



Colección Razetti

Volumen XXVIII



Editores:

Dra. Isis Nézer de Landaeta
Dr. Marco Sorgi Venturoni

Compilador:

Dr. Carlos Cabrera Lozada

ATP Editorial
ATEPROCA

Colección Razetti

Volumen XXVIII

Editores:

Dra. Isis Nézer de Landaeta

Dr. Marco Sorgi Venturoni

Compilador:

Dr. Carlos Cabrera Lozada

 Editorial
ATEPROCA

Colección Razetti. Volumen XXVIII.

Colección Razetti. Volumen XXVIII

Editores:

Dra. Isis Nézer de Landaeta
Dr. Marco Sorgi Venturoni

Compilador:

Dr. Carlos Cabrera Lozada

Depósito Legal DC2023000822

ISBN 978-980-6905-07-8 (Colección)
ISBN 978-980-415-033-3 (Volumen XXVIII)

Editorial ATEPROCA C.A., Caracas,

Telef. +58-212-793.5103

Fax: +58-212-781.1737

www.ateproca.com

e-mail: ateproca@gmail.com

Versión electrónica Julio, 2023

CONTENIDO

Prólogo	Dra. Isis Nézer de Landaeta	V
Capítulo 1.	Discurso Sesión Solemne 15 de Junio de 2023 Informe ante la Academia Nacional de Medicina. Un año de gestión (2022-2023) Isis Nezer de Landaeta	1
Capítulo 2.	José Gregorio Hernández: El Académico Discurso Sesión Solemne 2 de Febrero de 2023 Dr. Enrique López-Loyo	8
Capítulo 3.	Cincuentenario Promoción Fernando Rísquez 1971 Dr. Pedro Delgado Machado	19
Capítulo 4.	Promoción Cincuentenaria ‘Félix Pifano - Rodolfo Selle’ 1972 Academia Nacional de Medicina 27 de Abril de 2023 Discurso de Orden Escuela “Luis Razetti” Dr. Oscar Pacheco Troconis	24
	Palabras Pronunciadas con motivo de los 50 años de la Promoción Rodolfo Selle Escuela Vargas Dr. Angel Ramírez González	36

Capítulo 5.	Medicina del Adolescente en el Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos” de Caracas Dra. Enriqueta Sileo	40
Capítulo 6.	Valoración diagnóstica correlativa de los Papilomas Rinosinusales a través de una Escala de Índice de Sospecha Dr Aderito De Sousa Fontes	96
Capítulo 7.	Programación fetal y modificaciones epigenéticas relacionadas con el maltrato intrauterino Dra. Nelly Petit de Molero	149
Capítulo 8.	La situación clínica Dr. Julio Borges Iturriza	190
Capítulo 9.	Defectos congénitos y alteraciones del neurodesarrollo en feto de madre epiléptica Drs. Jeiv Gómez Marín, Carlos Cabrera Lozada, Yeyderli Robayo Rodríguez, Pedro Faneite Antique	206
Capítulo 10.	Propuesta de un modelo integral para la gestión de salud pública en Venezuela Dr. Saúl Peña Arciniegas	230

PRÓLOGO

Dra. Isis Nézer de Landaeta

Individuo de Número Sillón XVII

Nos complace presentar un nuevo volumen de la Colección Razetti, el cual coincide en el tiempo con la culminación del primer año de gestión de nuestra Junta Directiva, por lo que el presente número se inicia con el Informe de Gestión durante este período en el cual nos ha correspondido dirigir los destinos de nuestra Academia Nacional de Medicina y en el que hemos querido dejar constancia de las situaciones vividas y de algunos logros obtenidos, que han permitido ir mejorando aspectos heredados de la pandemia que nos afectara entre 2020 y 2022.

En el capítulo siguiente, el Académico Enrique López Loyo nos presenta el discurso pronunciado por él, en la Sesión Solemne que se realizara en febrero de 2023, destacando entre las diversas facetas de la vida del Beato José Gregorio Hernández, su actuación académica, referida a su formación en Ciencias Básicas, salud pública, atención primaria y medicina basada en evidencia, enfatizando su formación integral en la mejor medicina de su época.

El Dr. Pedro Delgado, integrante de la Promoción de Médicos egresada de nuestra Universidad Central en 1971, nos ofrece un discurso de memorias, en un recorrido de recuerdos desde el momento de su graduación hasta el presente, con motivo del Cincuentenario de esa Promoción, que lleva el nombre del Dr. Fernando Risquez, incluyendo en esa remembranza, los importantes acontecimientos sociales, políticos y de otra índole, que signaron la segunda mitad del siglo XX.

ORCID: 0000-0002-9449-7067

La celebración de otro Cincuentenario, el de la Promoción de Médicos Cirujanos de la Facultad de Medicina de nuestra Universidad Central de Venezuela, cuyos epónimos fueron los notables profesores Félix Pifano y Rodolfo Selle, nos permitió escuchar dos excelentes discursos que reseñamos seguidamente. Sus autores, los Doctores Oscar Pacheco Troconis, representante de la Promoción “Félix Pifano”, egresada de la Escuela de Medicina “Luis Razetti” y el Doctor Ángel Ramírez González, de la promoción Rodolfo Selle de la Escuela “Vargas”.

En el siguiente capítulo de nuestro ejemplar, encontramos el Trabajo de Incorporación de la Doctora Enriqueta Sileo, para ocupar el puesto N° 38 como Miembro Correspondiente Nacional de nuestra Academia de Medicina. El trabajo en referencia, titulado “Medicina del Adolescente en el Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos” de Caracas” describe desde su origen el desarrollo de la medicina del adolescente como especialidad, incluyendo la creación “de un modelo de atención integrado y diferenciado para adolescentes y un posgrado en esta especialidad” y su proyección nacional e internacional con importantes aportes para su campo de acción.

Continuamos la presentación de este Volumen, con el exhaustivo trabajo del Dr. Aderito De Sousa Fontes titulado “Valoración diagnóstica correlativa de los papilomas rinosinuales a través de una escala de índice de sospecha”, para su incorporación a la Academia como Miembro Correspondiente Nacional, un enjundioso tratado y a continuación, el realizado por la doctora Nelly Petit de Molero, perteneciente a la Academia de Medicina del Zulia, para su incorporación también como Miembro Correspondiente de nuestra Academia. El trabajo, titulado “Programación fetal, modificaciones epigenéticas y maltrato intrauterino”, describe las consecuencias pediátricas de la programación fetal y las modificaciones epigenéticas ocasionadas por el maltrato intrauterino y su relación evidente con la violencia, el estrés y la depresión.

El siguiente Capítulo nos muestra una interesante reflexión de nuestro Académico, el Dr. Julio Borges, sobre “La situación clínica” en

la cual reflexiona desde la Bioética, sobre el humanismo en la Medicina, la importancia y las características que deben regir el encuentro clínico, el concepto de persona y muchos otros aspectos de la práctica profesional médica, considerando que la ética médica debe constituir el enfoque filosófico de la relación médico-paciente para garantizar un ejercicio idóneo de la profesión.

El grupo encabezado por el Dr. Jeiv Gómez, nos presenta el trabajo “Defectos congénitos y alteraciones del neurodesarrollo en feto de madre epiléptica”, en el cual se analizan los efectos teratogénicos, las alteraciones del neurodesarrollo, relacionados con el uso de medicamentos antiepilépticos y su mecanismo de acción, reconociendo el reto que para el obstetra, representa esta enfermedad por el riesgo aumentado de complicaciones, el incremento de la mortalidad materna, fetal y perinatal.

Para cerrar este interesante tomo, incluimos el trabajo presentado por el Dr. Saúl Peña para su incorporación en la Academia como Miembro Correspondiente Nacional. El trabajo, “Modelo integral para la gestión de salud pública en Venezuela”, consiste en una proposición para la creación de ese modelo orientado hacia la promoción y la prevención, basado en los principios de equidad, acceso, calidad y universalidad, concebido con “un enfoque social y colectivo...para contribuir al beneficio de la colectividad...a la formación de la opinión pública y al ejercicio del pluralismo democrático”.

Esperamos que este nuevo ejemplar de la Colección Razetti, despierte el interés de muchos por su variado e interesante contenido.

*Discurso Sesión Solemne
15 de Junio de 2023
Informe ante la Academia Nacional
de Medicina.
Un año de gestión (2022-2023)*

Isis Nezer de Landaeta

Antes de iniciar la presentación del resumen de las actividades realizadas por esta Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina en este su primer año de gestión, deseo hacer llegar nuestra palabra de gratitud a nuestro queridísimo sacerdote, el Padre Jean Duque, médico también, egresado de nuestra Universidad Central de Venezuela, e hijo de nuestros amigos y compañeros de estudios Juan y Gloria Duque, quien atendió prestamente nuestra invitación a celebrar la Santa Misa en el día de hoy en nuestra Academia.

Como es de todos conocido, el día 11 de junio representa una fecha importante en la historia de la Academia Nacional de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXVIII.2>

ORCID: 0000-0002-9449-7067

*Academia Nacional de Medicina
Presidenta
Individuo de Número Sillón XVII.*

de Venezuela, es decir, de nuestra Academia, es su fecha fundacional y tal como lo establece su Estatuto en el artículo 46 “Los períodos bienales se inician el 11 de junio” y asimismo establece que es esta la fecha para la toma de posesión de la Junta Directiva, con un lapso adicional de los 30 días siguientes. Es tomando en cuenta lo anterior y con la intención de corregir el desfase importante que tuvo lugar durante nuestra elección en el pasado año, que hemos decidido en Junta Directiva, realizar nuestra Asamblea Anual de rendición de cuentas, este jueves inmediato a la fecha aniversaria.

Lo anterior explica la presentación de nuestro informe de gestión a más de un mes para completar ese primer año.

No voy a referirme en él, a los elementos que estuvieron presentes en el primer contacto con la realidad a la cual nos enfrentábamos como Directiva y que derivaban del abandono, a causa de la pandemia, de ese magnífico espacio físico que ocupamos en el Palacio, los conoceremos en los respectivos informes que presentarán nuestro Secretario y nuestra Tesorera. Lo que sí afortunadamente puedo referir, es el enorme esfuerzo que ha significado la recuperación casi total de nuestros espacios y de nuestros sistemas de comunicación: teléfonos, Internet, pero nos consumió mucho tiempo y recursos. Con suerte hemos podido informar hoy los resultados obtenidos, entre los que destaca la recuperación de la Biblioteca, la cual presentaba un importante deterioro de sus instalaciones y lo que es más sensible, de su material bibliográfico.

La Ley Orgánica que nos rige, establece como su deber, el deber de la Institución, el “ocuparse de todo lo relativo a las Ciencias Biológicas y en especial de la Patología e Higiene nacionales, asuntos en los que puede actuar como cuerpo consultor” (artíc. 2ª de la Ley) y también en su artículo 3ª, que “es una Institución de utilidad pública”, de lo cual podemos colegir que posee una función social a la cual, de acuerdo con J.A. Mazzei, podemos definir como “la actividad desplegada por la misma a favor de la sociedad y en beneficio de la comunidad humana” y el escuchar al Académico español Salustiano del Campo de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas de España decir “en los últimos años se han hecho importantes esfuerzos para encontrar una

misión que corresponda a la importancia histórica de las academias y que las libere del peligro de verse arrinconadas en el conjunto de las instituciones culturales contemporáneas”, nos permite contemplar, dentro de esa función social, la intervención en los problemas que representan peligro para el mundo y el carácter como cuerpo consultivo. tomando en cuenta el importante acervo científico y el enriquecimiento del mismo por el contacto interdisciplinario para los que las academias representan excelentes oportunidades. Estas son características con las que contamos, y que deberían ser tomadas en cuenta para la definición de políticas tanto científicas como sociales, que contribuyan a mejorar las condiciones de vida y la crisis moral de nuestra población.

Hemos intentado mantener esta función institucional a través de la publicación de orientaciones y alertas dirigidas tanto a las instancias oficiales, como a la población general, con el objeto de informar, promover conductas adecuadas y orientar tanto a los organismos oficiales, como a la propia comunidad.

