



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA " LUIS RAZETTI"  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL  
CATEDRA DE SALUD PÚBLICA



**ASIGNATURA SP V**

**ADMINISTRACIÓN SANITARIA MATERIAL AGOSTO 2024**

**Profesor Alejandro Rísquez**

**Título:**

**“Apuntes de la asignatura Salud Pública V”.**

**Administración sanitaria de la Cátedra de Salud Pública,  
Departamento de Medicina Preventiva y Social, Escuela  
“Luis Razetti”, del Profesor Alejandro Rísquez Parra**

**Propósito:**

**Un resumen de clases, ponencias y exposiciones de la asignatura  
Administración Sanitaria parte teórica de Salud Pública V, para los  
estudiantes cursantes de 5to año.**

## Índice

✓ Portada	1
✓ Índice	2
✓ Prefacio	3
✓ Notas sobre los apuntes: Administración, gerencia y gerentes de salud	5
✓ Conceptos, definiciones, principios y principales funciones de la administración	9
✓ Enfoques de la administración sanitaria	14
✓ Atención primaria de salud: enfoque de riesgo y toma de decisiones a nivel local	19
✓ Las principales funciones de la gerencia	23
✓ Administración sanitaria, epidemiología y prevención	24
✓ Manejo de los programas de salud	34
✓ Atención primaria de salud en evolución	40
✓ El enfoque del equipo de salud: trabajando con gente	47
✓ El manejo de los recursos en atención primaria de salud	57
✓ Indicadores de salud y de atención médica	67
✓ Notas sobre el sector salud, descentralización, migración profesional, otros	74
✓ Propuesta de mejora al sistema público de salud	86
✓ Sistema de salud resumen de presentación del grupo de SPV 2023-2024	107
✓ Láminas presentación: administración sanitaria - gerencia en salud	111
✓ <b>Compilación: temas de salud pública y gestión</b>	<b>123</b>
✓ One Health	
✓ Atención Primaria de Salud: estrategia mundial, implantación	
✓ Enfermedades vectoriales y salud pública	
✓ Discapacidad	
✓ Senectud	
✓ Lumbalgia	
✓ Seguros médicos en Venezuela	
✓ Cobertura sanitaria universal	
✓ Dispositivos médicos	
✓ Resolución de problemas y conflictos	
✓ Filosofía médica	
✓ Derechos humanos	
✓ Gremio médico	
✓ Indicadores de gestión ambulatoria	

- ✓ Indicadores de gestión hospitalaria
- ✓ Alcoholismo
- ✓ Drogas ilegales
- ✓ Análisis de Situación de Salud (ASIS)
- ✓ Sistema de salud
- ✓ Agresiones: homicidios y suicidios
- ✓ Reglamento sanitario internacional
- ✓ Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en AI
- ✓ Inspección de Salud Pública
- ✓ Proyecto genoma y biotecnología
- ✓ Contaminación del aire
- ✓ Sanidad animal

✓ **Cierre**

## **Prefacio**

### **Estimados profesores y estudiantes,**

Este documento representa una recopilación de apuntes de clase que he ido acumulando a lo largo de mis 27 años como profesor en la asignatura teórica y práctica de Salud Pública V. El objetivo principal de esta materia es desarrollar la comprensión de la Administración Sanitaria y los Programas de Salud Pública, siempre con una visión integral del Sistema de Salud.

En la parte práctica, nos adentramos en la ejecución de proyectos de investigación. En muchos casos, estos proyectos incluyen componentes comunitarios y sociales, llevándonos a colaborar con diversas instituciones: tanto públicas como privadas, educativas o de otro tipo. Hemos trabajado con entidades político-administrativas, ONGs, comunidades y asociaciones civiles o militares, entre otras.

A lo largo de los últimos cuatro años, he mantenido un registro meticuloso de nuestras experiencias en el campo de la salud pública. Estas vivencias se han plasmado en plataformas como Classroom de Google (Google Classroom es una plataforma educativa) y abarcan una variedad de actividades académicas. Permítanme compartir algunos detalles clave: a) Contenido Recopilado: Nuestro material recopilado incluye exposiciones, discusiones, informes y resúmenes. Estos documentos reflejan los temas seleccionados o asignados a los grupos de estudiantes durante nuestras clases semanales de tres horas. En total, hemos acumulado aproximadamente 50 a 60 horas académicas durante la mitad del año correspondiente. b) Diversidad de Formatos: Durante estas horas, hemos registrado evacuaciones escritas, así como las clases magistrales y presentaciones de profesores invitados y expertos. También valoramos las contribuciones de nuestros propios estudiantes. Las presentaciones varían en duración: algunas son breves (de 15, 20, 30 o 45 minutos), adaptándose al tema y su relevancia. Esta flexibilidad es fundamental para un aprendizaje efectivo. c) Actualización Constante: Mantenemos nuestros ojos abiertos a los fenómenos y situaciones que ocurren día a día. Esto nos permite comentar y analizar con los estudiantes eventos relevantes para la salud pública. Ejemplos de estos temas incluyen nuevas leyes o regulaciones, acontecimientos en el sistema de salud, declaraciones de epidemias o desastres, y otros aspectos destacados que afectan directamente a nuestra comunidad en materia de salud pública.

La pandemia de COVID-19 con sus restricciones y confinamiento aceleró exponencialmente el uso de la educación a distancia, las videoconferencias síncronas y asíncronas, así como el material educativo para la discusión. Por eso, comparto parte de este material con ustedes. Creo que tiene un valor intrínseco para su preparación, ya que aborda las políticas, programas, servicios y otros aspectos que conforman la dinámica intensa de la salud pública a nivel global, regional y, especialmente, nacional durante el siglo XXI.

Siempre reconozco las limitaciones de nuestro esfuerzo, pero valoro enormemente la colaboración de mis colegas profesores, los invitados especiales tanto dentro como fuera de la Facultad de Medicina de la UCV, y, sobre todo, de los estudiantes y preparadores de la asignatura. Su contribución ha sido fundamental para la organización de las clases y la creación de estos apuntes. Mi aporte puede ser modesto, pero lo hago con entusiasmo, pues considero que ampliar la mirada sobre métodos, formas y maneras de aprender e intercambiar competencias es lo más importante en la educación universitaria.

¡Sigamos explorando juntos el fascinante mundo de la salud pública!

Atentamente,

**Alejandro Rísquez Parra**

Profesor Titular

Cátedra de Salud Pública

Jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Social

## NOTAS SOBRE LOS APUNTES DE CLASE: ANTIGUOS Y REVISADOS

Algunos han sido revisados y corregidos, mientras que otros permanecen sin cambios desde 1997 hasta el presente (2021). El libro de texto guía ha sido el mismo a lo largo de todos estos años. Considero que representa la esencia de la administración en los servicios de salud del primer nivel de atención. Por supuesto, se actualiza de acuerdo con la realidad y el contexto histórico del momento, incorporando ejemplos y ejercicios más contemporáneos.

**Guía para la gestión de la atención primaria de salud.** Rosemary McMahon, Elizabeth Barton y Maurice Piot en colaboración con Naomi Gelina y Felton Ross. Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud, 1997. ISBN 92 75 32210 4

"Para comenzar este material, incluyo las preguntas que le hice y las respuestas proporcionadas por diferentes motores de búsqueda de inteligencia artificial diseñado específicamente para programadores en la fecha del 6 de noviembre de 2023 (Copilot AI, Gemini AI, "Phind"AI y otros). Estas respuestas son directas, claras y sencillas, y se ajustan a los objetivos y propósitos de la asignatura."

### **Definir gerencia de la salud y sus funciones, importancia y necesidad en Venezuela.**

*La gerencia de la salud se refiere a la profesión que lidera y dirige organizaciones que prestan servicios de salud. También de programas de salud pública o de responsabilidad social, y ejecución de servicios extramuros en salud. Estas organizaciones pueden ser clínicas, hospitales y consultorios. La gerencia de la salud puede ser tratada bajo otros términos, como dirección, administración o gestión en salud [universidadviu.com](http://universidadviu.com), [euroinnova.edu.es](http://euroinnova.edu.es).*

*Las funciones de la gerencia de la salud están estrechamente relacionadas con la parte administrativa de las instituciones. Algunas de estas funciones incluyen:*

- *Planificación: Establecer las prioridades a atender, definir e identificar objetivos y la ruta que debe tomarse para cumplirlos [euroinnova.edu.es](http://euroinnova.edu.es).*
- *Organización: Clasificar los departamentos y delegar sus funciones, designar al personal y vigilar que cumplan sus responsabilidades [euroinnova.edu.es](http://euroinnova.edu.es).*
- *Recursos Humanos: Gestionar la captación, permanencia, capacitación y todo lo que se relacione con el personal que allí labora [euroinnova.edu.es](http://euroinnova.edu.es).*
- *Dirección: Liderar un equipo, dar instrucciones y dirigir los procesos, transmitir información y recibir de igual forma con la intención de mejorar los procedimientos y hacer más exitosa su gestión [euroinnova.edu.es](http://euroinnova.edu.es).*

*La importancia de la gerencia de la salud radica en su capacidad para gestionar los recursos y proyectos, la administración, y los antecedentes del personal. Además, son*

los responsables de gestionar los fondos y el presupuesto público destinado a la salud [euroinnova.edu.es](http://euroinnova.edu.es).

En el contexto de Venezuela, la gerencia de la salud **-en el sector público y privado-** es esencial para garantizar la calidad de los servicios y manejar la parte del presupuesto asignado para brindar mejores y mayores beneficios de igualdad en la salud. La salud es un derecho garantizado por la Constitución, es un bien de las personas, del cual se debe obtener todos los beneficios sociales. Por lo tanto, la eficiencia en lo técnico y profesional es fundamental para lograr este objetivo [euroinnova.edu.es](http://euroinnova.edu.es).

Algunas preguntas y respuestas seleccionadas que aparecen al final de lo anterior.

**¿Cuáles son las principales diferencias entre la gerencia de la salud y la administración de otros servicios?**

#### **ANSWER | PHIND V7 MODEL**

La gerencia de la salud y la administración de otros servicios comparten algunas similitudes, pero también tienen diferencias clave.

Ambas implican la dirección y coordinación de recursos para lograr objetivos específicos. Sin embargo, la gerencia de la salud se centra específicamente en la prestación de servicios de salud, lo que implica un enfoque en la calidad del cuidado, la eficiencia operativa y la satisfacción del paciente [universidadviu.com](http://universidadviu.com), [es.slideshare.net](http://es.slideshare.net).

Igualmente, la administración sanitaria de programas de salud pública y proyectos de responsabilidad social y comunitaria, es parte esencial de las funciones esenciales que deben acometer los estados, las empresas y las comunidades organizadas, para dar respuesta a las necesidades de salud y alcanzar el derecho a la salud a plenitud. (A. Rísquez)

La administración de otros servicios, por otro lado, puede aplicarse a una variedad más amplia de industrias y sectores. Aunque también implica la dirección y coordinación de recursos, no tiene el mismo enfoque en la atención al paciente o en la calidad del cuidado [es.wikipedia.org](http://es.wikipedia.org), [euroinnova.edu.es](http://euroinnova.edu.es).

Otra diferencia importante es el nivel de responsabilidad. La gerencia de la salud a menudo implica un mayor nivel de responsabilidad, ya que los gerentes de la salud son responsables de la supervisión de los servicios de atención médica y de la gestión de los recursos de salud. Por otro lado, la administración de otros servicios puede implicar un nivel de responsabilidad más limitado, dependiendo de la naturaleza del servicio específico [es.slideshare.net](http://es.slideshare.net).

En términos de funciones, tanto la gerencia de la salud como la administración de otros servicios pueden implicar tareas como la planificación, la organización, la dirección de

equipos y la gestión de recursos. Sin embargo, la gerencia de la salud también puede implicar tareas más específicas relacionadas con la atención al paciente, como la toma de decisiones basada en la evidencia en salud pública y la comunicación efectiva [es.slideshare.net](https://es.slideshare.net).

**¿Qué habilidades específicas se requieren para ser un gerente de la salud o un administrador de otros servicios?**

### **ANSWER | PHIND V7 MODEL**

Las habilidades específicas requeridas para ser un gerente de la salud o un administrador de otros servicios varían dependiendo del tipo de servicio que se esté administrando, pero hay algunas habilidades clave que son comunes a ambos roles.

Para la gerencia de la salud:

- *Habilidades de liderazgo: Los gerentes de la salud deben ser capaces de liderar equipos de profesionales de la salud y de dirigir la organización en su conjunto [universidadviu.com](https://universidadviu.com).*
- *Habilidades de comunicación: Deben ser capaces de comunicarse de manera efectiva con los miembros del equipo, los pacientes y otras partes interesadas [educaweb.com](https://educaweb.com).*
- *Habilidades de planificación y organización: Deben ser capaces de establecer objetivos y metas, coordinar la atención a los pacientes y administrar los recursos financieros de la institución [global.tiffin.edu](https://global.tiffin.edu).*
- *Habilidades de gestión de personal: Deben ser capaces de gestionar la selección y capacitación de nuevo talento humano, asegurando que el personal esté bien capacitado y motivado [global.tiffin.edu](https://global.tiffin.edu).*

Para la administración de otros servicios:

- *Habilidades de planificación y organización: Los administradores de otros servicios también deben ser capaces de establecer objetivos y metas, y coordinar la prestación de servicios [brooklinecollege.edu](https://brooklinecollege.edu).*
- *Habilidades de liderazgo y gestión de personal: Al igual que los gerentes de la salud, los administradores de otros servicios deben ser capaces de liderar equipos y gestionar el personal [brooklinecollege.edu](https://brooklinecollege.edu).*



- *Habilidades de comunicación: Deben ser capaces de comunicarse de manera efectiva con los miembros del equipo y otras partes interesadas [brooklinecollege.edu](http://brooklinecollege.edu).*

Los que revisen las referencias utilizadas por el buscador, se darán cuenta que se encuentran entre ellas, portales de programas de educación para maestrías, diplomados y cursos de Gerencia de la salud, que pueden ser ejemplo de lo actual y necesario en la formación de gerentes de servicios médicos y de salud. Son principios y herramientas básicas para la gestión que forman parte de la formación integral del médico como líder de salud.

## ADMINISTRACIÓN O GERENCIA:

Clase introductoria de Administración sanitaria 2023-2024. Alejandro Rísquez. SABER UCV.

<http://hdl.handle.net/10872/22953>

<http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/22953/1/BIENVENIDA%20SPV%2016102023.pdf>

Profesor Alejandro Rísquez, revisado agosto de 2024, primera versión 1998.

### CONCEPTOS, DEFINICIONES, PRINCIPIOS Y PRINCIPALES FUNCIONES DE LA ADMINISTRACIÓN

La Administración es una ciencia social compuesta de principios, técnicas y prácticas y cuya aplicación a conjuntos humanos permite establecer sistemas racionales de esfuerzo cooperativo, a través de los cuales se pueden alcanzar propósitos comunes que individualmente no es factible lograr.

Gerencia es “formular objetivos y lograr que se hagan”

### LOS ACTUALES ASUNTOS CLAVES Y PROBLEMAS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD SON:

A. Se trata de un campo relativamente nuevo, con intensa actividad y rápido desarrollo. Muchas cuestiones de actual interés no han sido abordadas en detalle en el pasado.

B. En el pasado, el enfoque del sector salud ha sido fundamentalmente hacia la Expansión de la Cobertura de los servicios y los programas de salud (Mejorar el Acceso, recuerden “Salud Para todos en el año 2000”).

C. El sector salud es cada vez más complejo por lo tanto el análisis gerencial es una tarea más compleja.

- Legislación cambiante y no clara para la mayoría.
- Gran variedad de servicios ofertados:
  - hospitalización, consultas, ambulatorios, atención comunitaria, programas de nutrición (PAMI), planificación familiar, medicamentos genéricos y esenciales (SUMED), control de vectores, jornadas de inmunización, educación y promoción de la salud, control ambiental, etc.
- Gran variedad de proveedores de servicios:
  - MSAS, IVSS, IPASME, SANIDAD MILITAR, PDVSA, Gobernaciones, Alcaldías, ONG, Organizaciones comunitarias, compañías privadas, consultorios, etc.

### Administración Sanitaria: Desafíos y Tipos de Conocimiento

La administración sanitaria es una disciplina que combina principios, técnicas y prácticas para establecer sistemas racionales de cooperación en conjuntos humanos. Su objetivo es alcanzar propósitos comunes que individualmente serían difíciles de lograr.

La gerencia, por su parte, se define como “formular objetivos y lograr que se hagan”.

Tal como refiere sociólogo Juan F. Hernández Yáñez en su artículo Administración y gestión del sistema sanitario público. El marco institucional (apuntes) “... la administración (ámbito político-administrativo) y la gestión (ámbito asistencial) del sistema sanitario público constituyen dos áreas clara y necesariamente diferenciables, tanto desde un punto de vista teórico o conceptual, como puramente práctico...”

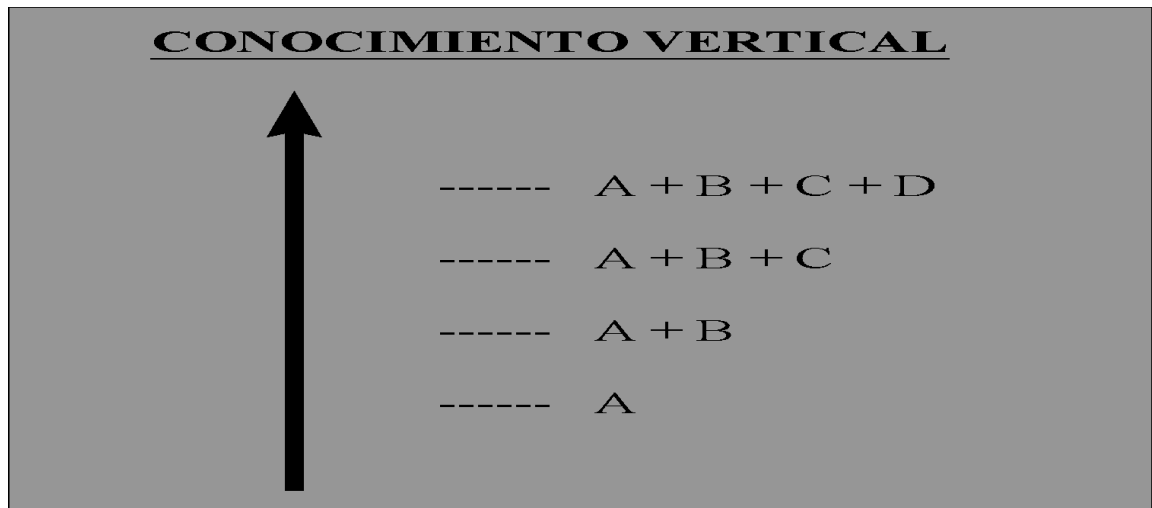
A continuación, presentamos los actuales asuntos clave y problemas en la administración de la salud:

1. Campo en constante evolución:
  - La administración sanitaria es un campo relativamente nuevo con un desarrollo rápido. Muchas cuestiones de actual interés aún no han sido abordadas en detalle en el pasado.
2. Enfoque Histórico en la Expansión de la Cobertura:
  - Históricamente, el sector salud se ha centrado en expandir la cobertura de servicios y programas de salud (recordemos el lema “Salud para todos en el año 2000”). Más reciente, énfasis en la Cobertura Sanitaria Universal y los Objetivos del Desarrollo Sostenible.
3. Crece la Complejidad del Sector Salud:
  - La diversidad de servicios ofertados es amplia: hospitalización, atención ambulatoria, programas comunitarios, planificación familiar, control de vectores, inmunización, educación en salud, entre otros.
  - Existe una variedad de proveedores de servicios, desde instituciones gubernamentales hasta organizaciones no gubernamentales y empresas privadas. Ejemplos en Venezuela: MPPS, IVSS, IPASME, SANIDAD MILITAR, PDVSA, Gobernaciones, Alcaldías, ONG, Organizaciones comunitarias, compañías privadas, Clínicas, consultorios privados, etc
  - Nuevos modelos de gestión no tradicionales están emergiendo.
4. Prioridades Gerenciales:
  - La eficiencia y la efectividad son fundamentales.
  - El sentido de equidad es crucial en el sector público.
  - La calidad es esencial bajo la nueva visión del sector.

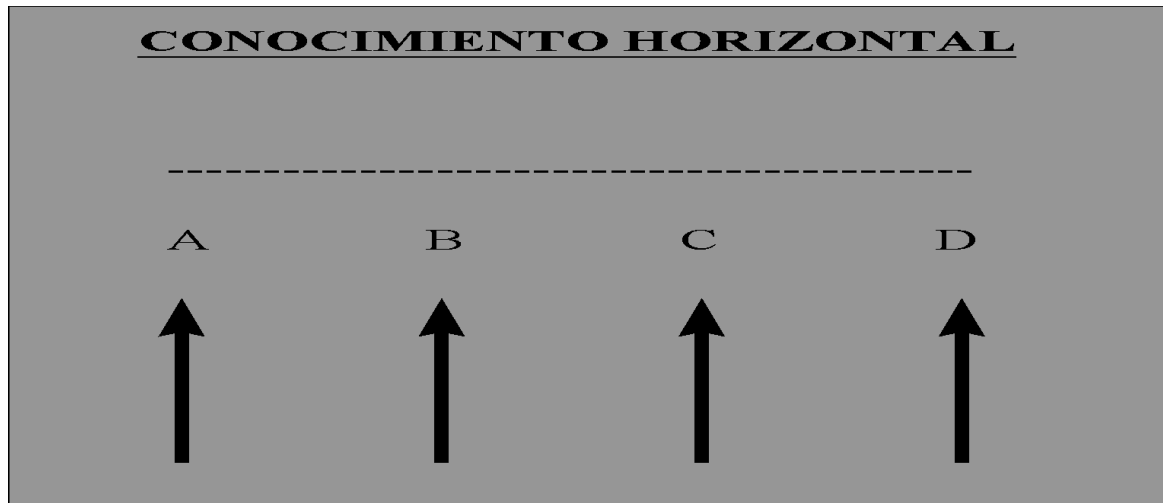
5. La adaptación a nuevos modelos de gestión y la incorporación de tecnologías emergentes son cruciales. **Informática Médica e Inteligencia Artificial (IA):**
- La informática médica comenzó en la década de 1950, pero su uso generalizado se dio en los años 90 con el auge de la computación.
  - La IA y el metaverso (realidad virtual) están transformando el ámbito educativo y sanitario.
  - En Venezuela, la implementación de estas tecnologías enfrenta desafíos como la crisis económica, la infraestructura tecnológica y las preocupaciones éticas.
  - **Reto Global:**
  - A nivel mundial, la IA y las nuevas tecnologías plantean retos en términos de privacidad, seguridad y equidad.
  - La adaptación responsable y ética es fundamental para aprovechar su potencial en beneficio de la sociedad.
  - En resumen, la evolución y el reto actual en la administración sanitaria y la informática requieren una visión estratégica y una inversión adecuada para mejorar la atención y la calidad de vida de las personas.

Tipos de Conocimientos en Gerencia:

- Conocimiento Vertical:
  - Se construye paso a paso y se basa en lo aprendido previamente.
  - Ejemplos: Matemáticas, conocimiento científico y técnico, análisis financieros.



- Conocimiento Horizontal:
  - Se basa en la comprensión de un amplio espectro de opciones y factores.
  - No existe una única respuesta correcta; depende de múltiples variables.
  - Ejemplos: Diseño organizacional, estrategias de promoción de la salud, toma de decisiones gerenciales.



En resumen, los problemas gerenciales pueden combinar elementos de ambos tipos de conocimiento, aunque en general, tienden a ser más horizontales.

## DEFINICIONES DE GERENCIA

### Mackenzie

- **Gerencia es lograr los objetivos a través de otros.**

### OMS

#### DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE LA GERENCIA

Los principios de la gerencia son “reglas” o guías que influyen el pensamiento del gerente y su acción dentro de su organización.

El uso de los principios gerenciales varía entre los gerentes basados en sus propios estilos y variaran también en el tiempo para el mismo gerente de acuerdo a sus experiencias y las diferentes tareas y puestos de trabajo.

- **Gerencia es lograr que las cosas se hagan.**  
Gerencia por objetivos - EFECTIVIDAD

Aprendiendo de las experiencias

- **Gerencia es lograr hacer las cosas por medio de otros.**  
(División y Convergencia del trabajo.)

Las actividades de salud son de tres tipos: de servicio, de entrenamiento de apoyo (soporte))

Las actividades de bien tener secuencia lógica, temporal y espacial.

- **Gerencia es el uso eficiente de los recursos.**  
(Recursos humanos, físicos y dinero; también de tiempo e información)

Economía = uso cuidadoso de los recursos

Sustitución de los recursos

- **Gerencia es hacer que las personas trabajen armoniosamente juntas y hagan un eficiente uso de los recursos para el logro de los objetivos.**

Las funciones determinan la estructura que vienen a ser la responsabilidad y autoridad

- **Gerencia es tomar decisiones.**

Autoridad se define como el tipo de decisiones que una persona puede tomar

Delegación “Nunca hagas algo tú mismo que pueda otro hacer por ti tan bien como tú lo harías”

Para decidir se necesita información y reglas para la toma de decisiones.

Una vez tomada la decisión debe ser comunicada que es asegurar que todos los interesados conozcan la decisión tomada.

Gerencia por excepción significa ser selectivo en la información a analizar y jerarquizar la toma de decisión, es decir lo más crítico. Las decisiones “grandes” y más críticas de primero.

La decisión se toma lo más cercana en tiempo y espacio al objeto de la decisión y a los afectados por ella.

#### **OTROS PRINCIPIOS:**

- La autoridad debe igualar a la responsabilidad.
- “Comienza que en el camino se arreglan las cargas”
  - “Caminando alrededor”
    - ¿Qué tal sí?
- “Una sola solución siempre es mala” “No hay panaceas”

#### **Referencias**

McMahon R, Barton E, Piot M (1997). Guía para la gestión de la atención primaria de salud. (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/3091>). [Guía para la gestión de la atención primaria de salud \(paho.org\)](https://iris.paho.org/handle/10665.2/3091)

Juan F. Hernández Yáñez. Administración y gestión del sistema sanitario público. El marco institucional (apuntes). Rev Adm Sanit.2009;7(1):99-112.

Galíndez Pérez, J. L., Molina Cuevas, I., de Pedro Alonso, M. T., Montes Rodríguez, M. A., & Naredo Gutiérrez, S. (2024). Retos y desafíos en el uso de la inteligencia artificial (IA) y el metaverso en el entorno pedagógico en Venezuela. *Revista Médica y de Enfermería Ocronos*, 12(23), 80-93.

**Alejandro Rísquez. Primera clase de Administración sanitaria 2023-2024. SABER UCV.**

<http://hdl.handle.net/10872/22952>

<http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/22952/1/administraci%c3%b3n%20sanitaria%2023102023.pdf>

## ENFOQUES DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Prof. Alejandro Rísquez, revisado 21 de noviembre de 2021, desde 1998,

*La medicina es la más humana de las ciencias, la más empírica de las artes y la más científica de las humanidades.*

E. Pellegrino. - 1979

### ADMINISTRACIÓN SANITARIA

“La administración es el proceso mediante el cual se supervisa la producción de los servicios”

La epidemiología provee mucho de los elementos necesarios para la administración y planificación de los servicios de salud, y para su evaluación.

Hay dos tipos de enfoque al proceso administrativo;

**EL ENFOQUE FUNCIONAL;** Analiza el trabajo de los administradores en términos de funciones o áreas de actividad.

- **PLANIFICACIÓN;** Función principal, significa en esencia, decidir anticipadamente lo que se desea hacer, determinar un curso de acción para el futuro. El objetivo es lograr un conjunto de acciones coherentes para alcanzar ciertas metas.
- **ORGANIZACIÓN;** La forma de relacionar personas y cosas de manera tal que se combinen en una unidad tendiente al logro de los objetivos inherentes a la organización.
- **DIRECCION;** Es realizar el trabajo necesario por medio de impartir órdenes, supervisar, conducir, motivar y comunicar.
- **COORDINAR;** Es el acto de reunir y sincronizar personas y actividades para que funcionen armoniosamente en el logro de los objetivos organizacionales.
- **CONTROL;** Es la regulación de las actividades de acuerdo con los requerimientos de un plan. Consiste en evaluar y corregir las acciones de una organización para asegurar el logro de sus objetivos.

### EL ENFOQUE DE PROCESO;

- **PROCESO TÉCNICO;** Especifica las acciones que se pueden poner en práctica.
- **PROCESO ADMINISTRATIVO;** Posibilita la realización de dichas acciones y se ocupa de los métodos para lograrlas.
- **PROCESO POLÍTICO;** Se encarga de hacer lo necesario para lograr los objetivos de la organización, es decir, movilizar el apoyo que esas acciones requieren

CUALQUIERA SEA EL ENFOQUE ADOPTADO, LO QUE UNE LAS FUNCIONES O LOS SUBPROCESOS ES  
LA TOMA DE DECISIONES,

LA ESENCIA MISMA DE LA ADMINISTRACIÓN.

MÁS AÚN, LAS DECISIONES SIEMPRE SE TOMAN SOBRE LA BASE DE LA “INFORMACIÓN”.

### Correspondencia entre la planificación y la administración

El proceso de planificación	Administración	
	Enfoque funcional	Enfoque de proceso
Identificación de problemas	Planificación	Técnico
Determinación de prioridades		Administrativo
Objetivos		y
Actividades		Político
Coordinación	Organización Dirección Coordinación	
Evaluación	Control	Técnico

#### NIVELES DE PLANIFICACIÓN:

- NIVEL NORMATIVO O DE PLANIFICACIÓN DE POLÍTICAS
- NIVEL ESTRATÉGICO O DE PLANIFICACIÓN GLOBAL
- NIVEL TÁCTICO-OPERATIVO O DE PROGRAMACIÓN

#### PASOS EN LA PLANIFICACIÓN



El proceso consiste en una serie de pasos, que si bien no en un orden inmutable, se siguen de una manera más o menos sistemática. El proceso de planificación es esencialmente cíclico y continuo.

Identificación de necesidades y problemas

Determinación de prioridades

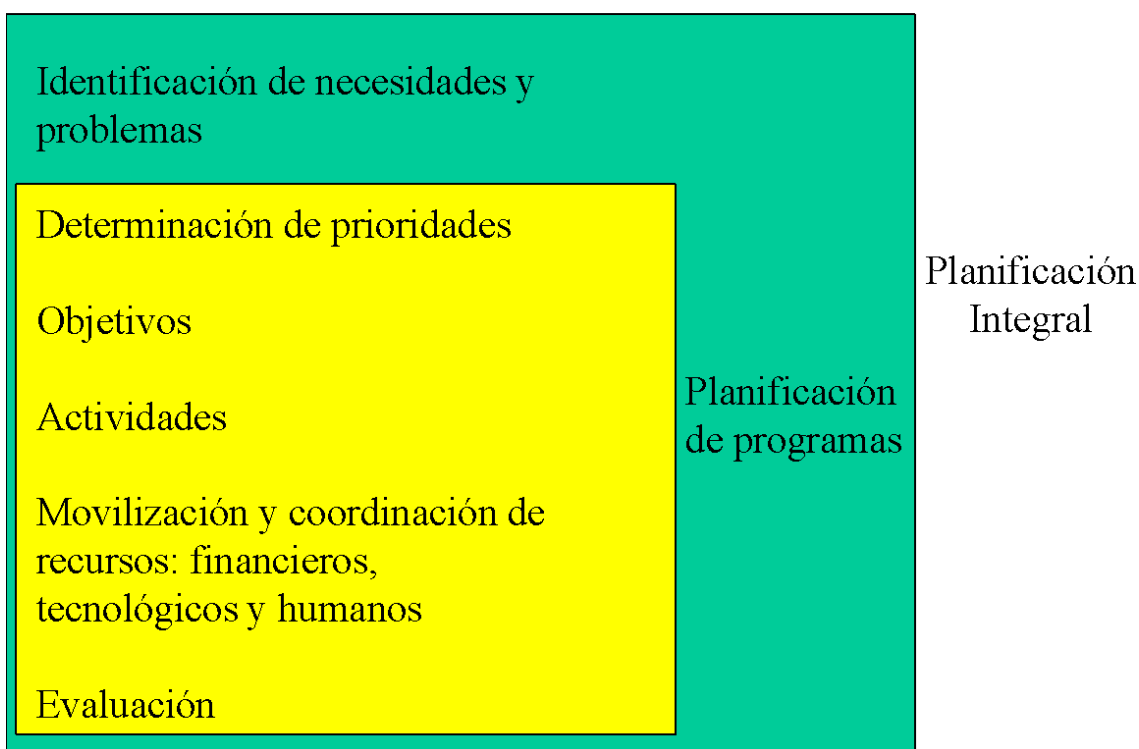
Objetivos

Actividades para lograr los objetivos

Movilización, coordinación de recursos: financieros, tecnológicos y humanos.

Evaluación

### Pasos en la planificación de los programas de Salud



#### PASO 1. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y PROBLEMAS

La necesidad está condicionada por juicios de valor y por el marco de salud dentro del cual se describe.

Tres enfoques distintos para determinar necesidades;

#### **ENFOQUE POR INDICADORES**

- DE SALUD: *ESTADÍSTICAS SOBRE EXPECTATIVAS DE VIDA, MORTALIDAD Y DISCAPACIDAD.*
- SOCIALES: *EDAD, SEXO, EDUCACIÓN, ÉTNICOS, VIVIENDA, TRABAJO Y ALIMENTACIÓN.*
- EXTRAPOLACIÓN O SUPOSICIÓN: *DEPENDEN DE LA APLICABILIDAD Y MUESTRA.*

#### **ENFOQUE POR ENCUESTAS;**

CABEN AQUÍ 4 ELEMENTOS: ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN, PORCENTAJE DE TRATAMIENTO, INFRAESTRUCTURA DE SERVICIO Y MANO DE OBRA Y ENCUESTAS TIPO.

#### **ENFOQUE ORIENTADO A LA BÚSQUEDA DE CONSENSO:**

FORO COMUNITARIO

GRUPO NOMINAL

INFORMANTES CLAVE

TÉCNICA DELPHI

IMPRESIONES DE LA COMUNIDAD

#### **PASO 2. DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES**

Magnitud de la pérdida, la vulnerabilidad y la trascendencia.

#### **PASO 3. FIJACIÓN DE OBJETIVOS**

Deben ser cuantificable y tener tiempos.

#### **PASO 4. ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DE OBJETIVOS**

Se ven identificar y asignar los recursos necesarios para producir las actividades o servicios.

Las alternativas deben ser evaluadas aplicando un análisis costo-beneficio, comparando los beneficios esperados de cada alternativa con el costo y riesgo de adoptarla.

#### **PASO 5. MOVILIZACIÓN, COORDINACIÓN DE RECURSOS**

Mayoría de las funciones de la administración.

**PASO 6. EVALUACIÓN.**

EVALUACIÓN FINANCIERA, DE PROCESO Y DE RESULTADO.

Dever, G. E. Alan. *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Washington: OPS; c1991.

## **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ENFOQUE DE RIESGO Y TOMA DE DECISIONES A NIVEL LOCAL.**

**Profesor Alejandro Rísquez, revisado 2021, desde 1998.**

### **TOMA DE DECISIONES A NIVEL LOCAL**

#### **IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS**

#### **ENFOQUE DE BÚSQUEDA DE CONSENSO**

#### **ENFOQUE DE RIESGO**

#### **RIESGO-FACTOR DE RIESGO-DAÑO**

#### **MEDIDAS**

La APS puede considerarse como estrategia, como programa o como nivel de atención.

La APS como estrategia implica la incorporación de los conceptos de niveles de atención, escalones de complejidad y de articulación de las diferentes unidades entre sí, en la organización de los servicios.

Los grupos que integran la sociedad están expuestos a distintos factores de riesgo que afectan sus niveles de vida y bienestar. La existencia de distintos factores de riesgo crea grupos postergados desde el punto de vista del sector salud.

El Enfoque de riesgo tiene como objetivo contribuir a superar estas desigualdades.

Desde el punto de vista estrictamente operativo, las variables que permiten identificar las condiciones de vida son las que se refieren al acceso de servicios públicos, comunidad, vivienda, empleo e ingreso.

Es preciso identificar los grupos humanos según su posición y características en cuanto a condiciones de vida, y determinar su particular exposición a los diversos factores de riesgo.

“Factor de riesgo” trasciende su connotación biológica orientada hacia las conductas clínicas, y evalúa las condiciones sociales, culturales, económicas y ambientales.

El Enfoque de riesgo ofrece una herramienta metodológica que permite realizar un análisis ordenado del sistema de salud.

- El Enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos.
- El Enfoque de riesgo ayuda a determinar las prioridades de salud.
- El Enfoque de riesgo no es igualitario: discrimina en favor de quienes tienen mayor necesidad de atención.}

*Se consideran como grupo humano postergado a un conjunto de individuos con oportunidades y condiciones de vida inferiores en relación a los otros de esa misma sociedad. Se caracteriza habitualmente por la distribución espacial de la pobreza y la insatisfacción de las necesidades básicas.*

**RIESGO ES UNA MEDIDA QUE REFLEJA LA PROBABILIDAD DE QUE SE PRODUZCA UN HECHO O DAÑO A LA SALUD.**

- EL ENFOQUE DE RIESGO SE BASA EN LA MEDICIÓN DE ESA PROBABILIDAD, LA CUAL SE EMPLEA PARA ESTIMAR LA NECESIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD O DE OTROS SERVICIOS.

**FACTOR DE RIESGO ES UNA CARACTERÍSTICA O CIRCUNSTANCIA DETECTABLE EN INDIVIDUOS O EN GRUPOS, ASOCIADA CON UNA PROBABILIDAD INCREMENTADA DE EXPERIMENTAR UN DAÑO A LA SALUD.**

- LOS FACTORES DE RIESGO SON OBSERVABLES E IDENTIFICABLES ANTES DE QUE EL DAÑO OCURRA.
- LOS FACTORES DE RIESGOS PUEDEN SER DAÑOS A LA SALUD.
- LOS FACTORES DE RIESGO PUEDEN SER TANTO INDICADORES DE RIESGO COMO CAUSAS DE DAÑOS A LA SALUD.
- LOS FACTORES DE RIESGO TIENEN TRES CONNOTACIONES DISTINTAS:

1-ASOCIADO CON UNA PROBABILIDAD MAYOR

2-AUMENTA LA PROBABILIDAD

3-MODIFICADO PUEDE DISMINUIR LA PROBABILIDAD

- LA ASOCIACIÓN DE VARIOS FACTORES DE RIESGO AUMENTA LA PROBABILIDAD COMO EFECTO SINERGICO.
- LOS FACTORES DE RIESGO PUEDEN SER:
  - BIOLÓGICOS
  - AMBIENTALES
  - ESTILO DE VIDA
  - ATENCIÓN DE SALUD
  - SOCIALES Y CULTURALES
  - ECONÓMICOS
- LA IMPORTANCIA DE UN FACTOR DE RIESGO PARA LA MEDICINA PREVENTIVA, DEPENDE DEL GRADO DE ASOCIACIÓN CON EL DAÑO A LA SALUD, Y TAMBIÉN DE LA FRECUENCIA DEL FACTOR DE RIESGO EN LA COMUNIDAD Y LA POSIBILIDAD DE PREVENIRLO.

LOS FACTORES DE RIESGO PUEDEN CLASIFICARSE EN AQUELLOS QUE PUEDEN SER MODIFICADOS (DIETA, FUMAR, ECT) Y EN AQUELLOS QUE NO PUEDEN SER MODIFICADOS (HISTORIA FAMILIAR).

UNA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL ENFOQUE DE RIESGO ES LA CONSIDERACIÓN DE TODAS LAS CAUSAS SIN TOMAR EN CUENTA SI SON MÉDICAS, INTERSECTORIALES, EMOCIONALES, POLÍTICAS O ECONÓMICAS.

### **Como se mide el riesgo:**

Hay diferentes maneras de medir la relación entre los factores de riesgo y los daños a la salud.

El RIESGO ABSOLUTO es la incidencia del daño en la población total.

El RIESGO RELATIVO es una comparación de la frecuencia con que ocurre el daño en los individuos con los factores de riesgo con aquellos que no lo tiene.

El RIESGO ATRIBUIBLE es una medida útil para mostrar la proporción del daño que podría ser reducido si los factores de riesgo desaparecieran de la población total.

Un factor de riesgo es un elemento de PREDICCIÓN de la probabilidad de experimentar un daño a la salud. Para saber cuán buena es esta predicción puede medirse el número de falsos positivos o el número de falsos negativos. Cuanto más alto es el valor de uno de ellos más bajo resulta el otro.

La alta prevalencia del daño influye significativamente en la proporción de los falsos positivos y negativos que se produce.

### **CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE PROBLEMAS PRIORITARIOS SIGUIENDO EL ENFOQUE DE RIESGO:**

1. Ubicación espacial de los grupos humanos postergados.
2. identificación y definición de las condiciones de vida (GRAFFAR, Necesidades Básicas Insatisfechas, mapa de la pobreza, etc.)
3. Identificación y análisis de los factores de riesgo.
4. Identificación de los problemas de salud pública que comprende los siguientes elementos:
  - magnitud del problema
  - gravedad del problema
  - posibilidad de prevenir el problema
  - importancia para la comunidad
  - tendencias en el tiempo a aumentar o disminuir

### **Usos del enfoque de riesgo:**

1. El enfoque de riesgo puede ser utilizado tanto dentro como fuera del sistema de atención a la salud. La información de él derivada puede utilizarse para definir prácticas de educación para la salud y mejorar la atención a la salud. La participación de la comunidad en el reconocimiento de los factores de riesgo de individuos y de grupos permite aumentar la conciencia hacia los problemas de la salud y los programas de acción comunitaria.
2. Dentro del sistema de atención a la salud, puede facilitar una mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia y facilitar el control de los factores de riesgo. Puede producir cambios en el estilo y condiciones de vida y del medio ambiente.
3. Finalmente, el enfoque de riesgo ayuda a identificar la contribución de otros componentes (sociales, económicos y ambientales) al proceso de salud/enfermedad.

### **REFERENCIAS**

Toma de decisiones en el nivel local de salud. OPS/MSAS Caracas 1992

Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Alan Dever OPS/OMS 1991.

Epidemiology in Medicine C. H. Hennekens. J. E. Buring. Little Brown and Company 1987

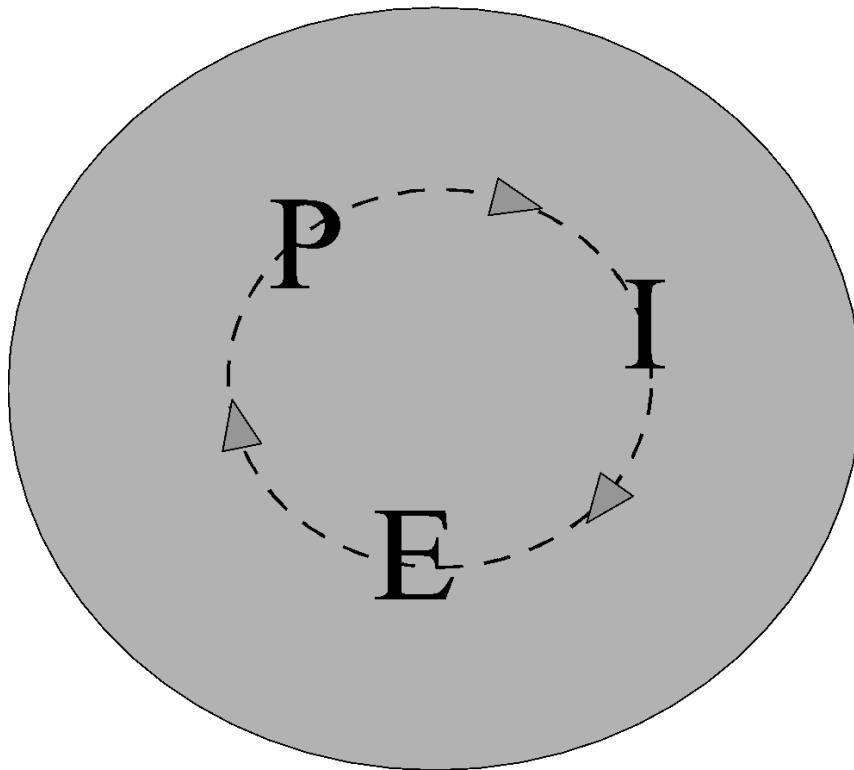
## LAS PRINCIPALES FUNCIONES DE LA GERENCIA

Entendiendo como función a u grupo de actividades con un propósito común.

Las tres principales funciones de la gerencia son:

- PLANIFICACIÓN
- EJECUCIÓN O IMPLANTACION
- EVALUACIÓN

## Funciones de la Gerencia -OMS-



On being in Charge, A guide to management in primary health care. World Health Organization Geneva 1992.



## **ADMINISTRACIÓN SANITARIA, EPIDEMIOLOGIA Y PREVENCIÓN**

Profesor Alejandro Rísquez, revisión de noviembre de 2021 escrito en 1998.

### **PROCURAR UN MEJOR NIVEL DE SALUD**

El concepto de prevención de las enfermedades y promoción de la salud incluye su aplicación a la administración de los servicios de salud.

Más aún, los administradores de salud deben extender sus servicios a la comunidad de manera de atender no solo a los pacientes que se acercan a la consulta sino también aquellos en situación de riesgo en virtud del medio ambiente, el estilo de vida, o la herencia (biológica).

El objetivo de los administradores de salud debe ser la salud de la comunidad en su totalidad y de sus miembros individualmente ofreciéndoles programas preventivos.

