entre el modelo de atención actual de la Unidad y el propuesto por el SPNS, en cuanto que es un modelo de atención centrado en la persona considerando su entorno familiar y social.
2. Se concluye con respecto a los indicadores evaluados por observación que:
   - Los valores de equidad, gratuidad, calidad, eficiencia y eficacia, e integralidad se encuentran presentes en el modelo de atención de la Unidad, y se requieren algunos ajustes para brindar mejor calidad del servicio y tener un mayor grado de eficiencia y eficacia en el diagnostico y utilización de los recursos.
   - Los principios de universalidad y complementariedad están presente en el modelo actual y se hace necesario incorporar los principios de coordinación y calidad para adaptar el modelo al propuesto por el SPNS.
   - En cuanto a sus características, el modelo de atención de la Unidad tiene un enfoque biopsicosocial, con acceso al servicio, un sistema de atención médica y alta cobertura con orientación curativa, y no esta articulado a las redes, no posee un sistema estructurado de referencia/contrarreferencia, así como no hay participación ni integración con la comunidad.

3. Se concluye con respecto a los indicadores del modelo de atención de la Unidad evaluados a través del cuestionario que:
   - Se cumplen con los valores del modelo de atención como esta postulado en la atención integral del paciente, con enfoque biopsicosocial.
   - Se aplica un sistema de atención médica que soluciona las enfermedades gastrointestinales y canaliza la atención para otras patologías, con complementariedad y universalidad pero no se tiene coordinación con las redes de salud y existen dificultades en la prestación del servicio con calidad.
   - Se presentan dificultades con la atención del paciente con respecto al sistema de referencias y contrareferencias.
   - El modelo de atención esta orientado al diagnostico y tratamiento del paciente, lo cual se ajusta a un nivel de prevención secundaria y terciaria en los hospitales.
   - La consulta no está estructurada para la apertura a la comunidad por ser una consulta especializada hospitalaria, constituida para resolver problemas del paciente hospitalizado y abierto a pacientes ambulatorios.
   - El sistema informativo es regular y la prevención se realiza de manera individual
   - Existe programación de las consultas médicas de primera vez, sucesivas y emergencias.
   - La resolución ambulatoria de enfermedades gastrointestinales requiere de la complementariedad y la reorganización de la consulta externa especializada del hospital.

- Para la adecuación de la Unidad con el SPNS se debe reprogramar el modelo de atención con respecto a actividades diarias y tipo de consulta e introducir un sistema de apoyo integrado la red.

4. Se concluye con respecto a la revisión documental que los cambios en el modelo de atención en salud en la última década responden a los procesos de transformación que ocurren en la sociedad, sus sistemas políticos y al financiamiento asignado a la salud. Así mismo en la actualidad el modelo de atención en salud debe centrarse en las personas, su contexto familiar y la comunidad para lograr la satisfacción de las necesidades existente en salud y bienestar.

7.2.- Recomendaciones

1. Se puede lograr el énfasis en la prevención y promoción de la salud a mayor escala implementado un sistema informativo general, dirigido a la detección la enfermedad y/o evitar la progresión de la misma, sus complicaciones y secuelas en especial en el caso de enfermedades crónicas.
2. Estructurar la consulta externa, como las consultas hospitalarias, de manera que el equipo médico genere la información, establezca los espacios y mecanismos para el cumplimiento de tratamientos de manera individual, y la adherencia de la asistencia a las consultas sucesivas, se logran a través de acoger las preocupaciones y necesidades individuales, la eficacia en la atención y no las propuestas dadas por la ciudadanía.
3. Reprogramar la atención médica, actividades y consultas con el principio de calidad, dado que la Unidad, como parte del hospital tipo IV, se encuentra incluida dentro de los planes de remodelación y dotación de los hospitales que

integraran la red de atención en el SPNS, de manera de optimar el sistema de citas, tener personal capacitado (médicos, enfermeras), mejorar la accesibilidad (tiempo de espera, horario de atención, equipos disponibles).