En el artículo 16 de la Ley que la rige, evidenciamos el interés y el mandato sobre la divulgación y el cumplimiento de los aspectos deontológicos inherentes al ejercicio profesional. Adicionalmente, también debemos tener en cuenta, en este mismo sentido, el artículo 71 de la Ley de Ejercicio de la Medicina, el cual establece que la Academia recomiende el cumplimiento de programas de investigación y aprendizaje de la ética médica, tanto en el pregrado como en el posgrado de los estudios de medicina.

En relación con lo anterior, hemos trabajado en el diseño e implementación de un Curso de Ampliación en Bioética, en colaboración con el Centro Nacional de Bioética, para iniciar a la brevedad esta actividad, la cual cuenta con acreditación de la Coordinación de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, para los programas de Maestría y Doctorado de la Facultad.

En convenio firmado con la organización “Asesorate”, se lleva a cabo actualmente, un curso denominado “Cómo hacer una presentación científica”, con el objeto de desarrollar las competencias necesarias para la correcta elaboración y presentación de un trabajo científico.

Cumpliendo asimismo con lo establecido en el artículo 17^a de la Ley, se ha hecho pública la convocatoria para los certámenes en los cuales se adjudicarán los premios Vargas, Razetti y Rangel. También está en proceso, la revisión del estatus de las becas existentes en las Universidades de Oxford y Cambridge. En este mismo orden de ideas, podemos informar la culminación exitosa de dos de los cursantes del Diplomado en Medicina Tropical de la Universidad de Baylor, de un tercero que deberá completar sus trabajos prácticos para terminar y de la apertura de un nuevo concurso para el próximo año lectivo.

En lo referente a las relaciones con otras Academias Latinoamericanas, resultó provechosa la reunión de Alanam que tuvo lugar en Bogotá en noviembre del 2022, no solo por lo significativo del encuentro, sino por haberse aprobado como tema central de la próxima reunión, la proposición presentada por Venezuela en la persona de nuestro Secretario el Académico Dr. Marco Sorgi. Adicionalmente, considero que este encuentro contribuyó a que recientemente recibiera una designación que me acredita como miembro del Consejo Editorial Internacional de la Colección Humanidades Médicas, que tiene su sede en España, pero en el que participan personajes notables de la Medicina y de la Bioética, tanto de Europa como de Latinoamérica.

Considero además, que la designación que también se me ha hecho, para integrar el Comité de Honor presidido por el Rey Felipe VI, con el objeto de presentar oficialmente el Diccionario Panhispánico de Términos Médicos, que tendrá lugar el próximo mes de noviembre en la ciudad de Madrid, representa un reconocimiento importante para nuestra Institución, por parte de la Real Academia Española de Medicina.

Nos ha correspondido igualmente, representar a nuestra Corporación en muchos eventos organizados por las diferentes Sociedades Científicas, y en reuniones interacadémicas, algunas de carácter científico, pero también para tratar temas administrativos que tienen que ver con el uso del Paraninfo, con el mantenimiento y con el funcionamiento del Palacio en general.

Objeto de nuestra particular atención ha sido todo lo relacionado con la línea editorial: se designó al Académico Dr. Enrique López

Loyo como Director de nuestra más importante publicación, la Gaceta Médica de Caracas. Especial reconocimiento a nuestro Miembro Correspondiente Dr. Carlos Cabrera por su excelente trabajo al frente del portal de la Academia y como Compilador de la Colección Razetti y al Dr. Germán Rojas Loyola por la eficaz y oportuna colaboración con la elaboración del material que requerimos para la publicidad de nuestros eventos. También agradecemos a nuestro Invitado de Cortesía, Dr. Sigfrido Miranda su eficaz colaboración para resolver los problemas de la adecuación tecnológica.

Se han realizado en forma constante e ininterrumpida las sesiones ordinarias, tanto administrativas como aquellas en las que se presentan temas tanto de carácter científico, como humanísticos, considero necesario destacar aquí el interés y el esfuerzo que vienen realizando algunas de nuestras Comisiones científicas, organizando simposios y conferencias, con temas importantes, novedosos y de altísima calidad. Sirva de estímulo lo anterior, para aquellas que hasta el momento, han lucido rezagadas en esta actividad.

La Comisión de Cultura y Humanismo ha llevado a cabo actividades en la ciudad de Valencia y se ha originado una relación fructífera de nuestra Academia, con la Universidad de Carabobo a través del Vicerrectorado Académico de la misma.

La colaboración económica para con nuestros empleados, que debemos agradecer a la Fundación Francisco Antonio Rísquez, ha permitido que se regularice la asistencia de los mismos y en consecuencia se normalice el ritmo del trabajo en la sede. Se les dotó de uniformes y se mejoraron las condiciones para su permanencia a través de la adquisición de varios elementos tales como nevera, cafetera, filtro de agua y horno de microondas. Creo importante reconocer aquí la buena disposición que han mostrado, a colaborar en todo lo necesario para la buena marcha de la Institución y merece una mención especial, nuestra Secretaria, la Sra. Eva Angulo, siempre eficiente y dispuesta.

La Directiva se ha reunido con la Fundación con el objeto de intercambiar información y acordar modalidades de relación y de trabajo y estamos pendientes de la reunión anual que se debe realizar

en fecha próxima, con todos los miembros de la misma, a la Fundación también le hacemos constar nuestro reconocimiento por su permanente y oportuna colaboración.

Considero necesario, agradecer a Venemergencia, en la persona de su Director, el Dr. Andrés González, por el establecimiento del convenio que garantiza la atención de emergencia en la Academia, de presentarse alguna circunstancia que la amerite y en este mismo orden de ideas, reconocer el trabajo que ha venido realizando nuestro Secretario Académico, con el objeto de lograr una oferta conveniente para la cobertura de gastos médicos por parte de una compañía aseguradora, para los Académicos y sus familiares.

Uno de los aspectos más importantes que deben ser comentados, se refiere a las relaciones con el Ministerio de Educación, reestablecidas a partir de una serie de conversaciones que permitieron retomar la comunicación y dieron como resultado la esperada publicación en la Gaceta Oficial de la lista de los Sillones disponibles, para poder proceder a la elección de los Académicos que los ocuparán en lo sucesivo, proceso que como es de todos conocido, ya se ha iniciado y sigue su curso reglamentario.

Nos corresponde, en este mismo año, organizar nuestro Congreso de Ciencias Médicas que lleva el nombre del ilustre Académico Dr. Antonio Clemente Heimerdinger, para lo cual hemos designado al Vicepresidente, el Dr. Huníades Urbina, cuya vasta experiencia y experticia en el área nos garantiza una exitosa reunión. Es propicia esta ocasión para solicitar de nuestras comisiones científicas la mayor participación en este importante evento científico.

Es propicia la mención del Dr. Urbina para destacar la presencia de la Academia en los medios de comunicación, a través de incontable declaraciones y entrevistas concedidas por él y en los programas de educación médica y de educación a las comunidades y atención médica a esas poblaciones desasistidas.

Quedan muchos proyectos pendientes para la continuación de la gestión, podemos rápidamente mencionar además, el concluir lo que resta para completar la conectividad en la sede, indispensable

actualmente para realizar exitosamente nuestras reuniones con carácter mixto, presencial y virtual.

Es imperativa la revisión de toda la reglamentación que rige el funcionamiento institucional, acción que debe emprenderse con sabios criterios que preserven su majestad y su prestigio, tomando en cuenta las especiales condiciones que caracterizan hoy en día la situación del país.

Estoy segura de que tanto el Secretario como la Tesorera de la Junta Directiva, nuestra apreciada Académica Dra. Lilia Cruz, detallarán algunas de las actuaciones que hemos referido, por lo que en aras a la brevedad no abundaré más en ellas.

Mas bien, quisiera aprovechar esta oportunidad para agradecer el soporte que muchos de ustedes nos brindan con su presencia constante y activa en las reuniones, obedeciendo así a una de las definiciones del término Academia y dándole el sentido para su continuidad.

Antes de concluir esta somera información sobre lo actuado por esta Junta Directiva durante el tiempo transcurrido desde su designación, deseo reconocer muy especialmente a los Académicos que en ella me acompañan, Drs. Huníades Urbina, Marco Sorgi Venturoni, Lilia Cruz y Guillermo Colmenares, su firme apoyo, su interés y dedicación a los asuntos de la Academia, dejando de lado diferencias personales, intentando formar un equipo que trabaje exclusivamente por el progreso institucional.

Aprovecho este Informe parcial de gestión, para hacer público este merecido reconocimiento.

SEÑORES...

Junio, 2023.

*Jose Gregorio Hernández: El Académico
Discurso Sesión Solemne
2 de Febrero de 2023*

Dr. Enrique López-Loyo

La figura histórica del Dr. José Gregorio Hernández nos evoca de forma directa en su contexto religioso, sin embargo, estamos en presencia de un intelectual excepcional, cuya formación Académica le permitió expresarse en su desempeño personal en múltiples temas que abarcaron desde profundos conceptos teológicos anclados en principios filosóficos incuestionables, hasta aspectos políticos, elementos conceptuales de ciencias básicas, fundamentos de salud pública, pedagogía aplicada, atención primaria de salud y medicina basada en evidencia.

En el año 1888 José Gregorio Hernández finaliza sus estudios de Medicina con 23 años de edad. Cumpliendo con su promesa, decide regresar a su tierra para ayudar a quienes necesitaban sus servicios como profesional de la Salud, pero ese retorno fue muy duro porque encontró innumerables tropiezos y sinsabores, sin embargo, jamás hicieron resquebrajar su férrea voluntad de darle utilidad a su preparación. Se convierte en víctima de la diatriba política y se enfrenta con quienes practicaban una medicina obsoleta, así como con quienes se dedicaban

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXVIII.3>

Individuo de Número Sillon XXXI, Academia Nacional de Medicina

a la brujería, lo cual impacta con sus principios religiosos. Ya en ese tiempo hablaba latín, el cual cultivó desde su escolaridad en el Colegio Villegas de Caracas, además de francés, inglés y alemán. En ese corto período de tiempo ejerce su labor entre aldeas y pueblos, hasta que finalmente, en medio de las serias dificultades que consideró insalvables, decide volver a la capital de país.

Bajo la Presidencia del Dr. Juan Pablo Rojas Paúl se decreta la construcción de un nuevo Hospital Nacional, escogiéndose la estructura arquitectónica similar al del Hospital Lariboisière de París. El Dr. Hernández es escogido para ser becado y trasladarse a Francia. Es así como llega a la Escuela de Medicina de París en noviembre de 1889 donde cumple tres períodos de preparación formal hasta julio de 1891. Además de la misión formativa, el Dr. Hernández fue comisionado para la adquisición de toda la dotación de equipos, mobiliario técnico e insumos de lo que sería el primer laboratorio científico de Venezuela, el cual originalmente se ubicaría en el Hospital Nacional de Caracas, denominado finalmente Hospital “Dr. José María Vargas”.

París era considerada la meca de formación profesional por excelencia, no solo en las ciencias médicas, sino que destacó como epicentro de todas las áreas del saber y fue la referente de los movimientos culturales de la época. Allí coincidieron a fines del siglo XIX José Gregorio Hernández, Luis Razetti, Alfredo Machado, Santos Dominici, Pablo Acosta Ortiz y Bernardo Herrera Vegas, para nombrar tan solo a los más connotados que juntos concibieron la creación de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, hecho cumplido para 1904.