### **CAMBIOS IMPORTANTES OCURRIDOS EN EL SECTOR SALUD**

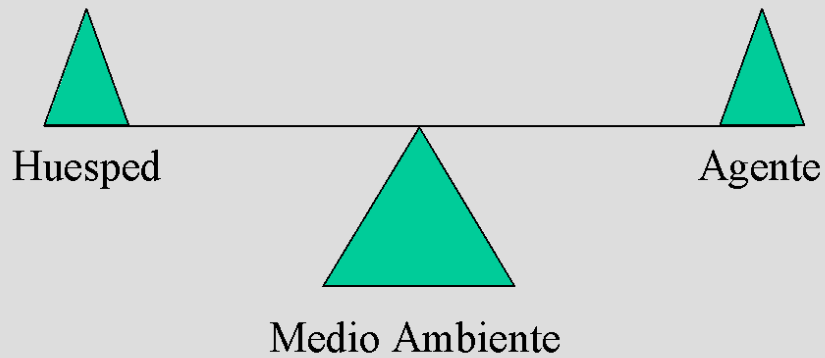
#### **DURANTE LAS ULTIMAS DECADAS**

- 1.- Costos de atención continuo aumento.
- 2.- Índices de ocupación hospitalaria y duración x de las internaciones.
- 3.- Aumento tasa de sobrevivencia para enfermedades crónicas.
- 4.- Aumento de la población mayor de 65 años, aumento de prevención en nivel secundario y terciario.

### **CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD**

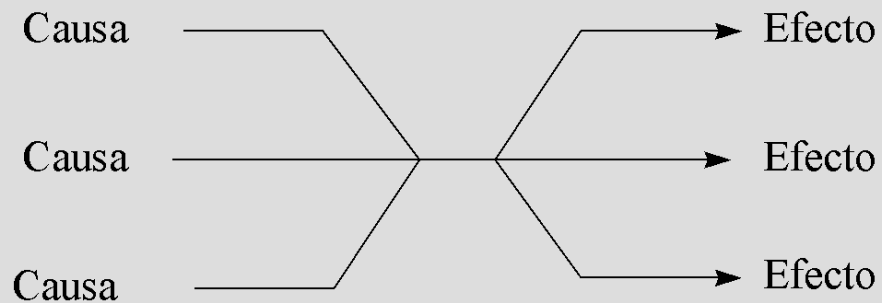
- Salud y sus determinantes
- Causa múltiple-efecto múltiple
- Factores de riesgo

### Modelo tradicional (ecológico)



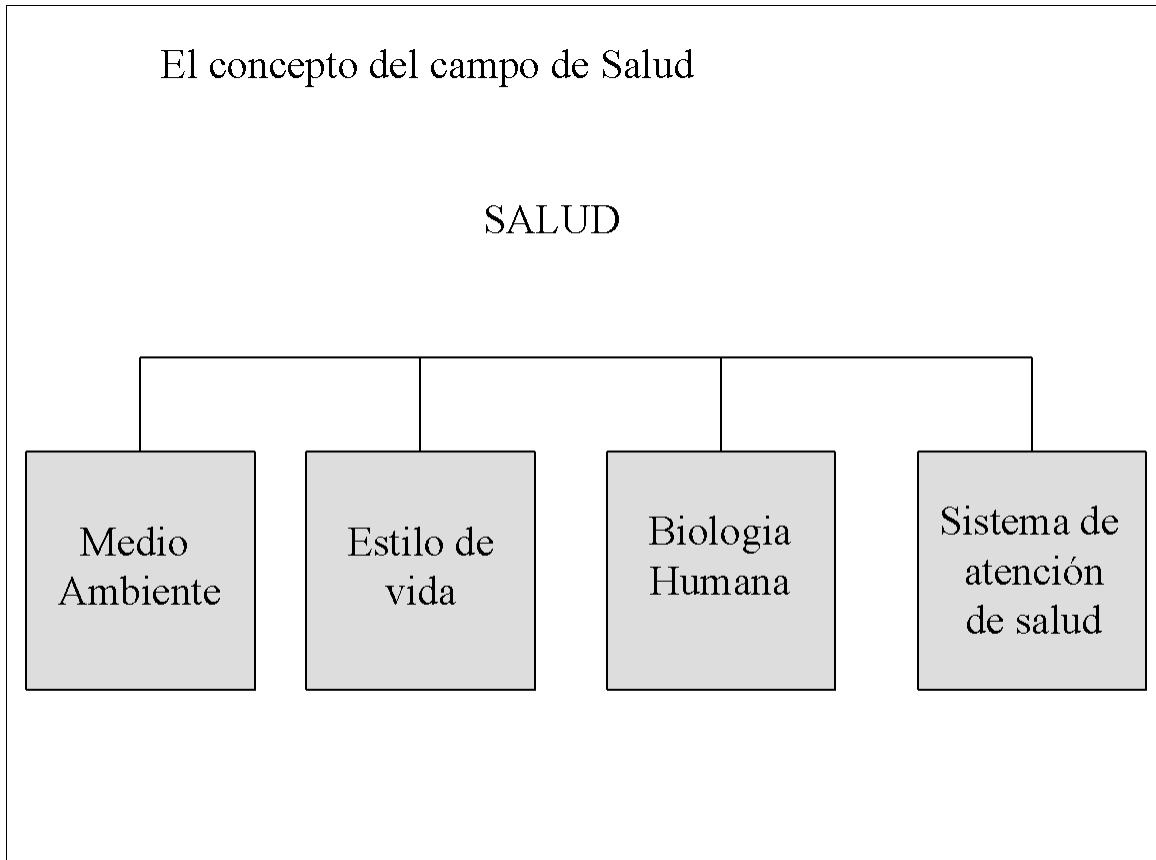
- Este modelo se desarrollo pensando en las enfermedades infecciosas
- No se corresponde apropiadamente a las enfermedades no infecciosas
- La falta el marco más amplio e integral de causa múltiple/efecto múltiple

### Modelo causa múltiple/efecto múltiple



Este modelo abarca los conceptos de salud holística y bienestar.

1.973 La Framboise Mapa conceptual para el campo de salud



Modelos epidemiológicos para la política sanitaria.

Hay modelos que reflejan la orientación preventiva y promueven un enfoque epidemiológico de la política sanitaria.

- el concepto de campo de salud
- los "hechos centinelas"
- los "paquetes" de protección sanitaria
- Determinantes de la salud

# DETERMINANTES DE LA SALUD PÚBLICA



Fuente: <http://www.jano.es/>

OMS/OPS. Determinantes sociales y ambientales. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51688>

## PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN

Existen tres niveles de prevención:

- PRIMARIA: antes de que la enfermedad ocurra  
*Medidas*
  - Promoción de la salud
  - Protección específica
- SECUNDARIA: Detección temprana y tratamiento de la enfermedad  
*Medidas*
  - Detección precoz y tratamiento temprano
  - Limitación de la discapacidad
- TERCIARIA: recuperación del funcionamiento adecuado.  
*Medidas*
  - Rehabilitación.

## HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Pueden establecerse dos momentos o PERIODOS en el proceso de la enfermedad:

### I- PERIODO PRE-PATOGENICO:

Etapas de susceptibilidad, procesos que ocurren antes de que se inicie la enfermedad en el hombre.

#### A-PROCESO EN EL AMBIENTE:

(Producción del estímulo de enfermedad).

☐ Interacción de Agente Causal - Hospedero - Medio Ambiente. (Tríada Ecológica).

☐ Estímulo de Enfermedad. Multicausalidad o causa multifactorial.

### II. PERIODO PATOGENICO:

Etapas de enfermedad, puede ser presintomática o preclínica y patogénica o de alteraciones clínicas.

#### B-PROCESO EN EL HOMBRE:

Ya existe enfermedad en el Hospedero susceptible. Curso natural de la enfermedad en el organismo humano.

- ☐ Interacción del Estímulo-Hospedero.
- ☐ Reacción del Hospedero:

1. Cambios Tisulares (Períodos de Incubación, Latencia, Acumulación, o exposición a agentes no vivos, según el tipo de enfermedad).
2. Signos y Síntomas: Etapa Clínica, (Curso evolutivo de la enfermedad).
3. Defecto o Daño: Lesiones funcionales orgánicas, psíquicas o de adaptación.
4. Evolución Natural de la Enfermedad:
  - ☐ Estado Crónico.
  - ☐ Incapacidad.
  - ☐ Muerte.
  - ☐ Recuperación.

### **NIVELES DE APLICACION DE MEDIDAS PREVENTIVAS**

Según Clark y Leavell

#### **I. PREVENCION PRIMARIA:**

##### PRIMER NIVEL:

##### FOMENTO DE LA SALUD:

- ☐ Educación Sanitaria.
- ☐ Alimentación Adecuada.
- ☐ Vivienda.
- ☐ Educación Sexual.
- ☐ Estudios de genética.
- ☐ Otros.

##### SEGUNDO NIVEL:

##### PROTECCION ESPECIFICA

- ☐ Inmunizaciones
- ☐ Saneamiento Ambiental
- ☐ Medicina del Trabajo
- ☐ Prevención de Accidentes, Cáncer, Alergias, etc.

## II. PREVENCION SECUNDARIA:

### TERCER NIVEL:

### DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO ADECUADO.

- ☑ Despistaje en masa.
- ☑ Tratamiento inmediato y adecuado de los casos descubiertos.

## **NIVELES DE PREVENCION DE LA ENFERMEDAD**

### **PREVENCION: "ES IGUAL QUE EVITAR O MITIGAR"**

#### FASES DE PREVENCION:

#### I. PREVENCION PRIMARIA: (Período Pre-Patogénico).

Su Objetivo es promover un estado óptimo de Salud y proteger específicamente al Hombre contra los agentes de enfermedad, estilos de vida y establecer barreras contra los agentes ambientales.

#### II. PREVENCION SECUNDARIA: (1ra. etapas Período Patogénica).

Su Objetivo primordial es el Diagnóstico Precoz y el Tratamiento temprano de la enfermedad. En procesos tardíos, el tratamiento adecuado puede prevenir secuelas y limitar el daño.

#### III. PREVENCION TERCIARIA: (Últimas etapas del Período Patogénico).

Su Objetivo es la Rehabilitación del individuo incapacitado, evitando una inutilidad completa y absoluta, y el derrumbe moral

### CUARTO NIVEL:

### LIMITACION DEL DAÑO:

- ☐ Tratamiento adecuado que impida avance del estadio de la enfermedad y prevenga complicaciones y secuelas.
- ☐ Prevención de la Muerte.

### III: PREVENCIÓN TERCIARIA:

#### QUINTO NIVEL:

#### REHABILITACION:

- ☐ Terapia Ocupacional en Hospitales.
- ☐ Colonias de Protección para el Incapacitado total.
- ☐ Facilidades de Empleo para el Rehabilitado.
- ☐ Educación de la Comunidad y de las Empresas, para la integración social y productiva del Incapacitado.

HAY UN ENFOQUE QUE PERfila LAS ESTRATEGIAS A SEGUIR PARA LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN CADA NIVEL DE PREVENCIÓN Y EN CADA UNA DE LAS AMPLIAS CATEGORÍAS DE FACTORES DE RIESGO.

Este enfoque tiene dos propósitos específicos:

1. Los profesionales encargados de la atención de pacientes pueden determinar rápidamente donde deben concentrarse sus recursos para prevenir potencialmente, y, desde luego intervenir en el proceso de la enfermedad.
2. Los administradores de los servicios de salud comprender su vasto potencial para utilizarlo en el manejo de la institución.



**Enfoque Determinantes de la salud, niveles de prevención  
y sus estrategias.**

<b>DETERMINANTES /NIVEL de PREVENCIÓN</b>	Estilo de vida	Medio Ambiente	Biología	Atención Médica
Prevención Primaria				
Prevención Secundaria				
Prevención terciaria				

Preparar como práctica en la casa el ejercicio sobre HTA y diabetes discutido en clase.

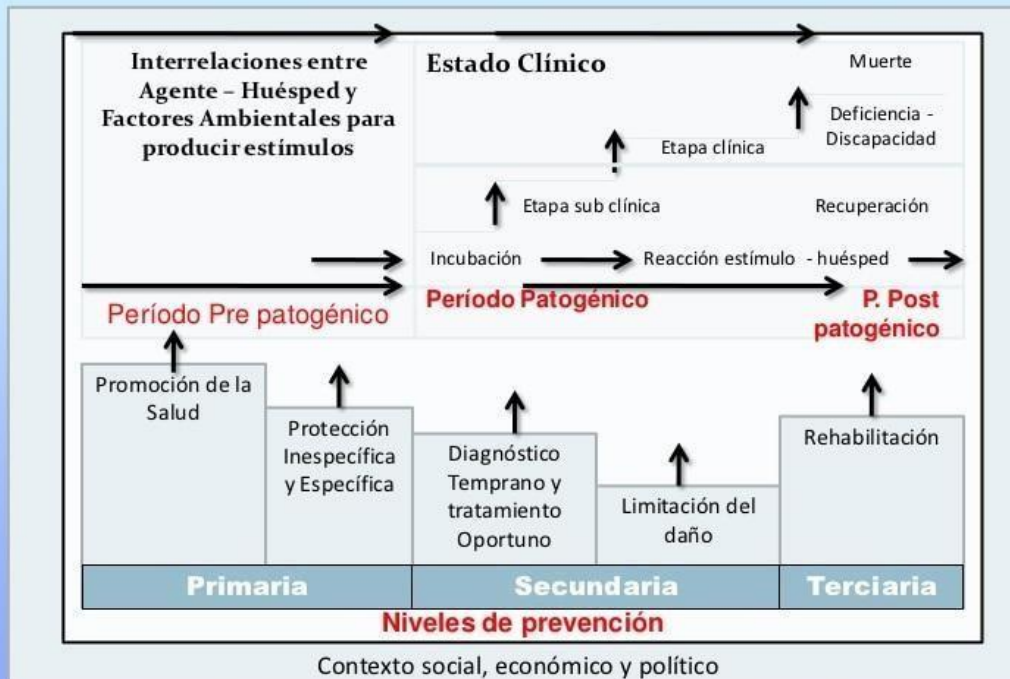
# Niveles de prevención

## Modelo de Leavell y Clark (1965)



## Modelo de Leavell y Clark, adaptado por Milton Terris (1978)

### Historia natural de la enfermedad – Niveles de Prevención



Extraído de: **Módulo 1: Salud y Sociedad**. En Post-grado Salud Social y Comunitaria. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina. 2005

**BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA: EPIDEMIOLOGIA Y ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD.**  
G.E. Alan Dever. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/OMS

## MANEJO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

### ATENCION PRIMARIA DE SALUD

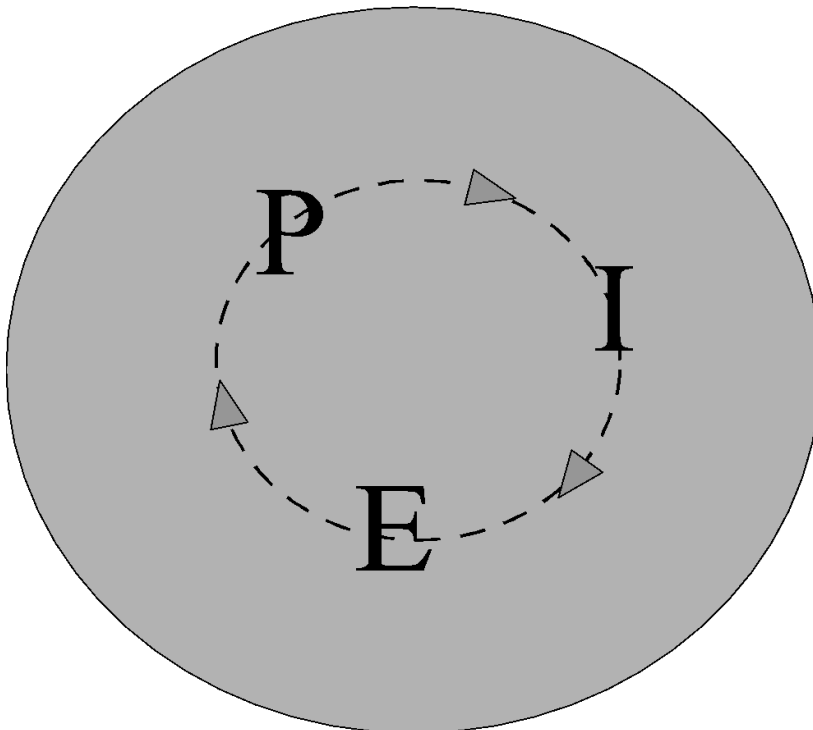
Profesor Alejandro Rísquez, documento actualizado noviembre 2021, desde marzo 1998.

Con este fin los médicos que llegan al ambulatorio deben ejercer sus conocimientos en administración de APS para llevar los planes nacionales, regionales y distritales a nivel local conociendo en detalle la población “blanco” de los programas, sus metas y los recursos locales para su logro. También es muy importante que para aumentar la cobertura de los servicios se entrenen y apoyen a los líderes de la comunidad para mejorar el acceso y la cobertura de los programas y servicios.

**PROGRAMA DE SALUD\_** Es un grupo de actividades organizadas dirigidas hacia el logro de objetivos y metas definidos que son progresivamente más específicos que el Propósito para el cual contribuyen.

Cada programa de salud debe tener sus objetivos y metas específicos, cuando sea posible cuantificados, y consistentes con el Plan Nacional de Salud. El programa debe establecer claramente los requerimientos en cuanto a trabajadores de la salud, infraestructura o facilidades, tecnología, equipamiento e insumos, información y comunicación, metodología para hacer seguimiento y evaluación, cronograma de actividades, y las formas de asegurar el trabajo armonioso entre sus varios elementos y programas relacionados.

## Funciones de la Gerencia -OMS-



## PLANIFICANDO LOS PROGRAMAS DE SALUD

Las principales áreas de la planificación son:

- ☐ Fijar los Objetivos
- ☐ Establecer las Actividades
- ☐ Asignar los Recursos

Para cada una de estas áreas debemos preguntarnos lo siguiente para cubrir todas las brechas posibles:

**¿Por qué?**

**¿Qué?**

**¿Cuál?**

**¿Quién?**

**¿Dónde?**

**¿Cómo?**

**¿Cuánto?**

**¿Cuándo?**

Planes realísticos requieren la cooperación de todos los que manejan la información necesaria, el conocimiento y el poder de decisión.

### **Decisiones de planificación acerca de los OBJETIVOS:**

Hay que determinar cuáles son los problemas y de ellos los prioritarios. Tomar la decisión de cuanto lo vamos a cambiar, ser específicos, y en qué tiempo lo haremos.

#### ***Características de un objetivo útil:***

- 1. Relevante**
- 2. Factible**
- 3. Medible**

Siempre se recomienda revisar cuales son los obstáculos y limitaciones para lograr los objetivos los cuales pueden ser por el personal, los equipos, comunidad no comprometida, recursos, equipos, medicinas, insumos, dificultades de logística, clima, etc.

### **Decisiones de planificación acerca de las ACTIVIDADES:**

Diseñar en detalle las actividades y tareas del equipo para el logro de los objetivos en el tiempo fijado.

Las actividades las podemos clasificar como de servicios, desarrollo (entrenamiento) y apoyo, cada una debe de tener su “blanco”, tipo y número de veces de la actividad, en el tiempo y el espacio. La asignación de la responsabilidad al miembro del equipo de salud.

Se debe escoger un curso de acción o una secuencia de actividades.

Se deben tener alternativas para el logro de los objetivos en caso que falle la primera.

Las formas de organización y de comunicación bien establecida.

La asignación de las responsabilidades clara. Roles y responsabilidades.

Las actividades bien cronogramadas.

### **Decisiones de planificación acerca de los RECURSOS:**

Esta función de la planificación está relacionada con la especificación y cuantificación de los recursos. Una vez determinados los recursos requeridos, personal, equipos, insumos, etc., se escogerán los necesarios y se estimarán los costos del programa.

Los recursos requeridos deben ser revisados cuidadosamente y siempre recordar los recursos locales.

Los costos bien establecidos.

## **IMPLANTANDO LOS PROGRAMAS DE SALUD**

**Existen cuatro tipos de decisiones durante la implantación:**

- **Coordinación de actividades**

se basa en el seguimiento de las actividades de acuerdo a lo planeado, en caso de haber dificultades se siguen los planes alternativos, si se presentan dificultades aún se evalúan otras posibilidades. Durante este proceso las herramientas fundamentales son los cronogramas y horarios estimados.

- **Distribución del equipo de salud**

- Organizarlo: para esto se

- asignan tareas
- establecen las comunicaciones
- entrena el equipo

Las herramientas son las descripciones de roles y responsabilidades, los protocolos de trabajo y los turnos de trabajo.

- Dirigirlo: para esto se

- Delegan autoridad
- Se distribuye la responsabilidad
- Se establece un espectro de control
- Se establecen incentivos

- Supervisarlo:

- Normas y procedimientos, desempeño del trabajador.

- ☐ Identificar el personal que requiera entrenamiento.
- ☐ Apoyar al equipo en la ejecución de sus tareas
- ☐ Resolver conflictos.

Una herramienta básica es la lista de chequeo.

- **Asignación de Recursos**

- ☐ Monitoreo y control: queremos decir pendientes en la disponibilidad, consumo y uso de los recursos materiales y del tiempo.
- ☐ Logística: que sean adquiridos a tiempo, despachados, recogidos, transportados y entregados.
- ☐ Contabilidad: que el dinero es usado para lo planeado y que se lleve un control de las facturas y recibos.
- ☐ Organización: en cuanto al espacio de trabajo y los registros para almacenar.

- **Sistema de información:**

La información se usa para la toma de decisiones en particular durante la implantación de un programa con la coordinación de las actividades, del manejo del equipo de trabajo y los recursos. Lo más común es que sea necesario cambiar el cronograma del plan o sus actividades durante el proceso de implantación, para ello es indispensable tener datos útiles actualizando periódicamente las actividades planeadas.

## **EVALUANDO LOS PROGRAMAS**

**Evaluación** es un análisis crítico y sistemático de la pertinencia, de la adecuación, del progreso, de la eficiencia y la efectividad, del impacto y de la aceptación de un programa o una actividad (OMS).

**Monitoreo** es el continuo seguimiento de las situaciones de salud y la evaluación de las actividades del programa para asegurar que se está procediendo de acuerdo al plan y/o programa (OMS).

### ***Las decisiones gerenciales en la evaluación***

***son aquellas que se relacionan al equipo de salud:***

#### ***1. Efectividad o alcance de los objetivos.***

¿Se lograron los resultados esperados?

¿Los resultados obtenidos dan algún aprendizaje?

#### ***Desempeño de las actividades***

¿Son los resultados obtenidos tan buenos como podrían ser?

En caso de no ser tan buenos, ¿Por qué no?

#### ***3. Eficiencia, o el buen uso de los recursos.***

¿Podríamos obtener los mismos resultados o mejores con menos recursos?

Sí la respuesta es afirmativa, ¿Qué tenemos que hacer? ¿Qué recursos sustituir?

**Para la evaluación del alcance, el desempeño y la eficiencia se siguen los siguientes pasos:**

1. Medición de los logros (Alcance) y del impacto.
2. Comparación con normas, estándares o resultados esperados.
3. Establecimiento de satisfacción.
4. Análisis de las causas de las fallas.
5. Decisión e informes (retroalimentación)

Cuando se realizan evaluaciones profundas se mira a la eficiencia de la de la gerencia. Esta evaluación es usualmente llamada la AUDITORIA GERENCIAL.

La **Auditoria Gerencial/Administrativa** es un resumen de todos los procesos de control operacionales. Es un método de revisar las actividades gerenciales: es una lista de chequeo relacionadas a la administración. Esta herramienta puede ser usada por los gerentes para examinar su gestión y por supervisores. El proceso puede ser altamente complicado, examinando cada aspecto de la administración, o muy sencillo, preguntando unas pocas preguntas bien estructuradas para conocer el estándar general de la organización y su eficiencia.

*“La auditoría Administrativa es el examen comprensivo y constructivo de una empresa, de una institución, de una rama del gobierno, o de cualquier parte de un organismo, como una división o departamento, respecto a sus planes y objetivos. Sus métodos de control, su forma de operación y el uso de los recursos físicos y humanos”.*

**Alcance de una Auditoria Administrativa u Operacional integral comprendería:**

1. Verificación de las transacciones, registros, informes y estados financieros correspondientes al período examinado.
2. Evaluación de la conformidad o cumplimiento de las disposiciones legales o internas vigentes.
3. Revisión y evaluación del sistema de control interno financiero.
4. Examen y evaluación de la planificación, organización, dirección y control interno administrativo.
5. Examen y evaluación de la eficiencia, efectividad y economía con que se ha utilizado los recursos humanos, materiales y financieros.
6. Revisión y evaluación de los resultados de las operaciones programadas, a fin de determinar si se han alcanzado las metas.

### **Referencias:**

*Planificación de la Salud. Fayad Camel, Caracas Venezuela 1978.*

*Contraloría General de la República*

*Terminología Técnica OMS*

*On Being in Charge A guide to management in primary health care. World Health Organization, Geneva 1992*

*Evaluación de Programas de Salud OMS*



**ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EVOLUCIÓN**

**DECLARACIÓN DE ALMA ATA, RUSIA, 1978**

Profesor Alejandro Rísquez, revisado noviembre 2021, desde 1998.

**“Los cuidados médicos, sin más, nunca  
aplacarán el hambre, ni proporcionarán viviendas...  
ni harán llegar el agua a quienes no la tienen.  
Por eso, la salud forma parte integral del desarrollo socioeconómico”.**

Dr. Ginawi

# **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD ALMA ATA 1978 OMS-UNICEF**

**La APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.**

**La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el SNS, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.**

La APS emana principios característicos que son:

- **Voluntad política:** La cual requiere un apoyo de las esferas más elevadas del gobierno y de las instituciones más relevantes de las comunidades (Autoridades y líderes formales e informales).
- **Participación comunitaria:** La gente debe apoderarse de los programas de APS y participar desde su diseño y ejecución, asimismo de su administración.
- **Esencial y tecnología apropiada:** Los servicios deben incluir todos los niveles de atención en salud entendiéndose como Prevención primaria, secundaria y terciaria, así como una red de referencia. Los métodos y tecnologías prácticos, que la gente pueda entender y aceptar y que quienes no sean especialistas puedan aplicar. Es decir que el nivel primario de atención debe tomar bajo su responsabilidad los problemas más frecuentes que no necesiten técnicas avanzadas y disminuir la dependencia en competencias o técnicas especializadas.
- **Intersectorial:** Los sectores productivos (Industria y comercio), ambiente, educación, servicios básicos como agua, cloacas, residuos sólidos, electricidad, comunicaciones, vivienda y recreación, deben ser partícipes en la elaboración de planes y en el apoderamiento de los programas.

**En 1978, los líderes mundiales, las organizaciones internacionales y las autoridades sanitarias se reunieron en Alma-Ata** (ahora Almaty), Kazajstán, y publicaron la Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria de Salud, que sigue siendo un documento histórico en la historia de la salud mundial.

La Declaración de Alma-Ata estableció un estándar de compromiso público para hacer que la atención médica de calidad impulsada por la comunidad sea accesible, tanto física como financieramente, para todos.

Este fue el precursor de la Estrategia Mundial de Salud para Todos para el año 2000 que fue perseguida por la OMS y sus asociados durante el resto del siglo XX, y del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: "Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades" para 2030.

En octubre de 2018, los líderes mundiales de la salud, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y otras partes interesadas se reúnen en Astana, Kazajstán, para conmemorar el 40 aniversario de la Declaración de 1978. Un nuevo documento, la Declaración de Astana sobre la Atención Primaria de Salud, se ha desarrollado después de una consulta pública mundial en la que participaron expertos y la sociedad civil, y negociaciones detalladas entre los Estados Miembros de la OMS.

**OPS** Organización Panamericana de la Salud

Temas Programas Prensa Publicaciones Datos Países y Centros Cuerpos Directivos Acerca de OPS

**Centro de prensa**

- Página inicial
- Comunicados
- Noticias
- Noticias de los países
- Hojas informativas
- Infografías
- Campeones de la Salud
- Héroes de la Salud Pública
- Campañas

**Contactos con los medios**

- Sebastián Olliel
- Ashley Baldwin
- Leticia Linn

**Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud en la Conferencia de Astaná**

*La Declaración de Astaná traza un camino a seguir para alcanzar la cobertura universal de salud, 40 años después de la declaración sobre atención primaria de salud en Alma-Ata*

Astaná, Kazajistán, 25 de octubre de 2018 (OMS/OPS) - Países de todo el mundo firmaron hoy la Declaración de Astaná, y prometieron fortalecer sus sistemas de atención primaria de salud (APS) como un paso esencial para lograr la cobertura universal de salud. La Declaración de Astaná reafirma la histórica Declaración de Alma-Ata de 1978, la primera vez que los líderes mundiales se comprometieron con la atención primaria de salud.

"Todos tenemos la solemne responsabilidad de garantizar que la declaración de hoy sobre atención primaria de salud permita a todas las personas, en todas partes, ejercer su derecho fundamental a la salud."

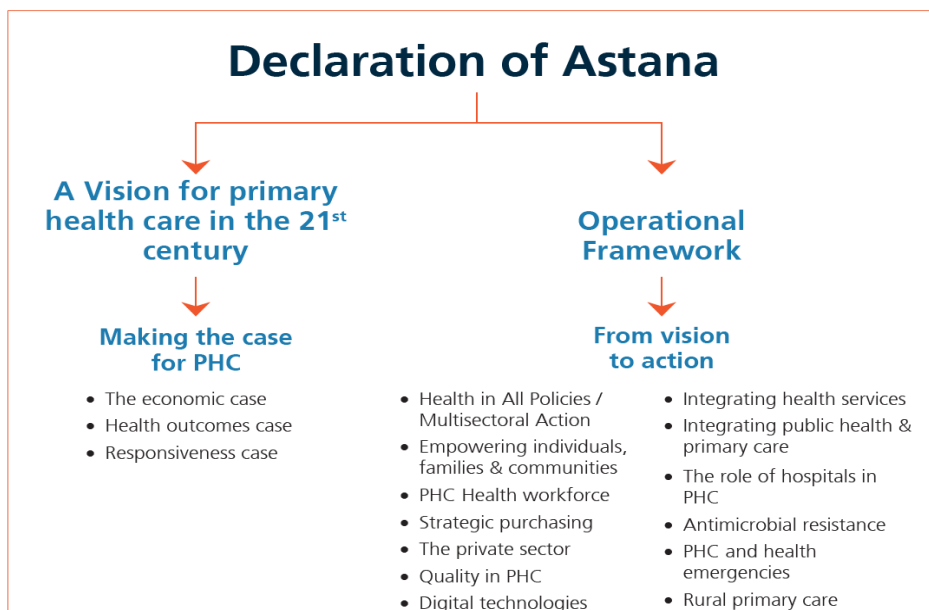
"Hoy, en lugar de salud para todos, tenemos salud para algunos", afirmó el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus. "Todos tenemos la solemne

**Materiales de comunicación**

- HABLEMOS SOBRE DEMENCIA
- PARAMPION
- #SaludUniversal ¡Hagámosla realidad! Día Mundial de la Salud
- SEMANA de Vacunación en las Américas 2019
- Calendario OPS 2020

[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14753:new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14753:new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference&Itemid=1926&lang=es)

## Technical series on primary health care



## Meeting health needs through PHC

- Sexual, reproductive, maternal, newborn, child & adolescent Health
- Older people
- Rehabilitative care
- Palliative care
- Noncommunicable diseases
- Mental health
- Communicable diseases
- HIV/AIDS
- Traditional and complimentary medicine

## Regional Reports on PHC

- Africa
- Americas
- Eastern Mediterranean
- Europe
- South-East Asia
- Western Pacific

Una visión para la atención primaria de salud en el siglo 21 proporciona la justificación y el fundamento de la Declaración de Astana, con su enfoque político continuo en el derecho a una atención primaria integrada, de calidad, personal y a nivel de población; sobre la salud como construcción social y económica multisectorial, dependiente de muchos sectores; y sobre la participación de la comunidad en la salud y el empoderamiento con respecto a los servicios de salud.

The focus on PHC is critical at this moment for three reasons:

1. The features of PHC allow the health system to adapt and respond to a complex and rapidly changing world.
2. With its emphasis on promotion and prevention, addressing determinants, and a people-centred approach, PHC has proven to be a highly effective and efficient way to address the main causes of, and risk factors for, poor health, as well as for handling the emerging challenges that may threaten health in the future.
3. Universal health coverage (UHC) and the health-related sustainable development goals (SDGs) can only be sustainably achieved with a stronger emphasis on PHC.

PHC has three inter-related and synergistic components:

1. Meeting people's health needs through comprehensive promotive, protective, preventive, curative, rehabilitative, and palliative care throughout the life course, strategically prioritizing key health care services aimed at individuals and families through primary care and the population through public health functions as the central elements of integrated health services;
2. Systematically addressing the broader determinants of health (including social, economic and environmental factors, as well as individual characteristics and behaviour) through evidence-informed policies and actions across all sectors; and
3. Empowering individuals, families, and communities to optimize their health, as advocates for policies that promote and protect health and well-being, as co-developers of health and social services, and as self-carers and caregivers.

A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.X). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



**Fig. 1 The components of primary health care**

A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018. (WHO/HIS/SDS/2018.X) Licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## **SALUD PÚBLICA y CUIDADOS INDIVIDUALES Y FAMILIARES A TRAVÉS DE LA VIDA:**

**Satisfaciendo las necesidades por un cuidado comprehensivo:**

- **PROMOCIÓN**
- **PROTECCIÓN**
- **PREVENCIÓN**
- **CURACIÓN**
- **REHABILITACIÓN**
- **PALIACIÓN**

Empoderar a las personas, las familias y las comunidades para optimizar su salud, y abogar por políticas que promuevan y protejan la salud y el bienestar, como ser co-responsables o desarrolladores de servicios de salud y sociales, y como cuidadores de su salud y la de los otros.

La APS se basa en un compromiso con la justicia social, la equidad y la participación.

En el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar y el de su familia, incluidos los alimentos, el vestido, la vivienda y la atención médica y los servicios sociales necesarios".

## **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA**

Uno de los problemas más importantes de la Atención Primaria de Salud (APS) es “la pobre administración” o “la mala gerencia”, con especial énfasis a nivel distrital (municipal) y local (hospitales y ambulatorios).

Hay muchas razones que pueden explicar esto.

- La APS es un concepto complejo por lo tanto difícil de comprender que requiere el uso más eficiente de los recursos, los cuales son generalmente insuficientes, e implican la escogencia y establecimiento de prioridades.
- Involucra a las comunidades en tomar decisiones acerca de su propio cuidado de la salud y en aceptar la responsabilidad por proteger su propia salud.
- Implica trabajar con otros sectores fuera del sector salud.
- Requiere del uso de un equipo multidisciplinario, muchos de ellos no bien preparados, sin experiencia en trabajo de equipo, o insatisfechos de sus condiciones y/o medio ambiente de trabajo.
- La atención de la salud es muchas veces cuestión de persuadir y educar a la gente para cambiar algunas conductas que afectan su salud. Muchos de nuestros trabajadores de la salud (del equipo de salud) son parte de las comunidades y por lo tanto necesitan entrenamiento continuo y respaldo para ser capaces de tomar el liderazgo en asuntos de salud.

La Administración de los Servicios de Salud y de su Personal comprende tal cantidad de diferentes variables a considerar y coordinar que es muy difícil y probablemente nunca será perfecta.

Sin embargo, los principios de trabajo en salud son claros:

- La conexión entre las causas y la enfermedad o sus complicaciones debe ser interrumpida.
- La gente puede ser educada y ayudada para trabajar junta y lograr un ambiente saludable.
- La gente puede ser ayudada aprender cómo comportarse de forma tal que proteja la salud propia y de los suyos y así evite mucha de los factores de riesgo causantes de las enfermedades.
- La gente debe ser tratada y cuidada cuando se enferma.

Los obstáculos para lograr un buen servicio de cuidado de salud comunitario son tantos y tan inmensos que la tendencia del personal de salud es refugiarse en hacer lo que se puede, lo que la gente espera de ellos, o simplemente quedarse en los ambulatorios y hospitales para tratar aquellos que acuden con problemas y enfermedades, olvidándose de la causa (sus determinantes).

Los pacientes regresan a las condiciones que causaron la enfermedad y vuelven a enfermar de nuevo otra vez, tornándose en un círculo vicioso. El personal de salud pierde la satisfacción de cooperar exitosamente con la gente y hacer más saludable el ambiente o cambiar el estilo de vida que condicione la enfermedad.

La Administración Sanitaria o “Gerencia de Salud” es una forma sistemática de lograr esa cooperación. Sus principios y métodos son los mismos independientemente de sí los recursos son abundantes o pocos, o de sí las condiciones son favorables o desfavorables.

## EL ENFOQUE DEL EQUIPO DE SALUD: TRABAJANDO CON GENTE

**“La gente es el recurso más importante de cualquier país...”**

Informe sobre Atención Primaria de Salud de la Conferencia Internacional de Alma-Ata, Rusia,  
Organización Mundial de la Salud.

Septiembre de 1978

Todos los integrantes del equipo de salud en algún momento de nuestro trabajo tenemos que ser administradores de personal, en especial los médicos como líderes del equipo.

La calidad de todo lo que se produce depende de una o un grupo de personas, solo la gente hace que las cosas sucedan. Aunque existe el dinero, los equipos, los insumos y las técnicas, ninguno de estos puede realizar un trabajo, por más sencillo que sea, sin una persona o grupo de gente que inicie la acción.

La administración del personal es mucho más compleja que el manejar las cosas; el buen manejo de la gente requiere mucha comprensión y habilidad para el logro de los objetivos trazados en un clima de armonía y satisfacción.

Procesos eficientes y pago regular de salarios no es suficiente para mantener a la gente satisfecha en el trabajo. El trabajo debe ser interesante y estimulante; las condiciones de trabajo, el medio ambiente, las relaciones entre los miembros del equipo de salud, y con las comunidades son importantes factores que determinan la satisfacción por el trabajo.

Una buena administración de personal (manejo o gerencia) debe ayudar al equipo de salud a trabajar armoniosamente y eficientemente, logrando una mejor efectividad.

### EL EQUIPO DE SALUD Y SU TRABAJO EN LA COMUNIDAD

El Equipo de Salud se define como un grupo de personas que comparte un propósito de salud y objetivos comunes, determinado por las necesidades comunitarias, para los cuales cada miembro del equipo contribuye, de acuerdo a su nivel de competencia y habilidad en coordinación con la función del resto del grupo. El equipo de salud incluye a todos los que trabajan coordinadamente, incluye al personal profesional, técnico y obrero, así como a voluntarios de la comunidad.

**EL EQUIPO DE SALUD =**

Profesionales + Técnicos + Personal de apoyo + Miembros de la comunidad

El equipo de salud debe:



- entender y comunicarse con la comunidad;
- promover la participación comunitaria en identificar problemas y buscar soluciones; y
- trabajar en la comunidad (casas comunitarias, organizaciones vecinales, lugares de trabajo, escuelas y residencias)

Al establecer las relaciones con la comunidad el equipo de salud no le dice a la comunidad, o le da ordenes; más bien trabaja con gente.

Para establecer buenas relaciones con la comunidad el equipo de salud debe:

- Escuchar, aprender y entender;
- Hablar, discutir y decidir;
- Promover, organizar y participar; e
- Informar.

Escuchar, aprender y entender:

- Trabajo y condiciones de vida
- Vida Familiar
- Estructura social y política
- Estructura poblacional
- Valores, creencias y costumbres
- Actitudes hacia la salud y sus servicios

Hablar, discutir y decidir:

- Reuniones informales con líderes de la comunidad, gente en las calles, lugares de trabajo, mercados, etc.
- Reuniones formales para identificar los principales problemas y las prioridades.

Promover, organizar y participar:

- Se debe preparar un plan de acción donde los trabajadores de salud pueden ayudar mucho desde el punto de vista técnico, para explicar las causas de los problemas de salud y como prevenir sus causas.

Informar:

Una vez que el plan de acción ha sido propuesto, discutido y aceptado, la comunidad debe ser informada de los objetivos y las decisiones tomadas.

*RECUERDE QUE SI LA COMUNIDAD NO SABE QUE SE INTENTA HACER O SÍ NO ENTIENDE POR QUE SE HA PROPUESTO UN OBJETIVO EN VEZ DE OTRO, ELLOS PROBABLEMENTE NO PARTICIPARAN EN SU LOGRO.*

*AUN CUANDO EL PLAN SEA MUY BIEN PREPARADO TECNICAMENTE, SI LA COMUNIDAD NO PARTICIPA DESDE SU INICIO EN LAS DISCUSIONES Y SELECCIÓN DE LOS PROBLEMAS COMO EN SUS SOLUCIONES; SE CORRE UN ALTO RIESGO DE FRACASAR.*

**PARA LOGRAR UN BUEN MANEJO DE LA GENTE SE DEBEN REVISAR LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS Y USAR LAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO FACILITADORAS.**

### **1. LIDERAZGO Y SUPERVISION**

- **Fijando Objetivos compartidos (Misión, Visión, Propósito, Objetivos)**
  - **Motivando**
  - **Supervisando**
  - **Delegando**

### **2. ORGANIZACION**

- **Descripciones del cargo**
- **Coordinación: Organigramas y Comunicación**

### **3. CONTROLANDO Y EVALUANDO DESEMPEÑO**

- **Seguimiento de los indicadores de gestión e impacto**
  - **Horarios y supervisiones**
    - **Registros**
- **Evaluaciones del equipo de salud**

# 1. LIDERIZANDO Y SUPERVISANDO AL EQUIPO DE SALUD

**“Liderazgo es el arte de influir sobre otros para lograr su máximo desempeño en el logro de tareas, objetivos y proyectos”.**

The Art of the Leader. William A. Cohen

## FIJANDO Y COMPARTIENDO OBJETIVOS CON EL EQUIPO DE SALUD

Todo miembro del equipo de salud encargado de un programa y de un equipo se enfrenta primero con la gente y luego con las cosas por hacer. Una excelente forma de asegurar que la gente esté de acuerdo con los objetivos, es asegurarse que ellos tomen parte en fijarlos.

Los objetivos de salud locales deben ser establecidos con la participación comunitaria y debemos consultar también a los pacientes que demandan servicios, al personal de salud y en consonancia con la política sanitaria y los programas nacionales y regionales.

## MOTIVANDO A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

La Motivación es un impulso interno que determina lo que hace la gente y la energía y el entusiasmo como lo hacen. A la gente le gusta tomar decisiones importantes ellos mismos.

Existen una serie de impulsos internos dentro de nosotros con diferentes niveles:

- NIVEL 1  
Satisfacer las necesidades de vida -comida, vivienda, ropa, descanso y seguridad-
- NIVEL 2  
Satisfacer necesidades sociales tales como compañía, amor y posición de respeto.
- NIVEL 3  
Asegurar un grado de satisfacción personal y seguir ideales. La gente necesita sentir una satisfacción razonable con ellos mismos, con lo que hacen de su vida y con sus talentos y habilidades.

**El Líder (“Administrador o Gerente”) debe usar la motivación personal de cada uno de los miembros del equipo para el logro de los objetivos de trabajo.**

Existen un grupo de factores que estimulan a la gente a aplicar su habilidades y energía en el trabajo llamados MOTIVADORES y otros que producen insatisfacción llamados DESMOTIVADORES.

Los seis principales MOTIVADORES son:

1. Ayudar a lograr los objetivos de trabajo.
2. Dar reconocimiento cuando se debe.
3. Explicar el valor del trabajo.
4. Ayudar a tomar la responsabilidad (Delegarla)
5. Dar entrenamiento para ser promocionado
6. Dar oportunidades para el desarrollo personal

Los seis más comunes DESMOTIVADORES son:

1. Administración ineficiente.
2. Supervisión incompetente.
3. Pobres relaciones personales
4. Pobres cualidades del líder.
5. Malas condiciones del trabajo
6. Malas condiciones del medio ambiente del trabajo.

Un verdadero líder, acepta riesgos y retos que implica tal responsabilidad. El temor al fracaso es el obstáculo principal a la toma de decisiones vitales. Si no se toma riesgos, no se podrá innovar. No basta con hablar, hay que actuar.

#### DELEGACION DE LA AUTORIDAD Y LA RESPONSABILIDAD

El líder del equipo es responsable por el trabajo que su equipo hace. El líder del equipo debe asegurar que se tienen los recursos necesarios para lograr los objetivos, así como que los miembros están adecuadamente entrenados y capacitados para realizar su trabajo.

SE DEFINE AUTORIDAD, como la facultad de exigir a otros que actúen como sea necesario y apropiado para alcanzar el objetivo. El concepto de autoridad incluye el acatamiento y aceptación que se hace de un mandato, lo cual lleva implícito el concepto de poder, es decir la habilidad para hacerse aceptar. Acatamiento que puede lograrse, sin embargo, mediante persuasión, sanciones, simples peticiones, así como también la coerción, la compulsión o la fuerza.

LA RESPONSABILIDAD SE ENTIENDE COMO, la obligación que tiene una persona para desempeñar lo mejor que pueda sus funciones, expresado en deberes que debe cumplir para realizarlas.

La gente que toma decisiones y vigila que se realicen tiene autoridad; una persona que toma decisiones acerca de cómo, quién y donde otros trabajan tiene autoridad.