4. La interconexión entre los niveles de atención favorecerá a la población en general y a los médicos, facilitando de este modo las referencias adecuadas, según el nivel de complejidad, con repercusión positiva hacia todo el sistema de salud nacional
5. Se debe mantener la participación de la Unidad y los diferentes niveles de atención de acuerdo a la capacidad tecnológica y científica para la resolución ambulatoria al contar con prácticas diagnósticas y terapéuticas actualizadas, dotación de equipos, lo cual puede disminuir el costo hospitalario, riesgos de hospitalización y estimular la responsabilidad familiar en cuidados ambulatorios del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

ABN (2009, Mayo 4). Pérez Carreño, próximo a inaugurar cuatro áreas de atención con tecnología de punta. [Entrevista a Dra. Rosalinda Prieto] ABN, Archivo.

Aguirre, V. (2008). Barrio Adentro en Salud: un proyecto político y social de la República Bolivariana de Venezuela. *Salud Colectiva 4(2):221-238.*

Alvarado, C., Martínez M., Vivas-Martínez, S. Gutiérrez, N., y Metzgere, W. (2008). Sección Especial: Reformas Progresistas En Salud: Cambio Social y Política de Salud en Venezuela. *Medicina Social, 3* (2), 114-119.

Amezcua, M. y Gálvez, A. (2002). Los Modos de Análisis en Investigación Cualitativa en Salud. Perspectiva Crítica y Reflexiones en Voz Alta. *Rev Esp Salud Pública, 76, 423-436*

Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud. (2002). En segunda revisión por la Subcomisión de Salud de la Asamblea Nacional (versión Agosto, 2002). Disponible: http://www.asambleanacional.gob.ve/index.php [Consulta: 2009, Mayo 23]

Armada, F. (2004). Proyecto Barrio Adentro III. Disponible: http://www.msds.gov.ve/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid =234. [Consulta: 2010, Mayo 23]

Arias, F. (2006). *El Proyecto de Investigación: Introducción a la Metodología Científica.* (5ª ed.).Caracas: Editorial Episteme.

Ávila, M. (2001). La Salud en el proceso de descentralización territorial en Venezuela. *Tendencias II* (2): 89-114.

Briggs C, Mantini-Briggs C. (2007). Misión Barrio Adentro: Medicina Social, Movimientos Sociales de los Pobres y Nuevas Coaliciones en Venezuela. *Salud Colectiva, 3*(2): 159-176.

Balestrini M. (1997). *Cómo se elabora el Proyecto de Investigación. Venezuela.* Bl Consultores Asociados.

Balestrini, M. (2001). *Como se elabora el proyecto de Investigación.* (5ª ed). Caracas: Consultores AsociadoCalvo, A. (2003). *Análisis Organizacional de*

los Servicios de Salud. Serie Documentos Técnicos Nro. 6. Organización Panamericana De La Salud. Organización Mundial De La Salud. La Paz, Bolivia.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2005). *Agenda social. Políticas y programas nacionales de salud en América Latina.* Capítulo V. Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.

Código de Deontología Médica. Aprobado en la LXXVI reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, Marzo 20, 1985.

Constitución de la República de Venezuela. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.* 1961; 662 Extraordinaria, 23-02-61.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 5.453, 24-03-2000.

Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación 19(33): 228-247.*

Chiavenato, I. (1999). *Introducción a la Teoría General de las Administración* (7ª ed). México: Editorial Mc Graw Hill, pp 48-50,56-59,70-78, 84-87, 410- 420.

Decreto Presidencial de creación de la Misión Barrio Adentro (2004). Gaceta Oficial República Bolivariana de Venezuela No. 37.865, 26-01-04.

D`Elia, Y. (2002). El Fondo de Asistencia Médica (FAM) del IVSS: situación actual y opciones de reforma. En Seguridad Social: Aportes para el Acuerdo. Volumen 3. Documento del Proyecto Pobreza. UCAB-USB. Asociación Civil para la Promoción de Estudios Sociales.

D`Elia, Y. (2006), Las Misiones Sociales en Venezuela: una aproximación a su comprensión y análisis. Caracas: ILDIS, 2006. Documento en línea. Disponible: http://www.ildis.org.ve/. [Consulta: 2011, Mayo 28].

De los Santos, S., Garrido, C., y Chávez, M. (2004). Análisis comparativo de los Sistemas de Salud de Cuba y Canadá. *Rev Biomed 15:81-91.*

Donabedian A (1992). *Evaluación de la calidad de la atención médica.* En: OPS/OMS, editores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington D.C.OPS/OMS; p.382-404.

