

Prospectiva: herramienta de planeación para liderar, gestionar y construir el futuro *

Gladys Margarita Cáceres Fernández¹

Departamento de Economía,
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales.
Universidad de los Andes, Mérida – Venezuela.
Correo electrónico: gladysca29@gmail.com

Francisco Antonio García Santiago²

Departamento de Ciencias Administrativas,
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales.
Universidad de los Andes, Mérida – Venezuela.
Correo electrónico: gsfran@ula.ve

Recibido: 22-11-2017

Revisado: 10-12-2017

Aceptado: 26-05-2018

RESUMEN

En Venezuela el sector salud ha venido sufriendo una descomposición que arrastra cifras alarmantes en cuanto a salud pública se refiere, es por ello que el propósito de la presente investigación fue la generación de escenarios futuros (2015-2025) a través del método de la prospectiva estratégica en el sector salud en Maracay, Estado Aragua, Venezuela. De los resultados se puede concluir que el éxito sobre el desempeño gerencial de este sector estaría sustentado en: 1) un sistema de gerencia apoyado en la visión teórica de la gestión del conocimiento; 2) la incorporación de personal eficiente en la toma de decisiones; 3) la implementación de programas de planificación familiar y de enfermedades epidemiológicas y 4) en el empoderamiento a las comunidades desde la gestión del conocimiento.

Palabras Claves: prospectiva estratégica, sector salud, modelo de gestión

ABSTRACT

Prospective: planning tool to lead, manage and build the future

In Venezuela, the health sector has been suffering a decomposition that is causing alarming figures in terms of public health, which is why the purpose of this research was the generation of future scenarios (2015-2025) through the prospective method strategy in the health sector of Maracay, Aragua state, Venezuela. From the results it can be concluded that the success of the management performance of this sector would be based on: 1) a management system based on the theoretical vision of knowledge management; 2) the incorporation of efficient personnel in decision making; 3) the implementation of family planning programs and epidemiological diseases; and 4) the empowerment of communities based on knowledge management.

Keywords: strategic prospective, health sector, management model.

* Proyecto de investigación financiado por el Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico, y de las Artes (CDCHTA) de la ULA, bajo el código Número E-327-13-09-A

¹ Doctora en Socioeconomía del Desarrollo, en la Sorbonne de París, Francia. Adscrita al Departamento de Economía de la FACES. Coordinadora del Grupo de Investigación sobre Agricultura, Gerencia y Ambiente (GISAGA). Coordinadora de Asuntos Ambientales de FACES. Miembro del Centro Latinoamericano de la Administración del Desarrollo (CLAD) en Caracas, Venezuela..

² Doctor en Ingeniería Industrial, de la Universidad Anáhuac en Ciudad de México. Adscrito al Departamento de Ciencias Administrativas de la FACES-ULA. Coordinador de la Línea de Investigación Estrategia y Modelado Organizacional del CIDE-ULA. Profesor de pre y postgrado de Administración en la FACES-ULA.

1. Introducción

En un sistema regulado por los dioses, las teorías filosóficas griegas concebían al ser humano como un sujeto paciente, es decir, un ser que debía adaptarse a un destino absolutamente predeterminado, no obstante, gracias a la fuerza de la razón y al desarrollo del conocimiento, hoy en día se caracteriza al hombre como un ser libre y responsable de su destino (Gabiña, 1998). En función de esta libertad, *la prospectiva* se entiende como un concepto filosófico en el que el hombre se ha convertido en el principal actor de la naturaleza y de su evolución. Esta concepción fue instituida a mediados de los años cincuenta por el filósofo Gaston Berger, quien la estructura formalmente. Berger planteó un método innovador que relaciona el saber y el poder y las finalidades y los medios, asignándole al hombre político la posibilidad de transformar su visión de futuro en acciones y sus sueños en proyectos.

Lo importante de la postura futurística promovida por Berger es que reposa en seis virtudes: la calma, condición necesaria para mantener el control de sí mismo; la imaginación, complemento útil de la razón; el espíritu de equipo, indispensable para una acción eficaz; el entusiasmo, que lleva al ser humano a ser capaz de creer y crear y por último la humanidad, virtud primordial para tener conciencia de su futuro. Ahora bien, para que todas ellas se conjuguen, la cultura debe jugar un rol fundamental en el proceso mediante el cual el hombre se aprehende del pensamiento del otro, es decir, debe dar la posibilidad de comprender antes de juzgar, debe mostrar la viabilidad de que los hombres y mujeres tomen en la mano su destino (Godet, 2011).

A partir de esta premisa, la presente investigación se orienta hacia el sector salud, el cual ha venido sufriendo una descomposición que arrastra cifras alarmantes en cuanto a salud pública se refiere, pues en los últimos años han reaparecido enfermedades ya erradicadas, entre ellas se pueden citar el paludismo, la fiebre amarilla, el dengue, la tosferina y el zika, también han vuelto los casos de desnutrición y las muertes neonatales, además de los embarazos en adolescentes, los cuales han engrosado los números de las estadísticas.

Aunado a esto es importante mencionar el éxodo de médicos especialistas, quienes han sido sustituidos por médicos que no han recibido la completa instrucción, ni la calidad que debe tener un profesional del área.

Por otra parte, el sector salud ha venido enfrentando una crisis en sus infraestructuras, pues ha habido un paralelismo institucional de los diferentes centros de salud, descapitalizando los grandes hospitales para privilegiar a ciertos centros, atendidos en su mayoría por médicos cubanos. De igual manera, se observa dentro de los centros la carencia de insumos y la falta de mantenimiento e inversión en bienes y equipos tecnológicos para realizar mejores diagnósticos, además de que las gestiones administrativas en estas instituciones son altamente ineficientes (Koeneke, 2017) y (González, 2006).

Todo lo mencionado ha generado una crisis en el sector salud que vale la pena estudiar para proponer soluciones que ayuden al mejoramiento de este sector tan importante para la sociedad. En función de esto, el objetivo de esta investigación ha sido aplicar el *Método de la prospectiva estratégica* en el sector salud de la ciudad de Maracay, estado Aragua. La investigación se enmarcó dentro de un *Programa especializado de habilidades gerenciales*, dictado por diferentes profesores de la Universidad de Los Andes, específicamente por el *Centro de investigaciones y desarrollo empresarial (CIDE)*. El panel de expertos estuvo conformado por un grupo multidisciplinario, el cual contaba con médicos generales y especialistas, bioanalistas, farmacéuticos, biólogos, enfermeras, administradores, nutricionistas, psiquiatras, odontólogos, entre otros técnicos. En los talleres dictados en los centros de salud se presentaron aspectos concernientes al método prospectivo, entre ellos se establecieron las reglas en la aplicación de cada herramienta del método, las cuales van desde el diagnóstico participativo, la matriz de impacto cruzado y la elaboración de escenarios.

1.1. **Prospectiva aplicada al sector salud: posición estratégica ante el futuro**

El siglo XXI enfrenta diversos retos desde el punto de vista geopolítico, monetario, energético, tecnológico, económico y social; ante estas perspectivas, se deben considerar

variables fundamentales que indican las consecuencias de las diferentes mutaciones y amenazas que se producirán en las próximas décadas, tales como: el crecimiento demográfico, el trabajo y el empleo, los avances tecnológicos, la gestión del conocimiento, la mejora de la productividad, el cambio climático, entre otras.