Los estudios del Dr. José Gregorio Hernández se inician en el Laboratorio de Histología de la Escuela de Medicina de París, entre noviembre de 1889 y julio de 1890. Estaba dirigido por el eminente Dr. Mathías-Marie Duval catedrático de la Facultad de Medicina de Paris. Este laboratorio estaba equipado de todo lo fundamental para realizar, bajo los protocolos más adelantados de la época, el procesamiento de tejidos normales y patológicos con principios de Técnica Histológica. Esto quiere decir y complementando la trascendencia histórica del hecho, que el Dr. Hernández asistió al más importante laboratorio

y Cátedra de Histología Normal y Patológica de París, fundada por decreto en 1862. En este laboratorio de referencia no solo se estudiaba Histología Normal sino Anatomía Patológica Médica y Quirúrgica, con estudio de tumores y de patologías inflamatorias. El Dr. Mathias-Marie Duval era el sucesor del profesor Charles-Felipe Robin, un sabio que fue considerado el padre y promotor de la Histología Normal y Patológica en Francia y toda Europa. Robin, contribuyó notablemente en propiciar el uso del microscopio, publicando más de 300 artículos. Durante su estadía en ese laboratorio, José Gregorio Hernández aprendió Técnica Histológica, formándose como el primer Técnico Histólogo o Histotecnólogo (HT) venezolano. Recibió un reconocimiento de su profesor como demostración de su capacidad intelectual al comprobar el cumplimiento exitoso de su entrenamiento, con la adquisición no solo de conocimientos conceptuales sino de destrezas en la aplicación de prácticas de laboratorio, tan importantes en su futura función docente en la Universidad Central de Venezuela. Sus primeras prácticas fueron, el uso del microscopio, del micrótopo, los procedimientos y métodos de coloraciones del material biológico para observación y diagnóstico. No solo aprendió los fundamentos del diagnóstico de tejidos normales sino también de los patológicos, sin antes mencionar la adquisición de conocimientos sobre los fundamentos de la Embriología.

Su segunda pasantía formativa la realizó en el Laboratorio de Fisiología Experimental, en el período entre julio de 1890 a febrero de 1891. Esta vez, bajo la tutoría del Catedrático Charles Robert Richet, discípulo de Claude Bernard. En ese laboratorio, aprendió a practicar vivisecciones de animales, montaje e interpretación de pruebas de fisiología cardíaca, entre otras funciones experimentales de gran importancia. El profesor Charles Richet era una eminencia en Francia y el resto de Europa. Actualmente, numerosas calles e instituciones llevan su nombre en Francia como un homenaje a su legado memorable. Richet, quien nació en París en 1850, era un rico heredero, hijo y nieto de médicos famosos con un entorno de gran influencia política. Para 1913 al Dr. Charles Robert Richet le es conferido el Premio Nobel de Fisiología y Medicina en conjunto con Paul Portier, en reconocimiento

a su investigación sobre la anafilaxis, concepto que fundamenta la teoría inmunológica.

La tercera fase formativa del Dr. José Gregorio Hernández la cumplió en el Laboratorio de Bacteriología, Cátedra de Patología Experimental y Comparada de la Facultad de Medicina de París, entre febrero de 1891 y julio del mismo año. Este laboratorio estaba bajo la dirección de Isidore Straus (1845-1896), nacido en Alsacia, región histórica en el noreste de Francia en la llanura del río Rin, cuya capital es Estrasburgo, localizada en los límites con Alemania y Suiza. Formado en Estrasburgo, Straus se dio a la tarea de traducir al francés y actualizar, la obra magistral “Patología celular” del maestro Alemán Rudolf Virchow, padre de la Patología Celular.

Sin embargo, es fundamental recordar que la teoría celular del alemán, no fue aceptada en toda Francia inicialmente, sino que primero se le dio relevancia en Estrasburgo, permeando progresivamente en quienes mantenían un apego al valor indiscutible de los hallazgos de la patología macroscópica estructurada sobre la evaluación de órganos y tejidos. Este trabajo instruyó a Straus sobre la Patología Celular y le permitió adquirir sólidos conocimientos de la naciente Anatomía Patológica en Alemania. Luego de los cambios políticos ocurridos en 1871, a partir de la guerra franco-prusiana y al pertenecer Alsacia al Imperio Alemán, Straus se traslada a París. En 1888, el Dr. Straus, fue nombrado profesor de Patología Experimental y Comparada de la Facultad de Medicina.

Cuando José Gregorio se inició en ese laboratorio un año después, el Dr. Strauss, ya era un profesional consagrado, quien además era Médico del Hospital Tenon de Paris, alumno de Pasteur de la primera generación, Académico y colaborador cercano de Emile Roux, un destacado bacteriólogo e inmunólogo francés, con la fama de ser el más prominente alumno de Pasteur. Tenía en su haber científico, nada más y nada menos que el descubrimiento de la toxina diftérica luego de aplicar ensayos y experimentaciones sucesivas.

José Gregorio Hernández, culminó su entrenamiento en julio de 1891, en este tercer laboratorio visitado, cuando el gobierno le

comunica que regrese a Caracas y posteriormente planificó su viaje de retorno en noviembre de ese mismo año, para organizar durante los últimos cuatro meses, el embalaje de su enorme laboratorio, comprado por encomienda directa del gobierno, entre otras diligencias. Trajo consigo, aunque no se menciona mucho, una colección actualizada de los libros más importantes y necesarios para la formación médica, lo cuales puso al servicio de sus discípulos. La situación política de Venezuela le obliga a adelantar su regreso desde París, no pudiendo cumplir con la posibilidad de trasladarse a Alemania para completar su formación en Anatomía Patológica, sin embargo, logra viajar a Berlín en visita privada para explorar como se estructuraban tales estudios.

Las causas de esta precipitada llamada del gobierno sin terminar los estudios del Dr. Hernández, eran políticas. La realidad fue que a partir de la decisión del Presidente Raimundo Andueza Palacio, quien gobernó en el período entre 1890 y 1892, de imponer la reforma constitucional al margen del Congreso Nacional, el General Joaquín Sinfroiano de Jesús Crespo Torres, inicia su revolución que llamó “La Legalista”, con el fin de regresar al poder. Sabía el presidente Andueza, que su estabilidad era muy precaria. En conocimiento de lo que estaba preparando Crespo, no podía arriesgar la instalación del laboratorio de la Universidad. En ese momento el expresidente General Joaquín Crespo, estaba en la hacienda “Los Totumitos” del Estado Guárico, antigua hacienda de la familia Bolívar, preparando su entrada en Caracas con 10 000 hombres para tomar el poder. Hecho que sucedió en 1892, cuando Crespo entró a la capital y bajo una intensa lluvia, sus hombres cometieron toda clase de atropellos tanto a sus oponentes políticos como a la población general.

José Gregorio Hernández había culminado una de sus etapas profesionales más importantes y regresaba al país habiendo sido formado por los maestros y discípulos directos de quienes dieron forma a los cambios más trascendentes de la medicina.

A su llegada el ambiente era difícil. Tenía que instalar un laboratorio de Patología, Bacteriología y Fisiología Experimental en un país todavía atrasado, no solo en el ámbito sociopolítico, sino

también en el estado de la infraestructura y los servicios. No existía una provisión de electricidad adecuada, gas para sus mecheros, espacio suficiente en la Universidad para instalar los muebles y demás equipos. Realmente era una tarea titánica. Tenía que ponerse de acuerdo con los otros profesores para comenzar a dictar algunas materias que ya se estaban impartiendo en la Universidad, lo cual generaba en ellos la natural desconfianza por considerarse desplazados.

Regresa al país en noviembre de 1891 luego de supervisar el embarque de los insumos adquiridos por poco más de 13 mil bolívares de la época y a su llegada funda el Laboratorio de Histología normal y patológica, bacteriología y fisiología experimental, a la par que crea las cátedras homónimas dedicadas a la enseñanza en la Universidad Central de Venezuela. Este laboratorio finalmente lo estructura dentro de un espacio lateral de la Universidad usado como el corral de esta institución, allí reprodujo las características de los laboratorios que le facilitaron su destacada formación en París. Ese joven médico con un espíritu impetuoso y emprendedor, de solo 26 años de edad, trajo más de 200 implementos de laboratorio, con una precisión y previsión digna de una persona de gran experiencia. En ese sitio dio clases durante 18 años, la mayoría de las veces pagando los gastos del laboratorio de su propio peculio, en un ambiente político inestable que terminó con una dictadura que atrasó la medicina durante 27 años y detuvo los estudios médicos por 22 años.

Al analizar el ejercicio docente del Dr. José Gregorio Hernández, este lo inicio de forma exitosa a su regreso de Europa, sin embargo, no se habían planteado las actividades asistenciales simultáneas porque el Hospital Vargas no estaba en pleno funcionamiento. No fue hasta 1895, cuatro años después, cuando el Presidente Joaquín Crespo, inauguró en dicho hospital, las cátedras clínicas y quirúrgicas.

En cuanto a la dotación de personal subalterno, en el laboratorio del Dr. Hernández, en ninguno de los relatos sobre este tema, se menciona la existencia de empleados, tales como secretarías, bedeles y empleados auxiliares de laboratorio. Consideramos que el personal de limpieza era general, no especializado, contratado para toda la zona

donde se impartía la docencia y otras dependencias de la Universidad Central, ubicada en la zona occidental del edificio, antes sede del Convento Franciscano. Aparentemente, los únicos ayudantes del Dr. José Gregorio Hernández eran los estudiantes escogidos para ese fin, quienes se denominaron “Preparadores de Cátedra”.

La docencia de las tres materias se impartía cada dos años. En realidad, en las clases prácticas, el Dr. Hernández enseñaba cinco materias: Técnica Histológica, Histología Normal, Histología Patológica, Bacteriología y Embriología. Estas materias se dictaban en el mismo lapso de tiempo y en el laboratorio, a los estudiantes de primer año, ya que en las prácticas de estas materias se usaban los mismos instrumentos, insumos y reactivos. Las clases de Fisiología Experimental eran dictadas alternativamente con las de histología, cada dos años a los estudiantes del segundo año de Medicina.

En el diseño instruccional se plantea como objetivos generales el impartir conocimientos teóricos y prácticos de Histología Normal y Patológica, Bacteriología y Fisiología a los alumnos cursantes de primero y segundo año de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

La estrategia para cumplir con estos objetivos, estableció que la materia se impartiría en dos períodos. En el primer período los estudiantes del primer año de Medicina recibían clases teóricas de Histología Normal y Patológica conjuntamente con la Bacteriología y Embriología. Las clases teóricas se dictaban en los salones de clase o en el anfiteatro.

En un segundo período se cumplía con las Prácticas de Técnica Histológica, Histología Normal y Patológica, Bacteriología y exámenes de laboratorio clínico.

Los estudiantes, después de familiarizarse con el conocimiento y uso de los aparatos, instrumentos y reactivos del laboratorio, eran entrenados para adquirir destrezas en el manejo de los mismos. En pequeños grupos, realizaban los procedimientos de fijación, inclusión del tejido, uso del micrótopo y otros equipos para el procesamiento de tinciones de las secciones histológicas. Posteriormente, recibirían instrucciones para el uso del microscopio y para la identificación de

tejidos normales y poco a poco de acuerdo a las aptitudes, procediendo con la realización de diagnósticos de diversas enfermedades.

En el laboratorio, la enseñanza era personalizada, impartida directamente por el Dr. Hernández y el preparador de la Cátedra escogido por el Profesor.

Según los objetivos específicos, al finalizar su pasantía, los estudiantes serían capaces de:

- Fijar el material biológico a estudiar y procesarlo para su inclusión en material resistente al corte.
- Manejar el micrótopo para obtener secciones histológicas o en su defecto otros métodos para la obtención de cortes histológicos como el método del desgaste en el caso del tejido dental y óseo.
- Colorear las secciones histológicas y frotis con diversos métodos de tinción histológica, de rutina y coloraciones especiales.
- Manejar y examinar al microscopio las preparaciones histológicas.
- Diagnosticar tejidos normales, tejidos embriológicos, así como algunas patologías.
- Utilizar los diversos aparatos e insumos para el estudio bacteriológico de las muestras tales como, preparar medios de cultivo, replicar, cultivar bacterias, entre otros procedimientos.
- Asimismo, estarían capacitados para utilizar aparatos para el diagnóstico de laboratorio analítico como exámenes de sangre, orina, líquido cefalorraquídeo entre otros. También aprender a manejar aparatos como estufas, hornos, destiladores de agua, alambiques y todo lo relativo al mantenimiento y organización de un laboratorio.