Farías, A. y Farías de E, J. (2009). Participación comunitaria: otra mirada al sistema de salud venezolano. *Población y Salud en Mesoamérica, 7(1):1-21.* Disponible: *http://ccp.ucr.ac.cr/revista/.* [Consulta: 2011, Mayo 22].

Feo O., y Vega M. (2006). *Redes integradas para un Sistema Público Nacional de Salud.* In: Maraver Gómez S., Sánchez Urdaneta M., editors. Guía práctica de salud para Barrio Adentro I en la zona metropolitana de Caracas. Caracas: Ministerio de Salud.

Flores, Y. (2008). Análisis Comparativo del Sistema de Salud Pública a través de los modelos Barrio Adentro y Tradicional, municipio Iribarren, estado Lara. Trabajo presentado para optar al grado de Magister Scientiarun en Contaduría, Mención Costo. Universidad Centro-Occidental Lisandro Alvarado. Decanato de Administración y Contaduría. Maestría en Contaduría. Mención Costo. Barquisimeto. Estado Lara.

Gamboa, T. (2000). *La Salud Pública Venezolana: entre el compromiso social y la economía del mercado.* V Conferencia Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santo Domingo, República Dominicana.

González, G. (2001). Las Reformas Sanitarias y los Modelos de Gestión. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 9(6):406-12.

Homedes, N., y Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales: déficit gerencial y alineación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 217* (3): 202-209.

Leal, M.(2007). La salud revolucionaria: El caso Barrio Adentro. *Rev. Venez. de Econ. y Ciencias Sociales,* 13(3):161-174.

Ley Orgánica de Salud. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.* N° 37.006, 11-11-1998.

Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela,* N° 37.600, 30-12-2002.

Machina J., Barcena A., y Leo A. (2005). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una Mirada desde América Latina y del Caribe.* CEPAL.

Manzanilla, L. (1989). *Un Sistema Nacional de Salud.* En Fondo Editorial Acta Científica Venezolana Fundación (Ed.): *Salud para todos...en Venezuela.* Volumen I. Caracas.

Martín, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión 5(17): 23-29*

MCI. (2005). *Misión Barrio Adentro.* Colección Temas de Hoy. Primera edición. Ministerio de Comunicación e Información. Disponible: http://www.mci.gob.ve [Consulta: 2010, Mayo 22].

MINSAL. (2005). *Modelo de Atención Integral en Salud.* Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1 Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Gobierno de Chile.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2003). *"Redes de Atención del Sistema Público Nacional de Salud, en el marco de las Redes de Promoción de Calidad de Vida.* Instituto de Altos Estudios Dr. Arnaldo Gabaldón. Caracas.

Muntaner, C., Armada, F., MD, Chung, H., Mata, R., Williams-Brennan L., y Benach, J. (2008). "Barrio Adentro" en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos. *Medicina Social 3(4): 306-322.* Disponible: http//:www.medicinasocial.info). [Consulta 2011, Marzo 23].

Normas sobre Clasificación de Establecimientos de Atención Médica del Sub-Sector Salud (Decreto N° 1798). (1983). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela 32.650,* 21-01.83.

OCDE (2003). Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. Manual de Frascati. Propuesta de Norma Práctica para Encuestas de Investigación y Desarrollo Experimental. [Libro en línea]. Disponible en: http//:www.micinn.es/stfls/MICINN/.../ManuaFrascati-2002_sp.pdf. [Consulta 2011, Marzo 23].

Oletta, J. (2007, Mayo 7). Los pobres utilizan tres veces más los hospitales que Barrio Adentro. El Mundo, p. sección salud 3.

OMS. (2003). *56ª Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25° aniversario.* Asamblea Mundial de la Salud A56/27.

OMS/UNICEF. (1978). Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care: Alma Ata, URSS. Gen

OPS.(1999). *Planificación Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en las Américas.*

OPS. (2001*). Perfil del Sistema de Servicios de Salud de la República Bolivariana de Venezuela.* 2da Edición, 2001. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Disponible: http//: www.lachealthsys.org/index. [Consulta: 2010, Mayo 21].

OPS. (2003). Atención Primaria de Salud en las América: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 44o consejo directivo, 55a sesión del comité regional. Washington, DC, EUA, 22 al 26 de septiembre 2003. Disponible:http//:www.ops.org.gt/APS.pdf. [Consulta: 20011, Junio 4].

OPS. (2006). *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela.* Caracas, Venezuela.