Aunado a los retos antes mencionados, se debe tomar en cuenta que existe en América Latina la persistencia del círculo vicioso, el cual tiene una fuerte relación con la falta de una visión de futuro y la formulación de proyectos que le brinden sentido a la acción colectiva de una sociedad fragmentada y profundamente dividida. En estos resultados han influido cuatro elementos: 1) el cortoplacismo; 2) los excesos de la racionalidad individual; 3) la falta de referentes comunes y 4) la ausencia de proyectos colectivos e integradores (Medina y Ortigón, 2006).

Ahora bien, en la actualidad la sociedad enfrenta cambios continuos que son producto de entornos humanos complejos los cuales exigen elevados niveles de eficiencia. En este marco de cambio, *la prospectiva* es un método de aprendizaje que ayuda a describir sistemáticamente, y de manera global, el futuro a largo plazo de la ciencia, la industria, la tecnología, las instituciones y la sociedad (Echarri et al, 2006, 21); su construcción y análisis precisa de la sociedad del conocimiento, pues esta permite interpretar la información esencial para formular estrategias que ayuden a la toma de decisiones. Es así como, *la prospectiva*, o estudios del futuro, es un proceso de anticipación y exploración que utiliza diversos métodos, entre ellos la consulta de expertos provenientes de redes de personas e instituciones del gobierno, las empresas y las universidades. Estos métodos de consulta se organizan de forma estructurada, interactiva y participativa, coordinada y sinérgica para construir visiones estratégicas (Medina y Ortigón, 2006).

En este orden de ideas, la gestión del conocimiento se puede definir como el conjunto de técnicas herramientas y prácticas que preparan la creación, distribución, almacenamiento y aplicación del conocimiento dentro de la empresa y en su entorno, pues estas

pueden afectar positivamente la competitividad (Alegre, 2004). De esta manera, Bueno (2000) define la competitividad como la función que planifica, coordina y controla los flujos de conocimiento que se producen en la empresa, en relación con sus actividades y su entorno, con el fin de crear unas competencias especiales. Sin lugar a dudas, la gestión del conocimiento es un enfoque gerencial a tener en cuenta a la hora de hacer más eficientes a las organizaciones, en este caso concreto, las del sector salud.

Ahora bien, Venezuela es país petrolero, cuyos ingresos dependen fundamentalmente de la renta petrolera, nutriente fundamental que le permite al sector gubernamental justificar su gasto social. Un ejemplo de ello es que entre el año 2004 y el 2014, aprovechando un elevado ingreso fiscal petrolero, el gobierno venezolano aceleró las medidas populistas a partir de utilizar un manejo discrecional de la Empresa estatal Petróleos de Venezuela (PDVSA). Esto representó un promedio de 43% en gasto público, lo cual es el equivalente a dinero asignado fuera del presupuesto de la empresa estatal.

Este desequilibrio presupuestario, se manifiesta en un marcado deterioro institucional en aspectos tales como: rendición de cuentas, funcionamiento del estado de derecho, efectividad gubernamental, alta corrupción entre otras debilidades (Koenke, 2017) y (Rodríguez y Rodríguez, 2013). Por otro lado, PDVSA es una empresa que después de su nacionalización (1976) ocupaba siempre niveles significativos de desempeño, pero en la actualidad es una empresa altamente endeudada, poco eficiente a nivel gerencial y con un gran peso de subordinación política. Todo lo expuesto ha impedido que la empresa desarrolle un eficiente programa de inversiones, lo que hoy en día se refleja en una baja producción y productividad con un entorno internacional, pues muestra bajos precios, con costos de producción muchos más elevados en petróleo pesado y extra pesado.

Aunado a lo antes expuesto, es necesario señalar que ante la disminución de los ingresos fiscales petroleros y la ausencia de políticas efectivas para incrementar la producción, el país ha venido enfrentando altos niveles de desinversión por parte de las empresas privadas;

éxodo de importantes empresas trasnacionales; desempleo; escasez de alimentos, medicinas, insumos y equipos para la producción, dejando a sus ciudadanos bajo una extrema dependencia del gobierno. Dependencia que se puede observar en programas como el denominado: *Comité locales de abastecimiento y producción* (CLAP), el cual hace que los ciudadanos tengan que esperar la repartición eventual de una caja de comida. Esta situación afecta a todos los sectores tanto públicos como privados (Koenek, 2017).

Frente a esta problemática, surgen dos interrogantes: 1) ¿en qué modo las actuaciones urgentes del sector salud que se toman en el corto plazo nos hipotecan el largo plazo? Y 2) ¿qué debería hacerse en el corto plazo para alcanzar ese largo plazo deseado? Estas interrogantes se responderán a través de lo que propone la prospectiva.

1.1.1. Métodos utilizados en la prospectiva

A continuación se muestran los diferentes métodos usados en la prospectiva para luego describir la metodología utilizada en esta la presente investigación. En los métodos presentados en los cuadros N° 1 y N° 2 que se muestran a continuación, se pueden observar las impresiones relacionadas con las opiniones articuladas de expertos acerca del futuro. Estos enfoques pueden llevarse a la práctica, a través de encuestas de opinión a gran escala o por medio de la elaboración de visiones técnicas más limitadas y detalladas, como por ejemplo el análisis de impacto cruzado y los talleres de análisis de escenarios, de acuerdo con Red FOREN (2002), según adaptación de Medina y Ortigón (2006).

Por otra parte, estas herramientas metodológicas permiten elaborar visiones y fijar prioridades en función de conocimientos, ya que suelen ser de dominio público (estadísticas disponibles, publicaciones sobre análisis de probables avances tecnológicos u otros acontecimientos). Las técnicas basadas en hipótesis o supuestos suelen descansar más en los profesionales expertos (metodólogos) que en los enfoques más interactivos.

Cuadro N° 1. Métodos basados en creatividad, experticia, interacción y evidencia

Orientación	Descripción	Ejemplos
Creatividad	Métodos basados en la imaginación	Guiones de futuro, tormentas de ideas, escritura de escenarios, ensayos
Experticia	Métodos basados en la experiencia y en compartir el conocimiento	Paneles, Delphi Conferencias
Interacción	Métodos basados en discusiones e intercambio de conocimiento	Workshops Talleres de futuro
Evidencia	Métodos basados en hechos y datos	Análisis de ciencia métrica, de patentes y artículos científicos

Fuente: Popper (2005), según adaptación de Medina y Ortigón (2006).

Para la presente investigación se utilizaron métodos basados en la experiencia a través de la interacción de los participantes, diagnóstico participativo, el método MIC-MAC, brainstorming, paneles delphi y elaboración de escenarios. En la presente investigación participaron 30 personas, quienes se organizaron en un grupo multidisciplinario: médicos generales y especialistas, bioanalistas, farmacéuticos, biólogos, enfermeras, administradores, nutricionistas, psiquiatras, odontólogos, entre otros técnicos.