#### Reglas para delegar autoridad y transferir responsabilidad

- Ser claro acerca de que exactamente es delegado.
- Seleccionar la persona que estemos seguros que puede hacer el trabajo.
- Explicar a otros que tú has delegado trabajo y a quién.
- No interfieras a menos que te pregunten, y está preparado para algunos errores.
- Presta apoyo como sea necesario y hazle seguimiento al progreso del trabajo.

#### USAR DIFERENTES ESTILOS DE SUPERVISIÓN

Existen tres estilos principales de supervisión:

- Autocrático. -  
¡HAZ LO QUE DIGO!

- Anárquico. -  
¡HAZ LO QUE QUIERAS!

- Democrático. -  
VAMOS A PONERNOS DE ACUERDO  
EN LO QUE TENEMOS QUE HACER.

En la decisión del estilo a usar debe ser analizada en base a el tipo de trabajo a ser realizado (factores de la tarea) y el tipo de persona supervisada (factores de la persona).

Los factores de la tarea son: la complejidad, la dificultad, la necesidad de decisiones rápidas, la necesidad de resultados consistentes, la necesidad de creatividad.

Los factores personales son: la habilidad, confiabilidad y experiencia de quienes hacen el trabajo; y, la voluntad de aceptar la responsabilidad y de tomar decisiones.

## **2. ORGANIZANDO LAS ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE SALUD**

### LAS DESCRIPCIONES DEL CARGO (“PUESTO O TRABAJO”)

La descripción del cargo define:

Objetivos, actividades y programas del cargo

La autoridad del cargo

Las responsabilidades del cargo

*LAS DESCRIPCIONES DEL CARGO AYUDAN A GUIAR LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO.*

### COORDINACION DE ACTIVIDADES

Coordinar es la manera de:

- Distribuir autoridad
- proveer canales de comunicación; y
- arreglar las personas y los recursos de manera tal que el proceso conduzca a que
  - las cosas correctas sean hechas      -QUE
  - en los lugares correctos              -DONDE
  - al tiempo correcto                      -CUANDO
  - de la manera correcta                      -COMO
  - por la gente correcta                      -POR QUIEN

**Los instrumentos facilitadores de la coordinación más comunes son:**

## ORGANIGRAMAS

La distribución de las tareas entre los miembros del equipo de salud es una de las funciones más importantes del Administrador de salud (“Gerente o Líder”).

Para realizar una coordinación efectiva, siete bien reconocidos principios organizacionales deben ser aplicados:

- 1. El objetivo de cada tarea o actividad debe contribuir a los objetivos de la organización como un todo.*
- 2. Cada tarea o actividad debe estar claramente definida de manera tal que todos sepan exactamente el propósito y cuáles son las tareas.*
- 3. Cada tarea o actividad debe tener una persona encargada de realizarla y todos los involucrados deben saber quién es.*
- 4. La persona liderizando (“a cargo”) el equipo es responsable por el desempeño de todos los miembros.*
- 5. Cada persona responsable por una actividad debe tener la autoridad para cumplir con su responsabilidad.*
- 6. Ninguna persona a cargo de una actividad debe tener bajo su control más de 6 a 10 personas (limitado espectro de control).*
- 7. La persona a cargo debe velar por que exista un balance en las actividades de los diferentes grupos. Ejemplo: se deben limitar el número de consultas de acuerdo al número de médicos disponible.*

## COMUNICACIÓN

El líder del equipo debe poner especial atención a la calidad de las interacciones de los miembros del equipo, y la comunicación como un medio para mantener buenas relaciones.

Para promover la comunicación se deben observar los siguientes principios:

- Libertad para expresarse libremente y explicar sus perspectivas de todos los miembros del equipo.
- Los mensajes y las comunicaciones deben ser expresados con claridad y en términos que puedan ser entendido por todos los interesados.
- La comunicación tiene dos elementos para ser efectiva, debe ser enviado y debe ser recibido. El comunicador debe chequear que su mensaje fue recibido correctamente.

- Los conflictos y las diferencias son normales en las relaciones humanas, por lo tanto, deben ser manejadas de tal forma que logren resultados constructivos.

## DIRIJIENDO REUNIONES

Cuando preparemos una reunión siempre es muy recomendable revisar los siguientes puntos:

- Propósito
- Tema de referencia
- Tipo y tamaño de la reunión
- Lugar, fecha y hora (duración)
- Quién invita y quién organiza
- Invitaciones a tiempo y a quienes.

Se recomienda para que las reuniones sean exitosas (“una buena reunión es una comunicación exitosa”) asignar un Coordinador (quién tiene todo el derecho de controlar) y un secretario (llevar actas, si es necesario), también delimitar el tiempo de preguntas y respuestas y resumir los puntos acordados al final de la reunión.

Los Comités o Comisiones, son un grupo de personas elegidos por otra persona o un grupo para funciones especiales o para atender una situación dada. Los Comités o Comisiones son de dos tipos principalmente; Asesoras o Consultoras y Ejecutivas.

Hay tres razones principales porque se designa un Comité o Comisión antes que un individuo:

- Para que la responsabilidad sea compartida.
- Para asegurar que un razonable ámbito de conocimientos y opiniones es consultado antes que la decisión sea tomada.
- Para eliminar el sesgo o parcialismo debido a intereses personales o prejuicios en el proceso de toma de decisión.

## ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL

- Es una responsabilidad del Administrador.
- Todos los trabajadores de salud deben continuar aprendiendo.
- Los supervisores deben apoyar la educación continua del equipo de salud.
- Las necesidades de entrenamiento son identificadas por medio del seguimiento y evaluaciones del desempeño del personal.
- El aprendizaje por objetivos establece lo que los alumnos serán capaces de hacer como resultado de su entrenamiento.
- Los métodos de entrenamiento dependen de los objetivos del aprendizaje. Conocimiento y comprensión son obtenidos y mejorados por la práctica de las habilidades más importantes y por la lectura, las preguntas y la discusión. Las habilidades son adquiridas y desarrolladas por la practica repetida bajo la supervisión hasta que el nivel de desempeño requerido sea alcanzado.



- El entrenamiento debe ser evaluado determinando si los objetivos fueron logrados, hasta qué punto y con qué eficiencia.
- Los programas de entrenamiento o las actividades son evaluadas por el impacto sobre el desempeño de los alumnos en abordar con el problema o la situación para la cual fueron entrenados.

### **3.1. CONTROLANDO Y EVALUANDO EL TRABAJO**

CONTROLANDO Y MANTENIENDO LOS INDICADORES DE GESTIÓN E IMPACTO. USAR LOS INDICADORES (“VALORES DE REFERENCIA”)

Permiten conocer la cantidad, calidad, productividad y costo esperado para cada trabajador por el trabajo realizado. Permiten preparar metas y evaluarlas. Permiten comparar entre trabajadores, centros, distritos y regiones.

HORARIOS DE TRABAJO Y SUPERVISIONES (preparadas y “sorpresa”)

REGISTROS E INFORMES

EVALUANDO AL EQUIPO DE SALUD INDIVIDUALMENTE

- Basado en los objetivos y metas trazados mutuamente
- Debe identificar las fortalezas y debilidades
- Debe ser continuo o periódico, no solamente una vez al año.
- Preferible en privado por el supervisor inmediato.
- Investigar las causas de éxito o fallo.
- Tomar acciones para mejorar o corregir.

## **EL MANEJO DE LOS RECURSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

**Profesor Alejandro Rísquez, revisado noviembre de 2021, desde 1998.**

**La mejoría del sector salud no es solo urgente y necesaria,  
sino que además representa una vía importante  
para reparar los daños anímicos, sociales y económicos  
que sufre la población venezolana.  
Se inscribe en el marco necesario de lavar la autoestima y  
el mejoramiento de los niveles de salud social que deseamos para el país.**

*Pablo Pulido M.*

La gerencia (administración) es parte de las actividades diarias de cualquier tipo de organización.

El desempeño exitoso de las actividades y el logro de los objetivos depende de la aplicación del conocimiento y las destrezas para la solución de problemas, usando todos los recursos necesarios de la manera más eficiente.

La eficiencia depende de cómo los diferentes recursos son administrados.

El objetivo es enseñarles algunos conceptos e instrumentos básicos para el manejo de los recursos:

- Insumos y Equipos
- Medicamentos
- Dinero
- Tiempo
- Espacio
- Papelería

### **INSUMOS Y EQUIPOS:**

Los insumos son consumibles rápidamente como algodón, inyectoras, papel, etc.

Los equipos son duraderos y requieren cuidados y mantenimiento como los microscopios, los tallímetros, vehículos, camillas, etc.

**Los cuatro principales procesos en la administración de equipos son:**

#### **1. Ordenarlos (requisición)**

En los ambulatorios se envían del Distrito Sanitario.

Por regla general para ordenar insumos y equipos se hace por:

Listado de lo requerido, especificando cada unidad, la cantidad y presentado en un formato (ver ejemplo)

<b>Artículo</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Precio por unidad Bs</b>	<b>Total, del precio Bs</b>
Termómetros	20	4.5	90.0
Esfingomanómetros	2	65.0	130.0
Esterilizador	1	35.0	35.0
Inyectadoras 5cc	10	5.0	50.0
Inyectadoras 3cc	40	3.5	140.0
Agujas desechables 10	200	0.3	60.0
		Precio Total	505.0

## 2. Almacenarlos

Se hace en dos sitios fundamentalmente:

En el depósito principal

En los lugares de uso después del despacho (consultorio, sala de curas, etc.)

Para garantizar seguridad en el almacenamiento del inventario se tiene los siguientes procedimientos:

- Recibo de nuevos artículos y el despacho de artículos
- Manteniendo un libro de balance (inventario)
- Facturas y recibos de entrega deben ser archivados.
- Y se anota en el libro de balance del depósito

Artículo	Fecha	Recibido de	No. Factura/ Orden de entrega	Cantidad Recibida	Cantidad Despachada	Balance en deposito
Inyectadoras 3cc	10-12-97	Distrito Sanitario	10232	1500	-	1500
Inyectadoras 3cc	12-12-97	-	-	-	250	1250
Inyectadoras 3cc	14-12-97	-	-	-	250	1000

### 3. Despacharlos

Los supervisores de cada área son responsables de los insumos y equipos de su competencia.

Cada vez que se realice un despacho debe quedar asentado en el libro de balance del depósito.

La orden de salida debe ser firmada

Un registro del inventario (Bienes Nacionales) de cada área que recibe y usa el equipo.

### 4. Controlando (insumos) y manteniendo (equipos)

Para esto se necesitan realizar las siguientes actividades:

- Educar al Equipo de Salud que el mantenimiento del equipo es fundamental, deben ser limpiados regularmente, inspeccionados, y mantenidos en buen estado, los defectos deben ser reportados inmediatamente y los equipos después de usados deben regresar a su lugar escogido.
- Usar listados de chequeo y cronogramas de inspección.
- Detectar e interpretar diferencias entre lo informado y lo encontrado durante las inspecciones y se deben tomar acciones correctivas. Ante la falta de equipos, equipos en mal estado, faltan insumos, etc. *Debemos investigar y actuar.*

*En resumen, registros exactos de los insumos y equipos ahorran tiempo y contribuyen con la economía, eficiencia y adecuado funcionamiento del servicio de salud.*

## MEDICAMENTOS

*El uso de los medicamentos es solo una parte del servicio de salud, sin embargo, es uno de los más importantes.*

*LOS MEDICAMENTOS SON IMPORTANTES,*

*PODEROSOS Y CUESTAN DINERO*

### **El manejo de los medicamentos:**

Es hacer un uso inteligente y evitar que se malgasten o pierdan y así no poder satisfacer mayor demanda. Es importante educar al equipo de salud y a los pacientes en el buen uso de los medicamentos.

### ***Causas comunes de malgasto o pérdida de medicamentos:***

- ✚ Prescripción excesiva de medicamentos
- ✚ No usar medicamentos genéricos
- ✚ Usar los medicamentos sin diagnóstico (¡ESCOPETA PUM!)
- ✚ Usar dosis excesivas y mayor tiempo
- ✚ Entregar medicamentos a pacientes que no creen en ellas y posiblemente las boten al salir de la consulta
- ✚ Ordenar más medicamentos de los necesarios de manera tal que se almacenan hasta que expiran
- ✚ Mal cuidado del refrigerador (cadena de frío)
- ✚ Mal almacenamiento con deterioro de los medicamentos
- ✚ Mal control del despacho (robos o mal uso)

### **PARA UN MEJOR MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS SE RECOMIENDA:**

#### **Lista estándar de medicamentos**

Tomar de primera línea los medicamentos esenciales y genéricos y luego los comerciales.

Ver Formulario Terapéutico Nacional

***Al decidir indicar un medicamento debemos comparar con otros tomando en cuenta los siguientes puntos:***

- Efectividad
- Duración del tratamiento
- No. de dosis al día
- Efectos secundarios
- Efectos tóxicos
- Vía de administración
- Costo

### **Estimando los requerimientos: ordenando y almacenando**

- Ordenando: lo mismo que con los insumos y equipos.
- Almacenando: La farmacia debe un ambiente seco, fresco (ventilado) y sin luz solar directa. Las tabletas se deben guardar en envases cerrados al vacío preferiblemente y etiquetados con fecha de expiración. Los psicofármacos bajo llave. Se debe llevar un cuaderno o libro de entrega o una ficha por medicamento el cual debe ser registrado por el encargado de la farmacia.

### **Despachando y controlando el uso de medicamentos**

El despacho debe ser monitoreado (registrado) en forma continua de manera tal que permita:

- saber que necesitamos ordenar
- chequear el uso con los tratamientos indicados
- alertarnos de discrepancias en el manejo
- avisarnos de cambios en la prescripción de las áreas del servicio

*Debemos investigar las discrepancias en especial cuando los medicamentos son costosos, faltan cantidades significantes y/o cuando es un psicofármaco.*

*Los medicamentos que forman parte del equipo de emergencias deben ser cuidadosamente chequeados para evitar que se agoten y nos quedemos sin ellos.*

*Debemos buscar un sistema de salida del medicamento que evite que se pierdan por pasada la fecha de expiración. PRIMERO EN ENTRAR ES PRIMERO EN SALIR*

*Los medicamentos en tabletas y o suspensiones se deben entregar a los pacientes en la cantidad requerida en caso de tratamiento para enfermedades muy comunes en la zona se recomienda preparar paquetes de tratamiento normatizados.*

### **DINERO**

Generalmente lo ambulatorios no administran dinero y si acaso muy poco dinero, sin embargo, en ocasiones se le solicita al equipo de salud que lleve un registro del gasto de dinero (responsabilidad) por algún proyecto o programa especial.

CAJA CHICA: Significa una pequeña cantidad de dinero en efectivo y se utiliza generalmente para la adquisición de insumos de oficina o médicos y para logística del personal de salud.

Generalmente se asigna una cantidad de dinero fija la cual se restituye al disminuir significativamente.

Se debe llevar un registro de la entrada y salida de dinero con un recibo de entrega que debe luego incluir las facturas originales. Los recibos de la entrega deben incluir un número, fecha, artículo/uso, cantidad, firmado por el recipiente y por el que entrega (responsable de la caja chica).

Fecha	Detalles	No. recibo	Cantidad	
			Recibido	Entregado

*RECUERDA SIEMPRE MANTENER LA CAJA CHICA  
EN UN LUGAR SEGURO Y BAJO LLAVE*

**TIEMPO**

La gente por regla general no piensa en el tiempo como un recurso que hay que gerenciar.  
Es un recurso no renovable, ninguna actividad se puede dar a menos que haya tiempo para ella.

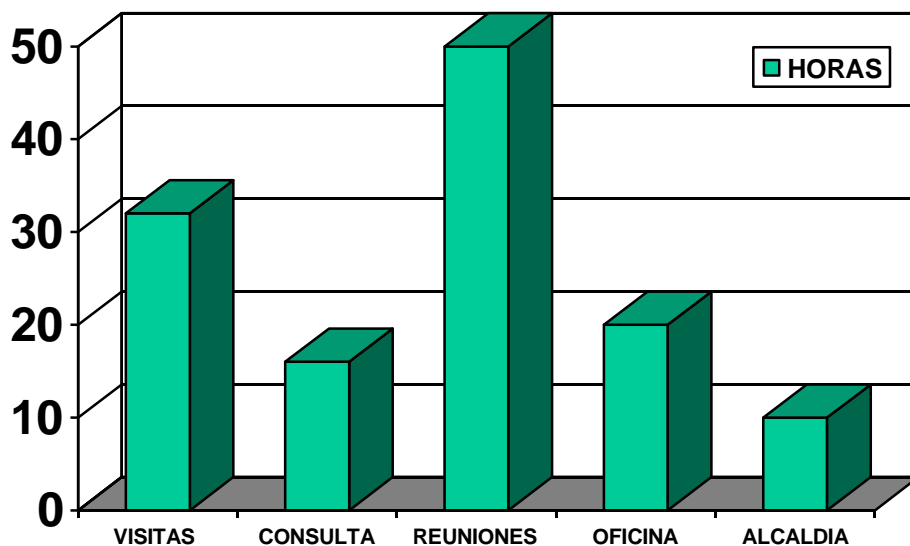
***USAR EL TIEMPO EFECTIVAMENTE ES UNA HABILIDAD GERENCIAL***

Nos interesa básicamente conocer como usamos nuestro tiempo y el resto del equipo y como lo planificamos para hacer el trabajo que se ha planeado usando agendas, horarios de actividades de rutina y especiales, turnos de guardia, y cronogramas de los programas o proyectos.

**Para investigar qué hacemos con nuestro tiempo y el del resto del equipo podemos usar las siguientes herramientas:**

Solicitar que cada uno llene diariamente (**agenda diaria**) por un corto periodo de tiempo las actividades realizadas durante las horas de trabajo, se deben incluir salidas a reuniones, a otros ambulatorios, visitas a la comunidad, descansos, tiempo de viajes entre los sitios de visitas, etc.

Para conocer la proporción de tiempo que usa en cada actividad es bueno hacer un diagrama o gráfico que nos permita fácilmente visualizar esas actividades en relación a las otras.



Este tipo de análisis con frecuencia nos permite saber si estamos usando bien el tiempo o las posibles modificaciones.

**Se deben preparar y tener visible el horario y la distribución del trabajo regular en la semana del ambulatorio y/o por áreas.**

**Se debe preparar una agenda de las actividades que se hacen fuera del ambulatorio** incluyendo las rutas o sitios de trabajo y las actividades a realizar; este debe ser vaciado en un calendario en especial para las visitadoras y promotoras de salud. Para esto se recomienda la utilización de mapas señalizando los sitios de interés de la visita y los tiempos desde el ambulatorio.

**Preparar los turnos de guardia.**

Se necesitan por tres razones principales:

- Distribuir el trabajo equitativamente aún en los días de fiesta y fines de semana.
- Distribuir todos los tipos de trabajo, interesantes o no.
- Dividir las actividades extras entre todo el equipo.

**Preparando un cronograma de trabajo**

**Preparar un calendario de actividades anuales**



## ESPACIO

### Arreglar el lugar de trabajo:

Dos sencillas preguntas a responder

- ¿Qué tipo de trabajo se debe realizar aquí?
- ¿Podría este espacio ser arreglado de otra forma de manera tal de hacerlo más fácil y más cómodo para el usuario (paciente)?

### Evaluar el flujo de trabajo.

El flujograma de los procesos es una herramienta que permite analizar con claridad y precisión el trabajo.

### Defina el área de influencia del ambulatorio o del servicio de salud.

Para ello lo más fácil es la utilización de un plano donde debemos detallar los sitios de interés, incluyendo vías de comunicación, distribución de la población, servicios básicos, etc.

## **PAPELERIA ADMINISTRATIVA (ESTE SISTEMA YA ESTÁ EN DESUSO, SE DEJA COMO EJEMPLO, RECOMIENDO ACTUALIZAR ESTOS FORMATOS A LOS VIGENTES)**

Sistema de archivo

FORMULARIOS:

ATENCIÓN MÉDICA

- FORMULARIO OSPP-1  
Recursos de Personal
- FORMULARIO OSPP-2  
Formulación de actividades de atención médica
- FORMULARIO OSPP-3  
“Ejecución mensual de actividades”
- FORMULARIO OSPP-4  
“Censo de establecimientos del sector salud”

EPIDEMIOLOGÍA

- SISTEMA DE INFORMACION EPIDEMIOLOGICA NACIONAL. FORMULARIOS EPI. DIRECCION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA MSAS
- FLUJO DE INFORMACION DESDE LOS ESTABLECIMIENTOS. PROCEDIMIENTOS

Existen muchos otros formularios para la investigación de casos y vigilancia los cuales deben ser conocidos y utilizados por el personal de los ambulatorios.

#### **FUENTES DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLOGICA**

- La hoja WEB del MSAS <http://www.msas.mh.gov.ve>
- Los BOLETINES EPIDEMIOLOGICOS SEMANALES
- ALERTA Boletín Epidemiológico Semanal para el Nivel Gerencial

#### **INDICADORES DE GESTION AMBULATORIO**

#### **ALGUNOS PARAMETROS PARA RECORDAR**

**Primera consulta** consulta con motivo de un estado patológico o fisiológico nuevo  
20 - 30 minutos x consulta

**Consulta sucesiva** consultas subsiguientes  
10 - 15 minutos x consulta

**Sin contar consultas preventivas se estiman**

**3 consultas curativas habitantes al año (2-4 OMS)**

**Las consultas en los grupos de edad menores (lactantes y niños) es mayor que los adultos.**

#### **Volumen de consultas**

Consultas diarias = 
$$\frac{\text{Población x consulta-año-Hab}}{\text{Días hábiles (al año) de consultas}}$$

Horas médico diarias = 
$$\frac{\text{consultas diarias}}{\text{por hora médico}}$$

Horas médico diarias = # médicos

---

Horas de contratación

**Admisiones hospitalarias x consultas**

1 admisión x 60 consultas totales

(IVSS 1990: 1 x 46.5)

Rendimiento - hora médico x consulta (actividad)

$$= \frac{\text{volumen consultas}}{\text{horas médicas}}$$

x actividad

$$\frac{\text{volumen de consultas}}{\text{consulta de primera}}$$

**consultas x 1000 habitantes**

$$= \frac{\text{total consultas} \times 1000}{\text{población}}$$

**Razón consulta ambulatoria con consulta hospitalaria (MSAS)**

1, 34: 1

**Prevención vs curativas 1 consulta preventiva x 2.52 curativas (MSAS)**

## **INDICADORES DE SALUD Y DE ATENCIÓN MÉDICA:**

**Profesor Alejandro Rísquez, revisado noviembre 2021, desde 1998.**

### **EL INDICADOR CRITERIOS DE UTILIZACIÓN**

TODA ACTIVIDAD NECESITA MEDIRSE, COMPARARSE,  
NO SOLO EN FUNCIÓN DE SUS RESULTADOS,  
SINO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES,  
PARA LOS PROPOSITOS Y METAS ESTABLECIDAS.

“conjunto de cifras, que, expresadas como Índice, promedio, Tasa, Razón o porcentaje, permiten la expresión resumida y oportuna de los fenómenos observados y de las variables en estudio.

### **TODA PLANIFICACIÓN O PROGRAMACIÓN REQUIERE DE INDICADORES.**

#### **Todo indicador debe:**

1. describir la realidad estudiada
2. permitir la comparabilidad
3. permitir hacer predicciones (para la toma de decisiones y las metas a lograr)

#### **Los requisitos de un buen indicador:**

1. factibilidad,
2. validez,
3. simplicidad

No solo se debe medir la cantidad de actividades para medir la productividad y el rendimiento de las actividades del sector, se deben medir la calidad de los servicios que se prestan.

**RECORDEMOS QUE LA CALIDAD ES LO QUE RECIBE EL USUARIO (PACIENTE), A ÉL POCO LE IMPORTAN LA CANTIDAD DE ACTIVIDADES REALIZADAS.**

Ejemplo de valiosos indicadores cualitativos:

Concordancia entre el (los) diagnóstico y el (los) tratamientos administrados.

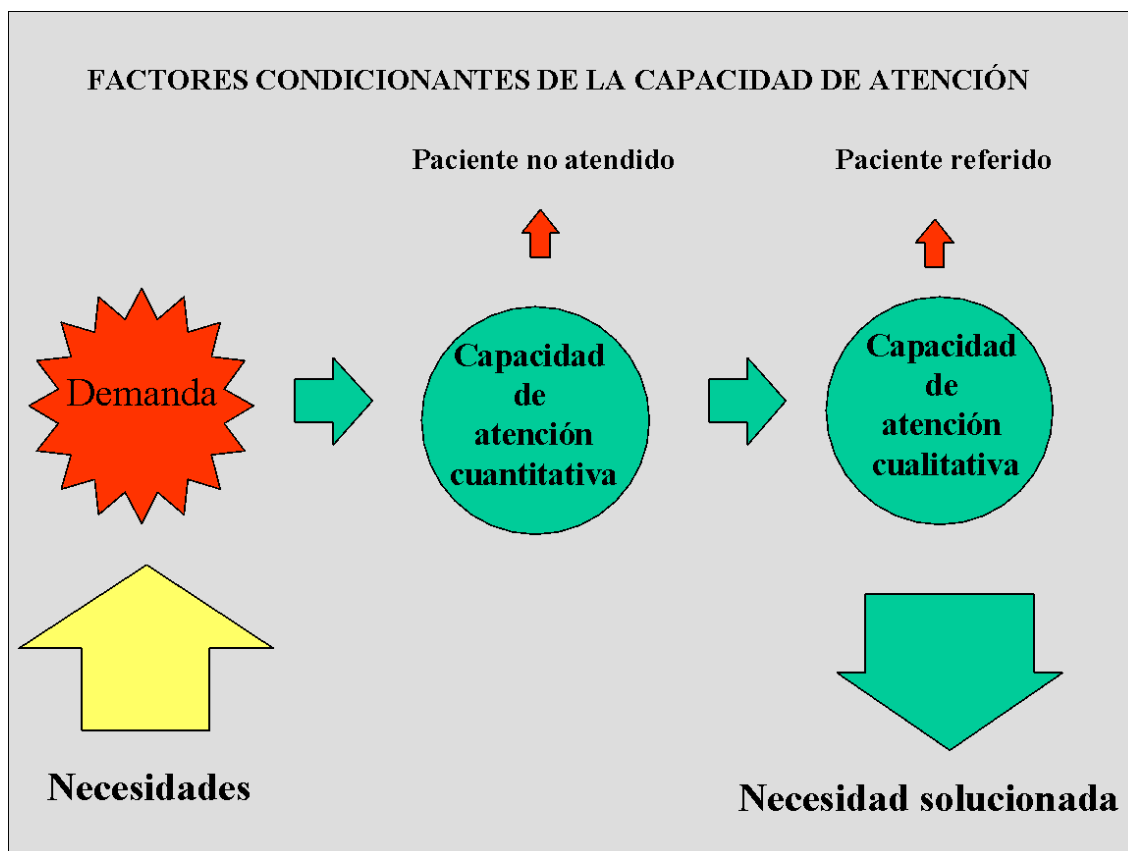
Correlacionar los datos cuantitativos con los datos subjetivos de satisfacción en el usuario.

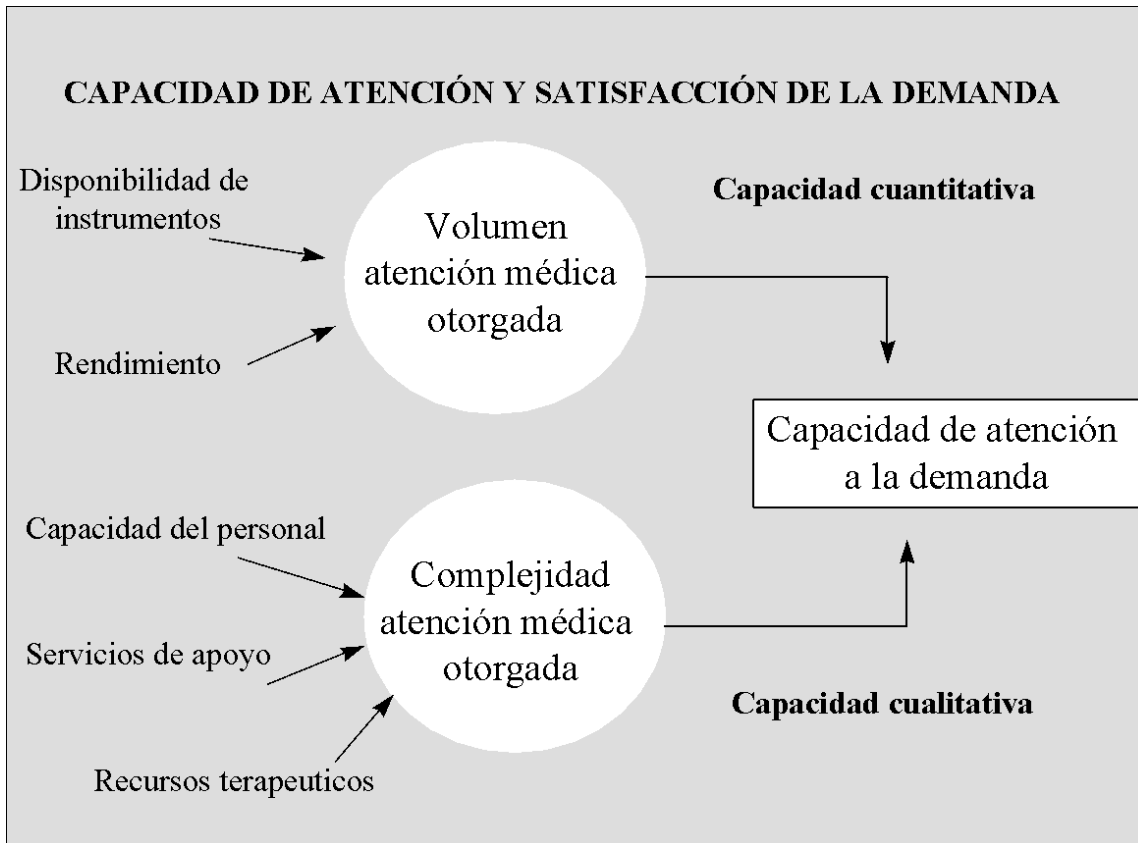
## GRUPO DE INDICADORES UTILIZADOS

- Indicadores para medir el nivel de salud de la población.
- Indicadores de condiciones sanitarias del ambiente
- Indicadores de recursos y actividades de salud
- Indicadores económicos-sociales
- Indicadores de la política Sanitaria.
- Indicadores de Salud Ocupacional
- Indicadores para calificar un establecimiento de atención médica hospitalaria

La información de salud reflejada por los indicadores tiene tres (3) propósitos fundamentales:

1. Determinar las metas y planificar los recursos y servicios de una manera efectiva y racional.
2. Que la administración de dichos servicios se lleve a cabo de manera eficiente y productiva.
3. Favorecer la evaluación de los servicios y los programas planeados dirigidos a atender a la población en sus necesidades y demandas, así como la elaboración de alternativas y prioridades para las acciones a tomar.





Bibliografía recomendada.

GUIA PRACTICA DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA. José R. García Servén.

## **INDICADORES HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS**

**Profesor Alejandro Rísquez, revisado noviembre 2021, desde 1998.**

Los servicios de salud están permanentemente presionados por la demanda, la cual varía por lo que es necesario su revisión periódica para hacerlos más efectivos, eficientes y adecuados a las necesidades de la población.

Productividad es el grado en que se utilizan los recursos para obtener el mayor número de resultados. El rendimiento sería el número de actividades producidas por unidad de recurso utilizado.

La relación productividad y rendimiento se evidencia en su fórmula,

$$\text{RENDIMIENTO} = \frac{\text{PRODUCTIVIDAD}}{\text{UTILIZACIÓN}}$$

El grado de aprovechamiento de los insumos se conoce como Índice de Productividad, a través del cual se pueden “medir” los niveles de producción obtenidos.

### **PARA CONOCER LA PRODUCTIVIDAD DE LOS RECURSOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEBEMOS DETERMINAR:**

1. Los recursos existentes para la prestación de los servicios (ed. camas, personal, actividades, etc.).
2. Población que demanda el servicio.
3. Los servicios que se prestan.
4. Los costos y el rendimiento de los servicios existentes.

Definición de la O.M.S., “El Hospital es parte integrante de una organización médica y social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. El Hospital es también centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación biosocial.

**RECORDEMOS LOS INDICADORES PARA CALIFICAR**

## UN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA

### INSTRUMENTOS:

- Cama (hospitalización)
- Consultas (servicios ambulatorios)

### PACIENTE

- de Rendimiento o aprovechamiento
  - De recursos
- De calidad de los servicios prestados

### OBJETIVOS:

- Suministrar ASISTENCIA ADECUADA: Curativa - Preventiva
- Impartir DOCENCIA
- Efectuar INVESTIGACIÓN

ASISTENCIA ADECUADA se entiende como lo siguiente:

<b>Características de la ASISTENCIA</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>MEDIDA</b>
Atender al paciente del mejor modo posible	Cualitativo	Eficacia
Mayor número de pacientes	Cuantitativo	Utilización
Menor costo	Económico	Económico-Financiero



**SIEMPRE SE APLICARÁ EN ESE MISMO ORDEN:**

**MEJOR, MAYOR, MENOR**

### **DEFINICIONES IMPORTANTES**

- Camas de hospital
- Capacidad máxima (Arquitectónica-Normal-Máxima-Normal)
- Capacidad Actual
- Capacidad presupuestada
- Paciente (hospitalizado-De Servicios Ambulatorios)
- Admisión
- Egreso
- Día - Cama (es Independiente de estar ocupada o no)
- Días - Paciente (días de hospitalización)
- Promedio de Censo Diario
- Porcentaje de Ocupación
- Promedio de Estancia
- Intervalo de substitución
- Costos globales cama-hospital; paciente-día.
- Medición de las actividades
  - Número de partos
  - Número de intervenciones quirúrgicas
  - Número de consultas externas
  - Número de emergencias
  - Número de autopsias
  - Número de actividades por servicios auxiliares.
- Evaluación del trabajo Profesional
- Análisis de historias de pacientes egresados
- Cirugía innecesaria u objetable
- Incidencia de cesáreas (menor del 4%)
- Porcentaje de tejido sano en especímenes quirúrgicos (menor del 11%)
- Mortalidad hospitalaria global (máximo 4%)
- Función docente
- Evaluación del trabajo científico
- Evaluación del rendimiento en salud.

### **PARA LAS CONSULTAS AMBULATORIAS**

## **CONSULTA EXTERNA**

### **PRIMERA CONSULTA - CONSULTA SUCESIVA**

- 1. Atención por hora**
- 2. Volumen de consultas**
- 3. Rendimiento hora-médico por consulta**
- 4. Número de consultorios.**
- 5. Consultas/hora de acuerdo con FMV**
- 6. Promedio en espera por cita**
- 7. Índice de deserción**
- 8. Reposos**
- 9. Cuantificación de la oferta de servicios ambulatorios.**
- 10. Distribución porcentual**

### **CALCULO PARA LA ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS EN SERVICIOS AMBULATORIOS.**

- 1. Por año y grupo de edad (Emergencias y consultas)**
- 2. Número de consultas por habitante y por año.**
- 3. Número de camas por habitantes**
- 4. Número de consultorios x horas médicas contratados.**
- 5. Flujo del paciente asistido en consulta externa.**

<b>Inyecciones</b>	<b>20-40%</b>
<b>Curas</b>	<b>5-15%</b>
<b>Farmacia</b>	<b>70%</b>
<b>Cirugía menor</b>	<b>2-5%</b>
<b>Laboratorio</b>	<b>20-30%</b>
<b>rayos X</b>	<b>10-20%</b>
<b>Nivel secundario</b>	<b>10-15%</b>

## ***LA DEMANDA ES MAYOR QUE LA NECESIDAD QUE ES MAYOR QUE LOS RECURSOS DISPONIBLES***

*EL TRIANGULO DE LOS SERVICIOS DE SALUD ES:*

- *COSTOS*
- *ACCESO*
- *SERVICIOS (CONTENIDO Y CALIDAD)*

El Sistema de Salud es una empresa o conjunto de elementos destinados a producir salud colectiva. El Sistema de Salud es el complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, las instituciones docentes, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial y en el sector y otros sectores afines.

En Venezuela, con un sistema de economía mixta (comparte postulados del capitalismo y adopta instrumentos propios del sistema socialista), donde el Estado es según la Constitución y las Leyes de la República el mayor responsable del cuidado de la salud, el sistema corresponde a las instituciones de salud, públicas y privadas. La comunidad es el suprasistema y sus componentes son los subsistemas de promoción, prevención, reparación y rehabilitación de la salud. Existen además los sistemas “colegas” como el educativo, el de producción de alimentos, el de suministro financiero, y de otros recursos materiales; el sector legislación para la salud; los sectores de promoción de la salud de otros sectores (defensa civil o militar, etc.).

El estado de salud es el término general que se utiliza para designar el estado de salud de un individuo, grupo o población, medido según los indicadores aceptados. El término “nivel de salud” suele suponer la cuantificación del estado de salud.

La situación sanitaria supone más que el estado de salud; incluye las medidas adoptadas para mejorar la salud, los recursos que se dedican a la salud, una apreciación de los problemas de salud concretos que requieren particular atención y el grado de conciencia de la población acerca de la

salud y de la manera de mejorarla. Las tendencias sanitarias se refieren no solamente a la situación actual sino también a los antecedentes que han conducido a la situación sanitaria actual y las perspectivas para el futuro.

El desarrollo sanitario y socioeconómico están inseparablemente vinculados entre sí, de modo que los progresos en salud conducen al progreso socioeconómico y al mismo tiempo dependen de este último.

*Conceptos arriba mencionados del libro.*

*Temas de Salud Pública, Rodrigo Infante, Caracas 1987*

Hacer el bien en medicina es diagnosticar, y hacer un buen tratamiento a la parte biológica y psicológica del hombre, lo cual constituye el Acto Médico.

El sector salud se define como un conjunto de establecimientos públicos y privados que determinan una función dada, distribuidos en el subsector público, y el subsector privado.

En la Venezuela de 1997 trabajan 43.000 médicos, estudian 15-18.000 estudiantes de medicina, operan 12 escuelas de medicina, 10.000 plazas de postgrado, y existen 23.000 cargos públicos, más 7.000 en gobernaciones, lo cual suma 30.000 posiciones gubernamentales. Hay un índice de desempleo médico de 12%. La práctica privada absorbe el 11% de profesionales, entre práctica privada y salarios sube a 25-30% constituyendo los asalariados un 60% del total. El resto de los médicos son subcontratados, suplentes, explotados, o que no trabajan. Dr. Fernando Bianco, presidente de la Federación Médica octubre de 1997.

A partir de 1989 comienza un cambio significativo de la política social, enmarcado en un proceso de reforma global del estado venezolano, caracterizado por una reestructuración institucional, disminución del gasto público, descentralización y privatización.

De acuerdo a OCEPRE, el gasto público en salud representa un promedio del 11,5% (1993-1996) del presupuesto nacional y su participación en el Producto Interno Bruto sería de 2,5%. De esto el 76% del gasto corresponde a el MSAS y el IVSS; el 16% a las gobernaciones y el restante 7% al resto de los organismos del sector público. El gasto público en salud ha tenido una participación variable y decreciente en el presupuesto nacional, pasando del 18,8% en 1970 a tan solo el 8,9% del presupuesto nacional para 1995.

El consumo privado en salud de los hogares venezolanos se encuentra contabilizado dentro de “gastos diversos” como “gastos médicos y de hospitalización” y representan el 9,66% del consumo total de los hogares. Estos gastos médicos del total se discriminan así: por intervención quirúrgica 3,4%, por consultas 1,8%, por hospitalización 1,2%, el resto distribuido entre odontología, medicinas, equipos, laboratorio y otros paraclínicos. El consumo de los hogares en asistencia médica constituyo en promedio el 6,22% del PTI para el decenio 1985-95. De este promedio los estratos de mayores ingresos (cuartiles III y IV) representan el 4,96% del PTI.

El gasto total en salud constituye un promedio aproximado de 7,5-8,75% del PIB

## DESARROLLAR EL IMPORTANTE TEMA DE LA MIGRACIÓN DE LOS MÉDICOS VENEZOLANOS DURANTE EL SIGLO XXI

Agradezco a Copilot AI por la respuesta a la pregunta sobre la migración de los médicos venezolanos durante el siglo XX.

### La Migración de Médicos Venezolanos en el Siglo XXI

La migración de médicos venezolanos en el siglo XXI es un fenómeno complejo y significativo que ha tenido un impacto tanto en Venezuela como en los países receptores. A continuación, exploraremos algunos aspectos clave de este proceso:

#### 1. Causas de la Migración:

- La crisis económica, política y social en Venezuela ha llevado a una disminución de la calidad de vida y oportunidades laborales para los profesionales de la salud.
- Factores como la falta de insumos médicos, bajos salarios, inseguridad y deterioro del sistema de salud han impulsado a muchos médicos a buscar oportunidades en el extranjero.

#### 2. Destinos de los Médicos Venezolanos:

- Los destinos más comunes para los médicos venezolanos han sido países de América Latina, como Colombia, Perú, Chile y Ecuador.
- También se han registrado flujos hacia España, Estados Unidos y Canadá.

#### 3. Impacto en Venezuela:

- La emigración de médicos ha dejado vacantes en hospitales y centros de salud, afectando la atención médica local.
- La pérdida de capital humano capacitado ha debilitado aún más el sistema de salud venezolano.

#### 4. Desafíos para los Médicos Migrantes:

- La adaptación a nuevas regulaciones, idiomas y sistemas de salud en los países receptores puede ser un desafío.
- La validación de títulos y la revalidación de licencias médicas también son procesos complejos.

#### 5. Contribuciones de los Médicos Venezolanos en el Extranjero:

- A pesar de los obstáculos, muchos médicos venezolanos han demostrado su valía en sus nuevos países, contribuyendo al sistema de salud y la sociedad en general.

En resumen, la migración de médicos venezolanos es un tema relevante que refleja las dificultades y oportunidades que enfrentan los profesionales de la salud en un contexto de crisis. Es importante seguir estudiando este fenómeno para comprender sus implicaciones y buscar soluciones que beneficien tanto a los médicos como a las comunidades afectadas.

<sup>1</sup>: *Aproximación al proceso migratorio venezolano en el siglo XXI*. Hallazgos, vol. 16, núm. 32, pp. 1-20, 2019. [Enlace](#) <sup>2</sup>: *Diáspora: La transformación migratoria de Venezuela en el siglo XXI*. Medianálisis. [Enlace](#) <sup>3</sup>: *La migración de médicos en Venezuela*. PAHO. [Enlace](#)

## PREGUNTA: número de médicos migrantes

La migración de médicos venezolanos durante el siglo XXI ha sido un fenómeno significativo que ha afectado tanto a Venezuela como a los países receptores. A continuación, presento algunas estadísticas y aspectos relevantes:

### 1. Estimación General:

- [Se estima que al menos 42.000 médicos han emigrado de Venezuela debido a la crisis económica y social<sup>1</sup>](#).

### 2. Destinos Principales:

- Los destinos más comunes para los médicos venezolanos han sido países de América Latina, como Colombia, Perú, Chile y Ecuador.
- También se han registrado flujos hacia España, Estados Unidos y Canadá.

### 3. Especialidades Más Afectadas:

- Las especialidades más afectadas por la migración han sido la medicina general, la cirugía, la pediatría y la ginecología.
- La falta de insumos médicos y las condiciones precarias en los hospitales han llevado a muchos médicos a buscar oportunidades en el extranjero.

En resumen, la migración de médicos venezolanos ha tenido un impacto significativo en la profesión médica y en la atención sanitaria en Venezuela. [Es importante seguir monitoreando este fenómeno para comprender sus implicaciones y buscar soluciones que beneficien tanto a los médicos como a las comunidades afectadas<sup>23</sup>](#).

## CARACTERÍSTICAS DEL ACTUAL SISTEMA DE SALUD VENEZOLANO

- Financiamiento bajo del subsector público.
- Exceso de entidades públicas que operan de forma desintegrada, más inoperantes, poco eficientes y justos.
- Sector privado no controlado, disgregado, ineficientes y de alto costo, aumentando la iniquidad.
- Iniquidad
- Centralizado-desconcentrado (con excepción del MSAS que ha descentralizado 13 entidades federales)
- Gratuidad (?)
- Acceso
- Prioridades no reflejadas en la asignación del gasto público, políticas y estrategias no coherentes.
- Elevada rotación gerencial del subsector público consecuencia de los cambios de gobierno y dirección.
- Fuerte presencia gremial, sindical y partidista además de corrupción.
- Marco legal contradictorio.
- Cobertura de los servicios públicos no es cubierta por los intermediarios financieros (IVSS, Seguros privados, empresas del gobierno)
- Calidad cuestionada ya que no se cumplen estándares mínimos de calidad o acreditación para poder operar.
- Exceso de personal (Elevado peso de los gastos de personal sobre la estructura de costos interna y principalmente de baja calificación y productividad)
- Autogestión y autonomía hospitalaria
- Papel del gobierno central es muy amplio en desde la regulación y el financiamiento hasta la prestación y operación directa de los servicios públicos de salud.

La distribución del presupuesto del MSAS no favorece a las poblaciones con mayor dispersión y pobreza extrema (no tiene criterios de equidad).

Las prioridades Se deben establecer en base a las principales causas de morbilidad, mortalidad y años potencialmente perdidos; así como a la existencia de técnicas y procedimientos eficientes para prevenirlos o tratarlos.