OPS/OMS. (2008). *Brasil Perfil de Sistemas y Servicios de Salud. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma de los Sistemas de Salud.* Brasilia: Autor. Disponible: http//: www.lachealthsys.org/index. [Consulta: 2011, Mayo 23].

OPS/OMS/MPPS (2006). *Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010.* Caracas: Autor.

PDESN. (2006). Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007. Misión Barrio Adentro III. Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas. Disponible: http://fegs.gerenciasocial.org.ve/paginas/RMISION_BARRIO_ADENTRO_III.html. [Consulta: 2011, Febrero 2].

Pérez J, Bentacourt J y Suárez P. (2006). *Descentralización y sistemas de salud en América Latina.* Disponible: http//: www.serbi.luz.edu.ve/pdf/rcs/v12n1/art_04.pdf. [Consulta: 2010, Junio 2].

Ramírez, M. (2008).). Factores que influyen en la satisfacción de la atención integral de los clientes del ambulatorio Dr. Luís Richard Díaz de la Victoria, Estado Aragua. Trabajos de Grado para Optar al Título de

Magíster en Gerencia de Servicios de Salud. Caribbean International University Netherlands Antilles. Antillas Nerlandesas. Disponible: http://www.bibmed.ucla.edu.ve/.../be_alex.exe?... [Consulta: 2010, Mayo 28].

Repullo, J., Fernández R. (2000). *Rediseñar La Atención Hospitalaria.* "Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Disponible: *http//*www.sespas.es/informe2000/d4_29.pdf [Consulta: 2010, Mayo 23].

Rincón, M. y Rodríguez, I. (2004). Consideraciones Generales sobre la Política y Gestión de la Salud en Venezuela (1900- 2003). *FERMENTUM Sep-Dic* (41), 503-532.

Rincón, M. y Rodríguez, I. (2005). Descentralización y gestión de los servicios de salud en el estado Aragua. *Revista Venezolana de Gerencia 10* (29):106-131.

Rincón, M. y Rodríguez, I. (2007). Gestión del programa Barrio Adentro: su expresión en el Zulia. *Revista de Ciencias Sociales* XIII(3):423 - 443

Rincón, M. y Rodríguez, I. (2010). Barrio Adentro y Alma Ata. Revista de Ciencias Sociales 16(3): 515-525.

Ruales, J. (2004). Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. Ponencia presentada en III Congreso Internacional de Salud Pública *Revista Facultad Nacional de la Salud, 22:33-39* Disponible en: redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve [Consulta: 2011, Marzo 28].

Salgado, O. (2005). *Modelo de Atención Integral en Salud.* Ministerio de salud: Subcretaria de redes Asistenciales División de gestión de la red asistencial. MINSAL, Chile. Disponible: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/.../modeloatencionFINALenPDF.pdf. [Consulta: 2010, Diciembre 23].

Salvador, E. (2003). *Análisis de los modelos tipo consultorio y centros de salud en la atención médica primaria de la comunidad valenciana.* Trabajo para optar el grado de Doctor en economía de la Universidad de Valencia, España. Publicado. Disponible: http:://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=6867. [Consulta: 2009, Mayo 22].

Sánchez, L., Amario, M., Cruz, N., Barriuso, A. (2001). *Introducción a la Medicina General Integral.* Ed. Maura E. Díaz. Editorial Ciencias Médicas 2001. Disponible: http://www.bvs.sld.cu. [Consulta: 2010, Noviembre 23].

Sansó, F. (2005). Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. Rev Cubana Salud Pública, 31 (2): 364-368. versión On-line ISSN 0864-3466

Tamayo y Tamayo, M. (1999). *El proceso de la investigación científica* (3ª ed.). México: Editorial Limusa.

UPEL (2000). Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales (3ª ed.). Caracas: FEDEUPEL.

Valenzuela M. (2005). Health Indicators: Characteristics, Use And Examples. *Cienc Trab 7(17): 118-122.*

Velasco, J. y Guillen, A. (2009).Instructivo Integrado para trabajos especiales de Grado (TEG). Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.