Cuadro N° 2. Métodos cualitativos, cuantitativos, y semicuantitativos

Métodos cualitativos: reportes subjetivos, síntesis o evaluación de ideas y documentos			
Backcasting	Ensayos/Escritura escenarios	Esquemas de modelación lógicos	Ciencia Ficción
Lluvia de ideas	Entrevistas	Árbol de relevancia	Análisis FODA
Diagnóstico participativo	Paneles de expertos	Taller de escenario	Wild cards
Conferencias/Seminarios	Revisión de literatura	Role play	
Pronóstico de genios	Análisis morfológico	Scanning	
Métodos semicuantitativos: Aplican algunos principios matemáticos y estadísticos a procesos subjetivos del conocimiento (Ejemplo valoración de ideas y teoría de sistemas)			
Delphi	Priorización	Multicriterio	Mapeo de actores
Tecnologías críticas	Escenario cuantitativo	Patentes/Minería de bases de datos	Análisis estructural de sistemas
Juegos de simulación	Roadmapping		
Métodos cuantitativos: Manejo de datos e información estadística			
Benchmarking	Extrapolación	Modelación-simulación	
Análisis de impacto cruzado	Indicadores		

Fuente: Popper (2005), citado por Medina y Ortegón (2006)

2. Diagnóstico participativo

El diagnóstico participativo es una metodología utilizada por las comunidades para la construcción en sociedad de la realidad de su entorno. En este tipo de diagnóstico se identifican los problemas que las afectan, la disponibilidad de recursos con los que cuentan y las potencialidades propias del lugar que puedan ser aprovechadas en beneficio de todos; esto permite identificar, ordenar y jerarquizar los problemas comunitarios para, a través de ellos hacer que la gente llegue mejor preparada a la formulación de estrategias, metas y objetivos de manera mancomunada (Peña, 2012).

El diagnóstico participativo realizado en el presente estudio consistió en el desarrollo de los siguientes pasos: 1) conformación de grupos multidisciplinarios; 2) definición de variables (ver cuadro 3); 3) identificación de los problemas y posibles soluciones; 4) jerarquización de los problemas más importantes; 5) visión consensual por grupo y 6) lectura por grupo del diagnóstico (cuadro N° 4).

Cuadro N° 3. Variables analizadas en el estudio

Variables	Variables desagregadas	Definición
Entorno Sectorial		
Factores demográficos	Tasa de natalidad, mortalidad, población urbana, rural, esperanza de vida, embarazo precoz.	Se refiere en esta investigación a los elementos que reflejan las variaciones relacionadas estadísticamente con la población. Principalmente a los indicadores de la fertilidad y la mortalidad.
Factores epidemiológicos	Enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, suicidios y homicidios, accidentes de todo tipo, influenza y neumonía, otros.	Se refiere al estudio de la distribución y determinantes de los eventos relacionados con el estado de salud de poblaciones específicas y la aplicación de este conocimiento a la prevención y control de los problemas de salud.
Factores socioeconómicos y culturales	Nivel de ingreso, vivienda propia, desempleo, educación, planificación familiar, nivel de nutrición, educación ciudadana y ambiental.	Se refiere a las experiencias sociales y económicas y a las realidades que ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida de los individuos de una determinada población.
Infraestructura del sector salud	Número de hospitales, número de ambulatorios, centro de desarrollo integral, número de camas, hospitales especializados, centros de rehabilitación integral, y centros de alta tecnología.	Contempla el desarrollo de infraestructura adecuada para el sector salud, a través de la construcción, ampliación y mantenimiento de instalaciones.
Recursos humanos	Formación y número de médicos, enfermeras, odontólogos, médicos especialistas, personal técnico-médico y personal administrativo.	Se refiere a la contratación, formación y prestación de servicio del personal idóneo y necesario requerido, para otorgar a la población una atención adecuada en el sector salud.
Recursos financieros	Presupuesto nacional, gubernamental y municipal.	Se refiere a la obtención de los recursos monetarios mínimos, provenientes de los diferentes entes gubernamentales, para que el sector salud preste una adecuada atención a la población objeto de estudio.
Entorno tecnológico y de procesos		
Equipamiento físico y movilización	Equipo médico (ecografía, mamografía, radiología entre otros), ambulancias, mobiliario médico especializado, unidades de quirófano y unidades de cuidados intensivos.	Considera todo el equipamiento físico y de instrumentación, de traslado tanto interno como externo en las instalaciones de salud, necesarios para una adecuada prestación de servicio para los pacientes.
Sistema de comunicación y redes	Tecnologías de información y comunicación (TIC), sistemas de comunicación interna (intranet) sistemas de comunicación externa (extranet), redes sociales e internet.	Se refiere a uso escalable y amigable de las tecnologías de la información y comunicación a fin de lograr el objetivo fundamental de prestar servicio a los profesionales de la salud para mejorar la calidad de la atención sanitaria.
Gestión de fármacos	Administración y distribución de fármacos, disponibilidad.	Busca asegurar la existencia y provisión de los medicamentos más adecuados a las necesidades del hospital y prestar una atención farmacéutica de calidad para conseguir una utilización segura y coste/efectiva de los medicamentos en los pacientes atendidos en el hospital y su área de influencia.
Modelo de gestión en salud	Práctica gerencial en el sistema de salud del estado Aragua.	Se refiere a un modelo de desempeño institucional que traspase el modelo tradicional de gestión y evolucione hacia un modelo más eficiente de gestión.
Capacitación del personal	Número de horas anuales dedicadas a la capacitación (cursos, charlas, congresos, talleres, etc.).	Tiene que ver con la construcción constante de un perfil idóneo para cada puesto de trabajo de las necesidades del sector salud mediante la formación y la capacitación del mismo.
Participación comunitaria	Relación de la comunidad con los servicios de salud, consejos comunales y cooperativas de salud.	Se refiere al proceso social y de interrelación, en donde grupos específicos, que comparten alguna necesidad, problema o interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar dichos problemas, necesidades o intereses, buscando mecanismos y tomando decisiones para atenderlos.

Fuente. Elaboración propia.

Cuadro N° 4. Resultados del diagnóstico participativo del sector salud en el estado Aragua