CUADRO RESUMEN DE LOS SUBSECTORES PUBLICO Y PRIVADO

Subsector	Princ.Organismos	Financiamiento	Servicios	Cobertura
PUBLICO	MSAS IVSS IPASME Gobernaciones Alcaldías Sanidad Militar Ind. Petrolera (mixto)	-Presupuestos nacionales, estatales y municipales  -Partidas Ministeriales  -Cotizaciones trabajadores/empresas/gobierno  -2 a 3% PIB	-Política, Estadísticas y Regulación del sector. (MSAS)  -Salud Pública (MSAS)  -Med. Preventiva  -Med. Curativa	-65 a 90%  -Población rural, clases socioeconómicas baja y media.  -Cotizantes  <i>(Atiende a todos lo que demanden atención)</i>
PRIVADO	Clínicas Privadas Seguros privados; familiares y colectivos Filantrópico/Fundaciones Farmacias	-Privado  -Trabajador /compañía  -Compañías  -3 a 5% PIB  -9% Presup. hogar	-Casi exclusivo Med. Curativa	-10 al 35%  -Población socioeconómica a media y alta.  Seguros privados



## **REFORMA DEL SECTOR SALUD 1998**

### **-REESTRUCTURACION DEL MSAS Y DESCENTRALIZACIÓN.**

#### **ADMINISTRACIÓN SANITARIA**

**Profesor Alejandro Rísquez, revisión de 1998,**

#### **RAZONES DE LA REFORMA**

Fenómenos políticos, sociales y económicos mundiales han provocado cambios filosóficos, doctrinarios, políticos, económicos, sociales e institucionales en el mundo, que en principio han generado un proceso de desregularización, reforma y reingeniería que tratan de conducir hacia la globalización o mundialización. Ya la revolución informática e informacional había formulado la aldea mundial.

En Venezuela, el proceso de reforma del estado ha tenido expresiones: la elección directa y remoción de los Gobernadores y alcaldes, la reforma del régimen municipal, la elección de representantes por circuitos electorales, y la ley de Descentralización, la creación del Fondo Intergubernamental para la Descentralización.

#### **LA REFORMA DE LA SALUD EN VENEZUELA**

1. Perfil epidemiológico complejo y heterogéneo que ejerce una gran presión y demanda sobre todos los niveles de la red sanitaria.
2. Desintegración e incoherencia del sistema de servicios de salud, así como su baja equidad, accesibilidad, eficiencia, eficacia y limitada capacidad resolutive frente al perfil epidemiológico existente:

La reforma del sector surge entonces como una necesidad urgente para formular y ejecutar una política social que mejore el sector para lograr un mayor nivel de salud en los venezolanos.

#### **EL PROYECTO DE REFORMA BUSCA ADELANTAR CUATRO ESTRATEGIAS SIMULTANEAS:**

- La descentralización o transferencia de los servicios de salud.
- El fortalecimiento de la función normativa, reguladora y financiera del Estado Central -Ministerio de Salud- para lo cual se requiere que se construyan nuevas políticas públicas que regulen y redireccionen el sector.
- La modernización, fortalecimiento y reestructuración institucional del aparato estatal en materia de salud y de la red sanitaria. (Reestructuración del MSAS)
- El rescate del subsistema público de salud

#### **DESCENTRALIZACION**

La descentralización puede ser definida en términos generales como la transferencia de la autoridad, o la dispersión del poder, en la administración del nivel nacional al estatal y/o municipal. En la practica la descentralización ha tomado diferentes formas dependiendo en general de la voluntad e interés de las autoridades gubernamentales estatales y de las direcciones de salud.

La desconcentración es la entrega de la autoridad administrativa a las unidades estatales o distritales para el manejo de los recursos. Esta forma de entrega es considerada por algunos como un inicio de la descentralización, esta forma se ha aplicado en Venezuela desde los años 60.

Delegación implica la transferencia de la responsabilidad administrativa para funciones definidas que están fuera del control del gobierno central o en un sector diferente salud y que tienen autonomía y poco control por el Ministerio de Salud. Un ejemplo es el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Ipasmes, Sanidad Militar, etc.

Privatización implica la transferencia de la función gubernamental a organizaciones no gubernamentales o empresas privadas con un grado variable de control o regulación del gobierno.

## **FUNCIONES DE LA DESCENTRALIZACION**

- Legislativa
- Financiera
- Política
- Regulatorio o de control
- Planificadora o asignadora de recursos
- Operativa
- Intersectorial
- Coordinadora
- Entrenadora

En salud, no hay ley para la reforma. Tampoco un cuerpo normativo supletorio. Por ello, se utilizó un resquicio que abrió la ley de descentralización de competencias de prestación de servicios y los propios servicios de salud a las gobernaciones: **atención médica (hospitales y ambulatorios), asistencia social (PAMI, INN, INAGER) y saneamiento ambiental (vivienda rural, lucha contra endemias e ingeniería sanitaria).**

Se transfiere el presupuesto, los recursos humanos y los bienes e inmuebles.

El proceso de descentralización en el MSAS se inició inmediatamente después de aprobada la LOD en 1989. En 1990 y 1991 los gobernadores de los Estados Zulia, Falcón, Carabobo, Bolívar, Aragua y Anzoátegui hicieron las primeras solicitudes.

Se han firmado convenios de transferencia con 13 estados y se han firmado convenios de cogestión con 7 estados y el Distrito Federal.

### **El proceso de descentralización generó varias consecuencias:**

1. La reestructuración del nivel nacional para que asuma la competencia exclusiva de órgano político, normativo, y de control y con el cambio de la denominación por el MINISTERIO DE SALUD.
2. La creación de una sola Dirección Estatal de Salud con todos los servicios transferidos.

3. La necesidad de municipalizar algunos servicios de salud para fortalecer la descentralización y la participación de la sociedad civil.
4. La generación de una serie de mecanismos que garanticen el manejo de los tres niveles del poder público, gobierno central, estatal y municipal, que se han planteado así:
  - Lineamientos de la estructura y funcionamiento del Ministerio de Salud a los tres niveles.
  - Lineamientos de un Plan Nacional de Salud político, en el cual se ensamblará un Plan Estatal de Salud estratégico y coordinador; y Planes Municipales de Salud operativos.
  - Un sistema nacional de evaluación y supervisión para la reprogramación de planes y programas de educación continua para mejorar la gestión.

Las mayores dificultades de este proceso se han producida en las áreas de la administración de personal y en la adecuación de los procedimientos financieros contables.

**La situación actual podría resumirse en los siguientes puntos:**

- Desfase entre los avances del nivel estatal y del gobierno central
- Limitada capacidad política del MSAS para orientar el proceso
- Formas tradicionales de la toma de decisión
- Nuevos modelos de atención y gestión sin regulación y control

**REESTRUCTURACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL  
PAPEL RECTOR DEL MINISTERIO DE LA SALUD**

La reforma del sistema actual implica el diseño y reingeniería del sector para las nuevas funciones rectoras del MSAS, tales como:

- a. Conducción sectorial
- b. Regulación sectorial
- c. Responsabilidades en materia de aseguramiento
  - Definir los planes referenciales de cobertura básica
  - Vigilar el cumplimiento
  - Desarrollar la capacidad de compra de servicios privados
- d. Provisión de servicios de salud
- e. Financiamiento sectorial

**ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL MINISTERIO DE LA SALUD**

## NIVEL INTELIGENCIA

Visión

Objetivos

Políticas Sectoriales

Modulación

## NIVEL ESTRATÉGICO

Estrategias

Adecuación de Recursos a las Políticas

Coordinación

Control Corporativo de Gestión

Control gerencial

## NIVEL TACTICO

Normas y procedimientos

Fiscalización - Supervisión

Logística

## NIVEL OPERATIVO

Control Gerencial

Control de tareas

## **ESTRATEGIAS PROGRAMATICAS**

Utilizando los criterios de jerarquización: magnitud del problema, riesgo potencial, trascendencia y vulnerabilidad se establecieron las siguientes prioridades:

- PROGRAMA DE CONTROL DE ACCIDENTES
- PROGRAMA DE CONTROL DE CANCER

- PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
- PROGRAMA MATERNO-INFANTIL
- PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
- PROGRAMA DE SANEAMIENTO BÁSICO
- PROGRAMA DE CONTROL DE ALIMENTOS
- PROGRAMA DE CONTROL DIARREAS
- PROGRAMA DE SALUD DE LOS TRABAJADORES
- PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA CALIDAD DE VIDA
- PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y CONTROL DEL USO INDEBIDO DE DROGAS
- PROGRAMA DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES
- PROGRAMA DE FOMENTO Y RESTITUCION DE LA SALUD EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA
- PROGRAMA DE NUTRICION
- PROGRAMA DE PROMOCIÓN SOCIAL

***Referencias:***

***La Reforma de salud en Venezuela programa de Atención Integral a la Salud***

***Cuadernos para la reforma del Sector salud MSAS Proyecto Salud Vol. 1/No 1 1997***

***Reestructuración del MSAS agosto 1997***

***Descentralización Dr. Rondón Morales***

**PREGUNTA Copilot AI (21082024): El proceso de descentralización del sistema de salud en venezuela, evolución histórica y situación actual al 2024.**

**RESPUESTA**

**EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN VENEZUELA**

**La evolución histórica y el proceso de descentralización del sistema de salud en Venezuela han sido temas cruciales para la atención sanitaria en el país. A continuación, exploraremos estos aspectos:**

**1. Evolución Histórica del Sistema de Salud en Venezuela:**

- **Desde los inicios de la civilización, la organización social ha sido una necesidad inexcusable.**
- **En Venezuela, la evolución del sistema de salud comenzó con la creación de la Oficina de Sanidad Nacional a principios del siglo XX.**

- A lo largo del tiempo, se establecieron entidades como el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y, finalmente, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

## 2. Proceso de Descentralización:

- A finales de 1989, Venezuela inició un proceso de descentralización de los servicios de salud con la Ley de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público.
- La descentralización buscaba modernizar la estructura estatal y mejorar el acceso a los servicios públicos.

## 3. Situación Actual al 2024:

- Aunque la descentralización ha permitido innovaciones institucionales en algunos estados venezolanos, también ha enfrentado desafíos en la coordinación entre los niveles central, estatal y municipal.
- La dificultad para establecer líneas de trabajo conjunto puede afectar la independencia y eficiencia del sistema de salud.

En resumen, la evolución histórica y la descentralización del sistema de salud en Venezuela han sido procesos complejos que han influido en la atención médica y la gestión sanitaria en el país.

<sup>1</sup>: *Evolución histórica del sistema de salud en Venezuela y proceso de Descentralización*. Revista Portales Médicos. [Enlace](#) <sup>2</sup>: *Reforma y descentralización de la salud en Venezuela: Alcances, limitaciones y perspectivas*. Academia.edu. [Enlace](#)

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA VENEZOLANO DE SALUD	
1912	Creación del Servicio Público de Sanidad
1936	Creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
1944	Creación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y Promulgación de la Ley del Seguro Social obligatorio
1961	Aprobación de la Constitución Nacional que establece el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud
1983	Promulgación de la Ley Orgánica del Servicio Nacional de Salud
1989	Descentralización y transferencia de competencias de los servicios de salud a los estados
1999	Reestructuración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y creación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social
2000	Reforma en salud dentro del nuevo marco jurídico – político establecido en la Constitución
2002	Nueva Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social
2008	Decreto de Recentralización

[http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_dp/article/download/26874/144814492761](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_dp/article/download/26874/144814492761)

## PROPUESTA DE MEJORA AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Medicina  
Escuela de Salud Pública  
Doctorado de Salud Pública

# Propuesta de mejora al Sistema Publico Nacional de Salud(SPNS)

Caracas, marzo 2023

### Grupo 1

- Alejandro Riskey
- Mabel Saenz
- Raiza Toro
- Carlos Manresa
- Manuel Figuera
- Jose Chique
- David Forero
- Alicia Machado
- Rut Sanchez
- Teresa Ghedill
- Ediana Camargo
- Alvaro Gomez
- Angel Reyes
- Yeiby Gonzalez
- Virvalle Zea
- Glenis Urbina

## Objetivo

Reflexionar sobre algunos elementos del SPNS de Venezuela a la luz de la Teoría de los sistemas e incorporar propuestas para su mejoría

### Agenda

Definición del Sistema de salud  
Complejidad  
Revisión SPNS  
Puntos o hitos: Financiamiento  
Propuesta



## ¿Qué es un Sistema de Salud?

**Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud es una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población**

Promover, mantener o recuperar buena salud para individuos y poblaciones, incluyendo las necesidades de salud de personas con discapacidad



OMS. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Ginebra: OMS; 2000. ( ver <http://www.who.int/whr/2000/en/>).

Días, J. El Sistema de Salud en Venezuela [Internet]. Observatorio Venezolano de la salud. 2016cit[ed 2023 Feb 23]. Available from: <https://www.ovsalud.org/boletines/salud/e-lsistema-de-salud-en-venezuela/>



**El objetivo principal del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud es fortalecer los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud, apoyar la transformación de los sistemas nacionales de salud para mejorar la equidad y la resiliencia, fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS) y abordar las cuestiones pertinentes relacionadas con los recursos humanos a medida que los sistemas de salud avanzan hacia la Salud Universal.**

<https://www.paho.org/es/sistemas-servicios-salud>

## Los 4 pilares de los sistemas de salud (OMS)



3. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2022

## Gobernanza



Se ubica estratégicamente como habilitador de todas las demás funciones del sistema de salud.

El liderazgo y la gobernanza implican garantizar que existan marcos de políticas estratégicas y que se combinen con una supervisión eficaz, la formación de coaliciones, la regulación, la atención al diseño del sistema y la rendición de cuentas.

. Health systems governance [Internet]. Who.int. [cited 2023 Feb 23]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance>



Es la función que asegura que un sistema de salud tenga todos los insumos que necesita para operar.

Estos insumos incluyen trabajadores de la salud, dispositivos médicos, equipo médico, infraestructura, productos farmacéuticos, vacunas, consumibles y suministros médicos.

. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Genève, witzerland: World Health Organization; 2022



Constituye una función simple pero integral de un sistema de salud: recaudar y gastar dinero en atención médica.

Se divide en tres subfunciones (recaudación de ingresos, mancomunación de recursos y compra de bienes y servicios)

3. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2022



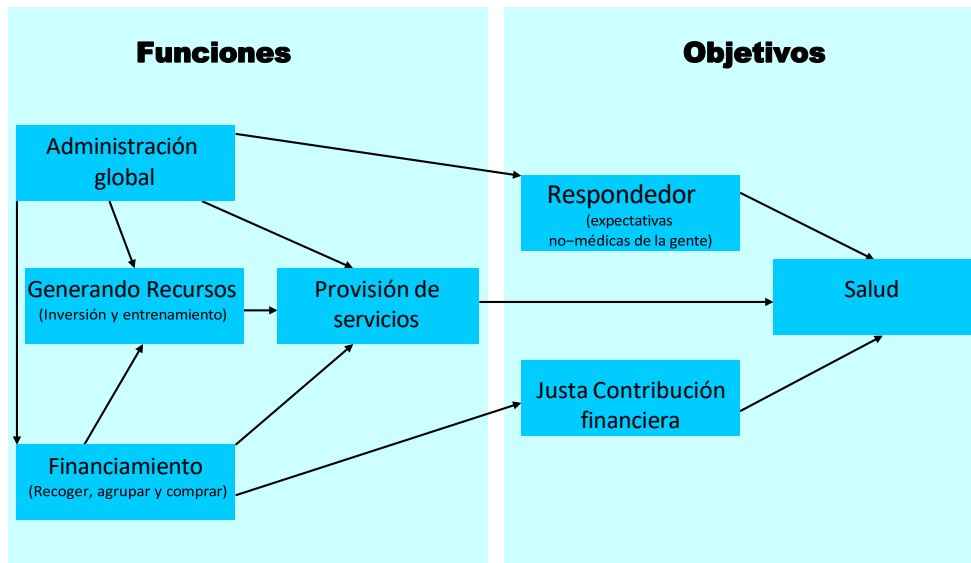
## Prestación de servicios

Está influida por la gobernanza, la financiación y la generación de recursos, e influye en ella.

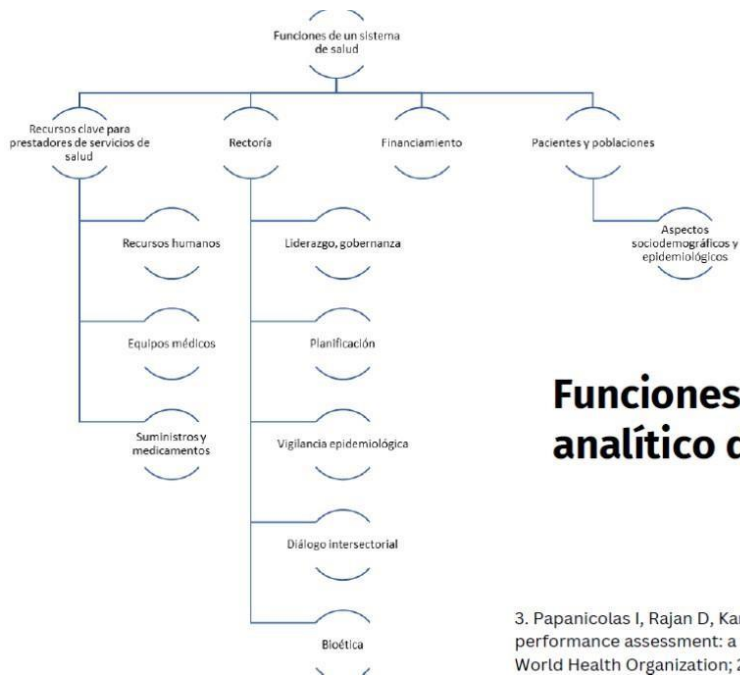
Distinguimos tres subfunciones. Salud pública, atención primaria y atención especializada.

3. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2022

### Relaciones entre funciones y objetivos de un Sistema de Salud



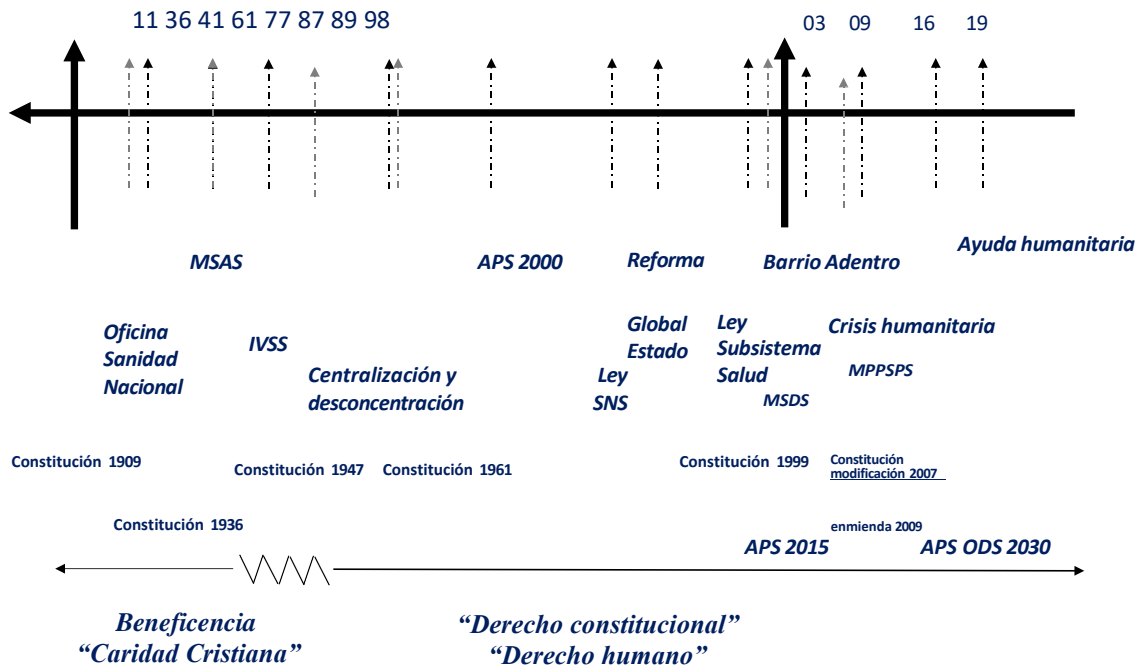
Fuente: Informe de salud Mundial 2000, OMS



## Funciones dentro del marco analítico de la OMS

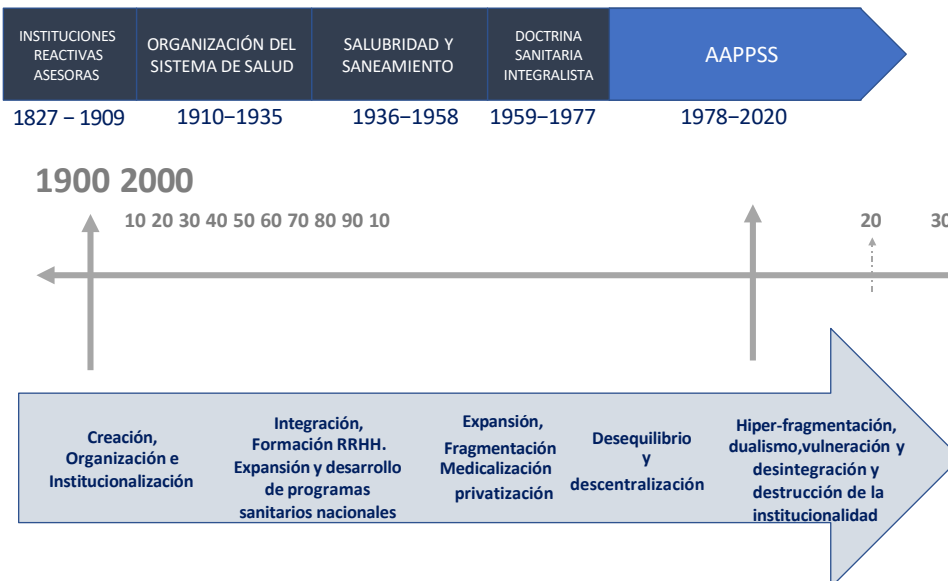
3. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2022

# EVOLUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD, VENEZUELA 1900 -2020



Alejandro Rísquez Parra. Conferencia grabada. Simposio: Avances y cambios en la salud pública venezolana durante el gobierno de transición del General Eleazar López Contreras hasta inicios del siglo XXI. **Desarrollo de la Salud Pública en Venezuela, 1936 hasta 2020.** Fundación Eleazar López Contreras. Casa de estudios de la historia de Venezuela “Lorenzo A. Mendoza Quintero”. 19 de febrero de 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=8Fa0CULK6TU&t=1194s>

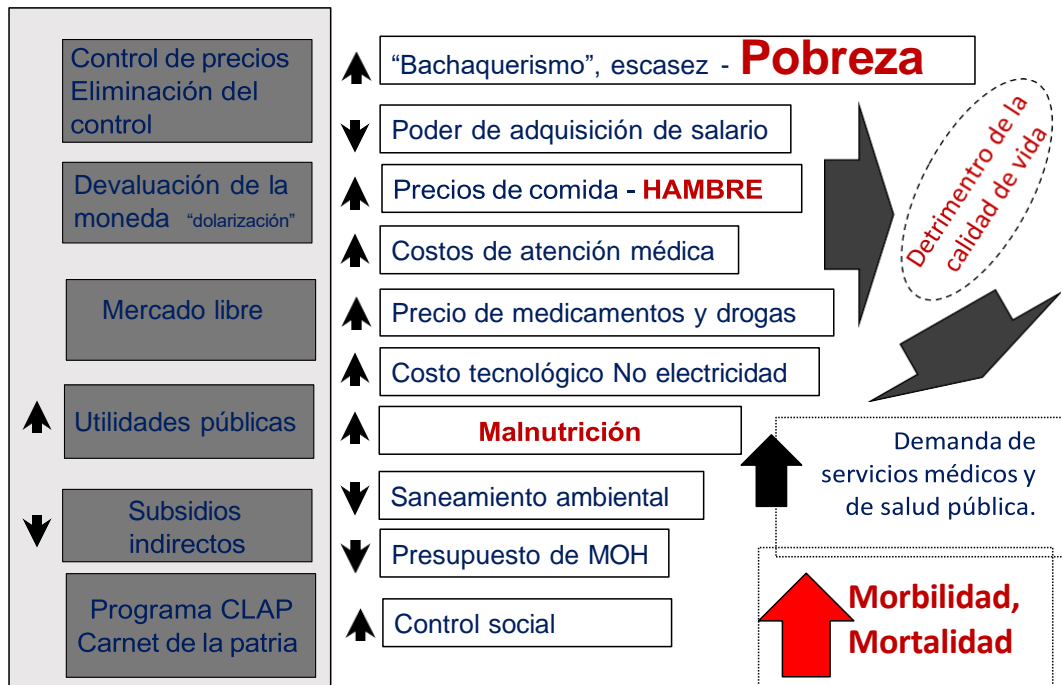
## POLÍTICAS DE SALUD, VENEZUELA 1900 . 2020



Alejandro Rísquez Parra. Conferencia grabada. Simposio: Avances y cambios en la salud pública venezolana durante el gobierno de transición del General Eleazar López Contreras hasta inicios del siglo XXI. **Desarrollo de la Salud Pública en Venezuela, 1936 hasta 2020.** Fundación Eleazar López Contreras. Casa de estudios de la historia de Venezuela “Lorenzo A. Mendoza Quintero”. 19 de febrero de 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=8Fa0CULK6TU&t=1194s>

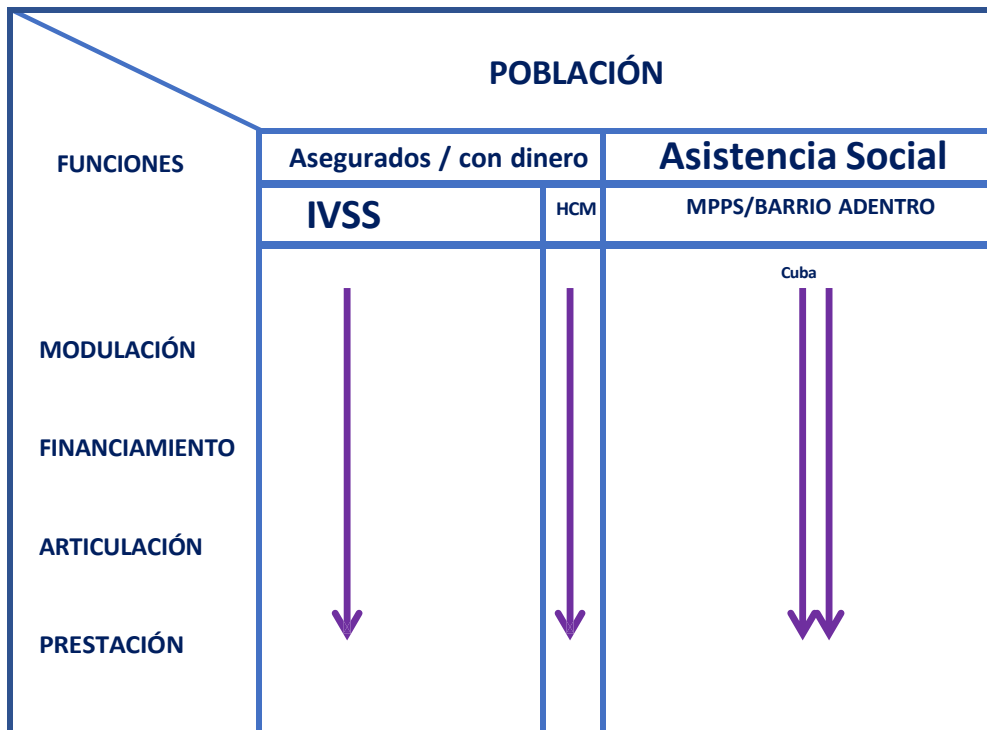
# SITUACIÓN ECONÓMICA Y DEMANDA DE SALUD 2012 -2020

## SOCIALISMO DEL SIGLO XXI



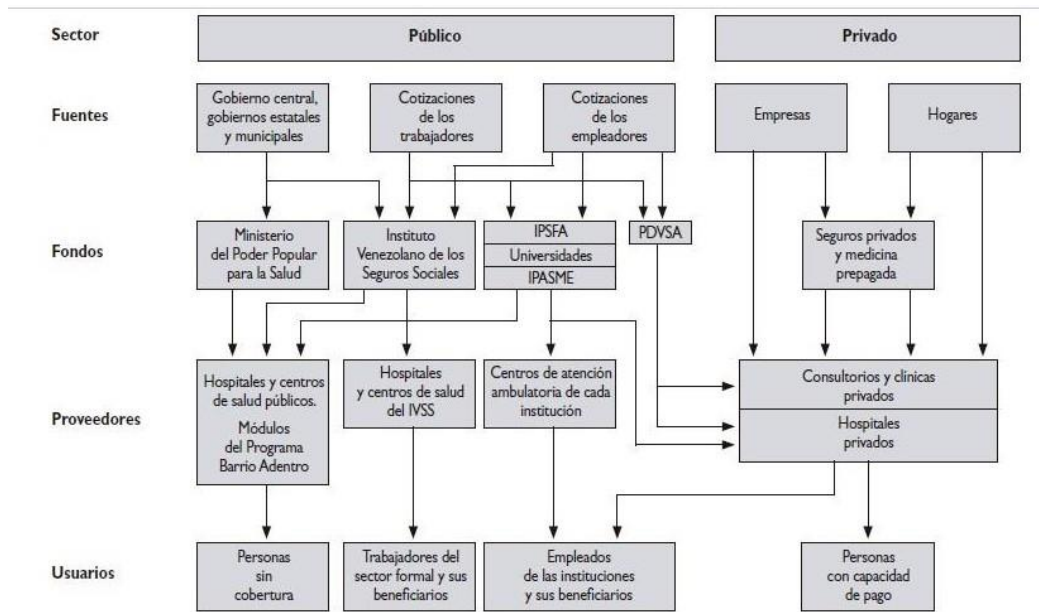
. MODIFICADO POR RÍSQUEZ DEL MSAS Proyecto Salud. Cuadernos para la reforma del Sector Salud. Vol 1/No. 1. 1997, Caracas Venezuela

## SISTEMA DE SALUD VENEZOLANO 2014- 2020



Adaptado por Rísquez del modelo segmentado de Londoño y Lozano.

## Complejidad del Sistema de Salud en Venezuela



IVSS: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales  
 IPASME: Instituto de Prevención y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes  
 IPSFA: Instituto de Prevención Social de las Fuerzas Armadas  
 PDVSA: Petróleos de Venezuela

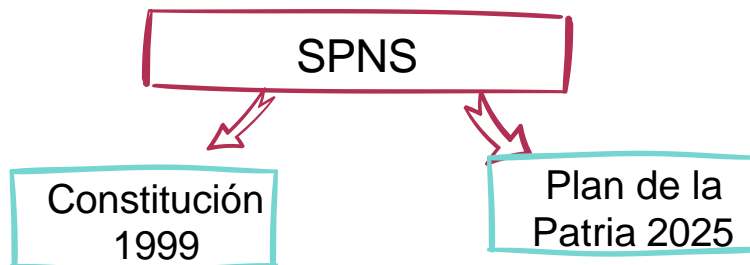
Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M. Sistema de salud de Venezuela. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S275-S286.



# Financiamiento

- El MS se financia con recursos del gobierno central, estados y municipios. El IVSS se financia con cotizaciones patronales, cotizaciones de los trabajadores y con aportes del gobierno. Ambas instituciones cuentan con su propia red de atención ambulatoria y hospitalaria.
- El IPASME, IPSFA y las universidades se financian con aportaciones de los empleadores y de los trabajadores. También cuentan con su propia red de establecimientos para atención ambulatoria, **pero contratan los servicios de hospitalización principalmente con el sector privado, a excepción del IPSFA que cuenta con su red de hospitales.**
- Las empresas públicas como Petróleos de Venezuela (PDVSA) **contratan servicios privados de salud.**
- El sector privado se financia con el pago directo de los usuarios al momento de recibir los servicios o a través del pago de primas de seguros de salud. La atención se ofrece en consultorios y clínicas privadas.

Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M. Sistema de salud de Venezuela. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S275-S286.



<b>Sistema Orgánicos</b>	<b>Normativo Nacional</b>	<b>OBSERVADO</b>	<b>PROPUESTA</b>
<b>Sistemas Mecánicos</b>	Sociedad/población/individuos Infraestructura:		
<b>Sistemas socioculturales</b>	Relaciones sociales - Decisiones-Control- Concencia _ autoconciencia	Observation	

Constitución  
1999  
Art 84

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá **la rectoría y gestionará** un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los **principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad**. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la **promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades**, garantizando **tratamiento** oportuno y **rehabilitación** de calidad. 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.

<b>Sistema Orgánicos</b>	<b>Normativo Nacional</b>	- Creación Rectoría y gestión  - Principios: gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad
<b>Sistemas Mecánicos</b>	Sociedad/población/individuos Infraestructura:	Intervenciones: Promoción de salud  Niveles de atención: Prevención, tratamiento, rehabilitación  Bienes y servicios
<b>Sistemas socioculturales</b>	Relaciones sociales - Decisiones - Control - Concencia _ autoconciencia	Comunidad organizada  Planificación  Control de política

Plan de la Patria 2025

- **2.3. Construir una sociedad igualitaria y justa garantizando la protección social del pueblo.**
  - 2.3.6. Asegurar la salud de la **población** desde la perspectiva de **prevención y promoción de la calidad de vida**, teniendo en cuenta **los grupos sociales vulnerables, etarios, etnias, género, estratos y territorios sociales**.
  - 2.3.7. Asegurar una **alimentación saludable**, una nutrición adecuada a lo largo del **ciclo de vida**, dando especial énfasis a la **lactancia materna**, en concordancia con los mandatos constitucionales sobre salud, **soberanía y seguridad alimentaria**, profundizando y ampliando **las condiciones que las garanticen**.

<b>Sistema Orgánicos</b>	Normativo Nacional	Objetivos estratégicos tiempo establecido
<b>Sistemas Mecánicos</b>	Sociedad/población/individuos Infraestructura:	Prevención y promoción de la calidad de vida  Población: Grupos: sociales vulnerables, etarios, etnias, género, estratos Territorios sociales Intervenciones:
<b>Sistemas socioculturales</b>	Relaciones sociales - Decisiones-Control- Conciencia _ autoconciencia	Sociedad igualitaria y justa

## Reflexiones

- Los lineamientos escritos y publicados de la constitución y el plan de la nación son estructuras completas con abordajes integrales
- **No obstante**
- En la aplicación, la realidad y lo tangible. ¿Cuál es la realidad del sistema publico nacional de salud? De lo escrito cual es la realidad?

Características y acontecimientos relevantes		Políticas	
Sistema de salud	Financiamiento	Financiamiento de la salud altamente privatizado. Gasto de bolsillo ( <i>out-of-pocket</i> ) entre los mayores del mundo. <b>Baja prioridad fiscal del sector salud.</b> Elevada vulnerabilidad del gasto en salud. Uso discrecional y opaco de fondos extrapresupuestarios.	Vacío legal -legislación que desarrolla el sistema de salud incompleta e inexistente. Formación de médicos integrales comunitarios. Importación pública de medicamentos y materia prima -restringida en años recientes. Proyectos para la construcción de fábricas de producción de medicamentos e insumos con convenios internacionales (China, Cuba, Colombia y Portugal) -incipientes o paralizados.
	Recursos humanos	Reducida disponibilidad de médicos. Elevada escasez de médicos en algunas especialidades. Deterioro de las condiciones laborales de los profesionales de salud. <b>Emigración de profesionales de salud.</b>	Nombramiento de un Estado Mayor de Salud -sin éxito. <b>Veto presidencial a la Ley Especial para atender crisis humanitaria en salud.</b>
	Prestación de servicios- medicamentos, vacunas y tecnologías	Crecientes listas de espera para cirugías. Reducida disponibilidad del número de camas por habitantes. Persistente escasez de medicamentos en la red pública y privada, así como de insumos médico-quirúrgicos. Inoperancia de gran parte de los servicios de diagnóstico.	

Carrillo A. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? Cad. Saúde Pública 2018; 34(3):e00058517

Características y acontecimientos relevantes		Políticas
Información sanitaria	Retrasos y omisiones en la publicación de información básica de salud. Acceso restringido a las estadísticas de la Misión Barrio Adentro.	
Cobertura, acceso a servicios y salud de la población	Aumento de la parcela de la población con seguro privado y afiliada a la seguridad social. Mitad de la población depende exclusivamente del deteriorado sistema público de salud. Aumento de la mortalidad materna e infantil. Retrocesos en la cobertura de inmunizaciones. Reaparición de enfermedades erradicadas y controladas. Repunte de enfermedades endémicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento casos Paludismo</li> <li>• Coberturas de SRP1 en 68%</li> <li>• Casos de difteria</li> </ul>

CLAP: Comités Locales de Abastecimiento y Producción; FANB: Fuerza Armada Nacional Bolivariana; PIB: Producto Interno Bruto.  
Fuente: elaboración propia.

Carrillo A. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? Cad. Saúde Pública 2018; 34(3):e00058517

# Propuesta

- Mejoría de un sistema en busca de Salud, no de ausencia de enfermedad
- Sistemas sociales son complejos y sus estructuras deben ir acorde a contextos actuales
- Aporte de teorías contemporáneas e innovadoras

<b>Sistema Orgánicos</b>	Normativo Nacional	Ley de salud Políticas: promotoras de salud Conciencia autoconciencia sobre el autocuidado,cuidado mediambiental
<b>Sistemas Mecánicos</b>	Sociedad/población/individuos Infraestructura: Tecnología sanitaria Financiamiento	Salud bienestar Salud en positivo Sustentabilidad Resiliencia
<b>Sistemas socioculturales</b>	Relaciones sociales- Decisiones-Control- Conciencia _ autoconciencia	Resiliencia Tolerancia

# Sistema Publico Nacional de Salud

- Rector y gestión: Estado o Gobierno? Quien en realidad
- Gobierno, utilizar la ejecución de actividades, estrategias, implementación de programas, proyectos como vía de propaganda política
- Mejoría:
- Fortalecer la visión y acción del Estado

# Sistema Publico Nacional de Salud

- Características:
  - Intersectorial
  - Descentralizado
  - Participativo
  - Integrado al sistema de seguridad social
- Mejoría:
- Coordinar acciones con diferentes sectores, centrado en el trabajo de cada sector basado en los determinantes sociales de la salud (alimentación, bonos dinerarios, ayudas con recursos sanitarios, jornadas y operativos intersectoriales de educación sanitaria en la práctica, y saneamiento ambiental. Incorporar a los consejos comunales con asesoría técnico-logística. Sumar al IVSS y los Comité laborales, y trabajadores (sindicatos, gremios, asociaciones, y otros)

# Sistema Publico Nacional de Salud

- Principios:
  - Gratuidad
  - Universalidad
  - integralidad
  - equidad
  - integración social
  - solidaridad.
- Mejoría:
- Financiamiento debe derivarse de otros ámbitos públicos, asignación nacional, estatal y municipal, a partir de impuestos sanitarios que pueden redundar en mejores recursos y servicios.

Prioridad

Promoción de la salud

Prevención de las enfermedades

Garantizando tratamiento oportuno

Rehabilitación de calidad.

- Mejoría:
  - Incorporación de enfoques de salutogenesis en la planificación de los servicios y programas de salud, la promoción de la salud desde los determinantes sociales de la salud y no únicamente educación para la salud



Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados.

- **Mejoría:**
- Incorporar metodología de los activos de salud, para fortalecer los recursos y capacidades de resiliencia de las comunidades.

- 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.
- **Mejoría:**
- Incorporar metodología de los activos de salud, para fortalecer los recursos y capacidades de resiliencia de las comunidades.

## RECURSOS HUMANOS. ¿Qué hacer?

- Integrar las UNIVERSIDADES AUTÓNOMAS Y EXPERIMENTALES para la formación más normatizada y clave en la salud pública, clínica y ciencias de la salud conexas.
- Auspiciar los cargos con salarios dignos y buenas condiciones y medio ambiente de trabajo para los profesionales de la salud.
- Incentivos para los profesionales de la salud en módulos de atención zonas populares, rurales y dispersas.

# Investigación

- ¿Cómo generar nuevos conocimientos?
- **Desvinculación de la actividad administrativa y asistencial con la actividad científica**
- **Mejoria:**
- Inclusión de la promoción y ejecución de la investigación, incorporando todos los sectores, y ámbitos de la sociedad.

Don Mariano Picón Salas, dijo que el siglo XX en Venezuela comenzó en el 1936, desde el punto de vista sanitario, para muchos estaba en lo cierto.

Considero que el sistema de salud pública venezolano no ha salido del siglo XX y no ha iniciado sanitariamente aún el siglo XXI para el año en curso 2020.

A. Rísquez–

## **Sistema de salud RESUMEN DE PRESENTACIÓN DEL GRUPO DE SPV 2023-2024, en febrero de 2024.**

**Br. Campos, Cristina. Ledezma, Carleana. Materano, Norbelis. Palacios, Ali. Roa, Yuanny.**

**Profesor: Dr. Risquez, Alejandro.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud (SS) es una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinadas a mantener y mejorar la salud de la población. Suele identificarse como establecimientos de atención médica. Su objetivo es promover, mantener o recuperar buena salud para individuos y poblaciones, incluyendo las necesidades de salud de personas con discapacidad. Los principios de este sistema son que ha de contribuir a mejorar la salud de toda la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios y ser sostenible financieramente.

De esta forma, un sistema de salud contiene al menos los siguientes aspectos:

- **Financiamiento**, el cual identifica, administra y asigna recursos financieros para los gastos que implica su funcionamiento.
- **Prestación de servicios**, que obedecen a la manera en que tal sistema ha sido definido y a la forma en que se financia.
- **Rectoría**, que alude al organismo de orden superior que dicta normas y establece procedimientos acordes con los avances de la ciencia y en concordancia con su legitimidad.

### **Funciones y objetivos de un sistema de salud según la OMS:**

La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la salud. Esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población, por lo que se debe contar con un sistema de salud universal y efectivo. Sin embargo, en ocasiones se puede proteger o mejorar la salud promedio de la población atendiendo de manera desproporcionada las necesidades de ciertos grupos privilegiados. Esto no es deseable. El sistema de salud, por lo tanto, tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones. En este sentido el sistema de salud debe ser también equitativo en la distribución de los recursos. Así como también debe ser flexible para así poder dar respuesta a las nuevas

necesidades que se vayan presentando.

### **Los 4 pilares de los sistemas de salud (OMS)**

- **Gobernanza**: garantizar que existan marcos de políticas estratégicas y que se combinen con una supervisión eficaz, la formación de coaliciones, la regulación, la atención al diseño del sistema y la rendición de cuentas.

- Generación de recursos: asegura que un sistema de salud tenga todos los insumos que necesita para operar. Estos insumos incluyen trabajadores de la salud, dispositivos médicos, equipo médico, vacunas, infraestructura, productos farmacéuticos, consumibles y suministros médicos.
- Financiamiento: recaudar y gastar dinero en atención médica. Se divide en tres subfunciones (recaudación de ingresos, mancomunación de recursos, y compra de bienes y servicios)
- Prestación de servicios: tiene tres subfunciones: Salud pública, atención primaria y atención especializada. Se distingue el acceso, la eficacia, la seguridad, la experiencia del usuario.

### **Históricamente la medicina venezolana del siglo XX al siglo XXI la podemos dividir en 7 etapas:**

1. Etapa Gomecista (1909 -1935): caracterizada por el auge petrolero y una Venezuela monoprodutora. Además también por el inicio de las campanas de salud
2. La etapa que coincide con la Segunda Guerra Mundial (1936-1945): caracterizada por la lucha contra el paludismo y por el retorno al país de médicos venezolanos que serían los creadores de instituciones de salud necesarias para avanzar. También se intensifica la lucha contra las enfermedades endémicas
3. Etapa de división de hospitales (1946-1950): se creó la División de Hospitales y se retomó el compromiso de desarrollar una red pública hospitalaria. En la Constitución de 1947, se consagró por primera vez el derecho a la salud y su responsabilidad por parte del Estado.
4. Etapa del General Marcos Pérez Jiménez: dónde destaca la disminución de la tasa de mortalidad y las contribuciones en infraestructura de hospitales.
5. Inicio de la democracia en Venezuela con Rómulo Betancourt: En Venezuela se desarrollaron programas para combatir el Mal de Chagas y la malaria, incluyendo el Programa de Vivienda Rural y la campaña antipalúdica con Arnaldo Gabaldón. Estos esfuerzos permitieron que Venezuela se convirtiera en un referente mundial en la lucha contra la malaria.
6. El Modelo Curativo: Expansión Hospitalaria (1963-1998) se destaca la medicina con un modelo curativo pasando la prevención a un segundo plano, la expansión hospitalaria y la creación de instituciones privadas de salud. Por último también se crea la ley de seguro social obligatorio.
7. La Revolución Bolivariana (1999-2023): aparece como necesaria una reforma de sistema de salud, querían garantizar la salud como un derecho fundamental regular, "fiscalizar" el funcionamiento y financiamiento del sector de salud. Intentar desaparecer el IVSS el cual era la institución más corrupta del país.

En la actualidad el plan de la patria planteado por el gobierno de turno consiguió una mala administración y debilitamiento del sistema de salud, haciendo que el mismo tuviera un sistema paralelo (misión barrio adentro) que le roba recursos (presupuesto, insumos, infraestructura).

Para el año 2022 podemos decir que el sistema de salud es: Poli-fragmentado, monosectorial, poco integrado en la Seguridad Social y con mecanismos para la asignación de recursos económicos basados en criterios políticos, sin planificación y a voluntad presidencial. Además de

presentar un déficit en: Ausencia de Marco legal, ausencia de recursos humanos y ausencia de recursos financieros.