ANEXOS

ANEXO A

Composición del Sector Salud en Venezuela

Sistema Público	- Sistema Sanitario Público - Servicio Autónomo de Elaboraciones Farmacéuticas Sefar-Sumed - Servicios de asistencia Médica de Gobernaciones y Alcaldía - Instituto Nacional de Geriatría y Gerontología (Inager)
Sistemas Públicos Contributivos	- Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación (IPASME) - Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) - Institutos y Fundaciones de previsión y asistencia Social de Organismos del Gobierno y Universidades públicas y Privadas - Pólizas Colectivas HCM y Servicios de Asistencia Médica por Contratación Colectiva en Instituciones, Empresas, y Universidades del Sector Público
Sistema de los Seguros Sociales	Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)
Sistemas Contributivos Patronales	Pólizas Colectivas HCM en Empresas del Sector Privado
Sistemas Privados	- Sistemas no Convencionales Privados - Servicios Prepagados - Seguros Privados Particulares - Clínica y Consultorios Particulares

Fuente: D`Elia, Yolanda: El Fondo de Asistencia Médica (FAM) del IVSS: situación actual y opciones de reforma. En Seguridad Social: Aportes para el Acuerdo. Volumen 3. Documento del Proyecto Pobreza. UCAB-USB. Asociación Civil para la Promoción de Estudios Sociales. Caracas, 2002.

ANEXO B

Representación de entrada, proceso y salida de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, HMPC.

Entrada	Proceso	Salida
-Usuarios o pacientes Enfermos -Talento Humano: Personal profesional y técnico -Recursos materiales: Espacio físico, instalaciones fijas, mobiliario e insumos (medicamentos, material médico-quirúrgico papelería) -Recursos económicos (IVSS y autogestión) -Recursos técnicos: equipos , instrumentos -Tecnología de información y comunicación:(equipos de computación e Internet)	-Diagnóstico -Tratamiento: personalizado e integral -Inter-consultas con otros Servicios del Hospital y con otros centros asistenciales locales, regionales y nacionales (pacientes ambulatorios y hospitalizados). -Áreas de atención: ✔ Consulta Externa ✔ Sala de hospitalización de Pediatría, UTIN, UTIP, Emergencia ✔ Sala de Ultrasonido ✔ Sala de Endoscopia ✔ Sala de Quirófano ✔ Sala de Recuperación ✔ Sala de Radiología	**Asistencial** Usuarios o pacientes Curación Mejoría Conclusión del estudio Transferencia Defunción **Docencia** Actualización científica continua, Capacitación de Residentes y Orientación a la comunidad beneficiaria **Investigación** -Trabajos de Investigación -Premios y reconocimientos para el Servicio

Fuente: datos propio la investigación de la Unidad

ANEXO C.

Lista de chequeo. Valores, principios, características y elementos del modelo de atención estudiado.

INDICADORES	PRESENTE	AUSENTE
Valores - Equidad - Gratuidad - Calidad, Eficiencia y eficacia - Integralidad		
Principios Universalidad (derecho a la salud) Complementariedad Coordinación Calidad		
Características Enfoque biopsicosocial Acceso al servicio Sistema de atención médica Orientación preventiva/curativa Articulación con las redes Cobertura Sistema de referencia/contrarreferencia Participación integración social		

ANEXO D.
ENTREVISTAS A EXPERTOS.

1. Conoce Ud. acerca de la transformación del Sector Salud en Venezuela, con respecto al Sistema Público Nacional De Salud. ¿Qué opina al respecto?

2. ¿Sabe Ud. si existe cambios en el modelo de atención de salud en el país a nivel de los hospitales de IV nivel y cuales son?

3. Considera Ud. que la atención de salud en áreas especializadas en los hospitales cumplen con los criterios de ser una atención integral especializada en el tercer nivel de complejidad.

4. Considera Ud. que la cobertura poblacional de los hospitales de IV nivel pueden mantenerse la equidad y accesibilidad a la Atención de Salud en un tercer nivel de complejidad de atención en enfermedades gastrointestinales.

5. Considera Ud. Que puede mantenerse la accesibilidad al servicio, en forma gratuita, universal, con solidaridad y participación de la comunidad.

6. Que piensa sobre la coordinación e integración de los hospitales de IV nivel y las Clínicas Populares, los Centros Médicos de Alta Tecnología, Centros de Diagnostico Integrales, los Consultorios Populares, para la atención eficiente del paciente y establecer un sistema de referencia y contrareferrencia.

7. Cuales son los factores que pueden afectar la atención especializada y sub-especializada según este nuevo sistema de atención en salud considerando perfil epidemiológico de la población y la capacidad instalada tanto en personal médico como recursos material y tecnología.