Variables	Problemas	Posibles Soluciones
1.- Factores demográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Elevado índice de embarazos de adolescentes en el estado. - Diminución de la esperanza de vida. - Alta concentración de personas en zonas centrales del estado y baja en la periferia. - Alta tasa de natalidad en zonas rurales. - Incremento de la tasa de mortalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concientizar a la población en la prevención de enfermedades, mejor alimentación y asistencia médica. - Establecer mecanismos de prevención por medio de charlas en escuelas, liceos, etc. - Intensificar el programa de salud a nivel reproductivo en instituciones y comunidades. - Publicidad audiovisual a todo nivel. - Desconcentración poblacional, garantizando acceso a los servicios salud, vivienda, servicios públicos, educación, entre otros.
2.- Factores epidemiológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Cáncer (mama, pulmón y útero) - Cardiovascular, diabetes e hipertensión. - Reparación de enfermedades erradicadas: dengue, fiebre amarilla, tosferina, paludismo, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención, concientización y control de pesquias. - Buena alimentación y ejercicio. - Equilibrio. - Optimizar los programas de control endocrino metabólico, cardiovascular, oncológico y de enfermedades infecciosas de transmisión sexual (ITS).
3.- Factores socioeconómicos y culturales	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad materno infantil. - Emergencia sanitaria en algunos municipios del estado. - Accidentes de tránsito (sobre todo por accidentes en motos). - Carencia de educación ciudadana y ambiental. - Planificación familiar. - Desnutrición. - Nivel de ingreso. - Insalubridad (mala disposición de los desechos). - Hacinamiento en hogares pobres. - Invasiones de terrenos improvisados y refugios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la formación de valores y principios en escuelas hogares. - Concientizar en salud sexual y reproductiva. - Alimentación balanceada. - Optimizar los programas de salud. - Educación con cultura de paz. - Ampliar programas de Misión Vivienda. - Fomentar la cultura del deporte. - Promover la lactancia materna.
4.- Infraestructura del sector salud	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de mantenimiento de hospitales tipo II. - Alta demanda de usuarios que acuden y esperan hospitalización en los centros de salud (insuficientes camas). - Red de atención primaria. - Capacidad instalada a nivel hospitalario no acorde con la población. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inversión en infraestructura del sector salud. - Educación con sentido de pertenencia en el cuidado y buen uso de equipos e insumos. - Desarrollo de planes estratégicos en el área de infraestructura. - Generar proyectos con visión futurística. - Incrementar la oferta de la infraestructura dado el aumento de la población. - Evaluar los centros de salud según su complejidad. - Ampliación de centros de salud y reclasificación por horarios de atención. - Fortalecer la red de atención primaria (ambulatorios, medicaturas, etc.) - Plan nacional de salud que responda a la ley.
5.- Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Carencia de personal: médicos y especialistas. - Falta de sensibilidad y conciencia de los trabajadores de salud. - Formación del personal en general. - Falta de compromiso. - Déficit en la formación del talento humano según el perfil. - Alta rotación de la gerencia. - Falta de inducción al personal en sus nuevos sitios de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación normativa para que el personal se quede trabajando como mínimo cinco años en sector salud, siempre y cuando reúna eficiencia en su desempeño laboral. - Capacitación constante para romper paradigmas en el trabajador público. - Fomentar la participación y el trabajo en los diferentes centros asistenciales. - Seguimiento y control en mesas de trabajo. - Captación según perfiles. - Conformación de un sistema integral nacional de salud.
6.- Recursos financieros	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficientes recursos a nivel para el reconocimiento de los beneficios contractuales (personal y funcionamiento). - Dotación de servicios médicos: insumos y equipos. - Presupuesto insuficiente al momento de la ejecución. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asignación de una mayor cantidad de dinero para solventar problemas de infraestructura, recurso humano, repuestos y equipos médicos en el sector salud. - Mayor asignación de recursos por parte de la gobernación. - Eficiencia en los procesos administrativos para una rápida asignación de recursos.
7. Equipamiento físico y movilización	<ul style="list-style-type: none"> - Unidades de quirófano y unidades de cuidados intensivos. - Mobilario médico especializado. - Carencia de ambulancias. - Falta de actualización y mantenimiento de los equipos. - Equipos obsoletos. - Déficit de equipos médicos a nivel ambulatorio y hospitalario. - Fallas en el mantenimiento preventivo y correctivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asignación de equipo de alta tecnología. - Adecuación de los espacios para mayor operatividad. - Dotación y mantenimiento preventivo y capacitación del personal. - Planificación anual presupuestaria de repuestos y equipamiento en general. - Adquisición de equipos y facilidades en la importación de repuestos.
8. Sistema de comunicación y redes	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de equipos tecnológicos a nivel administrativo. - Colapso de telecomunicaciones. - Déficit de equipos de radiotransmisión. - Deficiencia en la banda ancha de internet en la red de salud. - Inexistencia de servicios de Internet en algunos centros de salud. - Tecnologías de información y comunicación a nivel de redes en los centros de salud. - Adquisición y actualización de equipos de computación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar el sistema tecnológico de las redes a través de la actualización de las redes y equipos para optimizar el manejo de la información asistencial y administrativa. - Concretar proyectos de Internet. - Establecer alianzas con CANTV que permita migrar la plataforma tecnológica actual. - Inversión en tecnologías de comunicación e información.
9. Gestión de fármacos	<ul style="list-style-type: none"> - Limitación de disponibilidad de fármacos. - Administración y distribución. - Disponibilidad y manejo de los medicamentos en los centros de salud. - Automedicación. - Desarticulación de comunicación entre los diferentes centros de salud. - Guerra económica. - Falta de producción de fármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asignación de equipos de telecomunicaciones para una mayor eficiencia en la difusión en la gestión de fármacos. - Distribuir los medicamentos de manera oportuna según las estadísticas. - Mayor asignación de medicamentos por parte del ministerio. - Vigilancia en frontera. - Evaluación de los laboratorios en la asignación de divisas para la elaboración de medicamentos. - Políticas nacionales preferenciales en materia de fármacos. - Garantizar divisas y nivelar la relación costo-beneficio.
10. Modelo de gestión en salud	<ul style="list-style-type: none"> - Verticalización en la estructura de salud a nivel administrativo. - Falta de trabajo en equipo y comunicación multi-institucional. - Comunicación del equipo de trabajo. - Continuidad de los vicios en virtud de las faltas en las gestiones anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la participación comunitaria de manera eficiente con todos y cada uno de los equipos a través de la formación y sensibilización (salud preventiva). - Integración multidisciplinaria y multi-institucional con el uso de redes. - Inclusión de todos los trabajadores para la mejor gestión del sector salud. - Horizontalización de la infraestructura jerárquica desde el punto de vista administrativo.
11. Capacitación del personal	<ul style="list-style-type: none"> - Debilidad en la capacitación. - Poca participación en los talleres de formación. - Falta de compromiso y aplicación de herramientas: 	<ul style="list-style-type: none"> - Concientizar a cada persona en cuanto a la importancia y disposición para formarse en diferentes áreas de salud. - Ejecución y seguimiento de los programas de capacitación.

	<ul style="list-style-type: none"> puntualidad, responsabilidad, ética. - Falta de compromiso y agradecimiento al cumplir el trabajo. - Fallas en la formación del personal y aplicación de protocolos que aumentan los riesgos biológicos ambientales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la capacitación del personal sin exclusión en todos los niveles de la estructura. - Aplicación de los protocolos y supervisión.
12.- Participación comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de participación y organización comunitaria. - Falta de motivación por parte de la comunidad. - Comunicación deficiente entre la comunidad (consejos comunales) y los servicios de salud. - Interés individual. - Falta de compromiso. - Integración general de los sectores de la comunidad con los sectores de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crear actividades de integración participativa para optimizar los indicadores de salud. - Capacitación de las comunidades en el área de salud para realizar actividades tales como prevención de enfermedades a través de charlas, visitas de casa por casa, etc. - Establecer estrategias de sentido de pertinencia para preservar la infraestructura y el buen funcionamiento de los servicios en cada centro de salud del estado. - Promover a través de los medios de comunicación las diferentes actividades comunitarias. - Inducción participativa y protagónica de las comunidades a través de una eficiente gestión del sector salud.