Planteándose un reto para rescatar el sistema nacional de salud pública, dónde es imprescindible la eliminación de la fragmentación del financiamiento y la prestación de servicios. Por último, también es prácticamente obligatorio para recuperar el sistema nacional de salud, tratar solventar todos los déficits antes mencionados

#### Referencias:

Días, J. El Sistema de Salud en Venezuela [Internet]. Observatorio Venezolano de la salud. 2016 [cited 2024 Feb 18]. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/boletines/salud/el-sistema-de-salud-en-venezuela/>

Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2022

Health systems governance [Internet]. Who.int. [cited 2023 Feb 23]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance>

Benítez, G. Evolución histórica del Sistema Nacional de Salud venezolano (1909-2023). Revista Digital de Postgrado (2023): Vol. 12 Núm. 2

## LÁMINAS PRESENTACIÓN: ADMINISTRACIÓN SANITARIA - GERENCIA EN SALUD

Asignatura SALUD PÚBLICA V  
Cátedra de Salud Pública  
Prof. Alejandro Rísquez  
Año 2023



**ADMINISTRACIÓN SANITARIA - GERENCIA EN SALUD**  
06 de noviembre de 2023

### AGENDA



1. Gerencia en salud
2. Salud Pública y sus funciones
3. Inteligencia en Salud
4. Herramientas gerenciales y epidemiológicas

#### MODULO SOBRE EPIDEMIOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (GERENCIA)

La salud es un derecho fundamental del ser humano sin distinción alguna, reconocido como derecho social en el plano internacional.

Por tanto, cuando realizamos acciones sanitarias, estamos actuando en lo social y brindando servicios sociales a los usuarios de estos.

En este contexto, la *gerencia social* aparece como un campo de acción (o práctica) y de conocimientos, estratégicamente enfocado en la promoción del desarrollo social, cuya tarea consiste en garantizar la creación de valor público por medio de la gestión, contribuyendo a la reducción de la pobreza y la desigualdad, así como al fortalecimiento de los estados democráticos y de la ciudadanía.

## LAS HABILIDADES ESPECÍFICAS REQUERIDAS PARA SER UN GERENTE DE LA SALUD

- **Habilidades de liderazgo**
- **Habilidades de comunicación**
- **Habilidades de planificación y organización**
- **Habilidades de gestión de personal**

### La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986)

“para alcanzar el completo bienestar físico, mental y social, el individuo y la población deben estar en capacidad de identificar y realizar aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar o adaptarse al ambiente”.

- ✓ La salud es un recurso para la vida cotidiana y no el objetivo de vivir.
- ✓ La salud ofrece un significado para el bienestar y, con ello, para el desarrollo humano.



Módulos de principios de epidemiología...  
<https://www.easp.es/blogmsp/2017/10/29/la-carta-de-ottawa-el-salto-hacia-el-cambio-de-paradigma-o-una-utopia/>

**Las metas en “salud pública”**, bajo esta perspectiva, se pueden resumir en las siguientes cuatro:

- Salud para todos (Equidad)
- Calidad (mejorar el bienestar)
- Longevidad (evitar las muertes prematuras)
- Sumar salud a la vida (reducir la enfermedad)



Módulos de principios de epidemiología...  
<https://www.easp.es/blogmsp/2017/10/29/la-carta-de-ottawa-el-salto-hacia-el-cambio-de-paradigma-o-una-utopia/>



## Salud pública

“El arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad”

Organización Mundial de la Salud



### Las once funciones esenciales de la salud pública (FESP) para la Región de las Américas:

Las once funciones esenciales que los sistemas de salud deberían observar se basan en **evaluar el estado de salud de la población y los factores de la mala salud, desarrollar políticas** para fortalecer los sistemas de salud y **abordar los determinantes**, asignar los recursos necesarios, y garantizar el acceso a todas las intervenciones y servicios de salud pública.

Como novedad, las funciones esenciales se enmarcan como capacidades institucionales que los países deberían fortalecer para una apropiada formulación de acciones de salud pública. Asimismo, se asume un rol de participación de la sociedad civil y actores claves como parte del proceso de desarrollo de políticas, y no se los limita a ser facilitadores de la prestación de servicios. También, asumen más relevancia las intervenciones intersectoriales que abordan los determinantes sociales de la salud.

- Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud;

- la vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias;
- promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud;
- formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población;
- participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia;
- desarrollo de recursos humanos para la salud;
- asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces;
- financiamiento de la salud eficiente y equitativo;
- acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad;
- acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; y
- gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.





### ADMINISTRACIÓN SANITARIA

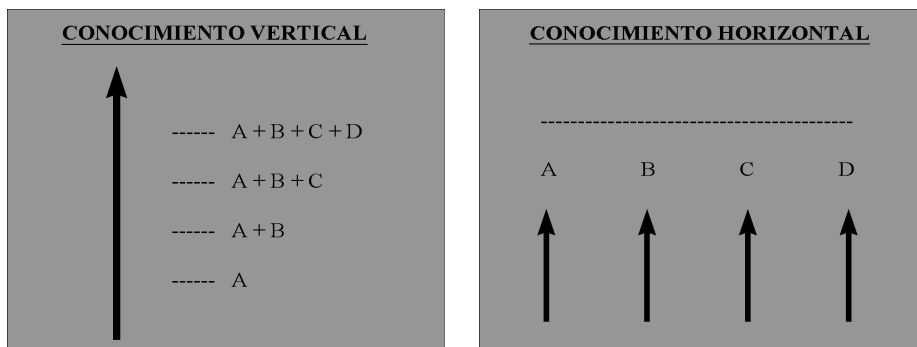
“La administración es el proceso mediante el cual se supervisa la producción de los servicios”.

### INTELIGENCIA EN SALUD = EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología provee mucho de los elementos necesarios para la administración y planificación de los servicios de salud, y para su evaluación.

*“Gerencia es lograr que las cosas se hagan”*

### TIPOS DE CONOCIMIENTOS USADOS EN EL ESTUDIO DE LA GERENCIA



LOS PROBLEMAS GERENCIALES O ASUNTOS CLAVES PUEDEN CONTENER ELEMENTOS DE AMBOS TIPOS DE CONOCIMIENTO, AUNQUE EN GENERAL SON HORIZONTALES.

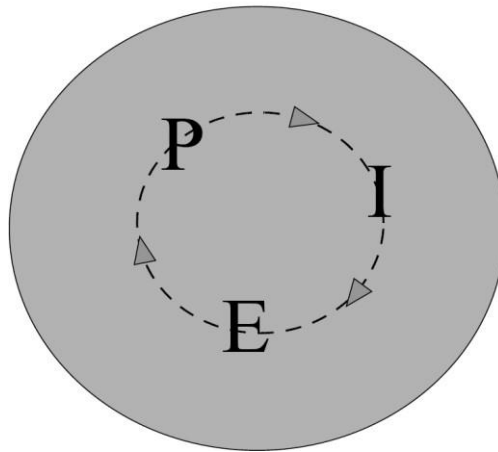
## EL ENFOQUE FUNCIONAL; ANALIZA EL TRABAJO EN TÉRMINOS DE FUNCIONES DE ACTIVIDAD.

- **PLANIFICAR;** Función principal, significa en esencia, decidir anticipadamente lo que se desea hacer, determinar un curso de acción para el futuro.
- **ORGANIZAR:** La forma de relacionar personas y cosas de manera tal que se combinen en una unidad tendiente al logro de los objetivos inherentes a la organización.
- **DIRIGIR:** Es realizar el trabajo necesario por medio de impartir órdenes, supervisar, conducir, motivar y comunicar.
- **COORDINAR:** Es el acto de reunir y sincronizar personas y actividades para que funcionen armoniosamente en el logro de los objetivos organizacionales.
- **CONTROL:** Es la regulación de las actividades de acuerdo con los requerimientos de un plan. Consiste en evaluar y corregir las acciones de una organización para asegurar el logro de sus objetivos.



Estructura jerárquica.  
Enfoque de gestión funcional.

## FUNCIONES DE LA GERENCIA EN SALUD – OMS



## EL ENFOQUE DE PROCESO

- **PROCESO TÉCNICO:** Especifica las acciones que se pueden poner en práctica.
- **PROCESO ADMINISTRATIVO:** Posibilita la realización de dichas acciones y se ocupa de los métodos para lograrlas.
- **PROCESO POLÍTICO:** Se encarga de hacer lo necesario para lograr los objetivos de la organización, es decir, movilizar el apoyo que esas acciones requieren



Estructura enfocada en gestión por procesos.

## PRINCIPALES DIFERENCIAS DEL ENFOQUE DE LA GESTIÓN

	Gestión funcional	Gestión por procesos
<b>Enfoque</b>	Organización de la empresa en departamentos funcionales como finanzas, recursos humanos, marketing, etc.	Identificación y mejora de los procesos clave que son críticos para la entrega de productos o servicios a los clientes.
<b>Orientación</b>	Orientada a las estructuras y los departamentos internos de la empresa.	Orientada a los clientes y al entorno externo de la empresa.
<b>Comunicación</b>	Tiende a ser más interna y a fomentar la comunicación formal entre los departamentos.	Tiende a ser más externa y a fomentar la comunicación entre los procesos y los clientes.
<b>Eficiencia</b>	Se enfoca en la eficiencia de los departamentos internos.	Se enfoca en la eficiencia de los procesos clave que son críticos para la entrega de productos o servicios a los clientes.

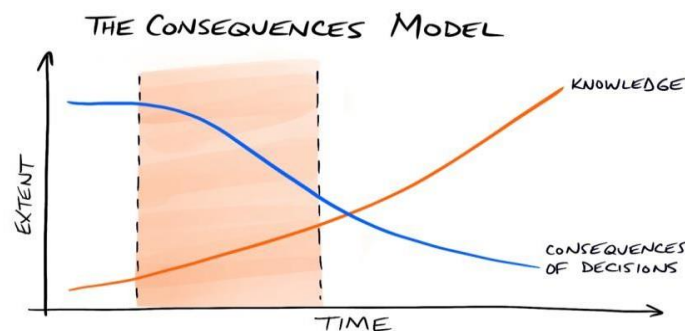
<https://www.immedi.com/que-es-gestion-funcional-vs-gestion-por-procesos-aplicacion-que-va-derivando-origen-subordinadas>

CUALQUIERA SEA EL ENFOQUE ADOPTADO, LO QUE UNE LAS FUNCIONES O LOS SUBPROCESOS ES

**LA TOMA DE DECISIONES,**

LA ESENCIA MISMA DE LA ADMINISTRACIÓN.  
MÁS AÚN, LAS DECISIONES SIEMPRE SE TOMAN SOBRE LA BASE DE LA "INFORMACIÓN".

Tiempo de toma de las decisiones en SP y gerencia médica  
«la oportunidad»



En muchas ocasiones en medicina se toman decisiones sin suficiente evidencia

Krogerus, M. & Tschappeler, R. (2017). *The Decision Book*. (J. Piening, Trans). New York: W.W. Norton. (Original work published 2012).

## LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD PÚBLICA

**Evidencia = Técnico**

**Valores = Político**

**Recursos = Administrativo**

**“La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en una escala más amplia”**



Rudolf Virchow (1821-1902)

**„Más le temo a la pobreza que al bacilo de Koch.“**

<https://biopolitica.net/2018/12/11/virchow-medicina-social-como-biopolitica/#:~:text=La%20medicina%20social%20como%20forma%20de%20biopa%C3%ADtica,-Fecha%3A%2011%20diciembre&text=En%20tanto%20que%20la%20enfermedad,comprometerse%20en%20la%20ocasi%C3%B3n%20pa%C3%ADtica.>

### NIVELES DE PLANIFICACIÓN EN SALUD:

- \* NIVEL NORMATIVO O DE PLANIFICACIÓN DE POLITICAS
- \* NIVEL ESTRATÉGICO O DE PLANIFICACIÓN GLOBAL
- \* NIVEL TÁCTICO-OPERATIVO O DE PROGRAMACIÓN



Correspondencia entre la planificación y la administración

El proceso de planificación	Administración	
	Enfoque funcional	Enfoque de proceso
Identificación de problemas	Planificación	Técnico
Determinación de prioridades		Administrativo
Objetivos		y
Actividades		Político
Coordinación	Organización Dirección Coordinación	
Evaluación	Control	Técnico

La EPIDEMIOLOGÍA contribuye en cada uno de los pasos de la planificación en salud



## PASOS EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

Identificación de necesidades y problemas	
Determinación de prioridades	Planificación de programas
Objetivos	
Actividades	
Mobilización y coordinación de recursos: financieros, tecnológicos y humanos	
Evaluación	

Planificación Integral

PRINCIPIOS Y HERRAMIENTAS EPIDEMIOLÓGICAS



## PASOS EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD 1/2

### PASO 1. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y PROBLEMAS

La necesidad está condicionada por juicios de valor y por el marco de salud dentro del cual se describe.

Tres enfoques distintos para determinar necesidades;

- I. **ENFOQUE POR INDICADORES**
  - I. De salud: estadísticas sobre expectativas de vida, mortalidad, morbilidad y discapacidad.
  - II. Sociales: edad, sexo, educación, étnicos, vivienda, trabajo y alimentación.
  - III. Extrapolación o suposición: dependen de la aplicabilidad y muestra.
- II. **ENFOQUE POR ENCUESTAS:**
  - I. Análisis de la utilización,
  - II. Porcentaje de tratamiento,
  - III. Infraestructura de servicio y mano de obra y
  - IV. Encuestas tipo.
- III. **ENFOQUE ORIENTADO A LA BÚSQUEDA DE CONSENSO:**
  - I. Foro comunitario
  - II. Grupo nominal
  - III. Informantes clave
  - IV. Técnica delphi
  - V. Impresiones de la comunidad



## PASOS EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD 2/2

### PASO 2. DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES

Magnitud de la pérdida, la vulnerabilidad y la trascendencia.

### PASO 3. FIJACIÓN DE OBJETIVOS

Deben ser cuantificable y tener tiempos.

### PASO 4. ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DE OBJETIVOS

Identificar y asignar los recursos necesarios para las actividades o servicios.  
Análisis costo-beneficio de las alternativas

### PASO 5. MOVILIZACIÓN, COORDINACIÓN DE RECURSOS

Mayoría de las funciones de la administración.

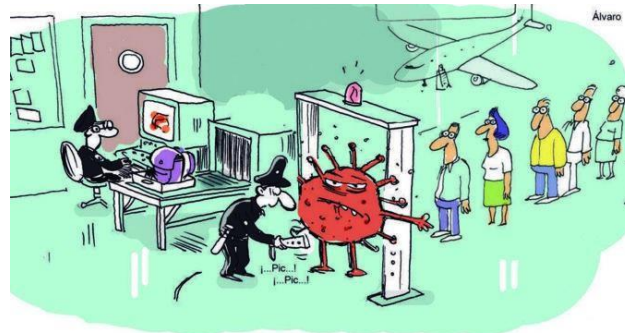
### PASO 6. EVALUACIÓN.

Evaluación financiera, de indicadores de salud y médicos del proceso y de resultados e impacto.



## PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

### MAGNITUD - TRASCENDENCIA - VULNERABILIDAD



## PRINCIPALES ETAPAS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN SP Y MEDICINA



MEDICINA  
BASADA - EVIDENCIA

SALUD PÚBLICA  
BASADA - EVIDENCIA



## DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN Y EVIDENCIA CIENTÍFICA



[https://www.researchgate.net/figure/Piramide-de-evidencia-de-los-disenos-de-investigacion-Los-disenos-que-están-más-arriba\\_fig4\\_283281075](https://www.researchgate.net/figure/Piramide-de-evidencia-de-los-disenos-de-investigacion-Los-disenos-que-están-más-arriba_fig4_283281075)

## DECISIONES Y COSTO EN SALUD Y MEDICINA

**El número de decisiones de SP es grande e influye a grupos de pacientes y comunidades.**

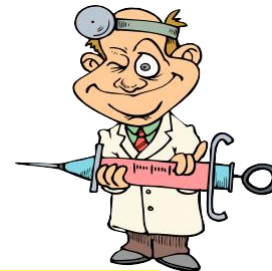
**El número de decisiones clínicas es inmenso, no solo por el volumen de pacientes sino porque cada paciente implica múltiples decisiones.**

**El volumen y la intensidad de la práctica clínica constituye el principal factor en el incremento del costo de los servicios de atención médica**



## ¿ POR QUÉ ENFOCARSE EN LA TOMA DE DECISIÓN?

IMPORTANCIA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA /  
EPIDEMIOLOGÍA



**Las decisiones Clínicas y de Salud Pública tienen una influencia directa en el costo de la provisión de los servicios de salud, en especial de los asistenciales.**

**LA TOMA DE DECISIONES  
BASADAS EN LA EVIDENCIA REQUIERE:**



- ✓ **El desarrollo de habilidades administrativas.**
- ✓ **La promoción de ambientes conducentes al uso del abordaje**
- ✓ **El reconocimiento de la necesidad de retomar decisiones a la luz de los nuevos conocimientos**

**LA EPIDEMIOLOGÍA FUNDAMENTO  
DE LA SP BASADA EN LA EVIDENCIA**

**SALUD PÚBLICA BASADA EN LA EVIDENCIA**

**+**

**CALIDAD EN LA GESTIÓN**

**=**

**MÁXIMO BENEFICIO EN SALUD  
AL MÁS BAJO RIESGO Y COSTO**



**Departamento Medicina  
Preventiva y Social  
Escuela Luis Razetti, Facultad de  
Medicina, UCV**

**Salud y agradecimiento, muchas gracias!**

**Alejandro Rísquez Parra**

Profesor Titular / Médico pediatra epidemiólogo  
Jefe del Departamento Medicina Preventiva y Social  
Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, UCV  
Epidemiólogo del Hospital Ortopédico Infantil  
Director de Vacuven  
[risqueza@gmail.com](mailto:risqueza@gmail.com)

**COMPILACIÓN: TEMAS DE SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN:** clases magistrales de profesores invitados, personales o las exposiciones de los estudiantes a disposición en digital o Classroom de los años anteriores para preparar nuevos materiales de clase y o revisar temas de interés.

*La siguiente compilación de las presentaciones realizadas entre enero y febrero de 2024 fue realizada por Daniela Nieto, Daniella Vilachá, María Morantes, Anastasia Miquilarena y Lissette Morales, como colaboración con el Departamento de Medicina Preventiva y Social y la Cátedra de Salud Pública en la asignatura Salud Pública V, los preparadores de la cátedra Víctor Rivas y Christian Guerrero, y el profesor de la asignatura Dr. Alejandro Rísquez.*

*En documento adjunto.*

# One Health

“Una sola salud” es un enfoque integrador y unificador que tiene como objetivo equilibrar y optimizar de manera sostenible la salud de las personas, los animales y los ecosistemas.

En él se reconoce que la salud de los seres humanos y la salud de los animales domésticos y salvajes, las plantas y el medio ambiente en general (incluidos los ecosistemas) están estrechamente vinculadas y son interdependientes.

El enfoque moviliza a múltiples sectores, disciplinas y comunidades en diferentes niveles de la sociedad para que trabajen juntos con el fin de fomentar el bienestar y hacer frente a las amenazas para la salud y los ecosistemas, al tiempo que aborda la necesidad colectiva de agua, energía y aire limpios y alimentos inocuos y nutritivos, actúa contra el cambio climático y contribuye al desarrollo sostenible.

## Principios

1. Equidad entre sectores y disciplinas.
2. Paridad sociopolítica y multicultural (la doctrina de que todas las personas son iguales y merecen los mismos derechos y oportunidades) e inclusión y participación de las comunidades y las voces marginadas.
3. Equilibrio socio ecológico que busca un balance en la interacción entre los seres humanos, los animales y el medio ambiente y reconoce la importancia de la biodiversidad, el acceso a suficientes espacios y recursos naturales, y el valor intrínseco de todos los seres vivos del ecosistema.
4. Administración y responsabilidad de los seres humanos en el cambio de comportamientos y en la adopción de soluciones sostenibles en las que se reconozca la importancia del bienestar animal y la integridad de todo el ecosistema, con el fin de garantizar el bienestar de las generaciones actuales y futuras.
5. Colaboración transdisciplinaria y multisectorial, que incluye todas las disciplinas pertinentes, las formas tanto modernas como tradicionales de conocimiento y una amplia gama representativa de perspectivas.

**Propósito:** fomentar la coordinación y la colaboración entre los diferentes marcos de gobernanza de los programas de salud humana, animal, vegetal y medioambiental con el propósito de mejorar la prevención y la preparación para los retos actuales y futuros a la salud en la interfaz entre los seres humanos, los animales y el medio ambiente.

## Análisis de la situación

Algunos de los cambios mundiales recientes en los sistemas socioecológicos incluyen la urbanización, la globalización, el crecimiento de la población humana, el aumento del consumo, el cambio climático y la pérdida del hábitat y la biodiversidad. Estos cambios han creado un entorno que favorece la aparición y el desbordamiento de los patógenos.

Situación	Consecuencia
Servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene, la contaminación del aire, la gestión inadecuada de las sustancias químicas como los pesticidas.	Impacto negativo para la salud de los humanos, los animales y planta
Deforestación y explotación de la vida silvestre.	Cambios en el contacto entre los animales y los seres humanos, lo que puede dar lugar a brotes de enfermedades infecciosas.

Las zonas tropicales de América Latina pueden beneficiarse de las actividades de “Una salud”, que incluyen programas de investigación y vigilancia dirigidos a la vida silvestre, el ganado y las personas. Esto para detectar la aparición de zoonosis conocidas o nuevas, así como para crear programas de prevención de pandemias que creen capacidad e infraestructura para prevenir y controlar brotes.

## Enfermedades endémicas de origen zoonótico y vectorial

La carga de las enfermedades transmitidas por vectores depende en gran medida de factores ambientales y socioeconómicos, como la globalización de los viajes y el comercio, la urbanización no planificada y el cambio climático. El **plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023** tiene como propósito fortalecer la capacidad nacional y regional de prevención y control de los vectores clave, y reducir la propagación de enfermedades transmitidas por vectores mediante las actividades y la colaboración multisectoriales.

## Resistencia a los antimicrobianos

Varios factores están aumentando la prevalencia de la resistencia antimicrobiana (RAM), cuyas causas principales son el uso de antimicrobianos en los seres humanos y los animales, y la contaminación del medio ambiente. Por lo tanto, los programas que promueven el uso adecuado de los antimicrobianos, deben ser un componente esencial de los programas de control de la RAM en la medicina humana y animal, junto con intervenciones eficaces y basadas en la evidencia de prevención de infecciones.

## Inocuidad de los alimentos

Las enfermedades transmitidas por los alimentos son causadas por el consumo de alimentos contaminados y comprenden un amplio grupo de enfermedades causadas por agentes patógenos entéricos, parásitos, contaminantes químicos y toxinas biológicas.

La seguridad y la calidad de los alimentos dependen de:

- Donde se cultivan (medioambiente).
- Cómo se cultivan (interacción entre seres humanos, animales y medioambiente).
- Cómo se consumen (interacción humana).

Estas enfermedades reducen la productividad de la sociedad, imponen una presión sustancial al sistema de atención de salud y reducen la producción económica debido a la disminución de la confianza de los consumidores, las pérdidas de alimentos y la alteración del acceso a los mercados nacionales y de exportación, lo que afecta al comercio y al turismo, además de amenazar la seguridad alimentaria.

## Líneas de acción estratégica

- Realizar un análisis y mapeo de las complejas interacciones entre actores y procesos en los campos de la salud humana, animal, vegetal y medioambiental en contextos nacionales específicos.
- Establecer mecanismos multidisciplinares, multisectoriales e impulsados por el consenso para la gobernanza de “Una salud”, para la administración y el financiamiento de estructuras funcionales que trabajen en todas las instituciones y que permitan la coordinación, la comunicación, el compromiso y la colaboración, y para el acceso a los conocimientos y recursos pertinentes.
- Fortalecer los aspectos multidisciplinares e intersectoriales de los mecanismos y marcos existentes relacionados con la interfaz entre los seres humanos, los animales y el medioambiente.
- Fomentar actividades multisectoriales, incluida la planificación estratégica, la preparación y respuesta ante situaciones de emergencia, la vigilancia integrada de la enfermedad y la salud y la presentación de informes al respecto, las pruebas y redes de laboratorio, y las mejores prácticas para impulsar las actividades de colaboración basadas en la evidencia, respaldadas por el análisis de riesgos y que abarquen la evaluación, la gestión y la comunicación de riesgo.

# Atención Primaria de Salud: estrategia mundial, cómo se implementa y cómo se está implementando.

Es un enfoque de la salud que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas a lo largo del proceso que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.

## Componentes (interdependientes y sinérgicos)

- Conjunto de servicios de salud integrados e integrales que engloban la atención primaria y los bienes y funciones de salud pública como elementos centrales.
- Políticas y actuaciones multisectoriales encaminadas a abordar los determinantes generales de la salud más amplios.
- Movilización y empoderamiento de las personas, las familias y las comunidades para lograr una mayor participación social y mejorar la autoasistencia y la autosuficiencia en materia de salud.

La APS hunde sus raíces en el compromiso con la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación. Se basa en el reconocimiento de que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinciones.

## Implementación

1. Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales e integrados, de calidad, y centrados en las personas, las familias y las comunidades.
2. Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud.
3. Aumento y mejora del financiamiento con equidad y eficiencia, y el avance hacia la eliminación del pago directo.
4. Fortalecimiento de la coordinación y de la acción intersectorial para promover políticas públicas que incidan en las barreras de acceso y en los determinantes de la salud.

## Planes y propuestas actuales de la OMS

El fortalecimiento del sistema de salud implica el fortalecimiento de, entre otras cosas: la gobernanza y financiación de la salud; la dotación de personal de salud; el respeto por las cuestiones de género, equidad y derechos humanos; los sistemas de información; la calidad de la atención y la seguridad del paciente; la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente hasta el envejecimiento saludable; la salud sexual y reproductiva; los medicamentos y suministros médicos; la preparación, respuesta y recuperación ante las emergencias; la lucha contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

La OMS ha definido tres esferas estratégicas de trabajo para fortalecer la APS en todo el mundo:

1. Proporcionar un servicio de apoyo de “ventanilla única” a los Estados Miembros para la aplicación de la APS en función de su contexto y prioridades.
2. Generar soluciones innovadoras y datos probatorios sobre la APS, prestando una mayor atención a las personas que se quedan atrás.
3. Promover la renovación de la APS mediante el liderazgo en políticas, la promoción y las asociaciones estratégicas.

## Pacto 30-30-30

1. Transformar los sistemas de salud para el 2030.
2. Reducir al menos en un 30% las barreras de acceso a la salud.
3. Destinar al menos un 30% del gasto público en salud al primer nivel de atención para el 2030.

## APS en Venezuela

Las políticas públicas presentes en la Constitución Nacional de 1961 y 1999 establecen que:

1. El Estado gestionará y financiará un sistema público nacional de salud, gratuito y descentralizado.
2. Supervisará y regulará las instituciones públicas y privadas.
3. La práctica socio sanitaria en APS que se aplica, se centra en la justicia social, dirigida a:
  - a. Disminución de la mortalidad infantil.
  - b. Disminución de las enfermedades infectocontagiosas por medio del diseño.
  - c. Implementación de programas sanitarios desde el nivel central de la atención en salud.

Debido a que los servicios sanitarios del país son deficientes, el Estado venezolano ha realizado propuestas para revertir la situación, entre ellas, la Misión Barrio Adentro. Pese a los esfuerzos realizados por las autoridades sanitarias de Venezuela no se logra una aplicación efectiva, por ello es necesario identificar las causas que ocasionan el deterioro del sistema y establecer las medidas y correctivos que sirvan como herramienta para mejorar la calidad de vida.

## Conclusiones

- El concepto de APS ha sido reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones, lo que ha generado confusión en su significado y práctica.
- Tanto la OMS como la OPS han propuesto estrategias y planes para fortalecer la APS a nivel mundial y regional. En el caso de Venezuela el sistema de salud público enfrenta numerosos problemas y no se ha logrado una efectiva implementación de la APS debido a la escasa participación comunitaria.
- Es necesario identificar las causas y establecer medidas para mejorar la calidad de la atención en materia de salud hacia los venezolanos.

Sequeda, L. Atención Primaria En Salud En El Siglo XXI. Cuadernos De La Escuela De Salud Pública. Vol2. Nro 87. Caracas, Venezuela. Enero-Julio, 2014

Atención Primaria de Salud [Internet]. World Health Organization; [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Sanabria, R. La Atención Primaria En Salud En Venezuela [Internet]. Venezuela: Tal Cual; 2022. [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://talcualdigital.com/la-atencion-primaria-de-salud-en-venezuela-por-rafael-a-sanabria-martinez/>

# Enfermedades vectoriales y salud pública

Son enfermedades humanas provocadas por bacterias, parásitos o virus que son transmitidos por vectores (organismos vivos que pueden transmitir patógenos infecciosos entre personas, o de animales a personas). Cada año se registran más de 700.000 muertes por estas enfermedades. La mayor carga de estas enfermedades, que afectan de forma desproporcionada a las poblaciones más pobres, corresponde a las zonas tropicales y subtropicales. Desde 2014, grandes brotes han azotado a diferentes poblaciones, cobrándose vidas y abrumando los sistemas de salud en muchos países. Algunas provocan sufrimientos crónicos, morbilidad para toda la vida, discapacidad y estigmatización ocasional. La distribución está determinada por un conjunto complejo de factores demográficos, medioambientales y sociales.

## Datos y cifras

- Representan más del 17% de todas las enfermedades infecciosas y cada año provocan más de 700 000 muertes.
- Se estima que la malaria provoca cada año 219 millones de casos en todo el mundo y más de 400.000 muertes, la mayoría ocurren en menores de 5 años.
- El dengue es la infección vírica más frecuente. Más de 3900 millones de personas en más de 129 países corren el riesgo de contraer dengue, y se estima que cada año se registran 96 millones de casos sintomáticos y 40.000 muertes.
- Entre las otras enfermedades víricas de transmisión vectorial se encuentran la fiebre Chikungunya, la fiebre por el virus de Zika, la fiebre amarilla, la fiebre del Nilo Occidental, la encefalitis japonesa (todas ellas transmitidas por mosquitos) y la encefalitis por garrapatas (transmitida por garrapatas).

## 10 enfermedades transmitidas por vectores que ponen en riesgo a la población de las Américas

1. Dengue: Enfermedad transmitida por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* infectado.
2. Malaria: Enfermedad causada por el parásito *Plasmodium* transmitida por la picadura de un mosquito *Anopheles* infectado.
3. Chagas: Enfermedad causada por el parásito *Trypanosoma cruzi* y transmitida principalmente por contacto con las heces o la orina infectadas de triatominos.
4. Leishmaniasis: Enfermedad causada por un protozoo parásito del género *Leishmania*, transmitida por la picadura de flebótomos.
5. Esquistosomiasis: Enfermedad parasitaria aguda y crónica causada por tremátodos del género *Schistosoma*, transmitida por moluscos acuáticos infectados.
6. Fiebre amarilla: Enfermedad vírica aguda, hemorrágica transmitida por la picadura del mosquito *Aedes* infectado.
7. Chikungunya: Enfermedad vírica transmitida por el mosquito *Aedes* infectado.
8. Filariasis linfática: Infección parasitaria producida por *Wuchereria bancrofti*, transmitida por diferentes mosquitos principalmente: *Culex* (zonas urbanas y semiurbanas), *Anopheles* (zonas rurales) y *Aedes* (islas del Pacífico).
9. Oncocercosis: Enfermedad parasitaria causada por *Onchocerca volvulus* transmitida por la picadura de moscas negras (simúlidos) infectadas.
10. Virus del Nilo Occidental: Enfermedad infecciosa que se transmite a las personas principalmente por la picadura del mosquito *Culex* infectado.

## Enfermedades desatendidas transmitidas por vectores

Afectan principalmente a las poblaciones más pobres y con un limitado acceso a los servicios de salud. La prevención y el control de estas enfermedades generalmente relacionadas con la pobreza requieren un abordaje



integrado y multidisciplinario, muchas veces basado en acciones dirigidas al control de los vectores, con acciones multisectoriales e intervenciones costo efectivas para reducir el impacto negativo sobre la salud y el bienestar social y económico de los pueblos de las Américas.

## Manejo integrado y entomología en salud pública

Desde el punto de vista de la salud pública son de gran importancia estas enfermedades infecciosas propagadas por otros organismos, debido a la alta morbilidad y mortalidad que conllevan para la comunidad, así como altos costos y sobrecargas al sistema de salud.

Con el objetivo de fortalecer la capacidad regional y nacional de prevención y control de los vectores la OPS/OMS viene implementando el **“Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2030”** para contribuir en la reducción de la propagación de enfermedades transmitidas por vectores. Las actividades del Plan de Acción están destinadas a respaldar las líneas estratégicas de acción para lograr el cumplimiento de las metas, los hitos y objetivos de la **“Respuesta mundial para el control de vectores 2017-2030”**.

1. Dimensión de integración a varios niveles.
2. Gobierno y comunidad.
3. Programas y sistemas de control de vectores.
4. Herramientas e intervenciones.
5. Fuerza laboral y capacitación.

## Respuesta de la OMS

En 2017 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la **“Respuesta mundial para el control de vectores 2017-2030”**, que ofrece orientaciones estratégicas con el fin de controlar los vectores para prevención. Es necesaria una readaptación de los programas de control, respaldada por un aumento de la capacidad técnica, mejora de las infraestructuras, refuerzo de los sistemas de seguimiento y vigilancia, y mayor movilización comunitaria.

- Aportando orientaciones de base científica para control y protección.
- Prestando asistencia técnica a los países, y puedan gestionar eficazmente los casos y los brotes.
- Prestando apoyo a los países para que mejoren sus sistemas de notificación registro.
- Impartiendo formación sobre el tratamiento clínico, el diagnóstico y el control vectorial.
- Apoyando el desarrollo y evaluación de nuevos instrumentos, tecnologías y estrategias contra las enfermedades de transmisión vectorial, en particular el control de los vectores y las tecnologías de tratamiento de enfermedades.

## Conclusiones

El cambio de comportamiento es un elemento crucial en la reducción de la carga de las enfermedades de transmisión vectorial. La OMS colabora con asociados para difundir conocimientos y mejorar la sensibilización de la población, de manera que las personas sepan cómo protegerse a sí mismas y proteger a sus comunidades contra mosquitos, garrapatas, chinches, moscas y otros vectores.

Who.int [Internet]. Enfermedades transmitidas por vectores. 2020 [consultado 23 ene 2024] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/vector-borne-diseases>

Paho.org [Internet]. Diez enfermedades transmitidas por vectores que ponen en riesgo a la población de las Américas. 2014 [consultado 23 ene 2024] Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/7-4-2014-diez-enfermedades-transmitidas-por-vectores-que-ponen-riesgo-poblacion-americas>

Paho.org [Internet]. Enfermedades desatendidas, tropicales y transmitidas por vectores. [consultado 23 ene 2024] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-desatendidas-tropicales-transmitidaspor-vectores>

Paho.org [Internet]. Vectores: Manejo integrado y entomología en salud pública [consultado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/vectores-manejo-integrado-entomologia-salud-publica>

# Discapacidad

Según la OMS, es “cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano”.

## Clasificación

- Física: ausencia total, parcial o disminución de la funcionalidad de alguna extremidad.
- Sensorial: afectación de órgano de los sentidos.
- Intelectual: afectación del pensar, razonar y responder.
- Psíquica: trastornos como la esquizofrenia.
- Pluridiscapacidad: presencia de +1 de las mencionadas.

**Situación a nivel global:** El 15% de la población mundial, es decir 1.000 millones de personas, sufren de algún tipo de discapacidad, según el informe mundial de la discapacidad emitido por la OMS y el Banco Mundial para el 2010, de los cuales, aproximadamente 190 millones son discapacidades graves o sumamente limitantes, y 95 millones de niños tienen alguna discapacidad, de los cuales 13 millones tienen una discapacidad grave.

**Situación en Venezuela:** Según el censo del I.N.E. en el 2011 hay 1.454.845 personas afectadas por algún tipo de discapacidad en Venezuela.

## Estereotipo de la persona discapacitada

Tiene una incidencia negativa sobre planes y políticas que busquen generar ambientes favorables para esta parte de la población. Las personas discapacitadas se enfrentan a la discriminación, prestación insuficiente o problemas con la prestación de servicios, financiación insuficiente, falta de accesibilidad, consulta y participación. Ello genera como consecuencias malos resultados académicos, menor participación académica, pobreza, dependencia y participación limitada en la vida comunitaria.

**Recomendaciones:** para lograr un ambiente adecuado para el correcto desarrollo y desenvolvimiento de la población con discapacidad.

- Posibilitar el acceso a todos los sistemas y servicios convencionales.
- Invertir en programas y servicios específicos para las personas con discapacidad.
- Adoptar una estrategia y un plan de acción nacionales sobre discapacidad.
- Asegurar la participación de las personas con discapacidad.
- Mejorar la capacidad de recursos humanos.
- Proporcionar financiación suficiente y mejorar la asequibilidad.
- Fomentar la sensibilización pública y la comprensión de la discapacidad.
- Mejorar la recopilación de datos sobre discapacidad.
- Reforzar y apoyar la investigación sobre discapacidad.

## Discapacidad en Venezuela

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2009). Establece en artículo 81 que “toda persona con discapacidad o con necesidades especiales tiene derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria”. La **Ley para personas con discapacidad** fue aprobada en el año 2007, la cual establece los derechos y beneficios de las personas, así como las responsabilidades del Estado y la sociedad en su protección y promoción.

- Artículo 1: “Proteger, defender y asegurar, el disfrute y el ejercicio efectivo de los derechos laborales e igualdad de oportunidades para las personas con discapacidades, en la búsqueda de su integración a la vida familiar y comunitaria, siendo las disposiciones de este texto normativo”.

El gobierno venezolano ofrece **programas de asistencia social** para personas con discapacidad, que incluyen subsidios económicos, acceso a servicios de salud y rehabilitación, y apoyo para la inserción laboral.

- **CONAPDIS** (Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad): En 1994, se crea en Venezuela el primer organismo destinado a la defensa de los derechos del colectivo con discapacidad. Su objetivo es participar en la formulación de políticas, lineamientos, planes, proyectos y estrategias en materia de atención integral a las personas con discapacidad.
- **PASDIS** (Programa de Atención en Salud Integral Para Personas con Discapacidad): Tiene el objetivo de desarrollar políticas públicas en materia de salud en atención a personas con y sin discapacidad para establecer estrategias que permitan el funcionamiento humano.

Se han implementado políticas para garantizar el acceso a la educación inclusiva para las personas con discapacidad, incluyendo la adaptación de instalaciones educativas y la capacitación de docentes en la atención a estudiantes con discapacidad. Además, se han realizado esfuerzos para mejorar la accesibilidad en espacios públicos, transporte y edificaciones, con el fin de facilitar la movilidad y el acceso de las personas con discapacidad. Estas medidas buscan promover la inclusión social y la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en Venezuela. Sin embargo, es importante destacar que aún existen desafíos en la implementación efectiva de estas políticas y en la garantía de los derechos de las personas con discapacidad en el país.

## **Áreas clave que buscan promover la inclusión de las personas discapacitadas en Venezuela**

- Acceso a la educación: Es fundamental garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a una educación inclusiva y de calidad, con instalaciones y recursos adaptados a sus necesidades.
- Inserción laboral: Se deben promover políticas y programas que faciliten la inserción laboral de las personas con discapacidad, así como el acceso a oportunidades de formación y capacitación profesional.
- Accesibilidad: Mejorar la accesibilidad en espacios públicos, transporte, edificaciones y tecnologías es crucial para garantizar la participación plena de las personas con discapacidad en la vida cotidiana.
- Protección de derechos: Es necesario fortalecer los mecanismos de protección de los derechos de las personas con discapacidad, así como fomentar su participación en la toma de decisiones que les afecten.
- Sensibilización y concienciación: Promover una mayor sensibilización y concienciación sobre las capacidades y necesidades de las personas con discapacidad es esencial para combatir estereotipos y prejuicios.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/7030/Informe\\_Mundial\\_sobre\\_la\\_Discapacidad\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/7030/Informe_Mundial_sobre_la_Discapacidad_.pdf)

Inclusión para personas con discapacidad en Venezuela [Internet]. REDAC. 2019 [citado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: <https://activistaciudadanos.org/activismo/inclusion-para-personas-con-discapacidad-en-venezuela/>

# Senectud

Término proveniente del latín “*senectus*”, se refiere a la última etapa de la vida humana, el envejecimiento o, como se denomina en términos médicos, la gerontología. No es un estado de enfermedad, sino una etapa natural y fundamental de la vida. La visión de la senectud ha cambiado considerablemente en las últimas décadas, con un enfoque creciente en el envejecimiento saludable y activo.

## Envejecimiento

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. El envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y parejas.

A menudo se da por supuesto que las personas mayores son frágiles o dependientes y que constituyen una carga para la sociedad. Los profesionales de la salud pública, así como la sociedad en general, deben hacer frente a estas y otras actitudes “edadistas”, ya que pueden dar lugar a situaciones de discriminación y afectar a la formulación de políticas y la creación de oportunidades para que las personas mayores disfruten de un envejecimiento saludable.

## Panorama general

Según las “Perspectivas de la Población Mundial 2022”, la población mayor de 65 años crece más rápidamente que la población por debajo de esa edad. La proporción de personas de 65 años o mayores aumenta a un ritmo más acelerado que la de los que tienen menos de esa edad. Esto significa que se prevé que el porcentaje de la población mundial mayor de 65 años aumente del 10% (2022) al 16% en 2050. Se estima que en 2050 el número de personas de 65 años o más en todo el mundo será el doble del número de niños menores de 5 años y casi equivalente al número de niños menores de 12 años.

- Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.
- En 2020, el número de personas de 60 años o más superó al de niños menores de cinco años.
- En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.
- El ritmo de envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado.

Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas de salud y de asistencia social estén preparados para afrontar ese cambio demográfico.

## Respuesta de la OMS

La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable y pidió a la OMS que se encargara de liderar su puesta en práctica. La Década del Envejecimiento Saludable de las Naciones Unidas es un proyecto de colaboración a escala mundial que pretende aunar los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, el mundo académico, los medios de comunicación y el sector privado para llevar a cabo una acción concertada, catalizadora y colaborativa a lo largo de 10 años orientada a promover vidas más largas y saludables.

La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) de las Naciones Unidas tiene como objetivo reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades a través de la acción colectiva en cuatro esferas:

- Cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar en relación con la edad y el edadismo.
- Desarrollar las comunidades de forma que se fomenten las capacidades de las personas mayores.
- Prestar servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrados en la persona, que respondan a las necesidades de las personas mayores.
- Proporcionar acceso a la atención a largo plazo a las personas mayores que la necesiten.

La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) ofrece la oportunidad de aunar a los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en torno a diez años de acción concertada, catalizadora y de colaboración para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven.

## **Envejecimiento saludable**

Es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional consiste en tener los atributos que permiten a todas las personas ser y hacer lo que para ellas es importante.

Líneas de acción para promover el envejecimiento saludable:

- Impulsar política pública sobre el envejecimiento saludable en todos los países.
- Crear entornos amigables a todas las personas mayores.
- Armonizar los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores.
- Desarrollar sistemas de prestación de atención a largo plazo sostenibles y equitativos.
- Mejorar la medición, el seguimiento y la investigación sobre el envejecimiento.

## **Senectud en Venezuela**

En 2020, en Venezuela, el 12% de la población total del país pertenece al grupo de personas mayores de 60 años o más, [de los cuales] 7% tienen entre 60 y 69 años". Mientras, la población de 70 años y más, representa el 4% de la población adulta mayor. A la fecha, Venezuela se inscribe en la etapa de transición demográfica catalogada como de "envejecimiento moderadamente avanzado", junto con México, Panamá y Colombia. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

## **Situación actual**

La emergencia humanitaria compleja (EHC), por la cual transita el país desde el año 2015, y la crisis sanitaria derivada de la aparición del COVID-19 en 2020, han generado impactos negativos diferenciados más profundos en la población adulta mayor, entre ellos:

- Pérdida de poder adquisitivo, pensión en 130 bs y la falta de acceso a medicamentos en un contexto de altos costos.
- La alimentación deficiente ante la imposibilidad de cubrir las tres comidas al día con los requerimientos nutricionales adecuados para la edad y acceso irregular a servicios básicos como el agua y la electricidad y una inadecuada atención en salud.

Todo esto incide directamente en la concepción de los bienes y servicios asociados en un diseño de política adecuado para el envejecimiento digno.

## **Línea de acción**

- Crear o extenderse los subsidios no contributivos. Es decir, concebir modalidades de programas de jubilación reparatorios.

- Establecimiento de regímenes obligatorios de pólizas de salud y vida, cuyas fuentes de financiamiento puedan ser sufragadas por el Estado.
- Los gobiernos y las ONG deben crear servicios sociales en apoyo de la familia cuando existan personas mayores en el hogar.
- Fortalecer los servicios, y extender la infraestructura hospitalaria con atención gratuita, oportuna y de calidad, para la atención de enfermedades crónico-degenerativas.
- Brindar un carácter de competencia concurrente con gobiernos locales y regionales, a la dimensión preventiva del cuidado de la salud de los adultos mayores, así como la promoción de sus derechos educativos y de recreación.
- Inclusión de programas y proyectos destinados al autoempleo o empleabilidad de las personas mayores, para garantizar el ejercicio del derecho al trabajo.
- Fortalecer e implementar un programa de salud mental con carácter permanente y extenso.