8. Cree Ud. que la atención de los pacientes actualmente es de manera integral, y se basa en la atención del ser humano como una unidad biopsicosocial, en relación a la familia y la comunidad, o existen diferencias.

9. Considera Ud. que las Unidades de Gastroenterología pueden cambiar el enfoque de atención curativa, basados en la atención hospitalaria, a una atención preventivo y basados en la comunidad, o combinarlas.

10. Cree Ud. que 'la participación de la comunidad en los programas de prevención de enfermedades gastrointestinales será importante para mejorar la atención del paciente a este nivel de atención hospitalaria.

11. Cree Ud. que un nuevo modelo de atención puede resolver al paciente las enfermedades gastrointestinales y canalizar la atención para otras patologías asociadas con el sistema de redes.

12. Cree Ud. que debe hacerse énfasis en la promoción, prevención de enfermedades e identificación de personas con factores de riesgo.

13. En cuanto al personal médico, considera Ud. que existen suficientes profesionales de la salud adecuadamente capacitados, en la atención de pacientes con enfermedades gastrointestinales, o representa una limitante en la atención del paciente con enfermedad gastrointestinal.

14. Piensa Ud. que puede incrementarse la resolución ambulatoria de la mayor parte de los patologías o enfermedades del paciente, con el nuevo modelo de atención al hacer uso racional de la tecnología, mejoría del diagnostico clínico, optimizando las consultas y el sistema de referencias.

15. Establecer mecanismos de coordinación con las instituciones y hospitales para que el paciente tenga acceso a otras formas de atención diagnóstica y tratamiento que no puedan ser suministrados en la Unidad, es indispensable para optimizar la atención

ANEXO E

CUESTIONARIO

Saludos cordiales, este cuestionario tiene como finalidad saber su opinión con respecto al modelo de atención en salud de la Unidad de Gastroenterología Pediátrica Del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, el cual será de utilidad para elaborar el diseño de modelo de atención para adaptarlo a la propuesta del Sistema Público Nacional de Salud.

Todas las respuestas son válidas, anónimas y le tomaran cinco (5) minutos responderlas. Gracias por su colaboración. Marque con una X su opción de respuesta.

Edad:_____ Sexo: F ____ M ____ Cargo : _____

1. La consulta de gastroenterología de este hospital es de carácter público, sin costos, integral y con equidad en el acceso a la prestación del servicio de todos los usuarios independientemente de su lugar de residencia, condiciones económicas y tipo de enfermedad.

Si ____ No _____

2. Considera Ud. que la atención del paciente esta basada en un modelo de atención integral y es visto como una unidad biopsicosocial

Si ____ No ____

3. Considera Ud. que el modelo de atención actual resuelve las enfermedades gastrointestinales y canaliza la atención para otras patologías asociadas

Si _____ No _____

4. De acuerdo a su punto de vista, como cree Ud. es la forma como ingresan los pacientes a la Unidad para ser evaluados en la consulta ambulatoria u hospitalaria (puede seleccionar con una X varias opciones):

Con referencia ____ Sin referencia ____ Cita ____ Sin citas ____ Todas las anteriores _____

5. Considera Ud. que la Unidad debe formar parte de un sistema de de referencia y contrareferencia para la atención del paciente

Si ____ No _____

6. Cree Ud. que un nuevo modelo de atención en la Unidad puede hacer énfasis en la promoción, prevención de enfermedades, protección, atención y rehabilitación de la salud

Si _____ No _____

7. Considera Ud. que hay participación de la comunidad con el equipo de médico en trabajo conjunto para lograr los objetivos sanitario (información a los asistentes a la Unidad, escuchar necesidades, responsabilidades en el cumplimiento de los tratamientos, asistencia a las actividades y consultas sucesivas).

Si hay participación _____ No hay participación _____

8. En su opinión, el programa informativo en la Unidad sobre normas, horarios, prevención de enfermedades, procedimientos diagnósticos y tratamientos es:

Malo _____ Regular _____ Bueno _____ Excelente _____

9. Marque una o varias opciones, si Ud. considera que el modelo actual de atención en la Unidad tiene una programación de consultas:

Sucesivas _____ Emergencia ____ Preventivas _____ Diagnósticas ___ terapéuticas ____

10. Considera Ud. que con el modelo de atención que se aplica actualmente en la Unidad se puede incrementar la resolución ambulatoria de la mayor parte de los patologías o enfermedades gastrointestinales del paciente.