Fuente. Elaboración propia.

3. Matriz de relaciones lógicas de influencia-dependencia de variables

Esta matriz representa una propuesta que muestra una visión de futuro de cada una de las variables y dimensiones analizadas con la integración del panel de manera racional y objetiva. Con este método se abordó un público estimado de 20 a 30 personas, sin embargo, se pueden obtener aproximadamente los mismos resultados si se le consultara a un panel conformado entre 100 y 150 personas.

Luego de la consulta, el paso siguiente fue analizar las relaciones de *Influencia-dependencia* de las variables identificadas, que se efectuaron mediante un análisis cruzado de las variables. Se optó por asignar grados de influencia según la siguiente convención: 1=bajo, 2=medio y 3=alto. El resultado se muestra en una matriz de relaciones lógicas de *Influencia-dependencia*.

4. Matriz influencia-dependencia (visión del futuro)

Para la realización de la siguiente matriz se realizó una visión consensuada de los participantes, esto se hizo a través de la interrogación del panel; para cada interrogante se asignó un valor (1=bajo, 2=medio y 3=alto). Con los resultados obtenidos se elaboró la matriz de *influencia-dependencia* y se construyó el plano de coordenadas que permitió interpretar la ubicación de las variables en los cuadrantes respectivos.

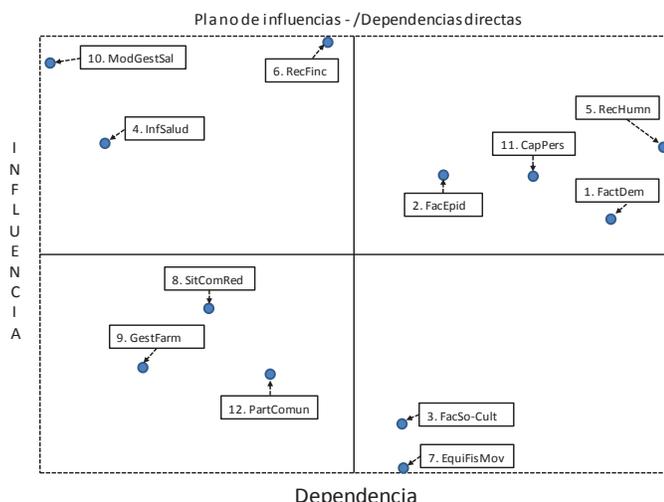
Es importante señalar que para cualquier variable, su valor estratégico estaría determinado por la suma de valor de motricidad y de su valor de dependencia (ver tabla N° 1), (Godet, 1997).

Tabla N° 1. Matriz de impacto cruzado, relaciones lógicas de influencia – dependencia de variables

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Influencia
1.- Factores demográficos	0	2	3	3	3	2	3	2	2	1	1	3	25
2.- Factores epidemiológicos	1	0	3	3	3	3	2	2	3	1	3	2	26
3.- Factores socioeconómico-culturales	3	2	0	1	1	1	2	1	1	1	3	3	19
4.- Infraestructura del sector salud	3	2	3	0	3	3	3	2	1	2	3	2	27
5.- Recursos humanos	3	3	1	3	0	3	3	3	2	2	3	1	27
6.- Recursos financieros	2	2	3	3	3	0	3	2	3	3	3	3	30
7.- Equipamiento físico y movilización	3	3	1	1	2	1	0	1	1	2	2	1	18
8.- Sistema de comunicación y redes	2	1	2	1	3	1	1	0	3	3	3	2	22
9.- Gestión de fármacos	2	3	1	1	3	3	1	2	0	2	2	1	21
10.- Modelo de gestión en salud	3	2	3	2	3	3	3	2	2	0	3	3	29
11.- Capacitación del personal	3	3	2	1	3	3	2	3	2	2	0	2	26
12.- Participación comunitaria	3	3	3	2	2	1	2	2	1	1	1	0	21
Dependencia	28	26	25	21	29	24	25	22	21	20	27	23	291

Fuente. Elaboración propia, consulta de expertos en el sector Salud, Maracay, 2015.

Gráfico N° 1. Plano de coordenadas de relaciones lógicas de influencia – dependencia directa de variables del sector salud (Resultados del Programa Micmac)



Fuente. Elaboración propia, consulta de expertos en el sector Salud. Maracay, 2015.

5. Resultados de la Matriz influencia-dependencia

Las **variables de la zona de poder** se ubican en el *cuadrante I* o en la *zona 1* del plano cartesiano (Gráfico N° 1); son aquellas que presentan altos valores de motricidad y baja dependencia. En su conjunto ejercen una fuerte influencia sobre las demás variables del sistema, pero estas no se ven afectadas por el resto de las variables. A estas variables se les llama también *variables determinantes*, pues ellas son aptas para la intervención de la dirección o la toma de decisiones, es decir, determinan el funcionamiento del sistema.

En esta investigación, el *cuadrante I* o *zona de poder* del plano cartesiano se identificaron las siguientes variables: *modelo de gestión en salud* (10); *recursos financieros* (6); *infraestructura del sector salud* (4). Esta ubicación representa una alta influencia que se deriva de un modelo eficiente de *gestión de salud pública*, no obstante, los *recursos financieros* se localizan en el extremo derecho del cuadrante, lo que muestra una dependencia media de esta variable; este dato se puede interpretar como que el

financiamiento es fundamental para desarrollar el sector. De igual modo, la *infraestructura de salud* tiene menos influencia que las variables anteriores, pero igualmente, es una variable de poder que ocupa una alta influencia. En resumen, el mensaje de los expertos del sector salud es que del impulso, o motricidad que puedan tener estas variables, dependerá el éxito de las estrategias para diseñar los escenarios futuros.

Las **variables de la zona de conflicto** se ubican en el *cuadrante II* del plano cartesiano (Gráfico N° 1), es decir, en la *zona 2 de conflicto*. A estas se les llama también *variables estratégicas* o *clave*, ya que son aptas para la intervención de la dirección, pues generan efectos en cadena. Estas variables presentan altos valores de motricidad y altos valores de dependencia, ejerciendo una fuerte influencia sobre las demás variables del sistema y obteniendo una afectación recíproca por parte de las otras, lo que produce una perturbación en el funcionamiento normal del entorno, pues sobre determinan el propio sistema. Estas variables son por naturaleza inestables y se corresponden con los retos del sistema.

Por otro lado, las variables encontradas en este cuadrante son las siguientes: factores epidemiológicos (2); factores demográficos (1); capacitación del personal (11) y recursos humanos (5). En relación a la interpretación de las variables ubicadas en la zona de conflicto, los factores epidemiológicos: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, homicidios y accidentes de tránsito presentan un grave problema en la sociedad venezolana, aunado a los factores demográficos con altos índices de natalidad, mortalidad (neonatal y pos neonatal), embarazo precoz, entre otros. Esta interpretación de los expertos nos indica que a los efectos de proponer políticas, es imprescindible examinar las causales de esta problemática desde el equilibrio nutricional, niveles de recreación, seguridad, equidad en la distribución de los ingresos y servicios públicos, acuerdos con instituciones de salud del sector privado que permitan comprender y solucionar las razones de estos conflictos.