Clínica Universidad de Navarra. Senectud [citado el 25 de enero 2024] Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/senectud>

Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [citado el 25 de enero 2024] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>

Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento Saludable [citado el 25 de enero 2024] Disponible en: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>

ENPOVEN. Hacia una política de envejecimiento digno en Venezuela [citado el 25 de enero 2024] Disp en: <https://www.issuu.com/conviteac/docs/enpoven>

# Lumbalgia

Es la presencia de dolor en la región lumbar, a saber, del borde inferior de las costillas y los glúteos. Es la principal causa de discapacidad en el mundo, ocupacional y permanente si no se trata a tiempo. Se puede presentar a cualquier edad y casi todas las personas la padecen al menos una vez en la vida.

## Clasificación según su causa

- Inespecífica (90%): el dolor no puede explicarse con seguridad mediante otro diagnóstico, por ejemplo, enfermedad subyacente, alteraciones anatomopatológicas o daño tisular.
- Específica: hay presencia de dolor ocasionado por alguna enfermedad o problema estructural de la columna vertebral, o bien, dolor que irradia desde otra parte del cuerpo.

## Factores de riesgo

- Poca actividad física
- Tabaquismo
- Obesidad
- Gran esfuerzo físico en el trabajo
- Patologías propias de la columna como hernias discales o artrosis de columna.

## Factores de riesgo en Venezuela

- Clima organizacional
- Mala alimentación
- Excesivo esfuerzo laboral de los jóvenes que empiezan a trabajar temprano
- Alto nivel de estrés emocional debido a la inseguridad y violencia en el país

## Datos y cifras

Tiene la **prevalencia más elevada** a nivel mundial entre las **afecciones osteomusculares**, siendo la principal causa de discapacidad en todo el mundo. Según la OMS, en 2020 la lumbalgia afectó a 619 millones de personas en todo el mundo y se estima que el número de casos aumente a 843 millones para 2050, debido en gran medida al aumento y envejecimiento de la población.

Según el estudio **Global Burden of Disease (GBD) 2021**, las cifras podrían estar subestimadas al no considerar el impacto de la COVID-19, debido a que la prevalencia y la intensidad del dolor lumbar aumentaron por la inactividad debido al confinamiento, el distanciamiento físico, el trabajo desde casa con mala ergonomía y el acceso limitado a la atención médica. La tasa global estandarizada por edad de la prevalencia en 2020 fue de 7.460/100.000, lo que representa una disminución del 10,4% desde 1990. La prevalencia y años vividos con discapacidad (AVD) aumentó con la edad, observándose tasas máximas de prevalencia aproximadamente a los 85 años. El grupo de edad de 80-84 años tuvo la tasa más alta de AVD por año.

Se puede presentar a cualquier edad, pero la prevalencia de la **aumenta** con la edad hasta los 80 años y el **mayor número** de casos se producen entre los **50 y 55 años**, según la OMS. La tasa de prevalencia estandarizada por edad más alta por cada 100.000 personas para el dolor lumbar se encontró en Europa central (12.800), seguida del este Europa (11.200) y Asia Central (11.100); mientras que las tasas más bajas son observadas en Asia y Oceanía.

Las tasas de prevalencia global fueron **más altas entre las mujeres** en comparación con los hombres en todos los grupos de edad, aunque se observaron diferencias más marcadas en grupos de mayor edad (es decir, >75 años de edad).

En Venezuela, de acuerdo con la Dirección de Epidemiología e Investigación de INPSASEL (Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales) para el 2006, el 76,47% de las enfermedades ocupacionales correspondía a trastornos músculo-esqueléticos, reportándose 886 casos de lumbalgia ocupacional que equivalen al 18,3%.

En el **Boletín Epidemiológico del Informe Trimestral Cáritas Venezuela** en el trimestre julio- septiembre del 2021 se obtuvieron registro de los “trastornos musculoesqueléticos” ha permanecido entre los doce primeros lugares, observándose una discreta elevación entre marzo y junio 2020 coincidente con el inicio del confinamiento colectivo y la presencia de la COVID-19 en Venezuela. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor lumbar (37,58%), en su mayoría adultos mayores y mujeres (8,13% mujeres vs 4,65% hombres).

**Prevención del dolor lumbar:** Busca evitar el primer episodio de lumbalgia, la limitación de la actividad, la recurrencia de los episodios, la pérdida de tiempo laboral, la cronificación de la incapacidad y el uso de servicios sanitarios.

- **Prevención primaria:** Identificar a los pacientes susceptibles y modificar factores desencadenantes. Ha tenido poco impacto en la cronificación.
- **Prevención secundaria:** Recuperar al paciente lo más rápido posible con consejos sobre movilización precoz y reposo mínimo.
- **Prevención terciaria:** Para pacientes incapacitados, los esfuerzos para el retorno al trabajo son desafiantes. Sin embargo, hay iniciativas rehabilitadoras activas que mejoran la recuperación funcional, aunque con menos éxito en la reincorporación laboral.

## Costo de las prótesis ortopédicas

Son de difícil adquisición debido a su precio, el cual varía según el tipo de prótesis, una prótesis de cadera tipo Thompson cuesta 400-700\$; una prótesis total cuesta 3.500-10.000\$. El material de la prótesis, como la fibra de carbono o cerámica de última generación que ofrecen mayor durabilidad, también influye en su costo.

## Conclusiones

Es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. Tiene una alta prevalencia, impacto, magnitud y repercusión socioeconómica, a menudo asociada a pérdida de productividad laboral, generando una enorme carga económica para las personas y la sociedad. Se puede presentar a cualquier edad, sin embargo, es más frecuente entre los 50 y 55 años. Es más frecuente en mujeres. El dolor lumbar es prevenible cuando se toman las medidas y posturas adecuadas, por lo tanto; la prevención, el manejo temprano integral y multidisciplinario de esta patología permitirá mejorar la calidad de vida a nivel de la población.

OMS. Lumbalgia [Internet]. Who.int. 2023 [citado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>

Global Burden of Disease. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. GBD. 2021 [citado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanrhe/PIIS2665-9913\(23\)00098-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanrhe/PIIS2665-9913(23)00098-X.pdf)

Márquez J, Rincón J. Boletín Epidemiológico Tercer Trimestre 2021. [Internet]. Caritas Venezuela. 2021 [citado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: <https://caritasvenezuela.org/wp-content/uploads/sites/6/2021/12/BOLETIN-EPIDEMIOLOGICO-3er-TRIMESTRE-2021-TRASTORNOS-MUSCULOESQUELETICOS.pdf>

Zárraga E. Evaluación del protocolo de espalda aplicado a pacientes con algias de columna vertebral. Centro Regional de Medicina Física y Rehabilitación “Dr. Regulo Carpio López”. [Internet]. UCLA. 2016 [citado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/71508263.pdf>

M. Seguí Díaz, J. Gervas. El dolor lumbar. [Internet]. Elsevier. 2002; Vol. 28. Núm. 1. [citado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-dolor-lumbar-13025464>

María Laura Aray. Venezolanos no pueden cubrir altos costos de prótesis. [Internet] Primicia. 2023. [citado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: <https://primicia.com.ve/economia/venezolanos-no-pueden-cubrir-alto-costo-de-protesis>



# Seguros médicos en Venezuela

Un seguro es un contrato que se realiza entre una persona (el asegurado) y una entidad aseguradora, en el cual el asegurador le da cobertura al asegurado contra un riesgo específico a cambio de un precio denominado "prima". Un riesgo es la probabilidad de que ocurra un hecho que pueda traer repercusiones económicas negativas, mientras que un siniestro es cuando ocurre este hecho. Por ejemplo, la probabilidad de desarrollar una enfermedad o de sufrir un accidente representa un riesgo, mientras que el siniestro sería el momento en que la persona se enferma o sufre el accidente. El seguro implica una transferencia del riesgo desde el asegurado hacia el asegurador.

## Tipos de riesgos

- Personales (probabilidad de sufrir un accidente).
- De daños o sobre las cosas: que afectan a objetos o propiedades (probabilidad de que a un individuo le roben un vehículo).
- Patrimoniales o de responsabilidad: que afectan al patrimonio de las personas (cuando un individuo produce daños a terceros al manejar un vehículo, lo cual genera una obligación de reparar dicho daño).

## Condiciones para que un riesgo sea asegurable

- El acontecimiento por asegurar no debe haber ocurrido antes de la realización del contrato.
- El daño debe ocurrir por azar, es decir, de forma independiente a la voluntad de las personas involucradas en el contrato.
- El riesgo debe estar bien definido y delimitado, dejando bien claro el alcance del seguro, su cuantía y el plazo durante el cual está cubierto el mismo.
- La probabilidad de ocurrencia y la intensidad del daño deben ser predecibles mediante estudios estadísticos.
- No debe ser posible la ocurrencia simultánea del siniestro sobre todos los asegurados.
- Los daños ocasionados por el siniestro se deben poder medir en términos monetarios.
- El siniestro no debe servir de lucro, sino que la compensación económica debe estar destinada únicamente a reparar los daños causados por este hecho.

A través de la actividad aseguradora, todas las personas que están expuestas a un riesgo agrupan sus recursos en un fondo común para hacer frente a las consecuencias económicas negativas que se producirán en unas pocas personas.

## Funciones de los seguros

- Conservación de la riqueza, facilitando sumas monetarias o servicios a las personas que sufran los siniestros.
- Fomenta la iniciativa privada, al permitir el desarrollo de la actividad económica con garantías de seguridad.
- Estimula la prevención de riesgos, evitando o aliviando las pérdidas económicas que pueden producir los siniestros.
- Genera excedentes financieros para las aseguradoras y riqueza en otros sectores económicos.

## Seguros públicos y privados

Los seguros públicos generalmente limitan su cobertura a los riesgos de carácter personal y referidos a niveles básicos de protección, mientras que los seguros privados se dedican simultáneamente a la cobertura de los riesgos personales, sobre objetos y sobre propiedades. Los seguros privados se adaptan de forma más personalizada a los asegurados, mientras que los públicos tienden a cubrir a la población de un modo más genérico.

Todos los ciudadanos que cumplen condiciones definidas por el sistema son beneficiarios automáticos del seguro público y están obligados a realizar cotizaciones que se calculan en base a un porcentaje de su sueldo; en cambio, la contratación de los seguros privados es libre y se rige por los principios del mercado.

La gestión del seguro público se efectúa por la administración pública y persigue fines del Estado, relacionados con la protección que este considera oportuno ofrecer a los ciudadanos en caso de necesidad. Los seguros privados son gestionados por empresas privadas que persiguen fines lucrativos.

<b>Seguro público</b>	<b>Seguro privado</b>
Limita su cobertura	Ofrece una cobertura más amplia
Cubre a la población de un modo genérico	Adaptado a las necesidades propias del asegurado
Es gestionado por la Administración Pública	Es gestionado por entidades aseguradoras
Se financia a través de impuestos y cotizaciones	La prima se calcula según la probabilidad de riesgo
Persigue fines del Estado	Persigue fines lucrativos

## **El seguro de salud**

Proporciona al asegurado los medios económicos o servicios sanitarios necesarios para el restablecimiento de la salud. La enfermedad es, a los efectos del seguro, la existencia de alteraciones del organismo que son demostrables de manera objetiva a través de distintos procedimientos diagnósticos.

### Garantías:

- Subsidio diario por enfermedad (es una cantidad que la aseguradora satisface durante el tiempo que dura la enfermedad).
- Indemnización por maternidad.
- Indemnización por intervención quirúrgica.
- Servicios de médicos especialistas.
- Gastos farmacéuticos.
- Internamientos en clínicas y centros asistenciales.
- Medicina preventiva.
- Indemnización por invalidez permanente.

Las prestaciones médicas se realizan por un cuadro de facultativos que la entidad aseguradora facilita, pudiendo el asegurado elegir el médico que desee dentro de una lista cerrada.

## **SUDEASEG**

En Venezuela, La Superintendencia de la Actividad Aseguradora (SUDEASEG) es el órgano regulador de las empresas de seguros, y entre sus objetivos se encuentran: velar por los intereses de los asegurados y beneficiarios de los contratos de seguros, creando condiciones que faciliten el incremento del bienestar social y la estabilidad del sector asegurador; establecer el sistema de control, vigilancia, supervisión, regulación, inspección y fiscalización de la actividad aseguradora; velar por que las empresas de seguros realicen los aportes al fondo del sistema público nacional de salud; efectuar anualmente publicaciones para dar a conocer la situación de la actividad aseguradora y de los sujetos regulados, especialmente en lo relativo a primas, siniestros, etc.

## **IVSS**

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) es una institución pública que busca brindar protección de la Seguridad Social a todos sus beneficiarios trabajadores.

## Objetivos:

- Garantizar a la población económicamente activa y a los grupos más vulnerables la afiliación al Seguro Social.
- Garantizar a los afiliados prestaciones monetarias a corto y largo plazo.
- Garantizar atención médica integral a toda la población, a través de establecimientos de salud adscritos al IVSS, contribuyendo al fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud.

## **SSO**

El Seguro Social Obligatorio (SSO) es un beneficio, administrado por el IVSS, que cubre servicios de: maternidad, vejez, sobrevivencia, enfermedad, accidentes, invalidez, muerte, retiro y cesantía. Las cotizaciones del SSO se realizan semanalmente y se determinan tomando como base el salario del asegurado en dicho periodo, del régimen aplicado en cada zona y del riesgo asignado a las empresas o grupo de trabajadores.

Pérez Torres, José Luis. Conociendo el Seguro: Teoría General del Seguro. Barcelona, Editorial UMESER. Disponible en: <https://shorturl.at/gDGV2> SUDEASEG,

Superintendencia de la Actividad Aseguradora. Misión, Visión y Objetivos. Disponibles en: <https://www.sudeaseg.gob.ve/objetivos/> Instituto Venezolano de los

Seguros Sociales (IVSS). Objetivos. Disponible en: <http://www.ivss.gov.ve/contenido/Objetivos-del-IVSS>

# Cobertura sanitaria universal

La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) constituye un principio esencial en el ámbito de la salud, cuyo propósito es asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios médicos de calidad, sin enfrentar dificultades económicas. Este enfoque incluye desde la promoción de la salud hasta la prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo de toda la vida. Para lograr este ambicioso objetivo, es necesario contar con profesionales de la salud y asistencia social competentes distribuidos de manera equitativa en todos los niveles del sistema, respaldados adecuadamente y con acceso a productos de calidad para llevar a cabo sus funciones en condiciones óptimas.

## Relevancia de la CSU

Capacidad para prevenir que las personas sufran consecuencias económicas graves al buscar atención médica, evitando así el agotamiento de ahorros, la venta de bienes o la necesidad de recurrir a préstamos bancarios para cubrir los costos de servicios y tratamientos médicos. Este impacto positivo no solo preserva el bienestar financiero individual, sino que también contribuye a construir un futuro sólido, con beneficios extendidos a menudo a las generaciones futuras.

## Papel de la CSU como meta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030

Evidencia la necesidad global de avanzar hacia sistemas de salud más inclusivos y accesibles. En la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la CSU en 2019, los países reafirmaron que la salud no solo es un resultado, sino también un requisito y un indicador fundamental de las dimensiones social, económica y ambiental del desarrollo sostenible.

## Obstáculos y situación actual de la CSU

Antes de la pandemia de COVID-19, el índice de CSU, medido como el indicador 3.8.1 de los ODS, experimentó un modesto aumento de solo 3 puntos hasta alcanzar 68 en total en 2019, estancándose en este nivel hasta 2021. Esto indica que aproximadamente 4500 millones de personas en ese año no tenían una cobertura completa de servicios de salud esenciales.

El aumento constante en los gastos directos catastróficos en atención de salud (indicador 3.8.2 de los ODS), que pasó del 9,6% al 13,5% entre 2000 y 2019, representa un desafío adicional. Este gasto no solo afectó a más de 1.000 millones de personas, sino que también sumió a 344 millones en la pobreza extrema y a 1.300 millones en la pobreza relativa en 2019. En total, casi 2.000 millones de personas se enfrentaron a gastos catastróficos o empobrecedores en atención médica ese año.

Persisten desigualdades significativas en el camino hacia la CSU. Aunque se observan ciertos avances en la cobertura de servicios de salud en algunos países, los datos globales no reflejan las desigualdades existentes dentro de cada nación. Por ejemplo, la cobertura de servicios de salud reproductiva, maternal, infantil y adolescente tiende a ser mayor entre personas más ricas, con mayor nivel educativo y que residen en zonas urbanas, especialmente en países de bajos ingresos. Además, las personas en hogares con individuos de 60 años o más enfrentan mayores gastos directos catastróficos, y aquellos que viven en zonas rurales o en hogares más pobres tienen más probabilidades de caer en la pobreza al tener que costear la atención médica de su propio bolsillo.

La pandemia de COVID-19 exacerbó estos desafíos en 2021, cuando el 92% de los países informaron perturbaciones en sus servicios esenciales de salud, cifra que aún era del 84% en 2022. Un impacto adicional fue la interrupción de la vacunación sistemática para aproximadamente 25 millones de niños menores de 5 años en 2021. Las desigualdades en el acceso a las vacunas contra la COVID-19 también fueron evidentes, con casi el 73% de la población en países de ingreso alto vacunada en junio de 2023, en comparación con solo el 34% en países de

ingreso bajo. Los servicios críticos como atención de urgencias, cuidados intensivos e intervenciones quirúrgicas también experimentaron perturbaciones, con posibles impactos significativos a corto plazo en los resultados de salud.

## Cómo lograr la CSU

- Conocer las desigualdades en materia de salud.
- Disponer de mejores datos sobre los casos de desigualdad de género, las situaciones de desventaja socioeconómica y otros problemas específicos.

La OMS aboga por basar los sistemas de salud en la atención primaria como el camino hacia la cobertura plena. La atención primaria se destaca como el enfoque más inclusivo, costo-eficaz y efectivo para mejorar el estado de salud y bienestar de las personas. Este enfoque permite que todos accedan a servicios de salud lo más cerca posible de su entorno cotidiano y de manera integral. Además, facilita la provisión de una gama completa de servicios y productos de calidad necesarios para mejorar la salud y el bienestar, contribuyendo así a una mayor cobertura y protección económica.

El 90% de las intervenciones esenciales en el marco de la CSU pueden implementarse mediante la atención primaria, generando ahorros significativos. Alrededor del 75% de los avances previstos en salud según los ODS también podrían lograrse mediante la atención primaria, incluido el salvamento de la vida de más de 60 millones de personas y el aumento de la esperanza de vida mundial en 3,7 años para 2030.

El fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria debería tener un impacto mensurable en la salud global. La medición de la CSU se lleva a cabo mediante dos indicadores clave: la cobertura de servicios de salud esenciales (indicador 3.8.1 de los ODS) y el gasto catastrófico en salud (indicador 3.8.2 de los ODS).

## Respuesta de la OMS

Destaca la sólida fundamentación de la CSU en la Constitución de la OMS de 1948, que reconoce la salud como un derecho humano fundamental. La recomendación central de la OMS es reorientar los sistemas de salud hacia la atención primaria, brindando asistencia técnica a países con sistemas menos desarrollados y promoviendo la cobertura asistencial para todos.

Alianzas en las que participa la OMS:

- La Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030.
- La Alianza en pro de la cobertura sanitaria universal.
- El Plan de Acción Mundial a favor de una Vida Sana y Bienestar para Todos.
- La Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud.
- La Red de Protección Social de la Salud.

## Situación en Venezuela

En el informe titulado "Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de seguimiento mundial de 2021" publicado por la OMS en el año 2021 se examina detalladamente la cobertura sanitaria en Venezuela en diversas áreas, evidenciando un nivel promedio de cobertura elevado, situándose en un 70%.

En el informe titulado "Estadísticas Sanitarias Mundiales 2023: Seguimiento de la Salud para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)", publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2023, se destacan datos significativos. En cuanto a la tasa de embarazo adolescente en Venezuela (81,1 por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años), se observa que es el doble de la tasa global de embarazo adolescente (41,9) y considerablemente superior a la de la región de las Américas (40,3). Además, la tasa de mortalidad materna en Venezuela fue de 259 por cada

100,000 nacidos vivos, superando tanto la tasa global de mortalidad materna (250) como la de la región de las Américas (68). Respecto a la cobertura vacunal para la vacuna DTP en menores de 1 año, se registró un preocupante 56%, muy por debajo de la cobertura vacunal adecuada. En comparación con la cobertura vacunal global (81%), Venezuela muestra una deficiencia significativa.

A pesar de estos desafíos, el informe revela un índice de cobertura de servicios del 75%, un aumento del 5% con respecto al informe de 2021. Sin embargo, queda claro que persisten deficiencias importantes en el sistema de salud y la cobertura sanitaria en Venezuela.

En conclusión, se pone de manifiesto una serie de preocupaciones cruciales en el panorama de la salud en Venezuela. La elevada tasa de embarazo adolescente, superando la media global y regional, junto con una tasa de mortalidad materna que excede los estándares internacionales, subraya la urgencia de abordar problemas fundamentales en el sistema de salud del país.

Además, la notoria brecha en la cobertura vacunal, especialmente en comparación con las cifras globales, indica la necesidad de intervenciones específicas para mejorar la inmunización de la población más joven. Aunque el informe revela un modesto aumento en el índice de cobertura de servicios en comparación con el año anterior, las deficiencias en el sistema de salud venezolano son evidentes y requieren una atención sostenida y medidas correctivas.

En este contexto, es crucial que las autoridades y los actores relevantes trabajen en colaboración para implementar estrategias efectivas que aborden estos desafíos y mejoren la situación de la salud en Venezuela, garantizando así el acceso equitativo y efectivo a servicios sanitarios de calidad para toda la población.

Cobertura sanitaria universal (CSU) [Internet]. Who.int. [citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Global monitoring report 2021 [Internet]. Who.int. [citado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/global-monitoring-report-2021>

Monitoring universal health coverage - WHO [Internet]. Who.int. [citado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/data/monitoring-universal-health-coverage>

Regional P. Venezuela conmemora Día de la Cobertura Sanitaria Universal garantizando atención primaria – MPPS [Internet]. Gob.ve. [citado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: <http://mpps.gob.ve/venezuela-conmemora-dia-de-la-cobertura-sanitaria-universal-garantizando-atencion-primaria/>

# Dispositivos médicos

**Tecnología de salud:** cualquier intervención usada para promover salud.

**Dispositivos médicos:** artículo, instrumento, aparato o máquina usado en prevención, diagnóstico y/o tratamiento.

## Clasificación de los dispositivos médicos

### Generales

- Según el procedimiento clínico:
  - Invasivo: catéteres, marcapasos, guantes.
  - No invasivo: gasas, apósitos, tubos para muestras.
  - Activo: electrocauterio, termómetros, RM.
- Según la clase de riesgo:
  - Clase I: bajo riesgo (camas).
  - Clase II: moderado riesgo (guantes).
  - Clase III: potencial (bolsas de sangre).
  - Clase IV: crítico (marcapasos).
- Según el establecimiento de salud:
  - Nivel de atención primaria.
  - Nivel de atención secundaria.
  - Nivel de atención terciaria.
- Según organismos de nomenclatura de los dispositivos médicos
  - GMDN (Nomenclatura Global de Dispositivos Médicos).
  - EMDN (Nomenclatura de la Unión Europea).
  - UMDNS (Nomenclatura Universal de Equipos Médicos).
  - UNSPSC (Código Estándar de Productos y Servicios de Naciones Unidas).

### Comunes

- Diagnóstico: equipos de imagen.
- Terapéutico: bombas de infusión.
- Monitorización: EKG, EEG, MAPA.
- Implantes: prótesis, marcapasos, stents.
- Material fungible: Jeringas, apósitos.

## Problemas en gestión sanitaria

- Acceso desigual: rural vs urbano.
- Costos elevados: limita acceso.
- Regulación y control: baja calidad.
- Capacitación y mantenimiento: afecta eficacia.
- Gestión de residuos: salud pública.

## Contexto global

- Se estiman más de 10.000 dispositivos médicos en el mundo.
- En América los países importan el 80% de sus dispositivos médicos.
- Solo un 35% de los 145 países que integran la OPS tiene una política nacional de tecnología en salud.

### Regulación internacional

- Regulación de Dispositivos Médicos en América Latina establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud.
- OPS colabora con Estados Miembros en la creación y fortalecimiento de dispositivos médicos.

## Contexto local

No hay una política nacional de tecnología en salud, y no hay lista de dispositivos médicos prioritarios aprobados. Se desconoce la cantidad de equipos disponibles por habitantes. Solo hay 61 equipos de radioterapia: 2,15 equipos por millón de habitantes para 2019 y 36 camas para UCI para 2019, en el 2011 habían 1366.

### Regulación de dispositivos médicos en Venezuela

- MPPS: Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS).
- FUNINDES-USB. Garantiza el adecuado funcionamiento y seguridad de los DM para los pacientes.

## Dispositivos médicos prioritarios

En primer nivel de atención en los países de la región de Las Américas la OPS dispone una lista de DM prioritarios organizados en módulos y categorías.

### Módulos:

- Módulo de Diagnóstico por Imágenes: 30 dispositivos médicos específicos para fines de diagnóstico por imágenes. Ej: Rx. TC. RM.
- Módulo de Laboratorio: 29 dispositivos médicos necesarios para procedimientos y pruebas de laboratorio. Ej: Tubos de ensayo, jeringas.
- Módulo de Odontología: 69 dispositivos médicos adaptados para el cuidado y procedimientos dentales. Ej: Pinzas, alambres.

### Categorías:

- Equipos de protección personal: guantes, mascarillas, uniforme.
- Accesorios y consumibles: brazaletes para la toma de PA, cables para EKG.
- Equipo médico: balanza, concentrador de oxígeno, EKG, estetoscopio.
- Instrumental: diapasón, espátula, espéculo vaginal.
- Mobiliario médico: camilla, armario, silla de ruedas.
- Soluciones y reactivos: agua destilada, ácido acético al 3-5%, alcohol isopropílico al 70%.
- Suministros médicos y DM de uso único y desechables: agujas, cubrebocas, hisopos de algodón estéril, lubricantes.
- Suministros médicos y laboratorio: jeringa para vacunación, mascarillas para suministro de oxígeno.
- Otros: cinta métrica, dispensador de jabón líquido.

## ¿Cómo evaluar las necesidades de dispositivos médicos en un establecimiento de



## salud?

- Identificar las necesidades y prioridades terapéuticas y epidemiológicas.
- Recopilar, analizar y valorar esta información.
- Clasificar los requisitos concretos en función de su prioridad.
- Determinar la mejor forma de utilizar los recursos disponibles.
- Priorizar actividades para prestar un servicio de salud más eficiente.

## Políticas recomendadas para la gestión de dispositivos médicos

- Recursos humanos para la gestión de dispositivos médicos.
- Formulación de políticas sobre dispositivos médicos.
- Evaluación previa a la comercialización de dispositivos médicos.
- Reglamentación de los dispositivos médicos.
- Evaluación de tecnologías sanitarias aplicada a los dispositivos médicos.

## Conclusiones

- Los dispositivos médicos son esenciales para la salud pública.
- Se clasifican según diferentes criterios.
- Se enfrentan varios desafíos en la región de las Américas.
- Se requiere de gestión adecuada en los sistemas de salud.

## Recomendaciones

- Fortalecimiento de la regulación y control.
- Promoción del acceso equitativo.
- Capacitación y educación.
- Gestión de residuos.
- Colaboración internacional.

Dispositivos Médicos (no date) OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Available at: <https://www.paho.org/es/temas/dispositivos-medicos>

Evaluación de las necesidades de dispositivos médicos. (2012). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [\[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44816/9789243501383\\_spa.pdf?sequence=1\]](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44816/9789243501383_spa.pdf?sequence=1)

# Resolución de problemas y conflictos

La resolución de conflictos en el entorno sanitario es un aspecto esencial para garantizar una atención óptima al paciente. Algo que debemos entender es que los conflictos son inherentes al ser humano y, por lo tanto, es comprensible que cualquier espacio compartido entre varias personas, incluyendo las organizaciones de salud, sea susceptible de presentar conflictos de diferentes tipologías. Estos conflictos pueden tener diferentes consecuencias en el rendimiento del personal, la eficacia asistencial y el funcionamiento general de la institución sanitaria.

La resolución de conflictos en el área de salud es esencial para mantener un ambiente de trabajo armonioso y garantizar la calidad de la atención médica. En este contexto, los profesionales de la salud se enfrentan a situaciones conflictivas que pueden surgir entre colegas, pacientes, familiares y otros actores involucrados. Entendiendo entonces que son las herramientas, saberes y procedimientos aplicables para comprender, prevenir y resolver pacíficamente enfrentamientos y desavenencias entre personas, grupos o incluso países en el contexto de la salud.

## ¿Cómo abordar disputas?

Prevención de disputas: la causa más común de las disputas en un equipo de trabajo es la confusión, causada por personas que tienen diferentes ideas acerca de lo que debe hacerse y cómo debe hacerse.

Esas disputas pueden reducirse a un mínimo o prevenirse mediante:

- Reuniones frecuentes de los integrantes del equipo de salud.
- Libertad de las personas de expresar sus opiniones de manera abierta y permitiendo que todo el grupo decida lo que debe hacerse.
- Objetivos convenidos compartidos.
- Disponibilidad de descripciones de puestos claras y detalladas.
- Disponibilidad de instrucciones claras y los procedimientos por seguir.
- Distribución equitativa de las tareas.
- Creación de calendarios de trabajo con distribución equitativa del trabajo.

Una causa común de discusiones son los celos y el favoritismo. Un supervisor debe comportarse con cada integrante del equipo con ecuanimidad y justicia, y nunca debe criticarlos en público.

Resolución de disputas: Una disputa seria puede afectar la moral y el desempeño de todo el equipo de salud. Las riñas deben terminar rápidamente, con la reconciliación de las personas involucradas.

¿Qué debe hacer el supervisor en estos casos?

- Primero, todas las personas envueltas en la riña deberán entrevistarse por separado, para que se conozcan todos los hechos pertinentes.
- Segundo, deben realizarse todos los esfuerzos posibles para descubrir la causa real de la riña. Hay mucha verdad en el dicho: 'Para pelear se necesitan dos'; aunque puede achacarse más culpa a una de las partes, lo más probable es que las dos estén en falta.
- Tercero, se pedirá a las personas involucradas (otra vez por separado) sus opiniones de cómo resolver la disputa y si es que desean reconciliarse.

Todo este proceso puede ser resumido de la siguiente manera:

- Identificación y Reconocimiento: Identificar el conflicto y reconocer las partes involucradas.
- Análisis y Comprensión: Comprender las causas subyacentes y las emociones asociadas.

- Selección de Estrategias: Elegir la técnica adecuada como lo es la negociación, la mediación, la conciliación, el arbitraje, etc.
- Intervención y Resolución: Implementar la estrategia seleccionada para reducir la tensión y encontrar soluciones.
- Evaluación y Seguimiento: Evaluar la efectividad de la resolución y ajustar si es necesario.

## Conclusiones

La resolución de conflictos en el área de salud es un aspecto fundamental para garantizar el buen funcionamiento del sistema sanitario y el respeto de los derechos de los usuarios y los profesionales. Para ello, se requiere de una adecuada regulación y aplicación de los distintos mecanismos disponibles, que permitan solucionar los conflictos de manera eficiente, equitativa y pacífica. Asimismo, se requiere de una cultura de prevención y gestión de conflictos, que fomente la comunicación, la confianza, la colaboración y la ética entre los actores del sistema de salud.

McMahon, R., Barton, E., Piot, M., Gelina, N., & Ross, F. (1997). Guía para la gestión de la atención primaria de salud (2da ed.). Organización Panamericana de la Salud.

De Enfermería Ocronos, R. M. Y., & De Enfermería Ocronos, R. M. Y. (2020b). Resolución de conflictos en el entorno sanitario: una óptima atención al usuario. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/resolucion-conflictos-entorno-sanitario-atencion-usuario/>

# Filosofía médica

La Filosofía de la medicina es una rama de la filosofía de la ciencia que explora los problemas en la teoría, investigación y práctica de las ciencias de la salud. Se centra en: epistemología, metafísica, ética médica y bioética.

En el siglo XIX que la filosofía de la medicina se volvió una profesión. A finales de siglo XX, el debate entre médicos y filósofos se centró en la pregunta de si la filosofía de la medicina debería ser considerada una disciplina propia o perteneciente a la filosofía o a la medicina.

## Epistemología

Es una rama de la filosofía de la medicina que se encarga del conocimiento (¿Qué es conocer? ¿Qué es el conocimiento? ¿Cómo aprendemos lo que conocemos? ¿Qué es lo que sabemos y cuándo decimos que sabemos?)

Las teorías del conocimiento se clasifican en directo, práctico y proposicional.

## Metafísica

Es la rama de la filosofía que examina la naturaleza fundamental de la realidad incluyendo la relación entre mente, materia, sustancia, propiedad, potencialidad y hecho. Busca responder ¿qué causa la salud?, y ¿qué causa la enfermedad?

## Ontología de la medicina

Los estudios ontológicos incluyen:

- La revolución ontológica.
- El dualismo cartesiano.
- La concepción monogénica de la enfermedad.
- Los mecanismos químicos y biológicos.
- Conceptualización de entidades como los "placebos" y el "efecto placebo".

## Ontología de las ciencias médicas generales

OGMS, por sus siglas en inglés, es la ontología de las entidades envueltas en un encuentro clínico. Las OGMS proveen una teoría formal de la enfermedad que es después extendida por ontologías de enfermedades específicas.

- Ontología de las enfermedades infecciosas (IDO).
- Ontología de las enfermedades mentales.

## Dualismo cartesiano

- Separar el cuerpo de la mente.
- La mente es superior al cuerpo, pues constituye la individualidad del alma humana, el cuerpo es inferior a la mente pues es simplemente materia.
- Entonces la medicina estudia el cuerpo como una simple máquina.

## Medicina galénica

La salud es principalmente aquel estado en el que estas sustancias constituyentes están en la proporción correcta entre sí, tanto en fuerza como en cantidad, y están bien mezcladas.

- Sangre: fuente de energía para el cuerpo y el alma, naturaleza sanguínea entusiasta, activa y social.

- **Bilis amarilla:** líquido que se encontraba dentro de la vesícula biliar, vómito o B heces, naturaleza colérica ambiciosa, decisiva, agresiva y de mal genio.
- **Bilis negra:** la depresión se atribuyó a un exceso antinatural de bilis negra secretada por el bazo, naturaleza melancólica.
- **Flema:** asociado cerebro, debido al color y la consistencia del tejido cerebral. naturaleza flemática, descrita como un comportamiento reservado.

## **Nosología y la concepción monogénica de la enfermedad**

- Aproximación etiológica observada en la concepción monogénica de la enfermedad y factores genéticos.
- La medicina se encarga de la salud y la enfermedad del paciente como individuo.
- La epidemiología se encarga de patrones de enfermedades en poblaciones para estudiar sus causas y administrar, controlar y mejorar los problemas estudiados.

## **Placebo**

Sustancia inerte o farmacológicamente inactiva en relación con la condición médica para la cual son recetados, así como la subjetividad o la no especificidad de los efectos. El efecto placebo, el epifenomenismo y la dificultad en aceptar incluso la posibilidad de que el placebo sea real, exista y sea determinable objetivamente.

## **Medicina basada en evidencia (MBE)**

Se basa en el estudio de las formas en que podemos adquirir conocimiento acerca de cuestiones clínicas que son clave, como los efectos de las intervenciones médicas, la exactitud que tiene los diagnósticos y el pronóstico de dichos diagnósticos.

Hay una forma natural en la jerarquía de la evidencia obtenida en MBE, y que esta jerarquía clasifica los diferentes tipos de metodología de investigación, aparentemente, por la importancia de la evidencia referente que se proporcionó.

# Derechos humanos

Los DDHH son aquellos atributos inherentes a las personas por el hecho de serlo sin discriminación de edad, sexo, religión, orientación sexual o cualquier otra condición. Por lo tanto, no son derechos del estado sino de la humanidad, de común interés para la comunidad internacional por lo que deben ser cumplidos por todos los Estados de forma obligatoria.

## Características

- Universales: porque se extienden a todo género humano en todo tiempo, lugar y circunstancia, en razón a la esencia de la naturaleza del ser humano.
- Necesarios: Porque su existencia deriva de la propia naturaleza humana, y de la necesidad de exigir una condición humana digna.
- Inalienables: porque no pueden transferirse a ningún título, no pueden venderse ni comprarse, ni se pueden cambiar, quitar o renunciar a ellos.
- Inviolables: ya que ninguna autoridad puede atentar legítimamente contra ellos.
- Indivisibles e interdependientes: porque todos los derechos son importantes y están interrelacionados entre sí, no se puede sacrificar un derecho humano con el pretexto de defender de otro.
- Progresivos: porque dado el carácter cambiante de la sociedad es posible extenderse a nuevas categorías de derechos humanos que en el pasado no se reconocían o que aparezcan otros que en un momento sean necesarios para la dignidad humana.

## Clasificación

### Civiles

- Derecho a la vida: todos tenemos derecho a vivir y a que el Estado o personas particulares no nos arrebatan la vida.
- Derecho a la integridad física: prohibición de torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- Derecho a la libertad de expresión: derecho a buscar, recibir y difundir información o ideas de todo tipo a través de cualquier forma de expresión.
- Derecho a la libertad de pensamiento o culto.
- Derecho a la igualdad: todos los hombres nacen libres e iguales.

### Políticos

- Derecho de acción: derecho a hacer solicitudes a cualquier autoridad competente y obtener una pronta respuesta.
- Derecho a la ciudadanía: elegir y ser electo, optar por cargos públicos, obtener tarjeta de identidad.

### Económicos, sociales y culturales

- Derecho a la educación.
- Derecho al trabajo.
- Derecho a la salud: es la exigencia de un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad o dolencia.

**Salud y derechos humanos:** El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental está consagrado en varios instrumentos jurídicos internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que abarca libertades y derechos.

### Las libertades incluyen:

- Derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, los derechos sexuales y reproductivos).
- No sufrir injerencias (por ejemplo, el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuados, aspecto especialmente pertinente para las personas con discapacidad).
- Derecho a acceder a unos servicios de salud de calidad sin ser objeto de discriminación de ningún tipo.

## **Principios**

- No discriminación e igualdad: consiste en dar prioridad a las necesidades de las personas que se han quedado más rezagadas y abordar las injusticias y las disparidades de salud remediadas que existen entre diferentes subpoblaciones.
- Participación: la participación requiere empoderar a los usuarios de los servicios de salud, las comunidades y la sociedad civil para que participen en los procesos de planificación, toma de decisiones e implementación en la esfera de la salud a lo largo del ciclo de programación y a todos los niveles del sistema.
- Rendición de cuentas: los países deben establecer unos mecanismos de rendición de cuentas accesibles y eficaces, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, desempeñan un papel crucial en materia de rendición de cuentas al evaluar periódicamente el cumplimiento por los países de sus obligaciones en materia de derechos humanos relacionadas con la salud.

## **Componentes básicos del derecho a la salud**

- Disponibilidad: hace referencia a la necesidad de contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud en funcionamiento para toda la población.
- Accesibilidad: requiere que los establecimientos, los bienes y los servicios de salud sean accesibles para todos. La accesibilidad tiene cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y accesibilidad de la información.
- Aceptabilidad: hace referencia al respeto a la ética médica y a lo que resulta apropiado desde un punto de vista cultural, así como a la sensibilidad hacia las cuestiones de género.
- Calidad: abarca los determinantes subyacentes de la salud, como el acceso a agua potable salubre y al saneamiento, y obliga a los establecimientos, bienes y servicios de salud a recibir aprobación médica y científica.

El derecho a la salud es un derecho inclusivo, que abarca no solo los cuidados sanitarios oportunos y apropiados, sino también los factores subyacentes que determinan el estado de salud, tales como:

- El suministro adecuado de alimentos aptos para el consumo, una nutrición y una vivienda adecuadas.
- El acceso al agua segura y potable y a instalaciones sanitarias adecuadas.
- Un entorno laboral y ambiental saludable.
- El acceso a la educación y la información relativas a la salud, comprendida la salud sexual y reproductiva.
- Derecho al consentimiento informado, la integridad física y a no ser sometido a torturas, malos tratos y prácticas nocivas.
- Derecho a la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades, lo que incluye el acceso a los medicamentos esenciales.

## **Obligaciones de los Estados:**

La índole de las obligaciones jurídicas de los Estados Partes se estipula en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En su Observación general N.º 14, el Comité de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales define también las obligaciones que los Estados Partes deben cumplir a fin de hacer efectivo el derecho a la salud en el ámbito nacional. Esas obligaciones son las siguientes:

- **La obligación de respetar:** exige que los Estados se abstengan de denegar o limitar la igualdad de acceso de todas las personas, incluso de reos o detenidos, miembros de minorías, solicitantes de asilo e inmigrantes indocumentados, a los servicios de salud que proporcionan cuidados curativos y paliativos, que se abstengan de aplicar prácticas discriminatorias en las políticas de Estado y que se abstengan de imponer medidas discriminatorias en lo tocante al estado de salud y las necesidades de las mujeres.
- **La obligación de proteger:** abarca el deber de los Estados de adoptar leyes o tomar otras medidas que garanticen el acceso igualitario a los cuidados y servicios sanitarios suministrados por terceros.
- **La obligación de cumplir:** exige que los Estados otorguen el suficiente reconocimiento al derecho a la salud en los sistemas políticos y legales del país, preferentemente mediante la acción legislativa, y que aprueben políticas sanitarias nacionales con planes detallados para hacer efectivo el derecho a la salud.

### ¿Cuándo se viola el derecho a la protección de la salud?

- No se tiene una atención médica adecuada.
- No se cuenta con condiciones sociales, económicas y políticas para alcanzar una vida sana como vimos anteriormente: alimentación, vivienda, condiciones sanitarias, educación, participación en la toma de decisiones sobre las acciones del Estado en temas de salud.

## DDHH en Venezuela

Están garantizados en la constitución de 1999. Su finalidad es la promoción, vigilancia y defensa de los DDHH:

- La vida.
- La salud.
- La igualdad y prohibición de discriminación libertad de expresión.
- A la integridad y seguridad de personas libertad de imprenta.
- Libertad de trabajo y profesión.
- Libertad de conciencia.

La constitución de la República Bolivariana de Venezuela asigna al estado la obligación de garantizar el derecho a la salud a través de las siguientes acciones:

- Promover políticas que eleven la calidad de vida.
- Crear un sistema público nacional de salud.
- La prevención de enfermedades, su tratamiento oportuno y rehabilitación.
- Desarrollar políticas dirigidas a la formación de profesionales en la materia.

Los derechos humanos en Venezuela se cumplen de manera parcial o no en su totalidad a pesar de que existe fundaciones y/o medios que facilitan el acceso a la salud pero hay una limitación y escasez de insumos, implementos y además afectación de otros factores subyacentes determinantes en la salud que impide el objetivo.

La declaración Universal. (n.d.). Disponible en: <https://www.amnistiacatalunya.org/edu/es/historia/dh-caracteristicas.html>

World Health Organization: WHO. (2023, December 1). Derechos humanos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

OHCHR. (n.d). Acerca el derecho a la salud y los derechos humanos. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health/about-right-health-and-human-rights>

Blanco, A. D. (2017). Concepción institucional del derecho a la salud en Venezuela. Revista Latinoamericana De Derecho Social, 1(26), 89. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2018.26.1186>



# Gremio médico

Gremio, del latín *gremium*, es el conjunto de personas que tienen un mismo ejercicio o profesión.

El gremio médico identifica al conjunto de profesionales de la medicina, cuya asociación tiene por finalidad mejorar las condiciones económicas de sus miembros y elevar el nivel científico, técnico y ético de la profesión. Ello ha dado lugar, entre nosotros, al surgimiento de las Sociedades Científicas y de los Colegios de Médicos. Sus actividades son complementarias, porque los problemas de orden científico y ético no pueden desligarse de los relacionados con la llamada "acción gremial", destinada a mejorar las condiciones socioeconómicas de la profesión médica.

## Federación Médica Venezolana (FMV)

La Ley de Ejercicio de la Medicina, vigente desde 1982, al crear la **FMV** -integrada por los Colegios de Médicos de la República-, le confiere "carácter profesional, gremial y reivindicativo" (artículo 68), pero al mismo tiempo exige que "el ejercicio de la profesión médica responda a principios de solidaridad humana y de responsabilidad social" (numeral 5 del artículo 70). Este último aspecto, ha sido desestimado en forma progresiva y las acciones de lucha, en los últimos años, se han orientado a satisfacer las llamadas "reivindicaciones gremiales", aun a expensas del deterioro de la calidad de la atención médica prestada a los sectores desasistidos de nuestra población y que, por razones de necesidad vital, tiene que ocurrir a los servicios asistenciales públicos.

En Venezuela, el gremio médico está compuesto por varios organismos públicos. Uno de los más destacados es la Federación Médica Venezolana (FMV) La FMV está integrada por los Colegios de Médicos de la República y tiene carácter profesional, gremial y reivindicativo, además de la FMV, la Academia Nacional de Medicina también juega un papel importante en el gremio médico en Venezuela. Esta institución recomienda a las Escuelas de Medicina de las Universidades Nacionales que cumplan programas de investigaciones y aprendizaje de la Deontología Médica durante la totalidad del ciclo de Pregrado.

### Funciones de la FMV

- La redacción y revisión del Código de Deontología Médica.
- Divulgar y hacer cumplir las normas de ética profesional y establecer medidas de disciplina que aseguren el ejercicio idóneo de la profesión.
- Fomentar la actualización de conocimientos y el perfeccionamiento científico de los médicos.
- Establecer estudios de postgrado por empleadores públicos o privados.