Si _____ No ____

11. Cree Ud. que la Unidad para integrase al Sistema Público Nacional de Salud amerita reprogramar las el modelo de atención con respecto a actividades diarias y tipo de consulta para disminuir el tiempo de espera en las consultas, evitar oportunidades perdidas, aumentar el número de especialistas y horarios de trabajo al horario de atención

Si _____ No ____

12. El Sistema Público Nacional de Salud estará conectado a un sistema de redes, cree Ud. que la Unidad puede introducir un sistema de apoyo como parte del modelo de atención con interconsultas y llamadas telefónicas en hospitales, servicios, comunidades del país para una atención oportuna que garantice la accesibilidad, y continuidad de la atención.

Si _____ No __

ANEXO F.

Modelo Atención Primaria existente (*) y Modelo Barrio Adentro.

MODELO EXISTENTE	MODELO BARRIO ADENTRO
Servicios de APS simplificados	Servicios de APS ampliados
Fuera y alejados de los barrios	Adentro y cercano a los habitantes del barrio
Médicos bajo régimen de visitas semanales	Médicos residentes en el sector
Equipo de salud: médicos y enfermeras	Equipo de salud: médico, enfermeras, promotor comunitario, deportivo y cultural.
Atención por 4 horas	Atención por 8 horas
Cobros por falta de insumos	Cumplimiento de gratuidad
El cuidado del buen trato no es parte de la atención	Especial cuidado en el buen trato (**)
El ambulatorio solo tiene responsabilidad con los que acuden a consulta o urgencias. La población residente es solo una referencia teórica	El ambulatorio tiene una responsabilidad con la población residente, más allá del alcance del establecimiento. La población residente es conocida, diagnosticada y visitada. A esto se llama dispersarización, y se entiende como la atención a toda la población, incluyendo a las personas sanas, mediante una atención activa y controlada periódicamente
Poca actividad preventiva dentro del ambulatorio y en el terreno	Alta actividad preventiva dentro del consultorio, en el terreno y en programas dirigidos a grupos específicos
Baja interacción y vinculo con las comunidades	Alta interacción y vínculo con las comunidades. Los comités de salud forman parte del modelo de salud.
Coordinación de múltiples órganos gubernamentales	Coordinación de la misión cubana con apoyo de múltiples órganos gubernamentales
Responde a las actividades de programas separados (sin relación). Las personas tiene historias médicas como programas hay	Responde a las actividades del consultorio como una unidad. Cada familia y persona tiene una sola historia médica.
No se trabaja de manera integrada con otros programas y niveles de atención del sistema	La red de BA origina un sistema y una nueva organización por áreas.

Fuente: Transcrito sin modificación desde D'Elia, 2006.

(*) De acuerdo con estudios y análisis previos al año 1999, el modelo existente de sistema de salud en general presentaba los siguientes problemas: huelgas frecuentes con parálisis de hasta de seis meses al año; baja ejecución de las actividades programadas; insatisfacción y quejas por parte de usuarios; falla recurrente de insumos, desconocimiento de las políticas y normas de salud por parte del personal; inequidades en la distribución del personal y exceso de personal no calificado. Así mismo, se consideraban como problemas estructurales del sistema la fragmentación, baja productividad y cobertura de los programas, la curación, y los hospitales como el centro del sistema, escasa o nula participación de las comunidades en proyectos y actividades de salud, perdida de rectoría nacional y deterioro de la calidad de atención.

(**) El médico y los demás integrantes del equipo de salud que trabaja en la Misión Barrio Adentro deben observar estrictamente los principios de la ética médica vigente. Las particularidades que caracterizan su trabajo, que se desarrolla fundamentalmente en ele terreno, necesaria y convenientemente deben promover la amistad, confianza y respeto entre el médico y la población por cuya salud debe velar, su función esencial, ser guardián de la salud, implica que debe estar en estrecho contacto con las familias que atiende, visitar sus hogares, familiarizarse con sus hábitos de vida, higiene, cultura y todos los aspectos, que directa o indirectamente influyen en la salud. Por ningún motivo o circunstancia (Álvarez y barcos, 2004, pp.41-42)