En cuanto a la *capacitación del personal*, representado por el número de horas anuales dedicadas a la capacitación (cursos, charlas,

congresos, talleres, etc.), y el *recurso humano* como formación y número de médicos, enfermeras, odontólogos, médicos especialistas, personal técnico-médico, personal administrativo, el panel de expertos lo ubica como variables estratégicas, en el sentido de que la adecuada y constante capacitación, así como la contratación de personal médico de calidad, sin duda, repercutirá en una acertada prevención de enfermedades, en los eficientes diagnósticos, en el adecuado uso de la tecnología y equipos médicos y finalmente en una interacción con las comunidades de forma más humana y de un mayor conocimiento del entorno.

Las **variables de la zona de salida** se ubican en el *cuadrante III* o en la *zona 3* del plano cartesiano (Gráfico N° 1). A estas también se les llama *variables de resultados*, son aquellas que presentan bajos valores de motricidad y alta dependencia, estas ejercen una escasa influencia sobre las demás variables del sistema, pero se ven altamente afectadas por ellas. Estas variables se asocian a indicadores de evolución, pues se traducen como objetivos; además, las mismas, no se pueden abordar de frente, sino a través de las que dependen en el sistema.

En el presente estudio, las variables *factores socioeconómico-culturales* (3) y *equipamiento físico y movilización* (7) se ubican en el tercer cuadrante. Los *factores socioeconómico-culturales*: nivel de ingreso, vivienda propia, desempleo, educación, planificación familiar, nivel de nutrición, educación ciudadana y ambiental, representan una alta dependencia de políticas públicas, por ejemplo, creación de empleo, inversión del sector privado, formación de profesionales idóneos en el área de salud, educación familiar en valores cívicos y ambientales.

En relación *al equipamiento físico y movilización*: equipo médico (ecografía, mamografía, radiología, etc.), ambulancias, mobiliario médico especializado, unidades de quirófano y unidades de cuidados intensivos; estas variables tienen una alta dependencia de la inversión del sector público para la dotación de hospitales, ambulatorios, centros de atención integral entre otros. Así mismo, la falta de mantenimiento de infraestructura, bienes y

equipos impide la efectividad de los servicios médicos.

Las **variables de la zona autónoma** se ubican en el *cuadrante IV* o en la *zona 4* del plano cartesiano (Gráfico N° 1). A estas variables también se les llama *variables desarticuladas*, pues presentan valores más bajos de motricidad y valores de baja dependencia, por esta característica ejercen una escasa influencia sobre las demás variables del sistema y escasamente se ven afectadas por estas. Estas variables no constituyen parte determinante para el futuro del sistema.

En este trabajo se identificaron las siguientes variables: *gestión de fármacos* (9): administración y distribución de fármacos y disponibilidad; *sistemas de comunicación y redes* (8): tecnologías de información y comunicación (TIC), sistemas de comunicación interna (intranet), sistemas de comunicación externa (extranet), redes sociales e internet y *participación comunitaria* (12).

En los datos obtenidos, se pudo observar que todas estas variables funcionan de una manera desarticulada, ya que no se les ha dado la vital importancia a las tecnologías de información y comunicación, las cuales permiten aprovechar el uso de redes para la transmisión de las necesidades y el conocimiento del sector. De esta forma, al no contar con un uso organizado de las TIC, se le impide al sector salud tener elementos que establezcan relaciones nacionales e internacionales con laboratorios para gestionar la producción de fármacos, la importación de insumos o la dotación de los mismos, así como también se impide el intercambio y la formación de profesionales en el área de salud.

Igualmente sucede con la *participación comunitaria*, entendida como la relación de la comunidad con los servicios de salud, consejos comunales, cooperativas de salud, entre otras. De los datos obtenidos se puede observar que no existe una integración de las comunidades y de los servicios médicos para prevenir, educar y organizar estrategias que ayuden a conformar sociedades o comunidades conscientes, es decir, no se observó una interacción entre estas variables en pro de una mejor salud pública.

Una vez realizado el diagnóstico participativo y luego de haber identificando

problemas y soluciones, se procedió a aplicar el programa Micmac para realizar la matriz de impacto cruzado de relaciones lógicas de influencia – dependencia de las variables. Inmediatamente se representaron en un plano de coordenadas y se interpretaron las variables del sector salud de relaciones lógicas de influencia – dependencia directa; luego de dicho análisis interpretativo, a continuación se describirán la construcción de los posibles escenarios futuros.

6. Escenarios

Los escenarios describen particulares sets de eventos y variables para centrar la atención sobre la dirección e impacto de las tendencias, la estabilidad de los procesos de causa-efecto, las rupturas factibles y los momentos claves para la toma de decisiones. Ahora bien, hay otra manera de contextualizar los escenarios, esta forma es la transición del presente hacia el futuro; este cambio puede verse como un terreno de pruebas, en el mismo surgen ideas o se promueven sentimientos positivos para nuevos desarrollos.

Existen varios tipos de escenarios, a continuación se describirán los que son pertinentes a la presente investigación.

Exploratorios: estos especulan sobre el futuro en función de una serie de variables (continuidad en las tendencias históricas). Este tipo de escenario ayuda a los políticos y gestores a identificar las principales dimensiones, también ayuda a los agentes que modelan las evoluciones futuras. Entender y explorar las interrelaciones entre ellos permite tener una visión más sistémica y completa de las incertidumbres relacionadas.

Normativos: los escenarios normativos pretenden cambiar una tendencia desfavorable, ellos fijan los objetivos en un plazo concreto, estudian las posibilidades de prosperar y son prescriptivos, es por ello que están orientados directamente a la acción para modificar las tendencias. Los escenarios exploratorios y normativos son complementarios; no buscan la predicción, pues ellos profundizan el conocimiento del sistema actual y sus posibles evoluciones.

6.1. Escenario de consenso-bienestar-armonía

El *Modelo de gestión del sector salud* debe concebirse como un medio para proyectar las funciones gerenciales desde la planificación, organización, dirección, evaluación y control. Este sistema de gestión debe estar apoyado en valores, mejoras continuas y estrecha interrelación entre los actores: gobierno, profesionales de la salud y comunidades. Por esta razón, se debe favorecer una eficiente inversión para la dotación en equipamiento físico y movilización, sistema de comunicación y redes, gestión de fármacos; además de dotar al personal de programas de formación y capacitación.

Dimensiones

Modelo de gestión: este modelo estará alineado con la visión, misión, valores y la formulación de estrategias. El propósito se orienta hacia apoyarse en tres pilares: procesos, personas y tecnología; el fin es lograr formular las directrices de identificación de oportunidades, de mejora continua, liderazgo, participación de los colaboradores, indicadores de gestión, entre otros elementos para pasar de un estadio de información a un estadio de conocimiento.