Por vez primera en Venezuela, el estudiantado de medicina en su totalidad, estuvo en contacto con el micrótopo y el microscopio, así como con todo el equipo de un laboratorio de esta naturaleza. También, le fue posible a los estudiantes cultivar, colorear e inocular en animales de experimentación, los gérmenes patógenos sin limitarse sólo con un conocimiento teórico leído en los textos.

En cuanto a las clases teóricas y prácticas de Fisiología Experimental, los alumnos de segundo año de medicina, serían entrenados para capacitarse en el uso de varios aparatos complejos de registro de activación y movimientos orgánicos, aparatos de electrofisiología especialmente cardíaca y respiratoria. A través de estos experimentos, los alumnos serían capaces de manejar aparatos de medición como electrocardiograma, medidores de tensión arterial entre otras funciones normales. La vivisección era uno de los procedimientos en boga en esa época para la enseñanza mediante experimentos realizados sobre animales generalmente pequeños.

En relación con su obra publicada, esta describe fielmente la estatura Académica de José Gregorio Hernández, además de sus escritos de filosofía, en el área de la docencia e investigación médicas, realizó 22 publicaciones, donde se identifican varios formatos, siendo las más frecuentes las guías de estudios, la mayoría publicadas en la Gaceta Médica de Caracas. Identificando también libros y otros artículos sobre temas específicos. En estos artículos escogidos como guías de estudio, identificamos que las anotaciones para los mismos fueron recogidas por dos de sus discípulos, los bachilleres José A. Cuevas y José H. Cardozo, lo que da cuenta de su actitud como maestro comprometido con la participación activa de sus alumnos en la actividad docente. Una vez escritos el revisaba y corregía estrictamente su contenido antes de ser entregados para ser publicados.

El desarrollo de estas publicaciones está precedido de un detallado índice de contenidos, que incluyen la característica gradación por complejidad de las definiciones y que deja implícita la influencia de su marcada formación de raíz en la medicina francesa de la época.

Sin embargo, varias obras quedaron inconclusas, siendo la más destacada el Artículo “Prolegómenos de Embriología”, donde se encuentra el único vínculo referencial sobre sus convicciones religiosas. Y donde me atrevo a señalar realiza uno de los primeros ejercicios de bioética que podríamos describir en Venezuela. Siendo un defensor de la teoría creacionista por sus convicciones religiosas al momento de escribir el tema de embriología que es el fundamento de la teoría

evolutiva de la vida, al iniciarse por la unión de gametos por fusión del óvulo con el espermatozoide, no se sintió moralmente capaz de plasmar en el papel un tema que desarrollaba en todas sus cohortes de estudio en sus clases orales. Al iniciar la introducción del Tema en su artículo describe sus convicciones y creencias de esta forma: *“Este principio superior existe ciertamente en todos los seres vivos, y es la causa de la vida como hemos dicho; ignoramos cual sea su naturaleza en los vegetales y en los animales, por lo que respecta al hombre, sabemos y creemos firmemente que el principio vital que lo anima es el alma racional, libre, espiritual e inmortal, conforme lo tiene definido en su sabiduría infalibles, la Santa Iglesia Católica Apostólica y Romana”*.

Podríamos concluir que el Dr. José Gregorio Hernández desde temprano en su evolución como médico comprendió la importancia de las comunicaciones de experiencias en el ejercicio de la profesión y autorizó a sus alumnos a masificar sus enseñanzas como una demostración de noble interés por su formación.

Fue el precursor científico que junto a Razetti cambió el paradigma de la enseñanza de la medicina en Venezuela: medicina basada en evidencia, por lo tanto, fue un visionario de la proyección que el país podría alcanzar bajo el imperio de la ciencia y la tecnología. Proyectándose como un Científico integral por ser precursor en Venezuela de especialidades de la biomedicina tan diversas como la Anatomía Patológica, Patología experimental, la Parasitología, la Microbiología y la Hematología.

En su desempeño profesional fue un fiel alumno de la Escuela Francesa en su dedicación a la atención sobre la cama del enfermo, analizando su situación clínica dándole valor a su entorno social y sus precariedades, por lo tanto, es un precursor de los que llamó cien y más años después de la estrategia de la Atención Primaria de Salud.

Aprendió las técnicas histológicas y la interpretación de los cambios morfológicos inducidos por las patologías.

A él siempre se le atribuyó ser portador de una virtud milagrosa, porque en sus manos a un mismo paciente le podía evaluar su perfil hematológico completo incluyendo frotis de sangre periférica, identificar

la etiología infecciosa o parasitaria, realizar citología y biopsias para descartar probabilidad de neoplasias.

Siendo un apóstol del principio básico del ejercicio médico, coincidente con la norma cristiana por ser compasivo, generar una rápida empatía o ponerse siempre en el lugar de otros, acompañando su sufrimiento. Ello lo llevó a irradiar la paz y el sosiego que los pacientes necesitaban en momentos de angustia y tribulación.

Un médico verdaderamente integral portador de una formación única, forjado en la más importante escuela de medicina de su tiempo y que fue un hombre atemporal que vino a darle forma al ejercicio de la una medicina apegada al cristianismo.

Señoras, señores...

Cincuentenario Promoción Fernando Rísquez 1971

*Dr. Pedro Delgado Machado**

Palabras acto Academia de Medicina

Gracias a las amigas que me acompañaron al Púlpito

Presidente ANM Dr. Enrique López-Loyo

Vicepresidenta Dra. Isis Nezer de Landaeta muy estimada docente de esta promoción, demás miembros de la ANM

Dra. Cecilia García Arocha Rectora de nuestra Alma Mater UCV

Invitados especiales a este acto

Familiares y amigos que nos acompañan

Queridos graduandos de la Promoción Fernando Rísquez Iribarren 1971 de la Escuela Luis Razetti y compañeros de la Escuela Vargas

Amigas y Amigos todos

- Queridos colegas, quiero invitarlos a dar un somero recorrido de recuerdos, e historia del entorno donde nos hicimos médicos, la segunda mitad del Siglo XX.
- Tuvimos la suerte de ahorrarnos la experiencia de ser testigos de los horrores de dos guerras mundiales, 27 años de una tiranía despótica de la Venezuela de principios de siglo, y el regalo siendo

** Médico Psiquiatra*

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXVIII.4>

púberes del derrocamiento de la dictadura, en un glorioso 23 de enero que recuerdo haber vivido con emoción desde una azotea que divisaba La Carlota, viendo el vuelo de los aviones de la libertad. Los militares y el pueblo unidos para la construcción de la democracia, y no para su beneficio personal como nos han acostumbrado los disfrazados de independencia. Vimos caer el muro de Berlín y la URSS, y llegar el hombre a la luna.

- Presenciamos la reconstrucción de Europa, el Mayo Francés en el oeste de París, en protesta por la Guerra de Vietnam, pero además exigiendo levantar la prohibición de leyes que vetaban a hombres y mujeres compartir sus dormitorios universitarios. Hormonas al servicio de la emancipación.
- Caminamos y disfrutamos libremente la Caracas de nuestra juventud por el paseo de Sabana Grande con sus cafés abiertos hasta la madrugada donde el miedo no habitaba, visitamos y compartimos Barrios amigables, como en casa. Hasta el 23 de Enero fuimos a llegar de madrugada a comprar los preparados licorosos del médico asesino como si fuese ir de compras a un bodegón.
- El esplendor del Centro Comercial Chacaíto con su Drug Stores de moda, El Coney Island, las escapadas furtivas a los autocines, La Eva Discoteque, el Blow Up o Mi vaca y yo. La Reina Pepiada de Los Mijaos en las madrugadas de farra.
- Comenzamos nuestros estudios médicos en el año 1965 Escuchando The House of the Rising Sun por The Animals, Its not Unusual por Tom Jones, a Hards Days Night por los Beatles. De nuestro país , el quinteto contrapunto con Morella Muñoz y Jesús Sevillano , así como Cherry Navarro y el maestro Billo con la delicia de sus mosaicos, entre muchos otros artistas y melodías del recuerdo.

- Raúl Leoni era Presidente de la República de Venezuela con su bandera de siete estrellas. En el Nuevo Circo de Caracas se disputó el título de boxeo en categoría peso superligero que nos dio nuestro primer campeón mundial de boxeo, Morochito Hernández. Se realiza en Caracas el primer Juego de las Estrellas de la Liga Venezolana de Béisbol Profesional
- El 31 de marzo: Guerrilleros toman un jardín de infancia en Caracas en plena jornada escolar, y golpean al pediatra Gustavo Machado. Ítalo Pizzolante compone la canción «Motivos», para dedicarla a sus amigos en una fiesta. Se entregan los Premios Nacionales de Cultura, y Francisco (Chino) Hung recibe el de pintura. Se Premia a la Atleta del Año: Gisela Vidal, y se corona María de las Casas como Miss Venezuela.
- Llegamos llenos de esperanza a la moderna UCV del maestro Villanueva en su pre-adolescencia con 11 años, construida en los terrenos de la Hacienda Ibarra, propiedad donada por el Libertador Simón Bolívar, a la antigua Real y Pontificia Universidad de Caracas. Lo hicimos, deslumbrados por piezas maestras de la arquitectura moderna y de otras artes plásticas, en lo que se ha dado en llamar la “Síntesis de las Artes Mayores”, que encuentra su máxima expresión en el Aula Magna, con sus *nubes acústicas* de Alexander Calder, el *Estadio Olímpico* con sus enormes estatuas alegóricas al deporte, y en la *Plaza Cubierta* con sus murales y esculturas de artistas como Jean Arp, Fernand Léger, Victor Vasarely y Mateo Manaure. 164 hectáreas y 89 edificaciones que nos acunaron. Recorrimos sus rincones, nos trasnochamos en sus pasillos techados sin miedo a ser agredidos, vivimos el ser universitarios en su mejor expresión. Durante nuestro trayecto se estableció una red de afectos que dura hasta hoy.

- Nuestra educación universitaria, diría sin exageración fue de primera, en una universidad de lujo, con maestros de excepción, en ambientes académicos estimulantes. Contamos con tecnología de punta para la época, en hospitales públicos que no tenían nada que envidiar a los centros privados.
- Nos beneficiamos de las oportunidades de estudio que nos ofreció la democracia, y muchos viajamos a los mejores centros médicos del mundo. Ese conocimiento adquirido no se quedó afuera, vino a nutrir nuestra medicina.
- Fuimos testigos del proceso de pacificación Venezolano, y asimismo protagonistas de protestas universitarias. Vivimos el asombroso desarrollo de la Venezuela Democrática, en paz, sin por ello descuidar sus contradicciones e inequidades.
- Debemos agradecer a Dios por el privilegio de habernos dado la oportunidad de haber nacido para vivir la excepcional segunda mitad del siglo veinte como médicos, en esta tierra de gracia.
- En el camino vivimos con dolor la partida de amigos que dejaron vacíos. Cada quien tomó su rumbo en especialidades donde hemos dejado huella.
- Cada lustro nos reencontramos como grupo con alegría, nos contamos los senderos recorridos como médicos y más allá de la profesión. Aún con nuestras tristezas a cuesta, al final quedamos contentos de vernos, recordarnos y abrazarnos.
- Una vez más nos toca estar juntos en presencia o a distancia, pero hermanados, y alegres, agradecidos a la Academia nacional de Medicina por esta conmemoración.

- Finalmente hablando como ciudadano, no quisiera que recordar el pasado de legítimas alegrías, nos aleje del presente con su inequidad inmoral, y de nuestro rol, que aunque de salida, somos gente con experiencia, sabiduría, capacidad de diálogo con el adversario sin claudicar o ser complacientes, a quienes nos toca como a los indígenas mayores, ser curanderos, sanadores, cantadores, músicos, artistas, guías, portadores del conocimiento material e inmaterial, y por sobre todo preservar la memoria de nuestra identidad como pueblo que pretenden sin éxito burlarla por imposición. Que no se equivoquen quienes piensan que por haber rodado estos cincuenta años con su veintena precedente, que no tenemos energía y ganas de vivir por lo que creemos y añoramos. Todavía la tenemos, para dejar un legado, y para ello hemos de aliarnos con nuestros pares en la sociedad civil, y contar con la fuerza de la juventud que está clara en lo que desea como oportunidad para su futuro y el de sus hijos, nuestros nietos amados.

*Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Promoción Cincuentenaria ‘Félix Pifano
- Rodolfo Selle’ 1972
Academia Nacional de Medicina
27 de Abril de 2023
Discurso de Orden
Escuela “Luis Razetti”*

Dr. Oscar Pacheco Troconis

*A mis hermanos compañeros de la Promoción.
A la memoria de los Maestros Félix Pifano Capdevielle y
Rodolfo Selle,
Padrinos de la Promoción.*

*Ciudadana Dra. Isis Nezer de Landaeta, presidenta y demás miembros
de la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina.
Ciudadana Profesora Inírida Rodríguez, Vicerrectora Académica de la*

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXVIII.5>

*Academia Nacional de Medicina y Universidad Central de Venezuela
Caracas, 27 de abril de 2023*

50 ° Aniversario

Universidad Central de Venezuela.

Ciudadana Dra. Ma. Fátima Garcés, Coordinadora Académica de la Facultad de Medicina, UCV.

Honorables Individuos de Número, Miembros Nacionales y Miembros Extranjeros Correspondientes, Invitados de Cortesía.

Distinguidos compañeros egresados de las promociones cincuentenarias "Félix Pifano", Escuela Luis Razetti, y "Rodolfo Selle", Escuela José María Vargas.

Distinguidos familiares e invitados especiales.

Señores.

"GRACIAS A LA VIDA QUE ME HA DADO TANTO."

(Violeta Parra, 1964)

Y tanto me ha dado que en el ocaso de mi vida me premia con la dicha de pararme hoy frente a Ustedes, honorables académicos, honorables autoridades de la Universidad Central de Venezuela, queridos compañeros de esta Cincuentenaria Promoción, en este Paraninfo, legendario y suntuoso salón de este Palacio del siglo XVI, declarado Monumento Histórico Nacional en 1956, que alberga la crema y nata de la historia y de la ciencia venezolanas, y en este mítico y legendario podio desde donde se otea la vida histórica y científica del país por más de 150 años.

La mañana del miércoles 14 de septiembre de 1966, un grupo de adolescentes recién egresados del bachillerato, juntando esperanzas y un cargamento de sueños, nos dirigimos a la Universidad Central de Venezuela, pues de la noche a la mañana nos habíamos convertido en estudiantes de Medicina.

Ellas todavía llevan bajo el brazo el álbum fotográfico de sus 15 años y blanden orgullosamente su Carnet de Baile. Nosotros, luchando entre el Brylcreem y la Brillantina Yardley para mantener en su sitio el copete que emulaba al Pavo Freddy de El Gallo Pelón,

mientras aprendíamos a manejar con temor la Gillette roja para raspar la incipiente barba.

Se avecinaban días difíciles... Años de intensa confrontación política, dado que la guerrilla urbana hacía de las suyas.

Abro comillas: “Atentado contra el director de la Dige-pol en la esquina de Mijares gravemente herido Gabriel José Páez y fallecieron dos de sus guardaespaldas”.

“Ramón Florencio Gómez, ministro de la Defensa, promete acciones determinantes para acabar con la guerrilla y revela que el gobierno estudia decretar el estado de excepción.”

Esos eran los titulares de prensa de ese día que ya presagiaban lo que iba a ser el patrón de los seis años de estudio que apenas comenzaban.

Pero no todos eran días nublados y lluviosos; llovía y escampaba y siempre salía el sol, y entre noches y desvelos de estudio y también de inocentes parrandas, entre exámenes y allanamientos policiales y una que otra escapada al Tarantín de Valentino Treviche o al Squarciarelli de Los Chaguaramos, transcurría la época más hermosa de la juventud: la vida universitaria.

Pasaban los años, transitábamos un deliciosamente largo y sinuoso camino, pero ya comenzaba a verse la luz al final del túnel. Se acercaba diciembre de 1972! Los días que precedían al momento del tan ansiado grado, no eran menos difíciles ni menos tensos que los del año de nuestro ingreso en 1966, 6 años atrás.

“Saqueos e incendios en el Oeste de Caracas”;

“Muertos dos guerrilleros en el 23 de enero”;

“Fuertes disturbios a las puertas de la UCV”;

“10 estudiantes heridos y más de 20 detenidos”;

“La policía penetró dos veces en el recinto universitario”;

“Ministro de la Defensa Pedro Carbonell Izquierdo activa plan de contingencia”.

Esta es transcripción fiel de las primeras páginas de El Universal y El Nacional del 8 de diciembre de 1972.

Con una extraña mezcla de sensaciones, entre la emoción, la incertidumbre, ¿y por qué no?, también de miedo, aguardábamos

ansiosamente en la Plaza Cubierta del Rectorado, el momento del solemne Acto de Grado.

A pocas cuadras, un concierto de disparos aislados amenizaba la angustiada espera y el olor del gas lacrimógeno impregnaba el ambiente. Los rumores de allanamiento a la Universidad eran cada vez más insistentes.

Lo que no podíamos imaginar era que un grupo de facinerosos, desadaptados y desubicados, algunos de ellos lastimosamente compañeros de la Facultad, amparados en una supuesta solidaridad con los presos políticos, y en protesta por las detenciones estudiantiles, se preparaban para boicotear y sabotear el Acto Académico.

Apenas comenzado el mismo, irrumpieron con la más aparatosa violencia al interior del Aula Magna, invadieron escaleras y pasillos y trataron de adueñarse de los micrófonos para transmitir su discurso revanchista, arenga sin mensaje, hueca y vacía, que no venía al caso ni estábamos dispuestos a escuchar, y así entre gritos y el llanto de nuestros familiares y amigos, comenzó la batalla campal.

¡El resto es historia! Hasta el mismo Rector Rafael José Neri Mago, guarecido bajo los mesones del podio para evitar la lluvia de objetos contundentes arrojados por la caterva que caían sobre el estrado, nos conminaba a gritos a levantar las manos y hacer el Juramento de Ley. “No pasarán...No pasarán..., son médicos, son médicos...” repetía una y otra vez.

Finalmente, el cuerpo de vigilancia de la Universidad destacado en el sitio logró sacar a rastras y poner a buen resguardo a las autoridades rectorales y padrinos, mientras que varios de nuestros compañeros hacían viaje del Aula Magna al Hospital Universitario.

Piedras y palos, astas de banderas, sillas y mesas del podio, mangueras contra incendio activadas, extintores de incendio, y hasta butacas que fueron arrancadas de cuajo del piso de la Sala, volaban por los aires.

La lucha fue larga. Y al final, la noche trajo consigo la calma y el silencio, interrumpido por uno que otro lamento. La oscuridad de la Plaza del Rectorado solo se iluminaba con las fogatas que ardían a

expensas de nuestras togas y nuestros birretes. Por un momento nos creímos vencidos, pero apenas era una batalla. No perdíamos la guerra. Por el contrario, no sabía la canalla que ella misma había abierto la página para comenzar a escribir la historia de la Promoción Pifano Selle 1972, dentro de la historia misma de la Universidad Central de Venezuela.

Ocupamos las primeras planas de los diarios nacionales durante mucho tiempo, y hoy son pocos quienes no conocen lo sucedido con la Promoción de Médicos de 1972. A fin de cuentas, con Acto o sin él, la meta estaba alcanzada. ¡Éramos Médicos! Creíamos entonces que era el final del camino, pero apenas comenzaba la senda. Y es el transcurrir por ella a lo largo de 50 años lo que nos ha llevado a descubrir qué somos...

Hemos descubierto que ser Médico comienza por ser capaces de amar y reír, de comprender y tolerar, de estudiar y asimilar una técnica en continua evolución y saber engranar con un conjunto de conceptos artísticos y humanísticos.

Ser médico es tener claro que tus pasos por la Facultad de Medicina solo te proveen de unos rudimentos de ciencia, y que será la vida y el contacto con la gente y los saberes provenientes del estudio continuado, los que te dotarán de la capacidad para ayudar a curar a los demás

¡Ser médico es tener presente la máxima hipocrática del “*primun non nocere*”, “Primero no hacer daño”! y sí, todo el bien de que seas capaz.

“Usaré el tratamiento para ayudar al enfermo, no causaré daños ni cometeré injusticias...Conservaré mi vida como arte puro y sagrado y me abstendré de hacer mal o daño intencionalmente... Cualquier cosa que vea o escuche durante el curso del tratamiento o inclusive fuera de él, no puede ser divulgada, guardaré silencio manteniendo tales cosas como secretos sagrados...”

Son extractos del **JURAMENTO HIPOCRÁTICO**, vigente a través de 2 500 años.

Ser Médico es comprender que formamos parte de una clase especial de la sociedad, entendiéndola, no como una aristocrática

presunción, sino como una humilde condición donde a los saberes específicos de nuestra profesión se unen una serie de deberes para con el resto de los integrantes del conglomerado social, donde la ética y la moral juegan el papel fundamental.

Somos una clase elitista, una clase especial, esencialmente humanística y científica en hermosa simbiosis que nos coloca en un lugar extraordinario dentro de la sociedad, pero no es menos cierto que hemos perdido un terreno precioso, cuando en nuestro medio éramos reconocidos como 'señores' y ahora somos los mendigos de la Medicina.

Ser Médico es calmar tempestades, pastorear vientos, enhebrar estrellas, Insuflar ánimo, mantener esperanza mientras haya vida, enjugar lágrimas, estrechar manos y cuerpos, tranquilizar siempre, inquietar jamás; y cuando la vida se acaba a pesar de nuestros esfuerzos, es suavizar lo más posible ese tránsito y contribuir a matizar con mágicos acentos y colores, el paso hacia esa otra dimensión.

Ser Médico es recoger en un cuenco con agua los rayos plateados de la luna para ungirlos sobre nuestros desventurados pacientes.

Ser Médico es entonar un himno de amor y paz cada mañana y libar gritando un brindis por la vida, como bien lo dijera Torres Solarte.

El más alto grado de la Medicina es el amor. El amor enseña tal arte y sin amor no se puede ser Médico. Decir cosas agradables es tarea de la boca. Ayudar, curar y ser útil es labor del corazón y por el corazón se forja el Médico.

Cincuenta años son más de dos tercios vida, y el haberlos vivido a plenitud me obliga a hacer algunos reconocimientos; el hacerlo tomará un tono inevitablemente personal, por lo que, de antemano, presento mis excusas a la audiencia.

Quiero agradecer en primer lugar y sobre todas las cosas, a **DIOS**, mi Gran Señor, el autor de mi historia, el protagonista de mi obra, el **PADRE DE TODO**, con todas sus infinitas manifestaciones de amor.

A la **UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**, la Casa que vence la Sombra, la de azules boinas, en cuyas aulas aprendí a tener una visión integral del ser humano y un gran amor por el conocimiento científico.

A MIS MAESTROS, POR SU LUZ PERMANENTE!

Nuestro recuerdo sentido, respetuoso y cordial para esa legión de hombres y mujeres que nos transmitieron conocimientos y principios, para llevarnos de la mano por estos derroteros de la Medicina. Difícilmente promoción alguna puede jactarse como la nuestra de contar entre sus maestros a la mayoría de quienes hicieron y siguen haciendo historia en la medicina del pasado siglo y comienzos del presente. Mencionen el nombre de cualquiera que se les ocurra entre decenas de ellos y podremos decir con orgullo: ese fue mi maestro, mi profesor, mi amigo. A las pruebas me remito, como dicen, y saludo con gran cariño, admiración y respeto, a la Dra. Isis Nezer de Landaeta, honorable académica presidenta de esta más que centenaria corporación, y quien fue nuestra querida Profesora de Bioquímica comenzando la carrera

Un homenaje sincero a nuestros queridos **PADRINOS DE LA PROMOCIÓN**, cuyos nombres lucimos con orgullo en nuestros anillos, insignias y botones y, sobre todo, llevamos con cariño en nuestro corazón.