## Colegios de Médicos

Un colegio oficial de médicos es una asociación profesional que reúne a médicos de una jurisdicción administrativa específica. El fin de estos colegios es proteger los valores fundamentales de la profesión, en base a la deontología y el código ético.

La protección de los colegios de médicos tiene una doble vertiente, por una parte, se protege a los profesionales colegiados, por otra, se protege a los pacientes ante casos de mala praxis.

Se distribuyen en cada Estado de la República y en los Distritos Federales, con sede en la capital de estos. Se constituyen por La Asamblea, organismo supremo que contempla a todos los médicos inscritos en su colegio correspondiente, La Junta Directiva que se encarga de la dirección y administración y finalmente los Tribunales Disciplinarios encargados de procesar a los médicos que incurran en violaciones de los estatutos internos de los Colegios, la Federación y el Código de Deontología médica.

## Objetivos de los Colegios de Médicos

- Fomentar la ayuda mutua de sus miembros, mediante el ejercicio de la confraternidad u otros medios de cooperación.
- Proteger y defender los intereses y relaciones profesionales del gremio médico.
- Impulsar el adelanto de la medicina nacional y el intercambio con sociedades médicas y científicas, nacionales y extranjeras.
- Velar por el decoro y moralidad en el ejercicio de la profesión médica.

Para iniciar el proceso de constitución de un médico dentro del colegio de médicos en Venezuela es imprescindible contar con una documentación. La cual es solicitada de forma obligatoria para realizar el proceso de colegiatura de forma legal.

Según las leyes venezolanas en referencia a la colegiación del personal de salud en el colegio de médicos es obligatorio presentar determinados requisitos, los cuales te acreditarán con un perfil reglamentario para poder solicitar dicha colegiatura. Para el completo ejercicio de las actividades médicas de un profesional de la salud es necesario realizar dicha colegiatura. Sin importar si su área es asistencial, administrativa, docente, sanitaria o de investigación, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Haber cumplido o ejercido por al menos (1) año de posgrado como médico rural o bien cumplido (2) años de posgrado rotatorio en el que se debe haber cumplido al menos (6) meses en el medio rural.
- Ser venezolano mayor de 18 años o extranjero nacionalizado.
- Poseer un título universitario en estudios médicos avalado por la institución correspondiente y que acredite sus facultades como médico integral comunitario o médico cirujano.
- Si estudio la carrera en el extranjero deberá presentar una reválida aprobada, además de una constancia de reciprocidad apostillada correctamente por el país de origen.
- Certificado en especialización que faculte sus conocimientos y estudios en dicha área (en caso de médicos especialistas).
- Síntesis curricular.
- No tener antecedentes legales ni penales, tampoco deberá estar sujeto a presentación en tribunales.
- Debes tener en cuenta que también deberá cumplir con ciertas exigencias en lo que respecta a servicio de aprendizaje social de acorde a la población. Donde se asignará una ciudad para prestar servicios de aprendizaje médico dependiendo de las vacantes.

## **Colegio Médico de Venezuela**

Es la institución encargada de gestionar los procesos en lo que respecta al ejercicio médico. Donde se faculta de forma legal los conocimientos adquiridos por los médicos graduados para un completo desempeño de sus facultades médicas. La fundación de esta institución nace de los precursores venezolanos en esta área Aníbal Santos Dominici y Luis Razetti. Los cuales fueron grandes y reconocidos médicos que hicieron gran impacto dentro del área de la medicina en Venezuela.

Gracias a ello y por la falta de una institución legal encargada en este sentido de proporcionar dicha administración se crea el Colegio de Médicos. Constituido por una sociedad gremial con un órgano periodístico importante para el país, el cual se encarga de facultar y acreditar de forma legal los conocimientos y experiencias adquiridas por los médicos venezolanos.

En el año 1883 nace la Sociedad de Médicos y Cirujanos y de la Gaceta Médica de Caracas, proponiendo una nueva gerencia administrativa legal y nacional con respecto a las gestiones referentes al ámbito del ejercicio médico, con el objetivo principal de velar por el cumplimiento y respeto de los derechos del personal médico.

Objetivos del Colegio de Médicos: Ley del Ejercicio de la Medicina, Capítulo I: De los Colegios Médicos.

Artículo 54. En el Distrito Federal, en cada uno de los Estados de la República y en los Territorios Federales funcionará un Colegio de Médicos, el cual tendrá su sede en la capital respectiva. Los Colegios de Médicos sólo podrán constituirse cuando un número no menor de diez (10) médicos legalmente autorizados hayan establecido su domicilio o residencia en el respectivo Estado.

Artículo 55. Los Colegios de Médicos son corporaciones profesionales de carácter público con personería jurídica y patrimonio propio con todos los derechos y atribuciones que les señalen las leyes.

Artículo 56. Corresponde a los Colegios de Médicos:

1. Velar por el cumplimiento de las normas y principios de ética profesional de sus miembros.
2. Enaltecer los propósitos de la ciencia médica y proteger los intereses de la sociedad en cuanto atañe al ejercicio de la profesión.
3. Defender los intereses profesionales, económicos, sociales y gremiales de sus miembros.
4. Procurar que sus asociados se guarden entre sí el debido respeto y consideración, observen buena conducta en todos sus actos públicos y privados y contribuyan a dignificar la profesión médica.
5. Fomentar la calidad técnica, científica y humana de los servicios médicos.
6. Cooperar con los organismos oficiales en la vigilancia del cumplimiento de las normas legales relacionadas con el ejercicio de la medicina.
7. Evacuar las consultas que les sometan los organismos oficiales o privados sobre materias relativas a la salud y al ejercicio de la medicina.
8. Conocer todo lo relativo a la inscripción de sus miembros.
9. Mantener actualizado el censo de los médicos y de otros profesionales y técnicos que de acuerdo con el artículo 23 tienen obligación de inscribirse en los Colegios respectivos.
10. Las demás funciones que les señalen las leyes, los Estatutos y Reglamentos.

Artículo 57. Son miembros de los Colegios, los médicos cuyos títulos han sido debidamente inscritos en ellos, estén o no dedicados al ejercicio de la profesión.

[Internet]. CAPÍTULO I: Del Colegio de Médicos. [cited 2024 Feb 9]. Available from: <http://fisica.ciens.ucv.ve/postfismed/normas/lemedc1a.html>

Requisitos para COLEGIARSE EN EL COLEGIO DE MÉDICOS en Venezuela [Internet]. Diario el Turpial. 2020 [citado 10 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://diarioelturpial.com/requisitos-para-colegiarse-en-el-colegio-de-medicos/>

Colegio de Médicos – Del Distrito Metropolitano De Caracas [Internet]. Com.ve. [citado 10 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://cmdmc.com.ve/> Rago

Rodríguez V. Profesionalismo médico. Cuaderno N° 2. Federación Médica Venezolana. Caracas: Gráfica la Bordoniana; 1984

# Indicadores de gestión ambulatoria

Según la OMS los indicadores serán una medición que refleja una situación determinada. Todo indicador de salud es una estimación (una medición con cierto grado de imprecisión) de una dimensión determinada de la salud en una población específica.

Cuando nos referimos a indicadores de gestión ambulatoria podemos hacer referencia a aquellos que facilitan la medición de determinadas situaciones en este contexto (ambulatorio) que permitirán el adecuado desenvolvimiento de este. Para que se cumpla que estos sean efectivos deben tener ciertos criterios que se adecuen tales como: describir la realidad estudiada, ser comparables, ser predictivos (para la adecuada toma de decisiones y metas a lograr), también teniendo las características de ser factibles, tener validez, simplicidad.

## Requisitos para un buen indicador

- Factibilidad y Mensurabilidad
- Relevancia e Importancia
- Simplicidad e comprensibilidad
- Reproductibilidad
- Sostenibilidad

Algunos de los indicadores más importantes en gestión ambulatoria son:

- Indicadores de resultado en salud en atención primaria: Serán aquellos que nos permitan medir los resultados de los efectos de la atención médica en la salud de los pacientes. Ej.: relacionados con la atención a la osteoartritis, la cronicidad, el asma infantil, la efectividad clínica y la seguridad de la prescripción. Estos indicadores permiten evaluar la calidad de la atención y su impacto en la salud de los pacientes.
- Indicadores de calidad: Son herramientas que ayudan a medir y evaluar diferentes aspectos de la atención médica. En el contexto ambulatorio, se pueden clasificar en dos grupos.

## Tipos de indicadores

Indicadores básicos: Son esenciales para el proceso ambulatorio, independientemente del tipo de unidad de atención. Estos indicadores se aplican en todas las situaciones clínicas.

Indicadores avanzados: Son más específicos y se utilizan en unidades con amplia experiencia y desarrollo de la gestión clínica.

- Indicadores de Control de Medición: es importante considerar la factibilidad y la sensibilidad al cambio de los indicadores, estos nos permiten evaluar cómo se mide cada indicador y su utilidad en la práctica clínica es fundamental para una gestión efectiva.
- Los de gestión o de eficiencia son conocidos como indicadores de seguimiento, de control, de monitoreo, de administración y de metas intermedias y permiten conocer la eficiencia en la utilización de los recursos durante el tiempo de un proyecto. Estos indicadores deben valorar el rendimiento de insumos, recursos y esfuerzos dedicados a conseguir el objetivo. Estos se construyen a partir de un propósito, niveles de referencia, responsabilidad, sistemas de procesamiento y toma de decisiones; siendo además cuantificables y verificables, con lo que se refleja un compromiso para el cumplimiento de las metas planteadas.
- Los indicadores de logro o de eficacia son conocidos como indicadores de éxito, de impacto o de objetivos y miden el grado con que una acción alcanza los resultados esperados.

**Consulta médica:** Atención brindada por un profesional médico a un paciente ambulatorio, en un consultorio externo, o en una unidad de emergencia para paciente externo. Se incluyen entre las consultas médicas, las brindadas a consultantes sanos.

**Paciente ambulatorio:** es la persona que utiliza los servicios y/o tratamiento en un hospital, pero no ocupa cama hospitalaria.

## Indicadores utilizados en el recinto

Cantidad de consultas médicas ambulatorias total y por unidad cooperativa: es la contabilización de las atenciones recibidas por un paciente bajo la modalidad de consulta médica ambulatoria. Medida de volumen de la producción de un establecimiento asistencial.

*Cantidad de consultas médicas ambulatorias total = suma de las consultas médicas ambulatorias del establecimiento en un período dado.*

A través de este se mide el volumen de la producción de un establecimiento asistencial considerando la totalidad de este o por unidad operativa. Relacionado con los recursos permite planificar la reasignación de estos.

Cantidad de consultas médicas ambulatorias según variables seleccionadas que caracterizan al paciente: es la cantidad de atenciones brindadas por profesionales médicos a pacientes ambulatorios en consultorios externos o unidades de emergencia para cada categoría de variables seleccionadas que caracterizan al paciente y en un periodo determinado. Puede obtenerse con frecuencia relativa dividiendo dicha cantidad por el total de consultas médicas ambulatorias.

*Cantidad de consultas médicas ambulatorias según variable seleccionada = Total de consultas médicas ambulatorias en cada categoría de la variable seleccionada en un período dado.*

Esta cantidad con relación al total de consultas médicas ambulatorias puede expresarse en términos de porcentaje multiplicándose por 100. Se calcula la totalidad de las consultas médicas ambulatorias de un período dado, aun cuando a una persona correspondiera más de una consulta. Sirve para conocer el perfil de la población atendida en la modalidad de consulta médica ambulatoria y es útil para la asignación de recursos por unidad operativa.

## Algunos parámetros para recordar

- Primera consulta: consulta con motivo de un estado patológico o fisiológico nuevo (20-30 min por consulta).
- Consulta sucesiva: consultas subsiguientes (10-15 min por consulta). Estadísticamente, sin contar consultas preventivas, se estiman 3 consultas curativas por habitantes por año (2-4 según la OMS).
- Volumen de consultas: Consultas diarias = población x consulta-año-habitante / Días hábiles de consultas (al año)
- Horas médicas diarias = consultas diarias / por hora médico.
- Horas médico-diarías = N° médicos / Horas de contratación Admisiones hospitalarias x Consultas = 1 admisión x 60 consultas totales.
- Rendimiento – hora médico x consulta (actividad) = Volumen consultas / horas médicas x actividad = Volumen de consultas / consulta de primera.
- Consultas x 1000 habitantes = total de consultas x 1000 / población.
- Los indicadores de gestión ambulatoria son herramientas clave para evaluar, monitorear y mejorar la calidad de la atención médica en entornos ambulatorios. Su uso adecuado contribuye a la toma de decisiones informadas y al logro de mejores resultados para los pacientes.

# Indicadores de gestión hospitalaria

Es un instrumento de cambio en la estructura de la institución que mide el cumplimiento de los objetivos institucionales cuali-cuantitativo convirtiéndose en una herramienta esencial para observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno, porque todo lo que no se mide no puede ser mejorado.

## Elementos para establecer los indicadores

- **Nombre:** la identificación clara y precisa del indicador, es necesaria a los fines de que se pueda descubrir la característica o hecho que se medirá.
- **Naturaleza:** se clasifican según los factores clave de éxito especificados para la institución.
- **Vigencia:** los cambios del entorno y las necesidades reales de información de la institución a fin de no agotarse esfuerzos y recursos en calcular indicadores que no generan valor agregado a la institución.
- **Propósito:** expresa para qué se quiere generar el indicador seleccionado.
- **Periodicidad:** periodo de tiempo en el que se generará, es decir se debe señalar cada cuánto tiempo, el nivel responsable debe realizar la medición para el cálculo del indicador.
- **Fórmula de cálculo:** los indicadores cuantitativos se debe precisar la fórmula con la cual se realizará el cálculo de su valor.

Indicador	Descripción	Objetivo	Fórmula	Periodicidad
Ocupación hospitalaria	Es la suma de camas censables ocupadas administrativamente por enfermos, en el censo diario de 24 horas.	Determinar el grado de uso de camas censables	$\frac{\text{Dias Pacientes} \times 100}{\text{Dias cama}}$	Trimestral
Relación enfermeras/ camas censables	Proporción del personal de enfermería con relación a las camas censables	Determinar el balance de personal de enfermería en atención directa al paciente, en relación con la capacidad instalada.	$\frac{\text{Total de enfermeras en atención directa}}{\text{Número de camas censables.}}$	Anual
Relación Médico/cama	Proporción de personal médico con relación al número de camas censables	Determinar el balance de personal médico en relación con la capacidad instalada	$\frac{\text{Total de médicos adscritos en atención directa}}{\text{Número de camas censables}}$	Anual
Relación enfermeras/ médicos	Proporción del personal de enfermería con relación personal médico	Determinar el balance de personal médico y de enfermería en atención al paciente	$\frac{\text{Total de enfermeras en atención directa}}{\text{Numeros de medicos}}$	Anual
Productividad de consultas externas	Número de consultas otorgadas por un médico en el servicio de Consulta Externa	Determinar la productividad de los médicos en la consulta externa.	$\frac{\text{Total de consultas otorgadas en CE} \times 100}{\text{Total de horas médico asignadas}}$	Trimestral

## Factores clave que reúnen los indicadores

- Que sea capaz de **explicar** el éxito o el fracaso de la organización.
- Que sea suficientemente significativo su impacto en la cuenta de **resultados**.
- Que sea **representativo** de los cambios del entorno.
- Que pueda ser medible o **cuantificable**, bien de forma directa o indirecta.

## Características de los indicadores

- El indicador debe ser **adecuado** para lo que se quiere medir.
- Debe proporcionar **objetividad** y no permitir interpretaciones equívocas.
- Debe ser **exhaustivo**, y lograr los resultados hacia la concreción del hecho medible.
- Debe ser lo suficientemente **sensible** para identificar variaciones pequeñas.
- Existir una cierta **precisión**, el margen de error ha de ser suficientemente aceptable.
- Su obtención debe suponer un **coste aceptable**.

## Conclusión

Los indicadores permiten dirigir un negocio de atención médica y dan estrategias comunes para otras empresas. Se espera para un futuro poder automatizarlos y alinearlos.

INDICADORES DE GESTIÓN PARA MEDIR LA EFICIENCIA HOSPITALARIA. 2008; 50-63 [R:2007:11-A:2008-02] [www.revistanegotium.org.ve](http://www.revistanegotium.org.ve)

Indicadores de gestión hospitalaria. Vol 18, N° 2, Abril-Junio 2005. Disponible en: [http://file:///C:/Users/Ultimate/Downloads/in052i%20\(3\).pdf](http://file:///C:/Users/Ultimate/Downloads/in052i%20(3).pdf)

# Alcoholismo

El alcohol, en términos químicos, es un compuesto orgánico que tiene un grupo hidroxilo unido a un radical alifático o a sus derivados. Comúnmente, el término “alcohol” se refiere al etanol o alcohol etílico, un líquido incoloro, inflamable y con un punto de ebullición de 78°C. Este es el alcohol que se utiliza en la producción de bebidas alcohólicas.

Se calcula que cada bebida estándar de alcohol que se ingiere eleva la concentración de etanol en la sangre en 0,02 g/dl. El consumo agudo de alcohol reduce la actividad de las neuronas cerebrales y provoca cambios en el comportamiento similares a los que causan otros depresores del sistema nervioso central, como los barbitúricos o los tranquilizantes como las benzodiazepinas (Valium®). Incluso con el consumo de una sola bebida alcohólica, se pueden notar cambios en el estado de ánimo, el comportamiento o la psicomotricidad. Dependiendo de la cantidad de alcohol en la sangre y en ausencia de tolerancia, se pueden observar:

- 0,2 g/L - Desinhibición, sensación de felicidad.
- 0,8 g/L - Disminución de la capacidad motora y del desarrollo de funciones de cálculo y pensamiento complejo.
- 2,0 g/L - Dificultad para hablar, falta de coordinación motora, irritabilidad, juicio deficiente.
- 3,0 g/L - Coma leve y depresión de las funciones vitales.
- 4,0 g/L – Fallecimiento.

Es crucial recordar que el consumo excesivo de alcohol es dañino para la salud y puede resultar en intoxicación etílica.

## Prevención del alcohol y la intoxicación etílica

- Evitar el consumo excesivo de alcohol: El consumo excesivo de alcohol puede llevar a la intoxicación etílica.
- Tomar medidas preventivas: Se recomienda comer bien antes de beber. Esto puede ayudar a disminuir la absorción de alcohol en el cuerpo.
- Evitar las bebidas destiladas: Estas se absorben más rápidamente en el cuerpo, lo que puede incrementar el riesgo de intoxicación.
- Saber cuándo detenerse: Es importante parar cuando se empiezan a sentir los primeros efectos del alcohol en el cuerpo.

En caso de intoxicación etílica, es vital buscar atención médica inmediata. Los síntomas pueden incluir vómitos, respiración lenta o irregular, piel de color azulado, grisáceo o pálido, y dificultad para mantenerse consciente. Si alguien presenta estos síntomas, no se debe intentar hacer que la persona vomite, ya que podría asfixiarse. En su lugar, se debe llamar al número local de emergencias y proporcionar toda la información relevante.

Intoxicación etílica [Internet]. Redacción Médica. [citado el 18 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/intoxicacion-etilica>



# Drogas ilegales

Según la O.M.S., “droga es toda sustancia terapéutica o no que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, fricción, administración parenteral, endovenosa), produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, de acuerdo con el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo”.

## Clasificación según su grado de dependencia

- Drogas duras: aquellas que provocan una dependencia física y psicosocial, como el opio y sus derivados, el alcohol, las anfetaminas y los barbitúricos.
- Drogas blandas: las que crean únicamente una dependencia psicosocial, destacando los derivados del cáñamo, como el hachís o la marihuana, la cocaína, el ácido lisérgico o LSD y el tabaco.

## Intoxicación

Cocaína: es un estimulante y se asocia con una amplia gama de problemas físicos y mentales y con conductas de riesgo. El uso repetido de dosis elevadas de cocaína puede llevar a la psicosis. Existe también un riesgo considerable de complicaciones tóxicas, sobredosis y muerte súbita.

- Los problemas físicos más comunes asociados con el consumo de cocaína incluyen:
  - Agotamiento
  - Cefaleas
  - Disminución de la inmunidad a las infecciones
  - Entumecimiento y/u hormigueo
- Los problemas psicológicos pueden incluir:
  - Ansiedad
  - Comportamiento violento o agresivo
  - Depresión
  - Deterioro de la memoria
  - Dificultad para conciliar el sueño
  - Fluctuaciones del estado de ánimo
  - Paranoia

Cannabis: comúnmente llamado marihuana, es la droga ilegal más ampliamente usada.

- Intoxicación aguda:
  - Ansiedad
  - Deterioro de la atención y la memoria
  - Disforia

Sedantes e hipnóticos: estos contienen benzodiazepinas y compuestos afines; todos ellos son depresores y se recetan para ayudar a dormir, o tratar la ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo, el dolor muscular, las crisis convulsivas y los traumatismos.

- Se asocian con:
  - Cefaleas
  - Confusión, somnolencia y mareos
  - Depresión
  - Náuseas
  - Pérdida del equilibrio, marcha vacilante y un mayor riesgo de caída

Estimulantes de tipo anfetamínico: los efectos son similares a los de la cocaína, pero los perfiles farmacológicos de estas drogas son diferentes.

- Los problemas y riesgos para la salud incluyen:
  - Arritmias
  - Cefaleas
  - Contractura de la mandíbula
  - Daño hepático
  - Deshidratación
  - Deterioro de la resistencia a las infecciones
  - Dificultad para conciliar el sueño
  - Dolor muscular
- Los efectos sobre la salud mental incluyen:
  - Agitación
  - Alucinaciones
  - Comportamiento violento
  - Deterioro de la memoria
  - Dificultad para concentrarse ansiedad, depresión, euforia, pánico y manía
  - Paranoia

Inhalantes volátiles: los inhalantes, o solventes volátiles, se clasifican como depresores. Se los encuentra en muchos productos de uso doméstico.

- Los efectos del uso por poco tiempo incluyen:
  - Trastornos del estado de ánimo
  - Cefaleas
  - Coma
  - Comportamiento impredecible
  - Crisis convulsivas
  - Delirio
  - Desorientación y somnolencia
  - Deterioro de la coordinación y la respuesta
  - Diarrea
- El uso por un tiempo prolongado puede causar:
  - Cansancio extremo
  - Cefaleas crónicas, hemorragias nasales, tos persistente y ojos enrojecidos
  - Comportamiento agresivo
  - Daño orgánico
  - Depresión
  - Estremecimientos y temblores
  - Úlcera gástrica
  - Pérdida de la memoria y confusión

Opioides: tienen efectos en el organismo similares a los de la morfina y reducen el dolor al desacelerar las funciones del sistema nervioso central. Se produce una sobredosis cuando la cantidad de opioide deprime el centro.

- Los efectos del uso en un lapso breve incluyen:
  - Deterioro de la memoria

- Dificultad para concentrarse
- Estreñimiento
- Náuseas y vómitos
- Prurito
- Respiración superficial o disnea
- Somnolencia
- Los efectos del uso prolongado incluyen:
  - Depresión
  - Disminución de la libido
  - Impotencia
  - Insuficiencia respiratoria
  - Períodos menstruales irregular

## **Prevención sobre el uso de las drogas**

- Reducir la presencia y promoción de las drogas.
- Promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo y contar con la participación ciudadana a este propósito.
- Reducir la injustificada percepción en la sociedad y especialmente en menores, sobre la “normalidad” de los consumos de drogas, fundamentalmente de cannabis y de alcohol.
- Desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción.
- Promover conductas y hábitos de vida saludables, uso saludable de las nuevas tecnologías y alternativas de ocio sanas, incompatibles con el abuso de sustancias y otras conductas adictivas.
- Detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo (consumo por parte de menores, embarazadas, durante la conducción de vehículos).

# Análisis de Situación de Salud (ASIS)

## Proceso salud-enfermedad

La determinación de la salud es un proceso complejo, multifactorial y dinámico, en que los factores enunciados interactúan no solo para deteriorar la salud, sino también para incrementarla y preservarla, por lo que el Proceso Salud-Enfermedad, permite abarcar el fenómeno de la Salud desde una perspectiva más amplia, el cual se fundamenta en la Historia Natural de la Enfermedad.

Por tanto, según este modelo, existe un continuo desde la salud óptima, a la enfermedad franca, dividida por dos períodos, el prepatogénico y el patogénico. Sobre esto se constituyen los Niveles de prevención, (primordial, primaria, secundaria y terciaria) y las acciones de prevención (promoción, protección, diagnóstico, tratamientos, rehabilitación y cuidados paliativos).



## Niveles de prevención

- **Prevencción primordial:** evita el surgimiento y consolidación de patrones de vida social, económica y cultural, de los que se conoce que contribuyen a elevar el riesgo de una enfermedad.
- **Prevencción primaria:** limita la incidencia de enfermedades mediante el control de las causas y de los factores de riesgo. A menudo implica dos estrategias complementarias:
  - Estrategia poblacional para reducir el riesgo promedio (estrategia poblacional)
  - Estrategia individual para reducir el alto riesgo por exposición particular (estrategia de grupo de alto riesgo).
- **Prevencción secundaria:** persigue la curación de los usuarios y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante el diagnóstico y tratamiento precoces. Comprende todas las medidas disponibles para la detección precoz en individuos y poblaciones y para la intervención rápida y efectiva. Dirigida al periodo de comienzo de la enfermedad y su propósito es reducir la prevalencia de la enfermedad.
- **Prevencción terciaria:** tiene como meta reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida y es parte de la terapéutica y rehabilitación. Consiste en medidas para reducir secuelas y discapacidades, minimizar sufrimientos y facilitar la adaptación a cuadros incurables.

## ASIS

El diagnóstico de salud es un proceso intencionado y organizado de identificación, descripción, análisis y evaluación de un conjunto de indicadores que permiten ponderar, determinar o inferir características propias del nivel de salud de una comunidad y de los componentes del nivel de vida que la están condicionando. Los ASIS han sido definidos como procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos, competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud". (Organización Panamericana de la salud, 1999).

El diagnóstico proporciona información útil y actualizada que permite tomar decisiones en el área de la salud respecto a: qué se hace, cómo se hace, por qué, cuándo, dónde y con qué recursos se hace. Es necesario fundamentar las acciones que se toman en base a un conocimiento completo y objetivo de la realidad, especialmente cuando los recursos son escasos e insuficientes para dar satisfacción a todas las demandas y necesidades relacionadas con la salud, para orientar la inversión de estos recursos donde resulten ser más eficientes y eficaces.

A través del conocimiento obtenido se busca contar con información básica para poder adoptar decisiones sobre las acciones dirigidas a suprimir o disminuir los riesgos que afectan a las personas y que derivan de la vida en sociedad y de los factores que la determinan, influyen o condicionan el nivel de vida y de salud de la comunidad, puesto que los problemas de salud no ocurren aisladamente, sino que se presentan en estrecha relación con el contexto en el cual aparecen, por lo cual para encontrar explicaciones al por qué ocurren tenemos que situarlos en la realidad y tiempo en que se producen.

Lo anterior implica una medición del nivel de salud de la comunidad y el análisis de los factores que condicionan la situación de salud. Para ello es necesario contar con la ayuda de otras disciplinas como la estadística y la demografía que aportan la metodología; y también con historia, sociología, psicología, antropología, que aportan los marcos teóricos, por lo que es necesario desarrollar un trabajo interdisciplinario, coordinado e intersectorial y que, además, considere la participación de los actores involucrados.

## Objetivos del diagnóstico

1. Determinar y evaluar los daños o alteraciones de la salud de la comunidad.
2. Determinar y evaluar las características del medio ambiente, factores de riesgo, que provocan o condicionan la aparición de los daños o alteraciones de la salud, o que determinan la probabilidad de enfermar de las personas.
3. Determinar y evaluar los recursos existentes y disponibles para prevenir la aparición de los daños o para repararlos, una vez que éstos han aparecido.

El tipo de información que contempla un diagnóstico es amplio y debe considerar las diversas áreas de la vida de la comunidad como vivienda, saneamiento básico, educación, entre otras.

## Pasos para desarrollar un ASIS de una comunidad

1. Diagnóstico de situación de salud:
  - a. Aspectos geográficos: País - Estados - Municipios - Parroquias - Centros Poblados, en las que encontramos localidades, comunidades, barrios, sectores, caseríos y urbanizaciones.
  - b. Aspectos históricos: surgimiento de la localidad, nacionalidad, etnias, lengua, valores culturales, religión, creencias, comportamiento de la comunidad ante las enfermedades, y participación social y comunitaria.
  - c. Aspectos sociales: salud (mortalidad, morbilidad y discapacidad), educación, organizaciones y servicios públicos.
  - d. Datos demográficos.
2. Contacto con la comunidad: análisis de los actores sociales para precisar las necesidades sentidas de salud de la población, para ello se debe tener contacto con la comunidad en estudio, este contacto generalmente se realiza a través de los trabajadores de los centros de salud, líderes comunitarios, consejos comunales u otra organización existente en la comunidad, para explicarles lo que es un ASIS y lo importante que es la participación de la comunidad en la construcción de este.
3. Metodología:
  - a. Identificación de problemas.
  - b. Priorización de problemas.

- c. Análisis causal y búsqueda de alternativas de solución.
- d. Elaboración del plan de acción.
- e. Vigilancia y evaluación.

## Conclusiones

- El modelo de prevención de enfermedades se divide en prepatogénico y patogénico, con niveles de prevención y acciones específicas.
- Los niveles de prevención incluyen primordial, primaria, secundaria y terciaria, cada uno con objetivos y estrategias definidas.
- El análisis de la situación integral de salud es crucial para identificar necesidades, prioridades y programas de intervención.
- Se requiere un enfoque interdisciplinario y coordinado para comprender y abordar los problemas de salud de una comunidad.
- Se deben considerar aspectos históricos, sociales, demográficos y la participación de la comunidad para elaborar un plan de acción efectivo.
- La metodología incluye la identificación de problemas, priorización, análisis causal, plan de acción y evaluación continua.
- El contacto con la comunidad es fundamental para comprender sus necesidades de salud y promover la participación en el proceso de análisis.
- Para garantizar que estas medidas sean efectivas se deben realizar evaluaciones periódicas.

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. Manual de Análisis de la Situación Integral de Salud. 2019.

Añez, E., Dávila, F., Gómez, W., Hernández, T., Reyes, I. & Talavera, J. (2010). Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud. Maracay: IAES.

## Sistema de salud

Según la OMS, un sistema de salud (SS) es una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinadas a mantener y mejorar la salud de la población. Suele identificarse como establecimientos de atención médica. Su objetivo es promover, mantener o recuperar buena salud para individuos y poblaciones, incluyendo las necesidades de salud de personas con discapacidad. Los principios de este sistema son que ha de contribuir a mejorar la salud de toda la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios y ser sostenible financieramente. **Objetivo:** promover, mantener o recuperar buena salud para individuos y poblaciones, incluyendo las necesidades de salud de personas con discapacidad.

### Incluye:

- Liderazgo
- Personal
- Financiamiento y organizaciones
- Instituciones y políticas
- Privados y Públicos

### Aspectos básicos

- Financiamiento, el cual identifica, administra y asigna recursos financieros para los gastos que implica su funcionamiento.
- Prestación de servicios, que obedecen a la manera en que tal sistema ha sido definido y a la forma en que se financia.
- Rectoría, que alude al organismo de orden superior que dicta normas y establece procedimientos acordes con los avances de la ciencia y en concordancia con su legitimidad.

### Engloba todos los aspectos relacionados con la salud

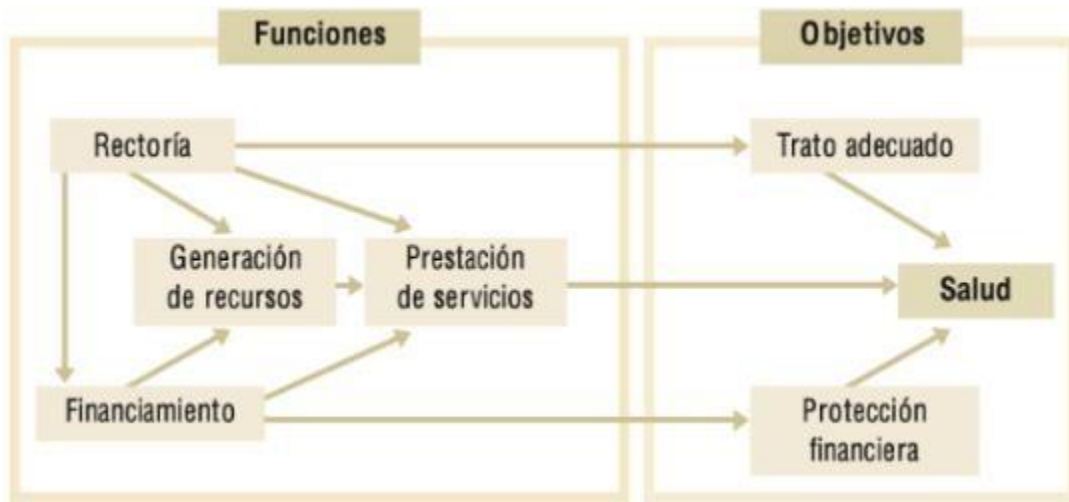
- Salud ocupacional
- Atención médica
- Salud Reproductiva
- Apoyo de salud a discapacitados
- Alimentación escolar
- Salud poblacional
- Nutrición en salud
- Seguridad vial
- Salud ambiental
- Políticas de agua saludable

**Marco analítico:** Es la forma en la que organizaciones internacionales, analistas y expertos investigadores representan un sistema para brindar un análisis conjunto e integral. En el sistema de salud, un marco analítico de trabajo permite evaluar los objetivos, logros y componentes del mismo.

### Funciones y objetivos de un sistema de salud según la OMS

La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la salud. Esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población, por lo que se debe contar con un sistema de salud universal y efectivo. Sin embargo, en ocasiones se puede proteger o mejorar la salud promedio de la población atendiendo de manera desproporcionada

las necesidades de ciertos grupos privilegiados. Esto no es deseable. El sistema de salud, por lo tanto, tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones. En este sentido el sistema de salud debe ser también equitativo en la distribución de los recursos. Así como también debe ser flexible para así poder dar respuesta a las nuevas necesidades que se vayan presentando.



## Pilares de los sistemas de salud (OMS)

1. **Gobernanza:** garantizar que existan marcos de políticas estratégicas y que se combinen con una supervisión eficaz, la formación de coaliciones, la regulación, la atención al diseño del sistema y la rendición de cuentas.
2. **Generación de recursos:** asegura que un sistema de salud tenga todos los insumos que necesita para operar. Estos insumos incluyen trabajadores de la salud, dispositivos médicos, equipo médico, vacunas, infraestructura, productos farmacéuticos, consumibles y suministros médicos.
3. **Financiamiento:** recaudar y gastar dinero en atención médica. Se divide en tres subfunciones (recaudación de ingresos, mancomunación de recursos, y compra de bienes y servicios).
4. **Prestación de servicios:** tiene tres subfunciones; salud pública, atención primaria y atención especializada. Se distingue el acceso, la eficacia, la seguridad, la experiencia del usuario.

## Historia de la medicina venezolana (siglo XX al siglo XXI)

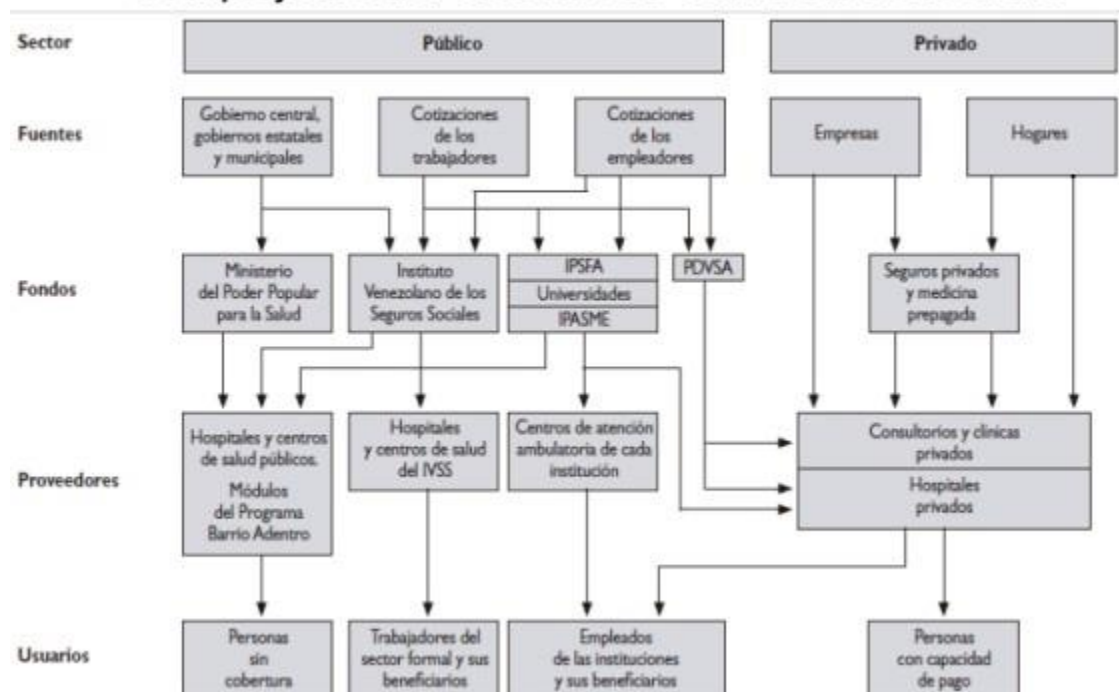
1. **Etapa Gomecista (1909 -1935):** caracterizada por el auge petrolero y una Venezuela monoprodutora. Además, también por el inicio de las campanas de salud.
  - a. Comienza la era petrolera en Venezuela.
  - b. Las primeras campañas de salud se efectuaron en 1930.
  - c. Ley de Defensa contra el Paludismo.
  - d. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
  - e. Servicio Nacional de Puericultura y Pediatría Administración Hospitalaria.
  - f. Estudios estadísticos y epidemiológicos.
  - g. Creación del Seguro Social Obligatorio.
2. **La etapa que coincide con la Segunda Guerra Mundial (1936-1945):** caracterizada por la lucha contra el paludismo y por el retorno al país de médicos venezolanos que serían los creadores de instituciones de salud necesarias para avanzar. También se intensifica la lucha contra las enfermedades endémicas.



3. Etapa de división de hospitales (1946-1950): se creó la División de Hospitales y se retomó el compromiso de desarrollar una red pública hospitalaria. En la Constitución de 1947, se consagró por primera vez el derecho a la salud y su responsabilidad por parte del Estado.
4. Etapa del General Marcos Pérez Jiménez (1950-1958): dónde destaca la disminución de la tasa de mortalidad y las contribuciones en infraestructura de hospitales, tales como el JM de los Ríos y la culminación de la construcción del HUC en 1954.
5. Inicio de la democracia en Venezuela con Rómulo Betancourt: En Venezuela se desarrollaron programas para combatir el Mal de Chagas y la malaria, incluyendo el Programa de Vivienda Rural y la campaña antipalúdica con Arnaldo Gabaldón. Estos esfuerzos permitieron que Venezuela se convirtiera en un referente mundial en la lucha contra la malaria.
6. El Modelo Curativo (1963-1998):
  - a. Expansión Hospitalaria.
  - b. El 6 de abril del año 1967, se promulgó la nueva Ley de Seguro Social Obligatorio.
  - c. Incremento de la mortalidad infantil y reaparición de enfermedades.
  - d. Tratando de solucionar la crisis de salud que se profundizó en los años 90, se inició un proceso de descentralización cuyos ejes se basaban en la democratización de la salud, y en la transferencia de competencias del poder público.
7. La Revolución Bolivariana (1999-2023): aparece como necesaria una reforma de sistema de salud, queriéndose garantizar la salud como un derecho fundamental regular, "fiscalizar" el funcionamiento y financiamiento del sector de salud. Intentar desaparecer el IVSS el cual era la institución más corrupta del país.

**Desarrollo paralelo de la Atención Primaria:** en 2003 surgió el modelo de la Misión Barrio Adentro y se creó el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), siguiendo el "acuerdo marco de cooperación Cuba-Venezuela".

## Complejidad del Sistema de Salud en Venezuela



En la actualidad el plan de la patria planteado por el gobierno de turno consiguió una mala administración y debilitamiento del sistema de salud, haciendo que el mismo tuviera un sistema paralelo (misión barrio adentro) que le roba recursos (presupuesto, insumos, infraestructura).

Para el año 2022 podemos decir que el sistema de salud es: polifragmentado, monosectorial, poco integrado en la Seguridad Social y con mecanismos para la asignación de recursos económicos basados en criterios políticos, sin planificación y a voluntad presidencial. Además de presentar un déficit en: ausencia de marco legal, ausencia de recursos humanos y ausencia de recursos financieros.

Planteándose un reto para rescatar el sistema nacional de salud pública, dónde es imprescindible la eliminación de la fragmentación del financiamiento y la prestación de servicios. Por último, también es prácticamente obligatorio para recuperar el sistema nacional de salud, tratar solventar todos los déficits antes mencionados.

Días, J. El Sistema de Salud en Venezuela [Internet]. Observatorio Venezolano de la salud. 2016 [cited 2024 Feb 18]. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/boletines/salud/el-sistema-de-salud-en-venezuela/>

Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2022.

Health systems governance [Internet]. Who.int. [cited 2023 Feb 23]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance> Bemitez, G.

Evolución histórica del Sistema Nacional de Salud venezolano (1909-2023). Revista Digital de Postgrado (2023): Vol. 12 Núm. 2

## Agresiones: homicidios y suicidios

**Violencia:** según la OMS es el “uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

### Interés de la violencia para la salud pública

- Consecuencias sociales.
- Causa de muertes.
- Causa de lesiones incapacitantes.
- Causa de graves daños psicológicos.

La violencia afecta en lo social y en la salud. Esta ocasiona muchas muertes todos los días, con mayor predominio entre hombres jóvenes y niños. Además de este índice de muertes, sufren lesiones que pueden causar una discapacidad o problemas de salud subyacentes como resultado de esta. Además, La exposición a la violencia puede aumentar el riesgo de fumar, consumir alcohol o uso de drogas; de sufrir enfermedades mentales o tendencia al suicidio.

**Homicidio:** según la OMS es la “acción de matar o privar de la vida a otra persona con o sin intención, esto es un delito contra la vida humana”.

La ONU presenta un Estudio Global sobre Homicidios con una visión detallada de las muertes violentas en el mundo en 2021:

- 2021: 458.000 Homicidios en todo el mundo. La tasa mundial de homicidios fue de 5,8 por cada 100.000 habitantes. En 2021, el 81% de las víctimas de homicidio fueron masculinas.
- La tasa de homicidios por cada 100.000 habitantes entre la población masculina fue de 9,3 casos, mientras que entre la femenina se situó en 2,2. Los hombres, especialmente los jóvenes.
- América tiene la tasa regional de homicidios más alta del mundo, y las mayores cotas de violencia relacionada con el crimen organizado, que representa la mitad de todos los asesinatos.
  - Continente americano: tiene una tasa de 15 homicidios por cada 100.000 habitantes, África (12,7), Oceanía (2,9), Asia (2,3), Europa (2,2).
- El 40% de los homicidios a nivel mundial se cometió con armas de fuego y el 22% con objetos punzantes o cortantes.
- En todos los continentes bajó o se estancó la tasa de homicidios, en África aumentó, y la ONU alerta de que la situación puede empeorar por el cambio climático, la desigualdad, la lucha por los recursos naturales, la debilidad de los Estados y porque es el continente con la población más joven.

**Suicidio:** según la OMS, es la “acción deliberada de quitarse la vida mediante actos intencionados”.

Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo con los diferentes países. Es considerado un problema de salud pública importante, pero a menudo descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes.

Cada año, más de 703.000 personas se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio. En los jóvenes de 15 a 29 años, el suicidio es la cuarta causa principal de muerte. Las tasas varían entre países y regiones, y entre hombres y mujeres.

- Se suicidan más del doble de hombres que de mujeres: 12,6 por 100 000 hombres frente a 5,4 por 100 000 mujeres.

- Las tasas de suicidio en las Regiones de África (11,2), Europa (10,5) y Asia Sudoriental (10,2) de la OMS fueron superiores a la media mundial (9,0) en 2019. La tasa de suicidio más baja se registró en la Región del Mediterráneo Oriental (6,4).
- A nivel mundial, la tasa de suicidios desciende, excepto en las Américas. Estas entre el año 2000-2019 disminuyeron en un 36% con descensos que oscilaron del 17% de la Región del Mediterráneo Oriental al 47% de la Región de Europa y el 49% del Pacífico Occidental. En cambio, en la Región de las Américas, las tasas se incrementaron en un 17% en ese mismo periodo. Estas tasas son consideradas a 100 mil habitantes.
- Actualmente solo 38 países tienen una estrategia nacional de prevención del suicidio. Es necesario impulsar considerablemente las medidas en este sentido para cumplir la meta de los ODS de reducir en un tercio la tasa mundial de suicidios para 2030.

## Homicidios en Venezuela

La estructura de la violencia en Venezuela es diferente a la observada a nivel mundial. El año 2023 cerró con 6.973 muertes violentas, correspondientes a 1.956 víctimas de homicidios cometidos por delincuentes, 953 fallecidos en acciones de intervención policial y 4.064 muertos violentamente y cuya causa e intencionalidad todavía sigue en averiguación, por lo que hubo un promedio de 581 fallecidos por muertes violentas por mes, 134 por semana y 19 cada día.