Socioeconómica: en esta dimensión se deberá favorecer las inversiones con acertadas acciones de control o de evaluación constante, es decir, mantenimiento preventivo para evitar incrementar los costos con reparaciones correctivas. Este escenario también exigirá constantes planes de formación y capacitación en salud pública y ambiental, planificación familiar, adecuados niveles nutricionales y salud preventiva. También incluye la necesidad de una infraestructura acorde con el incremento poblacional y el uso de equipos tecnológicos de última generación para proporcionar acertados diagnósticos.

Política: al ser instituciones públicas, las políticas del sector salud deberán favorecer las inversiones en vivienda, servicios públicos, recurso humano, capacitación en programas de enfermedades endocrinas, metabólicas, cardiovascular, oncológica e infecciones de transmisión sexual. A su vez, deben favorecer la

eficiencia en los procesos administrativos para la rápida asignación de recursos que ayuden a potenciar el sistema tecnológico de las redes y de los equipos para el manejo de la información asistencial y administrativa, todo esto aunado a un plan nacional de salud que responda a lo establecido en la ley.

6.2. Escenario de conflicto

Este escenario es el resultado de un notable incremento de enfermedades endémicas, cardiovasculares, oncológicas y endocrinas. Esta situación se ha magnificado por el incremento de las desigualdades sociales y económicas, que se unen al problema de la emigración de médicos y demás profesionales de la salud. En este escenario el sector salud se encuentra con un recurso humano interno que es consciente de la problemática social y de salud pública en general, ávido de capacitarse e interrelacionarse con los diferentes actores del sistema. Sin embargo, el contexto que los rodea posee poca conciencia para la construcción de la prevención a futuro, pues no se ponen en práctica políticas de prevención.

Dimensiones

Modelo de gestión: en este escenario es de vital importancia incorporar personal eficiente que posea la preparación adecuada para tomar decisiones que le permitan implementar programas orientados a: 1) la planificación familiar, cuyo objetivo sea sensibilizar a las comunidades, y en especial a los jóvenes, sobre la planificación familiar; 2) programas eficientes de prevención de enfermedades epidemiológicas en los que participe el sector gubernamental y las comunidades implicadas y 3) programas de responsabilidad social para ampliar el nivel cultural y de recreación.

Socioeconómica: los factores demográficos necesitan en este escenario mantener un nivel de equilibrio poblacional y de calidad de vida frente a las variables implicadas: tasa de natalidad, mortalidad, esperanza de vida, etc., la cuales a través de las políticas públicas podrían mejorar el emprendimiento, la

inversión y el acceso al empleo justamente remunerado para desarrollar bienestar colectivo. Desde esta premisa, la educación, como fuente de conocimiento, creará las bases para ampliar los rangos de emprendimientos, activando el aparato productivo.

Política: la propuesta de este escenario se centra en la necesidad de vincular al sector público con el sector privado, a objeto de generar sinergias en pro de la sociedad, pues al ser relacionados ambos sectores, a través de acciones de consenso y racionalidad, se pueden suscitar cambios de paradigmas de una sociedad paternalista y populista hacia una sociedad autónoma, creativa, que gestione el conocimiento, capaz de generar transformaciones tanto en la mentalidad como en el comportamiento del venezolano.

6.3. Escenario de comunidad participativa

En este escenario la comunidad reconoce y tiene el convencimiento de que puede mejorar su calidad de vida al compartir los valores que se orientan hacia una sociedad solidaria y más equitativa, con liderazgos compartidos en los que todos los actores: gobiernos, empresas y ONGs permitan la reducción de los conflictos ideológicos y culturales en pro de la reducción de la brecha entre pobres y ricos. De esta forma, la participación de la sociedad en la educación y prevención de las enfermedades permitirá crear redes de ayudas comunitarias para enfrentar y solucionar los problemas ambientales, entre los que se pueden citar los de recursos naturales, contaminación atmosférica, insalubridad, enfermedades endémicas, entre otros.

Dimensiones

Modelo de gestión: una sociedad consciente de su entorno buscará participar y cooperar en la toma de decisiones que se orienten a buscar la solución de los problemas de su comunidad. Es por ello que es importante el empoderamiento de las comunidades desde la gestión del conocimiento, pues el saber va a facilitar a nivel local que las políticas públicas estén estrechamente conectadas con los requerimientos de las sociedades.

Socioeconómica: se pretende en este escenario que la sociedad sea partícipe de su bienestar y de su calidad de vida. De ahí la idea de la autoconstrucción de sus viviendas, pues esta iniciativa les permite la organización para la construcción de puentes, represas y todo tipo de infraestructura, en la que la comunicación esté perfectamente interrelacionada con los agentes financiadores. De esta manera, todos los proyectos que surjan, tienen que estar debidamente coordinados por profesionales relacionados con sus áreas de especialidad, pues los recursos financieros evaluados y controlados por los entes responsables de su ejecución llevarán al éxito y a la concreción del proyecto.

Política: para abordar este escenario es preciso el consenso entre los entes públicos y privados, los cuales deben orientarse a desarrollar proyectos que beneficien a las comunidades de una forma holística y con criterios de sustentabilidad. Es así como se debe buscar promover el uso de tecnologías intermedias que mejoren la productividad en todos los sectores de la economía (agrícola, manufactura, petroquímica, laboratorios farmacológicos, industrias ortopédicas, equipos quirúrgicos, entre otros). También se deben establecer políticas que generen redes entre todos los entes implicados, ya que esto permitirá a todas las comunidades compartir información, aportar soluciones y definir criterios de concreción de las ideas o proyectos para ser ejecutados eficientemente.

7. Conclusiones

Los escenarios confeccionados en el taller realizado en octubre 2015, *Prospectiva estratégica del sector salud*, perteneciente al Programa especializado en habilidades gerenciales, conformado por un equipo multidisciplinario del sector salud, indican dentro de un ámbito global, un desarrollo económico sustentado en una gerencia estratégica, con un óptimo recurso humano, innovaciones tecnológicas, participación de la sociedad en el diagnóstico y solución de problemas, con una conciencia ambiental y de salud preventiva.

Dadas las características de cada escenario, se pueden vislumbrar algunas estrategias generales que podrían sustentar una mejor gestión del sector salud, considerando que una estrategia es un plan que especifica una serie de pasos, cuyo objeto es la construcción de unos futuros escenarios (deseables, probables y desfavorables):

- En el consenso, bienestar y armonía el éxito estaría sustentado en: 1) promover un sistema de gerencia apoyado en la gestión del conocimiento, en valores, en la mejora continua y en la estrecha relación entre los actores (gobierno, profesionales de la salud y la comunidad) para fomentar la responsabilidad social, salud pública y ambiental; 2) proyectar planes de formación y capacitación dirigidos al personal de la salud y 3) implementar planes de dotación tecnológica de redes y equipos.
- En el *escenario de conflicto*, la propuesta de éxito estaría sustentada en varios aspectos: 1) incorporar personal eficiente en la toma de decisiones, es decir, con un alto nivel de preparación académica y experiencia en el sector salud; 2) implementar programas de planificación familiar y de enfermedades epidemiológicas para reforzar el conocimiento en las bondades del bienestar familiar y su entorno; 3) generar políticas públicas, empoderando el emprendimiento, la inversión y el acceso al empleo justamente remunerado para desarrollar bienestar colectivo y 4) vincular el sector público con el sector privado, para generar sinergias en pro de la sociedad, las cuales estarán relacionadas con acciones de consenso que lleven a mejorar la productividad por medio del uso de tecnologías de información y comunicación.
- En el *escenario de comunidad participativa* se debe buscar: 1) empoderar a las comunidades desde la gestión del conocimiento, a nivel local y estrechamente conectadas con las políticas públicas; 2) concebir lineamientos gerenciales para que los

proyectos sean debidamente coordinados por profesionales relacionados con sus áreas de especialidad y 3) buscar que los recursos financieros sean evaluados y controlados por los entes responsables de su ejecución.