Al Dr. Rodolfo Selle, egresado de la Ilustre Universidad Central; eminente Cirujano, maestro de generaciones, toda una vida dedicada a la docencia, desde su época de Preparador de Anatomía y entregado a su Cátedra de Clínica Quirúrgica, Servicio de Cirugía I de la Escuela José María Vargas. Al terminar sus estudios inició su carrera docente por Concurso en el Hospital Vargas y cumplió todos sus ascensos hasta llegar a Profesor Titular y graduarse de Doctor en Ciencias Médicas, lo cual le permitió incorporarse como Académico Individuo de Número, para ocupar en forma vitalicia, el Sillón Número XXX. Nuestro recuerdo respetuoso y afectuoso al amigo y Padrino de la Promoción de la Escuela José María Vargas, que hoy celebra junto a nosotros.

Mención aparte y al hacerlo, rindo homenaje póstumo al querido padrino **Dr. Félix Pifano**, testigo histórico del tránsito de una Venezuela rural a la Venezuela moderna. San Felipe el Fuerte y el río Yurubí del Estado Yaracuy, fueron testigos del nacimiento de Félix Pifano. Fue un primero de mayo cuando este gentil hombre, hijo de italiano y venezolana, vio la luz por primera vez, en tierras tropicales. Fue longeva y productiva su vida, no solo en el campo de la Medicina Tropical

y la Epidemiología, sino, quizás más importante, en el campo de la docencia. Maestro de maestros, más de 20 000 médicos en diferentes promociones fueron sus discípulos. Incluyendo 13 ministros de Sanidad y 2 ministros de Educación.

Permaneció al frente de la Cátedra de Medicina Tropical de esta Universidad durante 56 años, y es la máxima figura de la medicina tropical venezolana contemporánea, siendo sus contribuciones a esta especialidad, la descripción de los elementos pato biogeográficos que influyen en la presencia de las enfermedades endémicas en el territorio nacional. Fundó en nuestra Universidad Central, el **Instituto de Medicina Tropical** que lleva su nombre, centro de referencia científica universitaria y al que dedicó sus más desvelados esfuerzos hasta el fin de sus días.

Como ser humano era un hombre de bien. Sencillo en el trato, magnánimo y generoso, de hablar pausado, persuasivo y convincente, de talento reposado, con el perfil humano del verdadero sabio. Con la desaparición de **FÉLIX PIFANO**, Venezuela perdió a un científico sabio, a un universitario insigne, a un ciudadano esclarecido. Profesor y mentor de generaciones de médicos que honramos su memoria con devoción, quienes tuvimos la suerte de conocerle, el privilegio de ser sus discípulos y el orgullo de ser sus ahijados, **no lloramos su muerte... agradecemos su vida, que fue un ejemplo!**

Reconocimiento especial para las **Autoridades Universitarias** de la época, en las personas del Rector Bianco y del Rector Neri. Del primero no queda lo que no se haya dicho en una vida entregada a la Universidad.

Del **Dr. Rafael José Neri**, Rector magnífico que fue de esta casa de estudios entre 1972 y 1976, su nombre encabeza y enaltece nuestro título de Médico Cirujano. Cumanés de nacimiento y merideño de corazón, me unían a él afectuosos lazos de familiaridad que se remontaban a la época en que, junto a mi padre, compartían luchas e ideales desde su vida universitaria, para posteriormente convertirse en su médico y cardiólogo de cabecera hasta su muerte, mientras mi padre era su abogado de confianza.

Docente en la ULA desde 1944, fue profesor de Historia de la Medicina, Fisiopatología y Clínica Semiológica. A partir de 1947 ingresa en la UCV donde llega a ser jefe de la Cátedra de Cardiología, Decano de la Facultad de Medicina y Rector en 1972. Le corresponde dirigir los destinos del Alma Máter durante la transición de una situación de hecho a un estatus de normalización institucional.

Días difíciles, años difíciles, trató de lograr una reconciliación tanto en lo político como en lo académico, logrando alcanzar la pacificación de una Universidad violentada por fuerzas extrañas a ella que se aprovechaban de la impunidad universitaria. Dialogando permanentemente con profesores, estudiantes, empleados y obreros, logró moderar y hasta eliminar la violencia como instrumento de comunicación.

Hizo un rectorado histórico cuando la primera Universidad venezolana acababa de salir de un allanamiento traumático. Había en ella un descontento general, una desazón manifiesta, profundas fallas organizativas, la actitud maquinalmente contestataria del estudiantado, el germen de la anarquía que amenazaba con extenderse apoyado en una desorientación general. A esto se enfrentó **Neri** y logró triunfar con su madurez, con su bonhomía y su valentía cívica. Para él, nuestro testimonio de admiración y de respeto.

Gracias infinitas a mis grandes maestros, los **PACIENTES**, que tanto me enseñan y me continúan enseñando, que me desafiaron a crecer y que permanentemente me recuerdan que **“no hay enfermedades sino enfermos”**.

En esta larga lucha por la vida y constante pelea por la subsistencia, no escapamos a las jugarretas del destino y los designios superiores. En el transcurrir de estos 50 años, cerca de **NOVENTA** de nuestros compañeros de Promoción, amigos muy queridos, tomaron el camino de la noche definitiva... Seguro estoy que desde arriba sonrían y disfrutaban la emoción y la alegría de este momento. No es el recuerdo triste entonces, ni el silencio, el mejor homenaje a su memoria, y lejos de reclamar a Dios **“¿por qué te los llevaste?”**, prefiero agradecerle

al Creador por habernos permitido compartir con ellos a su lado, al tiempo que pido para todos **UNA SALVA DE APLAUSOS.**

QUERIDOS COLEGAS COMPAÑEROS DE LA PROMOCIÓN:

La causalidad y las vueltas de la vida me han puesto hoy frente a Ustedes. Ocupar este podio en fecha tan significativa es un honor que no creo merecer y una prebenda que quienes me conocen saben que no busco ni procuro. Lo entiendo si, como una muestra de su inmensa generosidad, y un reconocimiento al trabajo y esfuerzo por mantener la integración de la Promoción

Permítaseme entonces el exceso de pasar de lo general a lo particular y utilizar esta tribuna para enaltecer la memoria de mis padres, **YOLANDA Y JOSE DOMINGO**, quienes siempre se ocuparon de tejer sueños en mi alma y a quienes debo todo lo que soy. No me alcanzará la vida para agradecer su legado: educación, principios, valores en positivo, amor por el trabajo, pasión por la familia, culto a la amistad y respeto absoluto por los derechos de los demás. A ellos los honro y los venero, sea cual sea la dimensión en que se encuentren.

Agradezco de corazón a quien en forma desinteresada y desprendida se convirtió en mi apoyo cuando apenas comenzaba a transitar los caminos de la Medicina. Entrañable compañera de mis alegrías, tristezas y desvelos, esposa ejemplar. madre abnegada, dulce y tierna abuela que me ha permitido atesorar la mayor fortuna que hombre alguno puede aspirar, que son mis hijos y mi adorada nieta. Aprecio su bondad al aceptar acompañarme en este hermoso día. En **AYXA** reconozco y saludo a todas las esposas y compañeras de mis colegas de la promoción.

**TENGO DOS HIJOS, TIERRA, TENGO DOS HIJOS,
CIELO;**

**EL ANDAR QUE BUSCABA PARA EL ÚLTIMO PASO,
LAS ALAS QUE PEDÍA PARA EL ÚLTIMO VUELO;**

TENGO MIS DOS PASTORES, IGUAL QUE GARCILASO,

**PARA IMITAR SUS QUEJAS CUANDO LE ENTREGUÉ
AL VIENTO
MIS ÚLTIMOS CARNEROS: LAS NUBES DEL OCASO...**

Con este Pórtico del Canto a los Hijos del bardo cumanés Andrés Eloy Blanco, quiero agradecer infinitamente a Dios la existencia de mis amados hijos, **ISAAC JOSÉ Y OSCAR EDUARDO**, móviles básicos, fundamento y razón de mi vida. Ninguno siguió las inclinaciones profesionales de su padre al dejarse seducir por los números y la informática; sin embargo, respeto, acepto, acato, comparto y apoyo sus decisiones. Son mis sueños y me siento privilegiado de soñar con ellos.

Cuando se tienen dos hijos, ¿se tienen todos los hijos de la tierra! En Isaac y Oscar Eduardo reconozco y saludo a todos los hijos del mundo. Los amo intensamente.

Mención aparte para mi adorada nieta, mi Valentina Marie, que con sus siete años me obsequia su sonrisa para hacerme comprender que el sol puede salir aún dentro de la habitación en que la diáspora me confina. No obstante ausente, me brinda su presencia como promesa de hermosos y mejores tiempos por venir, ternura, esperanza y placidez. Me premia con su esencia, y se crece como la hermosa primavera que llena de color el gris otoño de mi existencia. Mi Valentina, hacedora de milagros, tierno vendaval hecho niña, dulce torbellino que me colma de fuerza para seguir viviendo. La amo inmensurablemente.

Honorables Académicos, respetables autoridades universitarias, colegas y familia:

El orgullo de pertenecer a esta gloriosa Promoción es infinito. Una promoción archiconocida dentro y fuera de nuestra Universidad Central, no solo por su condición histórica derivada del atípico Acto de Grado del 8 de diciembre de 1972, sino por su trayectoria cincuentenaria, entregando lo mejor de sí para el beneficio sanitario, físico y mental del país y sus habitantes. Una promoción llena de hombres y mujeres capaces que se han destacado por su entrega en todos los aspectos y todas las áreas en que nos ha correspondido servir. Hombres y mujeres sobresalientes en el ejercicio de las diferentes especialidades médicas,

prominentes docentes universitarios de pre y posgrado, autoridades académicas, directores de institutos universitarios y de reconocidos hospitales del país; servidores públicos donde destacan políticos y funcionarios, y hasta ministros de Sanidad. Pero sobre todo hombres y mujeres de bien que han fundado hermosas familias, padres y madres responsables y amorosos, tiernos abuelos y hasta bisabuelos. ¿Cuánto más se puede pedir?

QUERIDOS AMIGOS:

Disto mucho de ser un orador ni me precio de tal; simplemente frente a Uds. descansan sencillas palabras de vida con olor a cotidiano y una sensación de ser humano, prisionero de su tiempo: apresurado, desbocado, enamorado, con sentimientos y emociones de eterno caminante que medita en la quietud de su soledad y se inspira en lo vivido, lo soñado y a veces lo olvidado. No le temo a la vida, aunque me duelen sus penas; he vivido de cerca la realidad de la vida difícil, pero he cedido albergue a momentos de sueños y fantasías...

¡Y es que el fantasear es una condición inherente al ser humano!

Permítaseme entonces robarle un sueño a la vida para imaginar que, si pudiera llevar el tiempo atrás, nuevamente volvería a ser Médico, egresaría de esta Alma Mater, nuestra querida Universidad Central de Venezuela, e integraría con mucho orgullo la ahora Cincuentenaria Promoción Pifano Selle de 1972.

Y es esta magia la que permite abrirnos a los sueños, a lo posible de lo imposible, la que toca el borde de nuestras propias imaginaciones para gritarnos que aún podemos dar un salto un poco más allá, que todavía tenemos el sol de frente y que aún es tiempo de vivir.

Estas palabras son para aquellos que, como yo, puestos ya ante el portal de la medianoche, soñamos con la aurora. Y finalizo diciendo con **OMAR KHAYYAN**, el más relevante poeta persa de todos los tiempos:

“LEVANTAOS CAMARADAS Y LLENAD VUESTRAS COPAS, PUES YA SE AGITA EL DULCE VINO DE LA EXISTENCIA...”

Señoras, Señores...

PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DR. ANGEL RAMIREZ GONZALEZ EN EL PALACIO DE LAS ACADEMIAS, CON MOTIVO DE LOS 50 AÑOS DE LA PROMOCIÓN RODOLFO SELLE ESCUELA VARGAS

Ciudadana Académica Dra. Isis Nezer de Landaeta Presidenta de la Academia nacional de Medicina y demás Académicos Drs. Miembros de la Academia Nacional de Medicina

Ciudadana Profesora Inírida Rodríguez Vice Rectora Académica de la U.C.V

Distinguidos representantes de los egresados de la Promoción Pifano-Selle 1972

Distinguidos Invitados presentes en este acto

Señoras y Señores

Hemos escogido el lugar en el cual se manifiesta el testimonio de los hechos esenciales por la profesión, y en que se congregan sus representantes más eminentes, para reafirmar los fundamentos de una actividad esencial, para la sociedad en la cual hemos crecido como criaturas de la Universidad y como ciudadanos de Venezuela. Agradecemos la acogida de la Academia, desde luego, porque mejor espacio no podíamos encontrar para el reconocimiento que queremos y debemos hacer los integrantes de la promoción que escogió como epónimos a los sabios maestros y destacadas figuras de la convivencia ciudadana como fueron Félix Pífano Rodolfo Selle, en nuestra recordada y entrañable Escuela de Medicina José María Vargas de la U.C.V.

Fueron nuestros epónimos, como se sabe, 2 profesionales cargados de méritos que contribuyeron al desarrollo de las Ciencias Médicas, gracias a sus investigaciones, a la atención estelar de miles de pacientes que sintieron el alivio de sus dolencias y la gratificación de su compañía. Pero fueron también y de hecho damos testimonios sus discípulos de hace ya medio siglo, unos grandes señores de la cátedra universitaria en su más alto nivel, brillantes por la profundidad de sus conocimientos y pilares fundamentales de unos muchachos que fuimos

creciendo y madurando bajo su cobijo. Hoy, a través de la gratitud que pretenden comunicar estas palabras que dirijo en nombre de mis compañeros de promoción, se reafirma y reconoce la actividad en la cual brillaron y nuestra gratitud por lo que nos legaron cómo médicos y cómo personas interesadas por el destino del país.

Pero no solo hacemos esta pública declaración cómo merecido homenaje a dos eminentes catedráticos que no sólo destacaron en su profesión, sino cómo también para manifestar nuestra obligación de haber contribuido al desarrollo de la sociedad venezolana que no vive hoy sus mejores tiempos. Como ellos, maestro Félix Pifano y Rodolfo Selle quisimos ayudar en la reconstrucción de una colectividad más justa y compasiva. Cómo ellos, queremos incorporarnos a la fábrica del país que sus hijos merecen. Desde las actividades rutinarias del oficio, desde la curación de los pacientes y desde los requerimientos de sus familiares, queremos asumirlos cómo ejemplo permanente, hemos querido ser cómo ellos, pese a la dificultad que significa llegar hasta su cima, subir hasta la cumbre de su montaña.

El desafío conduce a la memoria de los grandes esfuerzos que en su época realizó el más célebre médico de Venezuela, figura esencial de nuestra historia, cuyo nombre lleva la Escuela de Medicina de la cual un luminoso día egresamos cómo profesionales. ¿Cómo no detenerse ahora, aunque en forma breve, en la obra del Dr. José María Vargas? Es una obligación ineludible, una referencia indispensable, pese a lo mucho que se ha escrito y dicho sobre su ejecutoría. Parece excesivo que nos pongamos ahora a hacer un recuento de su legado científico, de su entrega a la vida universitaria que reformó para acercarla a la modernidad en la cual después todos nos formamos.

Después de la guerra de INDEPENDENCIA, Venezuela estaba por hacer. Se debía levantar de los escombros dejados por las batallas. Es el país que encuentra el joven José María Vargas, cuando regresa de sus estudios y perfeccionamiento profesional en Europa. Como consecuencia de esos estudios se va a dedicar a la renovación de la actividad universitaria, cómo rector incansable y cómo promotor de cambios trascendentes a la facultad de medicina.

En dos aspectos fundamentales se detiene entonces: la defensa de la libertad de cultos como aspecto primordial para el estreno de una colectividad ecuaníme y la promoción del trabajo como esencia del progreso general de la población y cómo fuente de felicidad.

Otros aportes en asuntos alejados de la actividad médica debemos al Dr. Vargas, que le abrieron las puertas grandes de la política y lo llevaron a un fugaz y modélico pase por la Presidencia de la República. Muchos materiales sobre esos aportes se encuentran en las investigaciones del Dr. Blas Bruni Celli, también maestro nuestro hace ya medio siglo.

La nueva escuela de medicina José María Vargas inició sus actividades académicas en un moderno edificio que se construyó sobre los cimientos de la antigua morgue en la esquina de San Lorenzo. Gracias a la insistencia de los Drs. Otto Lima Gómez, Rubén Coronil, Gilberto Morales, Francisco Montbrun, Blas Bruni Celli, Eduardo Carbonel Luis Manzanilla, Jacinto Convit y de quienes tuvimos la suerte de ser sus alumnos.

La construcción terminó en 1962 y la primera promoción egreso en 1968, siendo la promoción Rodolfo Selle la quinta egresada de esta nueva escuela. Y como dicen en la jerga taurina, “no hay quinto malo”.

El día 08-12-1972 fecha en la que nuestra Aula Magna fue violentada por un grupo de estudiantes quienes, a punta de botellas, palos, sillas y golpes, hicieron que se suspendiera nuestro acto académico. A 50 años de este evento tal vez pudimos perdonar, pero no podemos olvidar. Al igual que no olvidaremos a nuestros más de 20 compañeros que pasaron a otra dimensión y hoy descansan en paz.

A estos 50 años podemos decir (como lo dije en otra oportunidad), que hemos cumplido con nuestro juramento hipocrático, hemos cumplido con nuestros pacientes, hemos cumplido con nuestra familia, hemos cumplido con Venezuela y hemos cumplido con nosotros mismos.

Siempre seremos U.C.V., siempre seremos varguitas, siempre seremos Pifano-Selle hasta el fin de nuestros días

Dicho lo cual, solo me queda reiterar la gratitud de los colegas compañeros de promoción y la mía personal, por el privilegio que nos

han concedido los miembros de la Academia de Medicina en su salón de sesiones, para una festividad de un grupo de colegas que hoy se sienten abrumados de regocijo y que se marchan llenos de orgullo después de haber recordado ante Uds. las eminentes figuras de los Drs. Félix Pifano y Rodolfo Selle. De igual manera no podemos pasar por alto a 2 colegas miembros de nuestra promoción y que orgullosamente se encuentran compartiendo un sillón como miembros de esta Academia Nacional, me refiero a la Dra. Enriqueta Sileo y al Dr. Marco Sorgi para los que les solicito con permiso de las autoridades, un merecido aplauso. Muchas gracias a todos por su atención.

Medicina del Adolescente en el Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos” de Caracas

Trabajo de Incorporación como Miembro Correspondiente Nacional, puesto 38 de la Academia Nacional de Medicina

Dra. Enriqueta Sileo

“De qué vale el esmero, cuidado y la atención del niño, si luego lo dejamos en desamparo, en la etapa donde se puede recuperar, formar o perder al hombre del mañana”

Enriqueta Sileo

RESUMEN

Se describe la historia de la Medicina del Adolescente en el Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos,” de Caracas, desde su inicio en el Servicio de Ginecología, así como el camino recorrido hasta

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXVIII.6>

Doctorado en Ciencias de la Salud. Mención Salud del Adolescente. Universidad Central de Venezuela.

Magíster Scientiarum en Bioética. Centro Nacional de Bioética. Universidad Central de Venezuela. Profesora Titular. Universidad Central de Venezuela.

Pediatra y Adolescentóloga.

independizarse para llegar a ser el Servicio de Medicina del Adolescente, contando con estructura física propia y el personal calificado para desarrollar actividad asistencial al adolescente hasta los 18 años de edad, logrando su aceptación dentro de la estructura hospitalaria, con un enfoque integral y diferenciado. En lo docente, se destaca la formación de recursos humanos en Medicina del adolescente, devenida en Especialidad, la rotación de residentes de pediatría, psicólogos del mismo hospital u otros, además de la investigación. Se reseña el Capítulo de Adolescencia y la Sociedad Venezolana de Medicina del Adolescente. Se menciona la proyección nacional e internacional con aportes como la Escalera de Maduración Sexual, Orientación diagnóstico en Medicina del Adolescente, modelo de Integración del manejo del Adolescente y sus necesidades (IMAN), además de participar en foros, congresos, comisiones y otras. Se utilizaron documentos pertinentes, bibliografía nacional e internacional, se concluye con el logro de haber creado en el Hospital, un modelo de atención integral y diferenciado para adolescentes y un posgrado que sirva de inspiración para otros emprendedores en el área de la Medicina del Adolescente.

Palabras clave: Posgrado Medicina del Adolescente. Historia de la Medicina del Adolescente. Servicios de adolescencia. Hospital “JM de Los Ríos”. Venezuela.

SUMMARY

The history of Adolescent Medicine in the Children’s Hospital “José Manuel de Los Ríos,” in Caracas is described, since its inception in the Service of Gynecology, until obtaining its independence to become the Service of Adolescent Medicine, with own physical structure and qualified personnel to provide care to adolescents until 18 years of age, achieving acceptance within the hospital structure, with a comprehensive and differentiated approach. In teaching, stands out the training of human resources in Adolescent Medicine, that became a Specialty, rotation of pediatric residents, psychologists of the same hospital or others, in

addition to research. It is outlined the Chapter of Adolescence and the Venezuelan Society for Adolescent Medicine. National and international projection with contributions such as the Sexual Maturation Stage, Orientation diagnosis Adolescent Medicine, the Integrated Management of Adolescent Needs (IMAN), and participation in forums, conferences, commissions and other are mentioned. Relevant documents were used, national and international literature, and finally with the achievement of having created in the Hospital, a model of comprehensive and differentiated care for adolescents and a postgraduate training that inspire other entrepreneurs in the area of Adolescent Medicine.

Keywords: Graduate Adolescent Medicine. History of Adolescent Medicine. Service adolescence. “JM de Los Ríos”. Hospital. Caracas. Venezuela.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa del ciclo de vida de un individuo en la que se producen los procesos de maduración biológica con cambios físicos caracterizada por la aparición de los caracteres sexuales secundarios, se completa el crecimiento, además de los cambios psicosociales, se establece progresivamente su autonomía y adquiere la capacidad para tomar decisiones respecto a su vida que le permiten su incorporación en forma plena a su cultura y sociedad. Cronológicamente abarca de los 10 a 19 años de edad aunque la tendencia es llevarla a los 25 años de edad. Los adolescentes, tradicionalmente han sido considerados como un grupo “saludable”, en consecuencia olvidado en los planes de atención sanitaria. Ocuparse de los adolescentes es un deber; existen 5 509 375 adolescentes entre 10 y 19 años, representan cerca del 20 % de la población según lo estimado por el Censo 2011 y reportado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y requiere profesionales con competencias para atender sus necesidades y requerimientos, por lo cual es importante la Medicina del Adolescente para la atención integral del adolescente y para contribuir a formar a otros integrantes

del equipo de salud en los diferentes niveles de atención. De esta manera cobra importancia la existencia de espacios donde se presten servicio diferenciado al adolescente, se imparta docencia con extensión a la comunidad, se promueva la participación de los adolescentes y se desarrollen líneas de investigación.

I.-Antecedentes

1.1 A nivel Internacional

Tradicionalmente los adolescentes fueron considerados muy grandes para los pediatras y pequeños para los internistas. Para su atención médica se ubicaban en la “tierra de nadie”, el límite de atención hospitalaria era hasta los 12 años en los hospitales de niños o servicios infantiles y los mayores a esta edad correspondían a hospitales de adultos. Nada más cruel que antes de preguntar la razón o dolencia por lo cual lo llevan a un centro asistencial, lo primero que preguntaban en la recepción ¿qué edad tiene?, sin importar su condición, se le contestaba si calificaba o no para poder ser atendido o no y en consecuencia, debía irse a otro hospital.