A nivel nacional, el mayor número de homicidios por entidad federal fue registrado en los estados:

1. Miranda: 279 víctimas.
2. Distrito Capital: 223.
3. Zulia: 205.
4. Bolívar: 150.
5. Aragua: 127.
6. Carabobo: 117.
7. Sucre: 111.
8. Guárico: 82.

## Suicidios en Venezuela

Las tasas de lesiones autoinfligidas hasta el último informe anual de violencia son de 8,2 muertes por cada 100 mil habitantes, valor que tendió a aumentar en 6,5% si lo comparamos con nuestra estimación de 2022 (7,7 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes).

En el contexto de entidades federales, 17 experimentaron aumentos en sus tasas entre 2022-2023 en comparación con 2021-2022. En las 7 entidades restantes se redujo la tasa y por vigésimo segundo año consecutivo el estado Mérida se ubica en el primer lugar del ranking nacional, con la tasa de muertes por suicidio más elevada del país, seguido de Táchira y Distrito Capital.

Los hombres continúan siendo los que atentan más contra su vida (en 82,0% de los casos). Entre tanto el ahorcamiento sigue posicionado como el método más empleado por las personas que atentan contra su vida (75,1%), mientras que la depresión propende a aparecer con el mayor peso relativo (86,1%) como el móvil o causa presunta inmediata del suicidio.

Capítulo 55. Las diez claves del Estudio Global sobre Homicidios de la ONU [Internet]. www.swissinfo.ch. 2023 [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/las-diez-claves-del-estudio-global-sobre-homicidios-de-la-onu/49042814>

Una de cada 100 muertes es por suicidio [Internet]. Paho.org. [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cada-100-muertes-es-por-suicidio>

Lacso, Informe anual de violencia 2023, Caracas

# Reglamento Sanitario Internacional

Es un instrumento legalmente vinculante que cubre medidas para prevenir la propagación internacional de enfermedades infecciosas.

Fue aprobado por la 58.ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2005 por medio de la resolución WHA58.3. Constituye el marco jurídico que define las capacidades nacionales básicas, incluso en los puntos de entrada, para el manejo de los eventos agudos de salud pública de importancia potencial o real a escala tanto nacional como internacional, así como los procedimientos administrativos conexos.

## Datos importantes del RSI

- El RSI es de cumplimiento obligatorio en 196 países, incluidos los 194 miembros de la OMS.
- El RSI requiere que los países designen un punto de enlace nacional para las comunicaciones con la OMS.
- El RSI introduce importantes salvaguardas para proteger los derechos de los viajeros y otras personas en relación con el tratamiento de datos personales.
- Los 196 estados han reportado indicadores del RSI en los últimos años.
- La nómina de expertos establecida por el director general de la OMS bajo el RSI incluye más de 440 expertos.
- 83% de los países de alto riesgo incluidos en el índice de gestión del riesgo tienen planes de preparación inter-agencias.

## ¿Qué comprende el RSI?

TÍTULO I: Definiciones, finalidad y alcance, principios, y autoridades responsables. TÍTULO II:

Información y respuesta de Salud Pública.

TÍTULO III: Recomendaciones.

TÍTULO IV: Puntos de entrada.

TÍTULO V: Medidas de Salud Pública. TÍTULO

VI: Documentos sanitarios. TÍTULO VII: Tasas

sanitarias.

TÍTULO VIII: Disposiciones generales.

TÍTULO IX: Lista de expertos del RSI, comité de emergencias y comité de exámenes.

ANEXO 1: Capacidad básica necesaria para las tareas de vigilancia y respuesta, capacidad básica necesaria en los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos designados

ANEXO 2: Instrumentos de decisión para la evaluación y notificación de eventos que puedan constituir una emergencia pública nacional.

ANEXO 6: Vacunación, profilaxis y certificados conexos.

Las personas a las que se administren vacunas u otros tratamientos profilácticos con arreglo al presente Reglamento recibirán un certificado internacional de vacunación o profilaxis.

Los certificados que se expidan conforme a lo dispuesto en el presente anexo sólo serán válidos si la vacuna o el tratamiento profiláctico administrados han sido aprobados por la OMS.

Los certificados se rellenarán por completo, en francés o en inglés. También podrá utilizarse otro idioma, además del francés o del inglés.

**Implementación del RSI:** cumplir con los requisitos del RSI (2005) es un desafío que requiere tiempo, compromiso y voluntad de cambio. Los estados miembros de la OMS cuentan con una guía para la implementación de las obligaciones contenidas en el RSI. La sección cuarta establece siete áreas de trabajo para ayudar a los países con el desafío inherente de cumplir con los requisitos.

Cada área de trabajo cuenta con un objetivo específico que contribuye al objetivo general de la seguridad en salud pública internacional, y cada área de trabajo es sujeta a uno o más planes de implementación al detalle.

Cuadro 5.1 Siete acciones estratégicas para orientar la aplicación del RSI (2005)<sup>a</sup>

	Acción estratégica	Objetivo
<b>ALIANZAS MUNDIALES</b>		
1	Impulsar las alianzas mundiales	La OMS, todos los países y todos los sectores pertinentes (como los de salud, agricultura, transportes, comercio, educación y defensa) conocen las nuevas normas y colaboran con miras a prestar el mejor apoyo técnico disponible y, si es preciso, movilizar los recursos necesarios para una eficaz aplicación del RSI (2005).
<b>FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD NACIONAL</b>		
2	Fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia, prevención, control y respuesta a las enfermedades	Cada país evalúa sus recursos internos en materia de vigilancia y respuesta a las enfermedades y elabora planes de acción nacionales para aplicar el RSI (2005) y cumplir sus requisitos, lo que permite detectar y responder rápidamente al riesgo de propagación internacional de una enfermedad.
3	Fortalecer la seguridad sanitaria en los viajes y los transportes	Se reduce todo lo posible el riesgo de propagación internacional de enfermedades mediante la adopción de medidas de salud pública permanentes y eficaces y la dotación de capacidad de respuesta en determinados aeropuertos, puertos marítimos y puestos fronterizos terrestres de todo el mundo.
<b>PREVENCIÓN Y RESPUESTA A LAS EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA INTERNACIONALES</b>		
4	Fortalecer los sistemas mundiales de alerta y respuesta de la OMS	Se articula una respuesta coordinada oportuna y eficaz a los riesgos para la salud pública internacional y a las emergencias de salud pública de importancia internacional.
5	Fortalecer la gestión de riesgos específicos	Se implanta una gestión sistemática, internacional y nacional, de los riesgos conocidos para la seguridad sanitaria internacional, como la gripe, la meningitis, la fiebre amarilla, el SRAS, la poliomielitis, la contaminación de los alimentos y las sustancias químicas y radiactivas.
<b>ASPECTOS JURÍDICOS Y VIGILANCIA</b>		
6	Respaldar los derechos, obligaciones y procedimientos	Se desarrollan plenamente y se ratifican los nuevos mecanismos jurídicos previstos en el Reglamento; todos los profesionales que intervienen en la aplicación del RSI (2005) comprenden claramente y respaldan los nuevos derechos, obligaciones y procedimientos estipulados en el Reglamento.
7	Realizar estudios y vigilar los progresos realizados	Se identifican los indicadores y se recopilan periódicamente para supervisar y evaluar la aplicación del RSI (2005) a escala nacional e internacional. La Secretaría de la OMS informa de los avances a la Asamblea Mundial de la Salud. Se proponen estudios específicos para facilitar y mejorar la aplicación del Reglamento.

<sup>a</sup> Las acciones estratégicas 2 a 5 son fundamentales pues requieren una considerable intensificación de los esfuerzos nacionales y mundiales.

## Socios globales

La asociación entre diferentes sectores (salud, agricultura, viajes, comercio, educación o defensa, por ejemplo) es esencial para construir sistemas de alerta y respuesta coherentes, que cubran todas las amenazas a la salud pública, en el momento del evento, capaces de movilizar con rapidez los recursos necesarios de manera flexible.

- Asociación de Transporte Aéreo Internacional (IATA)
- Organismo Internacional de la Energía Atómica
- Organización de la Aviación Civil Internacional
- Organización Internacional del Trabajo (OIT)
- Organización Marítima Internacional (OIM)
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)
- Organización Mundial de la Sanidad Animal
- Organización Mundial del Turismo (OMT)

<https://www.paho.org/es/temas/reglamento-sanitario-internacional>

# Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina

La mayoría de los países de América Latina han logrado mejorar la cobertura de servicios de salud materna, infantil, sexual y reproductiva en las últimas dos décadas. Así, la Organización Mundial de la Salud estima que la cobertura de servicios trazadores de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil para la Región de las Américas es de 81,3%, algunos puntos por encima del promedio mundial de 74,0%. Sin embargo, estos indicadores son heterogéneos, y las mujeres, los niños en condiciones de vulnerabilidad aún sufren malas condiciones de acceso y estado de salud.

Sin embargo, al explorar las desigualdades a través del índice compuesto de cobertura, se evidencia que, el índice fluctúa entre 37,9% y 84,5% para la población de menores ingresos, y entre 65,3% y 89,6% para la población de mayores ingresos.

Las mujeres enfrentan barreras sociales, culturales, económicas, legales y otras vinculadas a su condición de mujer, tales como el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, que reducen las posibilidades de satisfacer sus necesidades de salud y evidenciándose un gasto de bolsillo mayor que el de los hombres asociado a la alta carga financiera relacionada con el pago por la atención del parto y otros servicios de salud materna y reproductiva.

Por ello, el **género** debe ser una consideración mayor en la medición de la **equidad** en el acceso a los servicios de salud.

Enfoques sobre la vulnerabilidad de las mujeres y niñas:

- Necesidades de salud: necesidad de proporcionar intervenciones de salud específicas y centradas en las mujeres como un derecho básico para resolver las desigualdades, lo que resalta la costo-efectividad de estas intervenciones.
- Desigualdades de género: atiende principalmente a los roles y relaciones de género que influyen sobre la accesibilidad a los servicios, y considera las relaciones de poder y distribución de recursos en el hogar y su interacción con aspectos sociales y culturales.

**Objetivo del trabajo:** determinar si existe una asociación entre el informe de barreras de acceso por mujeres de 15 a 49 años y la utilización de servicios esenciales de salud para ellas y sus hijos e hijas en países de América Latina.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño del estudio y datos

- Estudio transversal a partir de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS, fuente para las estimaciones de los principales indicadores de salud materna, infantil, sexual y reproductiva) de Bolivia, Haití, Honduras, Guatemala, Guyana, Nicaragua, Perú y República Dominicana.
- Estos países contaban con los datos más recientes (año 2000 o 2021) sobre barreras de acceso notificadas por mujeres de 15-49 años que vivían en los hogares encuestados.

**VARIABLES dependientes:** utilización de servicios esenciales de salud para mujeres, niños y niñas.

- Vacunación básica completa.
- Búsqueda de atención para cuadros de infección respiratoria aguda (IRA).
- Planificación familiar.
- Asistencia prenatal.
- Atención del parto y diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino.

**VARIABLES independientes:** incluyeron cuatro tipos de barreras de acceso notificadas por mujeres de 15 a 49 años.



Barreras descritas con mayor frecuencia: La probabilidad de informar barreras de acceso varió de acuerdo con las características sociodemográficas de las mujeres.

1. Dificultad para obtener dinero para la consulta o tratamiento (56,7%).
2. Distancia al establecimiento de salud (36,6%).
3. No querer ir sola al establecimiento de salud (29,7%).
4. Dificultad para obtener permiso para ir al establecimiento (13,5%).

## RESULTADOS

Características sociodemográficas de las mujeres:

- Muestra total: 141.862 mujeres de 15 a 49 años.
- 85.6% con educación secundaria o menor.
- 54.4% residente en zonas urbanas.
- 60.7% con pareja.

Barreras más frecuentes: mujeres de 35-49 años vs 15-18 años.

- Financieras: 61.8% vs 52.5%
- Geográficas: 38.4% vs 36.4%.
- No querer ir sola al establecimiento de salud: 25.6% vs 43.2%.
- Complicaciones para obtener permiso para visitar al médico: 13.2% vs 16%.

**VER FIG 2 (A-B)** El porcentaje de mujeres que notificaron que sus hijos contaban con vacunación básica completa fue entre 4,6 y 5,1 puntos porcentuales (pp) menos en las mujeres que notificaron barreras geográficas o financieras, respectivamente, en comparación a las mujeres que no presentaban estos problemas.

**VER FIG 2 (A-B-C-D)** La búsqueda de atención para niños con síntomas de IRA fue entre 7,1 y 11,3 pp menos en las mujeres que notificaron alguna de las cuatro barreras estudiadas.

**VER FIG 2 (A-B-C-D)** El porcentaje de mujeres que recibió atención prenatal fue entre 4,9 y 10,1 pp menos en las mujeres que notificaron alguna de las barreras.

**VER FIG 2 (A-D)** El acceso a exámenes de Papanicolaou fue entre 4,6 y 14,9 pp menor en las mujeres que informaron cualquier tipo de barreras.

La mayor diferencia se observó entre quienes mencionaron:

- Barreras financieras (14,9 pp).
- No querer ir solas al establecimiento de salud (7,1 pp).

## CONCLUSIONES

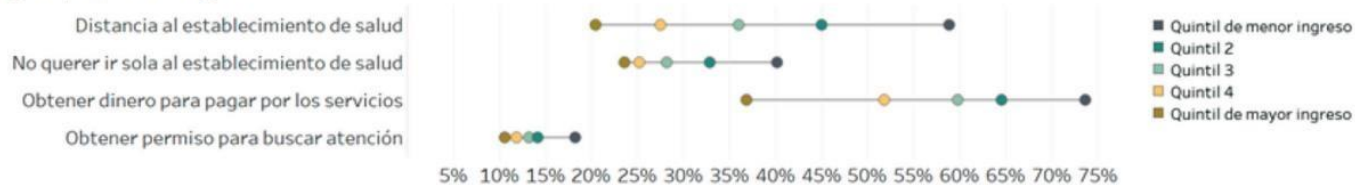
El estudio confirmó que la notificación de barreras tiene alta prevalencia, y que las mujeres en situación de vulnerabilidad tienen mayores probabilidades de experimentar múltiples barreras de acceso.

La necesidad de obtener permiso para buscar atención redujo la probabilidad de que las mujeres recibieran una apropiada atención prenatal y del parto, de recibir un examen de Papanicolaou y de que sus niños contarán con una vacunación básica completa.

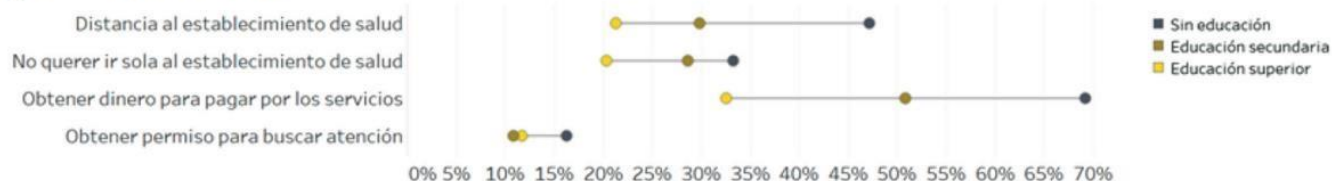
No querer buscar atención sola se asoció con una probabilidad más baja de usar métodos anticonceptivos modernos o recibir una atención prenatal y del parto apropiadas.

**FIGURA 1. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que notifican barreras para acceder a los servicios de salud según segmentos poblacionales en países de América Latina, 2001-2019**

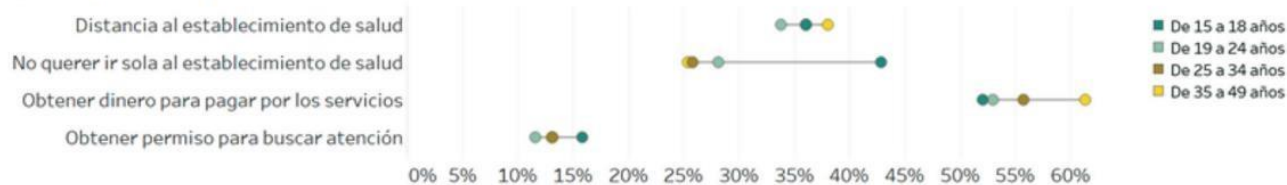
**Según quintiles de ingreso**



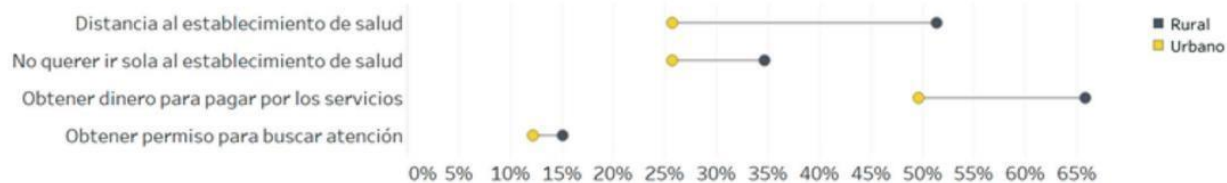
**Según niveles de educación**



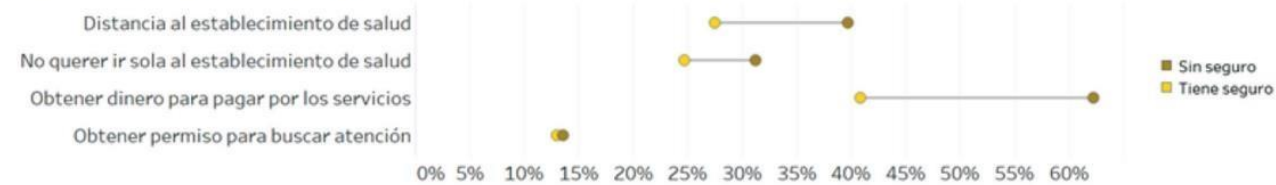
**Según rangos de edad**



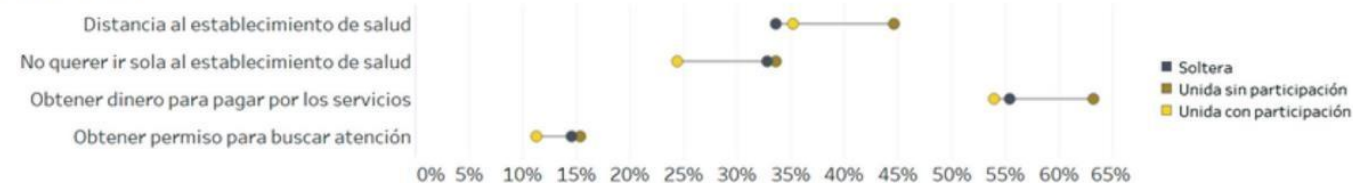
**Según ámbito geográfico**



**Tenencia de algún tipo de seguro de salud**

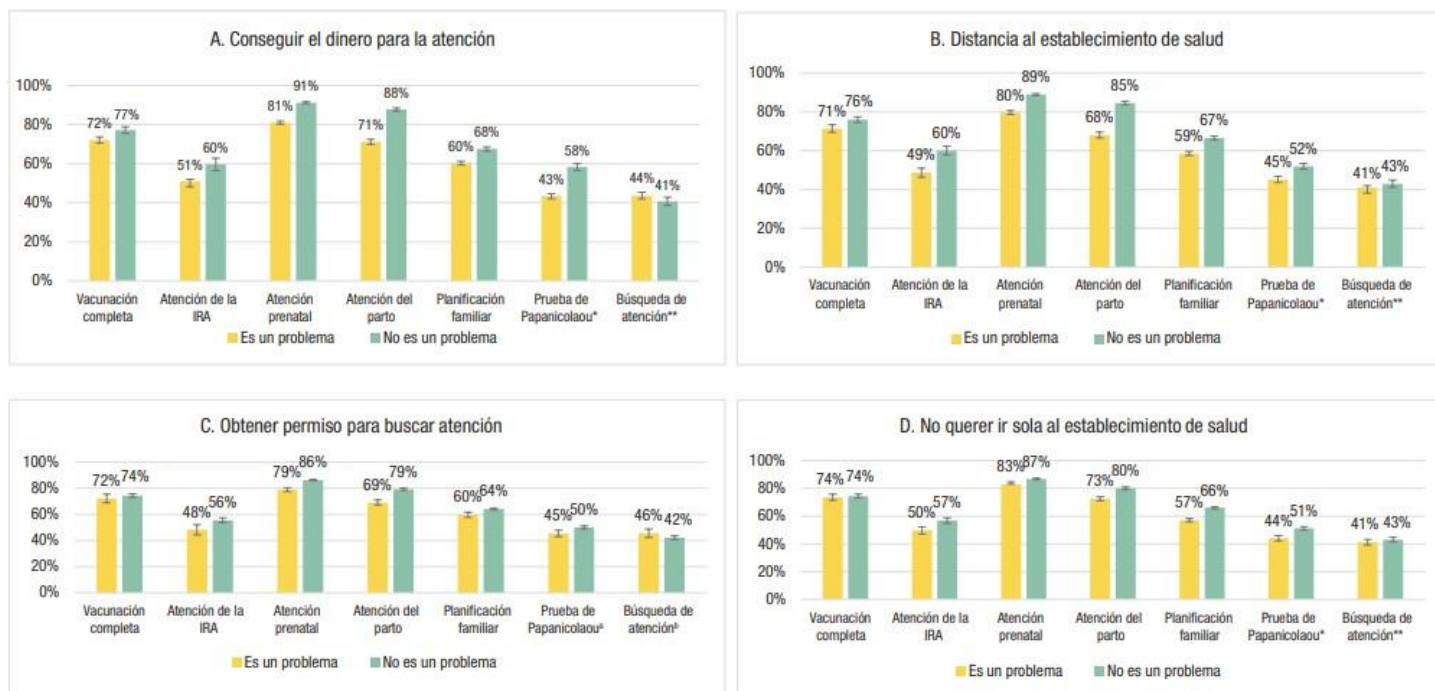


**Situación civil**



Fuente: elaboración propia según los resultados del estudio.

**FIGURA 2. A-C:** porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que usaron servicios esenciales de salud para ellas o sus hijos, según el tipo de barreras de acceso que notifican, promedios para países de América Latina, 2001-2019



Fuente: elaboración propia según los resultados del estudio

IRA, infección respiratoria aguda.

\*Para el caso de Bolivia se consideran los exámenes en los 3 últimos años y para Nicaragua los exámenes en el último año.

\*\*La pregunta para recoger esta información solo está disponible para Haití, Honduras, Nicaragua y República Dominicana.

# Inspección de Salud Pública

La inspección en materia de Salud Pública tiene como objetivo garantizar la seguridad alimentaria, la calidad del agua de consumo, el control sanitario de las actividades desarrolladas en centros de estética, centros de recreo y cuidado infantil, establecimientos de aguas recreativas o actuaciones en materia de salud y bienestar animal en centros de tratamiento sanitario y alojamiento de animales, entre otros.

## Licenciatura en Inspección de Salud Pública

Carrera de 4 años de duración perteneciente a la Escuela de Salud Pública, una de las 5 licenciaturas, posee el grado de licenciatura desde el año 2012.

**Misión:** Contribuir al establecimiento del diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud a través de la utilización de equipos de alta tecnología.

**Visión:** Transformar la salud pública y crear estudios de postgrado para la misma, el egresado de estos programas educativos puede incorporarse a estudios de postgrado.

**Licenciado en Inspección de Salud Pública:** Egresado capacitado para manejar e implementar con habilidad y destreza, técnicas avanzadas de inspección de la salud poblacional y ambiental, así como la aplicación de controles sanitarios y epidemiológicos y evaluación de las implicaciones en relación con la salud de la comunidad.

### Áreas de trabajo:

- Manejar los programas de contraloría sanitaria y ambiental.
- Manejar programas de higiene de alimentos.
- Participar en programas de ingeniería sanitaria.

### ¿Qué inspecciona?

- Proceso higiénico de la cadena alimentaria.
- Sistemas de abastecimiento de agua.
- Sistemas de disposición de aguas.
- El control de los factores de riesgos de los procesos de trabajo.
- Manejo y uso adecuado de los plaguicidas.
- El control de la población de roedores.
- El control de la población en el cumplimiento de las normas sanitarias y la prevención de los factores capaces de ocasionar enfermedades.
- El cumplimiento de normas sanitarias de cadáveres.
- El desarrollo de acciones para la defensa del ambiente.
- El control de actividades en situaciones de desastre.
- Lugares de trabajo en materia de salud ocupacional.
- Detectar y evaluar riesgos ambientales.
- Intervenir en la evaluación y recomendación de sistemas de protección y prevención de accidentes.

Perfil de egreso	Perfil académico
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimientos, metodologías y tecnologías para el control del proceso higiénico de la cadena alimentaria.</li> <li>• Aplica metodologías en el control de agua de consumo y de los sistemas de aguas residuales.</li> <li>• Aplica metodologías de control sanitario en la ejecución de los proyectos de edificaciones rurales y urbanas para diferentes usos.</li> <li>• Aplica metodología en el control de residuos sólidos y desechos tóxicos y/o peligrosos, de la polución y contaminación atmosférica.</li> <li>• Aplica metodologías de inspección y control sanitario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maneja con propiedad conocimientos de ecología y salud ambiental.</li> <li>• Utiliza cálculos estadísticos en estudios de epidemiología.</li> <li>• Maneja conceptos de enfermedades transmisibles y de las estrategias de intervención promocional, preventiva y terapéutica en la protección de la salud.</li> <li>• Maneja los procesos de salud ambiental en diferentes escenarios y espacios sociales públicos y privados.</li> <li>• Utiliza conocimientos de salud colectiva en la planificación de las acciones de salud.</li> <li>• Utiliza conocimientos de la tecnología de los alimentos para la Inspección de la cadena alimentaria.</li> <li>• Aplica conocimientos educativos para la promoción de la salud y para intervenciones relacionados con los comportamientos humanos.</li> </ul>

# Proyecto genoma y biotecnología

Los seres humanos estamos conformados por información genética, la cual está conformada por las 4 bases nitrogenadas: timina, adenina, citosina y la guanina; la unión de estas letras es lo que se denomina **genoma**, por lo que el genoma humano sería el conjunto de genes que posee un ser humano.

En los años 90 toda la tecnología de la ingeniería genética estaba empezando a explotar, aumentando progresivamente el desarrollo de la genética, planteándose la posibilidad de recaudar toda la información que hay en el ADN del ser humano, y es así como nace el **proyecto del genoma humano**, el cual fue un proyecto de investigación internacional que inició en el año 1990 y culminó en el año 2003, considerado el mayor proyecto de investigación bio-médica en donde participaron múltiples países, entre los que destacan Estados Unidos, Reino Unido, Japón, Francia y China, a los que luego se suma la empresa privada CELERA GENOMICS.

**Objetivo principal:** determinar la secuencia de pares de bases químicas que componen el ADN, además de identificar y cartografiar todos los genes de un genoma humano promedio desde un punto de vista tanto físico como funcional, incluyendo aquellos que codifiquen proteínas, así como los que no. Cabe destacar que esto representaba un gran desafío para los científicos, ya que en la cadena de ADN del ser humano existen más de tres mil millones de bases nitrogenadas, al principio el proyecto tenía como fecha límite 15 años, de 1990 a 2005, sin embargo, lo logran terminar en el 2003, por lo que tardaron 13 años en terminar de mapear el genoma del ser humano.

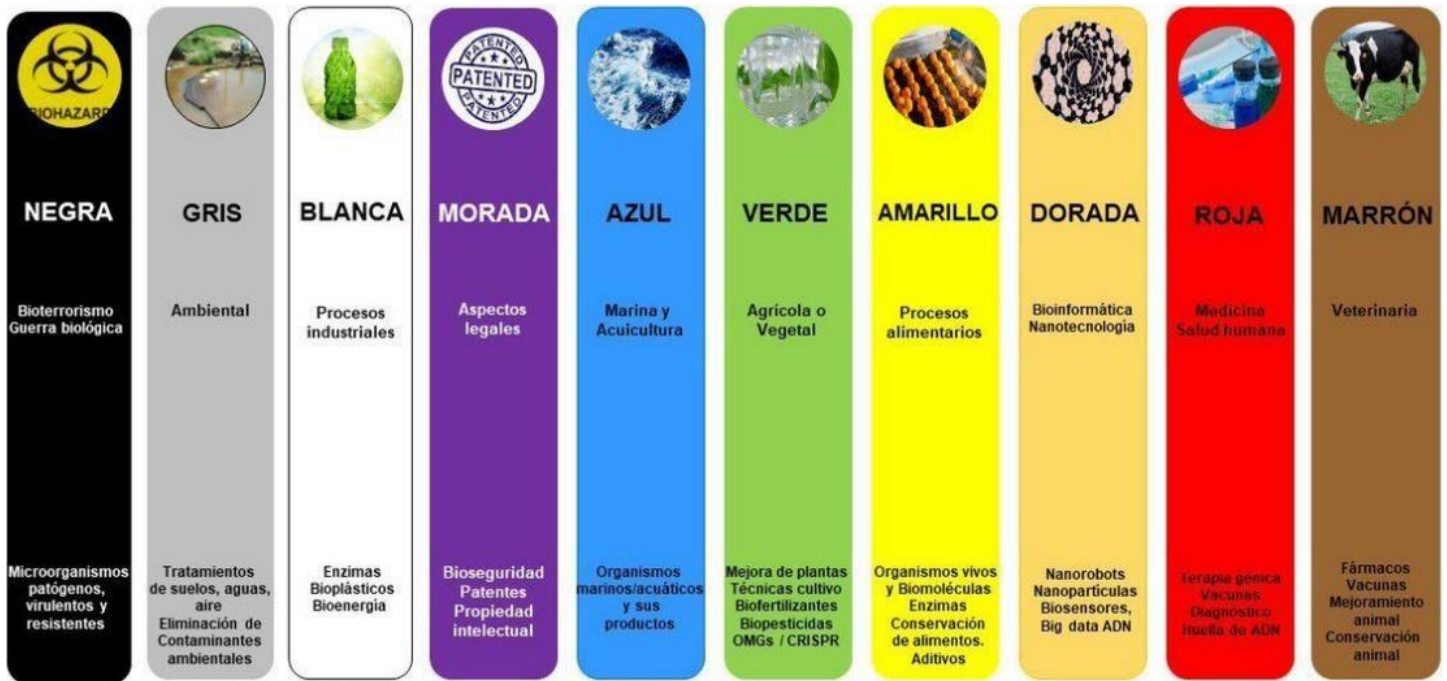
Esto ha representado un paso trascendental en la historia de la ciencia, con avances en la biomedicina, farmacología y biotecnología, cuyos principales beneficios fueron garantizar una medicina predictiva-preventiva, es decir, el diagnóstico y prevención de enfermedades, de lo que deriva la información del pronóstico y el curso de la enfermedad, confirmar la presencia de una enfermedad en pacientes asintomáticos y el estudio de la susceptibilidad de las enfermedades (hereditarias).

## Biotecnología

Área multidisciplinaria que emplea la biología, la química, microbiología genética, bioquímica, biología molecular y otras ramas junto a varios procesos con grandes aplicaciones en agricultura, ciencias de los alimentos, ciencias forestales, medicina, nano ciencia, etc. También podría definirse como toda aplicación tecnológica que utiliza sistemas biológicos y organismos vivos para la modificación de productos o procesos para usos específicos.

La biotecnología ha sido aplicada desde la antigüedad, en la producción de pan, fermentación de frutos para la obtención de vinos, la aplicación del concepto sobre levaduras para la obtención de cerveza y la pasteurización de la leche, teniendo gran influencia en la creación de la penicilina y la insulina y en tratamientos para la tuberculosis, la lepra y otras enfermedades. También se ha involucrado en los procesos agrícolas con la conservación de suelos, la producción de alimentos, entre otros.

En la actualidad la biotecnología juega un papel importante en la industria, farmacéuticas, ingeniería genética, medicina personalizada, cultivos con mayores nutrientes y diagnóstico de enfermedades. Esto tiene amplios campos en la investigación la cual se divide por colores:



Proyecto del Genoma Humano [Internet]. Genome.gov. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Proyecto-Genoma-Humano>

¿Qué es la Biotecnología? [Internet]. Centro de Biotecnología. 2024 [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.centrobiotecnologia.cl/comunidad/que-es-la-biotecnologia>

# Contaminación del aire

La contaminación del aire es un problema ambiental de gran magnitud que afecta al planeta. Se define como la presencia de sustancias nocivas en la atmósfera que pueden tener efectos negativos en la salud humana, el medio ambiente y los ecosistemas.

## Causas

- Combustión de combustibles fósiles: Carbón, petróleo y gas natural liberan CO<sub>2</sub>, metano y óxido nítrico, responsables del calentamiento global y del deterioro de la capa de ozono.
- Industrias: Producción de energía y procesos industriales liberan gases y partículas contaminantes.
- Transporte: Vehículos, especialmente aquellos que funcionan con diésel, producen emisiones de CO<sub>2</sub> y óxidos de nitrógeno.
- Agricultura: Quema de residuos agrícolas y ganadería generan gases de efecto invernadero.
- Residuos: Quema de desechos sólidos al aire libre libera dioxinas, furanos, metano y carbono negro.
- Hogares: Quema de madera y combustibles fósiles para cocinar, calentar o iluminar produce emisiones nocivas.

## Tipos de contaminantes

- Monóxido de carbono
- Dióxido de carbono
- Dióxido de nitrógeno
- Óxido de nitrógeno
- Ozono a nivel del suelo
- Material particulado
- Dióxido de azufre
- Hidrocarburos
- Plomo

## Consecuencias

- Enfermedades respiratorias: Neumonía, asma, bronquitis, cáncer de pulmón.
- Enfermedades cardiovasculares: Accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardíacas.
- Calentamiento global: Aumento de la temperatura del planeta.
- Deterioro de la capa de ozono: Mayor exposición a los rayos ultravioleta.
- Daños a los ecosistemas: Acidificación de los océanos, daños a los bosques.

## Políticas públicas para reducir la contaminación del aire

### Reducción de emisiones:

- Transporte: Fomentar el transporte público, la bicicleta y los vehículos eléctricos. Implementar normas de emisiones más estrictas para vehículos.
- Generación de energía: Invertir en fuentes de energía renovable y reducir la dependencia de combustibles fósiles.
- Agricultura: Promover prácticas agrícolas sostenibles que reduzcan las emisiones de gases de efecto invernadero.
- Residuos: Implementar programas de gestión de residuos sólidos para evitar la quema al aire libre.
- Industria: Implementar normas de emisiones más estrictas para las industrias.



## Protección de la población:

- **Monitoreo de la calidad del aire:** Implementar sistemas de monitoreo para informar a la población sobre los niveles de contaminación.
- **Alertas tempranas:** Desarrollar sistemas de alerta temprana para avisar a la población cuando la calidad del aire es mala.
- **Recomendaciones de salud:** Informar a la población sobre los riesgos de la contaminación del aire y cómo protegerse.

## Investigación y desarrollo:

- Financiar investigaciones sobre los efectos de la contaminación del aire en la salud.
- Desarrollar nuevas tecnologías para reducir la contaminación del aire.

## **Papel del Sector Salud**

- **Promover un enfoque multisectorial:** Colaborar con otros sectores para desarrollar e implementar políticas que reduzcan la contaminación del aire.
- **Sensibilizar a la población:** Informar a la población sobre los riesgos de la contaminación del aire y cómo protegerse.
- **Investigar los efectos en la salud:** Realizar investigaciones sobre los efectos de la contaminación del aire en la salud.
- **Brindar atención médica:** Brindar atención médica a las personas afectadas por la contaminación del aire.

## **Contaminación del aire en la vivienda**

- **Problema de salud pública global:** Afecta principalmente a las personas más pobres y marginadas.
- **Impactos en la salud:** Enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares, bajo peso al nacer, cataratas, deterioro cognitivo, tuberculosis.
- **Carga de enfermedad:** Segunda causa de muerte por riesgo ambiental en países de ingresos bajos y medios. 3,8 millones de muertes en 2016 (6,7% de la mortalidad total).
- **Principales fuentes:** Combustión incompleta de combustibles sólidos (madera, carbón, estiércol) y queroseno. Fuegos al aire libre o estufas sencillas mal ventiladas.
- **Efectos a corto y largo plazo:** Neumonía, resultados adversos del embarazo, cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares.

Contaminación del aire: qué es, sus causas y consecuencias. (s/f). Recuperado el 22 de febrero de 2024, de <https://humanidades.com/contaminacion-del-aire/>

Murcia, C. L. (2016). Contaminación del aire por liberación de tóxicos contenidos en pinturas, utilizadas indiscriminadamente en espacios públicos. Grafías disciplinares de la UCPR. <https://doi.org/10.31908/grafias.v0i32-33.1200>

Contaminación del aire ambiental exterior y en la vivienda: Preguntas frecuentes. (s/f). Paho.org. Recuperado el 22 de febrero de 2024, de <https://www.paho.org/es/temas/calidad-aire-salud/contaminacion-aire-ambiental-exterior-vivienda-preguntas-frecuentes>

# Sanidad animal

## Salud animal

Es la rama de la medicina veterinaria que se encarga de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades en los animales. Abarca una amplia gama de aspectos, desde la salud individual de los animales hasta la salud de las poblaciones animales y la salud del ecosistema.

### Objetivos

- Proteger la salud de los animales.
- Proteger la salud pública.
- Proteger el medio ambiente.

### Importancia

La salud animal es un tema crucial que impacta directamente en la seguridad alimentaria, el bienestar animal, la economía y la salud pública. Los animales sanos son esenciales para la producción de alimentos seguros, el desarrollo de la industria agropecuaria y la prevención de enfermedades zoonóticas. Invertir en la prevención y el control de las enfermedades animales es fundamental para proteger a los animales, las personas y el medio ambiente, y garantizar un futuro sostenible para todos.

### Actividades de la salud animal

- Vigilancia de enfermedades:
  - Control de enfermedades
  - Vacunación
  - Bioseguridad
  - Investigación

### Profesionales de la sanidad animal

- Veterinarios
- Epidemiólogos
- Microbiólogos
- Inmunólogos
- Inspectores sanitarios
- Técnicos de salud animal
- Educadores de salud animal

**Organización mundial de la salud animal (OIE)** Es una organización gubernamental, creada el 25 de enero de 1924, firmada por 28 países, y para el 2004 contaba con 167 países. Cada miembro se compromete a reportar las enfermedades animales de su territorio, por lo que juega un papel fundamental en la prevención y el control de las enfermedades animales a nivel internacional.

#### Misión:

- Garantizar la transparencia de la situación zoonosanitaria en el mundo.
- Recolección, análisis y difusión de la información científico-veterinaria.
- Proponer ayuda técnica y estimular la solidaridad internacional para promover el control y erradicación de las enfermedades zoonóticas.

## Relaciones internacionales

La OIE colabora con una amplia red de organizaciones internacionales, como la FAO, la OMS, la ONU, Organización Mundial Del Comercio, el Banco Mundial y la Comisión del Código Alimentario, así como con organizaciones no gubernamentales y el sector privado. Estas relaciones son esenciales para fortalecer la colaboración global en materia de sanidad animal, compartir información y recursos, y abordar los desafíos de la salud animal a nivel mundial.

## Salud pública y salud animal

La relación entre la salud pública y la salud animal es fundamental y se aborda a través del enfoque de "Una salud". Este concepto reconoce la interconexión entre la salud humana, la salud animal y la salud ambiental. Considera la salud como un todo, por lo que las acciones en un área impactan a las demás. Esta perspectiva integral busca mejorar el bienestar de las personas, los animales y el medio ambiente mediante la colaboración intersectorial. Por lo tanto, se enfoca en abordar las causas de las enfermedades, no solo los síntomas, y busca soluciones sostenibles que beneficien a todos a largo plazo. Los beneficios de este enfoque incluyen la reducción del riesgo de enfermedades zoonóticas prioritarias como la rabia, la influenza aviar o las fiebres hemorrágicas virales como el Ébola, la promoción de la seguridad alimentaria, el combate a la resistencia a los antibióticos y la protección de la biodiversidad.

## Enfermedades presentes y futuras

- El 60% de los patógenos humanos son de origen zoonótico.
- 80% de los patógenos animales tienen más de un hospedador.
- 75% de las enfermedades emergentes son zoonóticas.
- Incremento de la mortalidad en enfermedades reconocidas del siglo XIX.

## Sanidad animal en Venezuela

La Ley Sobre Defensas Sanitarias Vegetal y Animal de 1941 tenía como objetivo proteger la agricultura y la ganadería del país de enfermedades y plagas. Fue promulgada en la Gaceta Oficial N° 20.566 del 15 de agosto de 1941.

La Ley de Salud Agrícola Integral (LSAI) de 2008 tiene como objetivo garantizar la salud integral de los animales, vegetales, productos y subproductos de ambos orígenes, suelo, aguas, aire y las personas, mediante la promoción, prevención, control y erradicación de plagas y enfermedades. Fue promulgada en Gaceta Oficial N° 39.233 del 31 de julio de 2008.

La Ley Aprobatoria del Acuerdo Específico entre la República Bolivariana de Venezuela y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), sobre Acciones de Vigilancia, Prevención, Control y Erradicación de la Fiebre Aftosa (2014) fue publicada en la Gaceta Oficial N° 40.451 del 10 de julio de 2014. Sus objetivos consisten en: Aprobar el Acuerdo Específico, fortalecer las acciones de vigilancia, prevención, control y erradicación de la fiebre aftosa en el territorio nacional y proteger la salud animal y la seguridad alimentaria del país.

Las Normas Oficiales Venezolanas (COVENIN) son normas técnicas que establecen los requisitos de calidad para los productos de origen animal.

## Instituciones de salud animal en Venezuela

- Ministerio del Poder Popular para la Agricultura Productiva y Tierras (MPPAT).
- Instituto Nacional de Salud Agrícola Integral (INSAI).
- Servicio Autónomo de Sanidad Agropecuaria (SENASA).
- Federación Nacional de Ganaderos de Venezuela (Fedenaga).

- Colegio de Médicos Veterinarios de Venezuela (CMVV).
- Laboratorio Nacional de Diagnóstico Veterinario (LANADIV).
- Centro Nacional de Investigaciones Agropecuarias (CENIAP).
- Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad Central de Venezuela (UCV).
- Organizaciones no gubernamentales (ONG).
- Empresas privadas.

Estas instituciones trabajan juntas para proteger la salud de los animales en Venezuela mediante la implementación de programas de vigilancia, prevención, control y erradicación de enfermedades animales.

## Conclusiones

Los animales sanos producen alimentos seguros y de alta calidad para el consumo humano. Las enfermedades animales pueden transmitirse a los humanos, lo que representa un riesgo para la salud pública.

Las enfermedades animales causan grandes pérdidas económicas a los productores ganaderos, la industria alimentaria y el turismo. Un sector ganadero sano contribuye al crecimiento económico de las comunidades y los países.

La salud animal está estrechamente relacionada con la salud pública. Más del 60% de las enfermedades humanas son de origen animal. Prevenir las enfermedades animales en los animales reduce el riesgo de transmisión a los humanos.

La inversión en la prevención y el control de las enfermedades animales es esencial. Es fundamental fortalecer los sistemas de vigilancia y control de enfermedades, mejorar la bioseguridad en las explotaciones ganaderas y promover la vacunación y otras medidas de prevención.

“Una salud” es una estrategia fundamental para abordar los desafíos de salud del siglo XXI. Al trabajar juntos de forma holística, podemos mejorar la salud y el bienestar de las personas, los animales y el planeta.

En resumen, la sanidad animal es un tema complejo e intersectorial que requiere un enfoque multidisciplinario. Es necesario un esfuerzo global para proteger la salud animal y garantizar la seguridad alimentaria, el bienestar animal, la economía y la salud pública.

Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE). [Sitio web]. París, Francia: OIE; [10 ene 2024]. Disponible en: <https://www.oie.int/es/>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Las enfermedades de los animales y el comercio internacional: El rol de la Organización Mundial de Sanidad Animal. Consulta de expertos de la OPS/OMS sobre rabiá transmitida por murciélagos hematófagos en la Amazonía (Brasilia, 10–11 octubre 2006). Washington, D.C.: OPS/OMS; 2007.

Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE). Una sola salud. [Sitio web]. París, Francia: OIE; [14 nov 2023; 24 feb 2024]. Disponible en: <https://www.woah.org/es/que-hacemos/iniciativas-mundiales/una-sola-salud/>

Venezuela. Ley Sobre Defensas Sanitarias Vegetal y Animal. Gaceta Oficial de la República de Venezuela, N° 20.566 (15-08-1941): 1-12. Venezuela. Ley de Salud

Agrícola Integral. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 39.233 (31-07-2008): 1-54.

Venezuela. Ley Aprobatoria del Acuerdo Específico entre la República Bolivariana de Venezuela y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), sobre Acciones de Vigilancia, Prevención, Control y Erradicación de la Fiebre Aftosa. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 40.451 (10-07- 2014): 413.276.

Instituto Nacional de Salud Agrícola Integral (INSAI). [Sitio web]. Caracas, Venezuela: INSAI; [24 feb 2024]. Disponible en: <http://www.insai.gob.ve/>



**Cátedra de Salud Pública**  
**Departamento Medicina Preventiva y Social**  
**Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, UCV**

## Asignatura Salud Pública V 2023-2024:

16 de octubre de 2023

*Prof. Alejandro Rísquez Parra*  
*Profesor Titular*  
*Cátedra de Salud Pública*  
*risqueza@gmail.com*