En resumen, los escenarios generados para el sector salud en Venezuela indican que el éxito sobre el desempeño gerencial del sector salud, estaría sustentado en lo siguiente:

- Un sistema de gerencia apoyado en la gestión del conocimiento, valores, mejora continua en los procesos y estrecha relación entre los actores.
- Incorporar personal eficiente en la toma de decisiones, es decir, con un alto nivel de preparación académica y experiencia en el sector salud.
- Implementar programas de planificación familiar y de enfermedades epidemiológicas para reforzar el conocimiento sobre el bienestar familiar y su entorno.
- Empoderar a las comunidades, desde la gestión del conocimiento, a nivel local y estrechamente conectadas con las políticas públicas.

Finalmente, las propuestas de cambio para el sector salud están apoyadas en la creación y optimización de un sistema de gestión eficiente, que tome en cuenta la participación activa de todos los actores para enfrentar los nuevos retos del futuro y gestionar el riesgo implícito de las incertidumbres. A partir de los resultados de los escenarios se abren caminos hacia una mejor productividad de los procesos de este servicio público que se traducirán en la concientización de una medicina preventiva y de planificación familiar.

8. Referencias

Alegre Vidal, Joaquín (2004). La gestión del conocimiento como motor de la innovación: lecciones de la industria de alta tecnología para la empresa. Castelló

de la Plata: Publicaciones de la Universidad de Jaume I, D.L.

Bueno, E. (2002). Enfoques principales y tendencias en dirección del conocimiento. Ediciones la Coría. Cáceres.

Echarri, José M. y otros. (2006). España 2020: reflexiones prospectivas Informes y Estudios 009. Institución Futuro, Navarra, España.

Koeneke, Herbert. (2017). El rentismo petrolero en la cultura política del venezolano. Peña, Carlos (Ed.) Venezuela y su tradición rentista: visiones, enfoques y evidencias. CLACSO, Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Buenos Aires, Argentina.

Gabiña, Juanjo. (1998). Prospectiva y ordenación del territorio. Hacia un proyecto de futuro. Ed. Marcombo, Barcelona, España.

Godet, Michel. (2007). Manuel de prospective stratégique Tome 1. Editeur: Dunod. Paris, Francia.

Godet, Michel; Durance, Philippe. (2011). La prospective stratégique: Pour les entreprises et les territoires. Editeur: DUNOD - UNESCO - Fondation Prospective et Innovation. Paris, Francia.

González, Marino J. (2006) ¿Cuáles son los acuerdos que requiere el sistema de salud? En Villasmil, R., España, L., Santos, M., y Gonzáles, M. Venezuela: un acuerdo para alcanzar el desarrollo. Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales (IIES). Caracas, Venezuela.

Medina, Javier; Ortegón, Edgar. (2006). Manual de prospectiva y decisión estratégica: bases teóricas e instrumentos para América Latina y el Caribe. Editorial: CEPAL. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) Área de Proyectos y Programación de Inversiones. Santiago de Chile.

[Peña, Alice S.](#) (19-07-17). [Proyecto Comunitario: Un espacio para reflexión acción creadora, liberadora y transformadora.](#) Caracas, Venezuela: UBV. Recuperado de:

<https://investigacionubv.wordpress.com/author/alicesocorro/page/11/>

Rodríguez S., Pedro ; Rodríguez P., Luís. (2012) El petróleo como instrumento de progreso:

una nueva relación Ciudadano-Estado-Petróleo. Caracas, Venezuela: Ediciones IESA

Conocimiento sobre la administración verde de los contadores públicos del estado Trujillo, Venezuela

RESUMEN

Las organizaciones están inmersas en el medio ambiente, el cual que se ha ido deteriorando entre otras cosas producto de la contaminación y emisión de desechos tóxicos; generando preocupación en la sociedad y particularmente en el mundo gerencial; ante esta realidad nace la administración verde que suele definirse como la forma en que los gerentes consideran el impacto ambiental de su organización al medio ambiente. En este contexto se emprende el presente estudio con el objetivo analizar el conocimiento sobre la administración verde que poseen los Contadores Públicos en las oficinas contables del municipio Trujillo, estado Trujillo, de Venezuela. Conducido mediante una investigación de tipo descriptiva y con un diseño de campo no experimental, permitió observar el desconocimiento de los enfoques de la administración verde, así como fallas en la implementación de elementos de evaluación e indicadores en los elementos objetos del estudio.

Palabras Claves: administración verde, elementos, enfoques, indicadores de ecoeficiencia.

Dailyn Maria Colmenares Benítez³

Universidad de Los Andes. Núcleo Rafael Rangel.
Departamento de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables
Trujillo- Venezuela. Correo electrónico:
dailyncolmenares92@hotmail.com

Walevska Ninoska López de Cappelletti⁴

Universidad de Los Andes. Núcleo Rafael Rangel.
Departamento de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables
Trujillo- Venezuela. Correo electrónico:
walalopez@hotmail.com

Marielena del Valle García Pérez⁵

Universidad de Los Andes. Núcleo Rafael Rangel.
Departamento de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables
Trujillo- Venezuela. Correo electrónico:
walalopez@hotmail.com

ABSTRACT

Knowledge on the green administration of the public accountants of Trujillo state, Venezuela.

The organizations are immersed in the environment, which has been deteriorated, among other things, because of the pollution and the emission of toxic waste. This is generating a concern in the society and particularly in the management world. Given this reality, the green administration is born, usually defined as the way in which managers consider the environmental impact of their organization. In this context, the present study aimed to analyse the knowledge that Public Accountants have about the green administration in the accounting offices of the Trujillo municipality, in Trujillo state, of Venezuela. This study is a descriptive research and with a non-experimental field design, it allowed to observe the unawareness about the green administration approaches, as well as failures in the implementation of evaluation elements and indicators in the elements of the study.

Keywords: green administration, public accountants, eco-efficiency indicators.

³Licenciada en Contaduría Pública, Licenciada en Administración de Empresas. Profesora en la categoría de Instructor a dedicación exclusiva de la Universidad de Los Andes, Núcleo Rafael Rangel. Departamento de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables. Trujillo- Venezuela.

² Doctora en Gerencia Avanzada, MSc, en Administración, Especialista en Gerencia. Profesora Titular de la Universidad de Los Andes. Núcleo Rafael Rangel. Departamento de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables. Investigador nivel B del programa estímulo a la Investigación PEI, desde el año 2011 hasta la actualidad.

⁵ Licenciada en Contaduría Pública. Egresada de La Universidad de Los Andes.