Jame Roswell Gallagher, considerado el padre de la Medicina del Adolescente, y un líder en la materia, señaló que este era un grupo etario desatendido en la práctica médica (1,2).

En 1951 en el *Children’s Hospital Medical Center* de Boston, en Massachusetts Estados Unidos (EE.UU), Gallagher abrió la primera clínica de atención de pacientes entre 12 y 21 años de edad, que no habían sido asistidos adecuadamente y los consideraba como un grupo con características y necesidades propias. En 1953 comenzó el primer entrenamiento en adolescencia. La Unidad de Adolescencia creció y para 1968 existían más de 50 clínicas de atención al adolescente en todo EE.UU, con personal entrenado por el mismo Gallagher y sus colaboradores. En 1978, su Unidad multidisciplinaria se convirtió en la División de Medicina del Adolescente/adulto joven.

En 1964, la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocó a un “comité de expertos” que se reunió en Ginebra del 3 al 9 de junio para considerar la atención médica del adolescente, hacer un informe

y recomendaciones de acuerdo a sus necesidades. Además la urgencia de formar recursos humanos y emprender líneas de investigación al respecto (3).

El 28 de abril de 1968, se creó en Washington, DC *The Society for Adolescent Medicine* (SAM), que desde 2010, se convirtió en la *Society for Adolescent Health and Medicine* (SAHM), y permitió la afiliación de otros profesionales interesados en la adolescencia.

En 1972, *The Society for Adolescent Medicine* comenzó a publicar información acerca de los sitios de entrenamiento en Medicina del Adolescente y realizó alianzas con la Academia Americana de Pediatría (AAP), en *el Task Force on Pediatric Education*, se creó una sección de Adolescencia en la AAP (4).

La Dra. Iris Litt en una reseña autobiográfica, acerca del pasado, presente y futuro desarrollo de la ciencia de la adolescencia, recoge junto a otros emprendedores, en un libro la historia y contribución que diversos personajes han tenido en el área (5).

Posteriormente en Latinoamérica también se muestra interés, por la adolescencia, por el crecimiento de los Servicios en los diferentes hospitales, así como agrupaciones interesadas en el campo de la Adolescencia.

Recientemente en el marco del I Congreso Integrado de Sociedades realizado en septiembre de 2015 en Uruguay se creó la Alianza Intersectorial de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y El Caribe, que se define como una “Entidad técnica interinstitucional e intersectorial, sin fines de lucro que impulsará acciones planificadas desde una perspectiva de derechos y género, abogando, articulando y promoviendo programas, planes y acciones dirigidas a garantizar el abordaje integral de la salud de adolescentes y jóvenes (6).

Entre sus objetivos se plantea:

1. Convocar a todas las Sociedades, Asociaciones, Confederaciones, ONGs, Organismos de Cooperación que trabajan para, por y con los/as adolescentes y jóvenes de Iberoamérica, Italia y Caribe.
2. Iniciar un proceso de integración fomentando la participación de los/as representantes de sociedades, asociaciones, confederaciones,

- organismos de cooperación.
3. Consolidar la Red de Adolescencia para el intercambio de información sobre el estado del arte en investigación y prácticas innovadoras basadas en la experiencia que permitan promover la colaboración.
 4. Trabajar en un Plan Intersectorial 2015-2018 que incida en la incorporación de políticas, estrategias y planes de acción integrales promoviendo esfuerzos conjuntos.
 5. Ampliar la abogacía a través de los medios de comunicación.
 6. Realizar investigaciones para la toma de decisiones basadas en evidencia científica que promuevan la salud, prevención y atención integral de Adolescentes y Jóvenes.
 7. Promover la Participación Juvenil.

En la primera reunión participaron miembros de:

- Comité de Adolescencia de la Asociación Latino Americana de Pediatría (ALAPE).
- Asociación Latinoamericana de Magistrados. Funcionarios. Profesionales (ALAMP) y Operadores de Niñez. Adolescencia y Familia (ONAF).
- Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y Adolescencia (ALOGIA).
- Federación Latinoamericana de Psiquiatría de la Infancia. Adolescencia. Familia y Profesiones Afines (FLAPIA).
- International Association for Adolescent Health (IAAH).
- Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y Caribe (CODAJIC).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), Salud de la Mujer y Reproductiva (SMR).

Es justicia resaltar el eficiente trabajo de difusión que la Dra. Mónica Borile (Bolzón, Argentina) ha realizado a través de la Red de Adolescencia (7), así como el apoyo de la Dra. Matilde Maddaleno

desde OPS/OMS, para el avance de la atención integral del adolescente en toda la región Latinoamericana y el Caribe. Los avances en Latinoamérica son muchos, pero no suficientes para que nuestros adolescentes y jóvenes puedan participar en un mundo tan complejo y competitivo. Queda pendiente reseñar la Medicina de la Adolescencia en Latinoamérica su historia: pasado, presente y hacia dónde vamos.

1.2.- A nivel Nacional

1.2.1 Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos”.

El Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos” desde su fundación en 1936, según el Dr. Antonio García Ponce, se constituye en la “cuna de la pediatría venezolana y en el semillero de médicos especializados en la infancia” (8).

El Dr. José Francisco, en su trabajo de incorporación como Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina describe la historia del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos” (9).

En 1958 el Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos”, comenzó a funcionar en San Bernardino, la torre de especialidades que se inauguró alrededor de 1970, bajo la administración del primer período presidencial de Carlos Andrés Pérez, quien estaba muy pendiente del hospital y dispensaba visitas frecuentes al mismo. La Torre de Especialidades pediátricas, ostenta el nombre de “Dr. Enrique Pérez Guanipa” y se convierte en un hospital de referencias y especialidades con consultas en diversas especialidades (8).

En 1975 nace el Servicio de Ginecología Infanto Juvenil, en el piso 6, fundado y dirigido magistralmente por el Dr. Antonio Perera Pérez, un cirujano pediátrico experto en malformaciones del tracto genital, y así se comienza la atención ginecológica de niñas y adolescentes. El Servicio no solo se dedicaba a la asistencia de niñas y adolescentes, sino que además se transformó en una escuela para la enseñanza de la ginecología infanto juvenil. El Dr. Perera Pérez, con una visión de brindar todos los servicios requeridos para una adecuada atención diferenciada e integral de las pacientes que se atendían en dicho Servicio, planteó la

creación de la Unidad de Adolescencia con carácter interdisciplinario. En esa Unidad comencé a trabajar como pediatra.

Inicialmente estaba interesada en realizar un posgrado en inmunología, pero el Dr. Enrique Pérez Guanipa, sabiamente aconsejó que me fuera por el campo de la medicina de la adolescencia, especialidad que no existía en nuestro país. El Dr. Pérez Guanipa, un verdadero maestro, dirigía el Hospital como una orquesta de manera apasionada y eficiente, junto a su entrañable secretaria, la Sra. Elba Medina (10)

1.3 Entrevista y entrenamiento en Washington DC.

El 21 de agosto de 1980, asistí a una entrevista con el Dr. Tomás Silber, director del Departamento de Adolescentes en el *Children’s Hospital National Medical Center*, en Washington, DC, EE.UU. Manifesté mi deseo de realizar un curso de adiestramiento en Medicina del Adolescente en virtud que el Hospital “José Manuel de Los Ríos” tenía proyectada la creación de una Consulta de Medicina del Adolescentes que comenzaría a partir del año 1981.

El Dr. Silber envió al Dr. Pérez Guanipa una comunicación de fecha 12 de octubre de 1980 (la cual fue respondida en comunicación con fecha 16 de diciembre de 1980. El Dr. Silber, “muestra la disposición de colaborar con el futuro proyecto de formación nuestro servicio de Adolescente y manifiesta su aceptación para que la Dra. Enriqueta Sileo realice un entrenamiento en dicha disciplina”.

Se comienzan los trámites:

En febrero de 1981 el Dr. Pérez Guanipa solicitó ante la Directiva de la Junta de Beneficencia, entidad de la que dependía el Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos” un permiso no remunerado para la Dra. Sileo a fin de realizar curso de adiestramiento en Efebología (hoy Adolescentología o Medicina del Adolescente), el cual fue concedido a partir del 1º de abril de ese año por un lapso de 18 meses.

Seguidamente los Drs. Dr. Pérez Guanipa, Director y Perera Pérez, Presidente de la Sociedad de Médicos del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos”, se dirigieron a la Dra. Alba Chacón, coordinadora de la “Fundación Gran Mariscal de Ayacucho” para solicitar

la tramitación de una de las becas según el convenio del plan de becas entre esa Fundación y el Hospital, ya que yo debía estar iniciando el curso en abril de 1981.

En marzo de 1980, el Dr. Perera Pérez, envió comunicación al Dr. José Gessen Campos, Presidente de la Comisión Técnica del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos”, solicitando que la Dirección del Hospital, autorizara el funcionamiento de una Consulta de Adolescentes en el horario de 1 a 3 pm, para ser realizada por el personal médico del Servicio con mi colaboración. Esto fue aprobado y la consulta comenzó a funcionar desde el mes de abril de 1980. En mayo de 1980. El Dr. Perera Pérez envió a la Dirección del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos”, un Proyecto de Creación de la Unidad de Adolescencia que fue expuesto y considerado por la Comisión Técnica N° 19-80, proyecto que fue remitido al Dr. Jaime Barboza, Monitor Adjunto de la Dirección para su consideración.

En consecuencia, se me concedió un permiso no remunerado por la Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal, a partir del 1° de enero de 1980 hasta el 31 de marzo de 1981, y se me otorgó la primera beca Institucional del Plan Mariscal Ayacucho, complementada con un aporte de la Fundación Patronato del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos”, para realizar un entrenamiento en Medicina del Adolescente en el *Children’s Hospital National Medical Center*, Washington DC, EE.UU, bajo la tutela del Dr. José Tomás Silber.

Tuve la gran suerte de vivir cerca de la residencia del Dr. Silber y muchas veces hacíamos el trayecto de 40 minutos hacia el hospital, contando con el privilegio de compartir sus saberes y amistad. El Dr. Silber, Director del posgrado de Adolescencia del *Children’s Hospital National Medical Center*, es considerado como un Maestro para la formación de recursos humanos para el desarrollo de programas de atención del adolescente, y acogió a muchos médicos de habla hispana (España, Argentina, Chile, Venezuela, otros) con el compromiso de difundir y aplicar lo aprendido.

Durante mi entrenamiento, le propuse al Dr. Silber la edición de un libro, a propósito del año Internacional de la Juventud a celebrarse

en 1985, con colaboradores latinoamericanos, especialmente, aquellos formados por él, en virtud de la escasa literatura existente, en español. La idea que fue acogida favorablemente por el Dr. Silber y se presentó la propuesta a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con lo que se materializó en la publicación científica N° 489, intitulada “La Salud del Adolescente y el Joven en las Américas” (11) que se constituyó en un libro de referencia para los interesados en la materia. Tuve el privilegio de escribir dos temas: Evaluación Clínica del Desarrollo Puberal (12) y Examen Ginecológico en la Adolescente (13).

La generosidad de mi maestro, se vió reflejada en la dedicatoria del mencionado libro en la que expresó: “A la Dra. E. Sileo, una de las “alma mater” de este libro, con la seguridad que continuarán sus esfuerzos por el adolescente venezolano”.

Culminé el entrenamiento en Medicina del Adolescente en agosto de 1982, certificado por los Drs. Tomas Silber y Donald W. Delaney.

Antes de mi partida para EE.UU, en febrero de 1981 el Dr. Pérez Guanipa director del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos”, propone a la Presidencia de la Junta de Beneficencia la creación del Servicio de Efebología y solicita fuese incorporado en el presupuesto del año 1983, la creación del cargo de Médico Efebólogo a ocho (8) horas mes de contratación para mi persona cuando regresara de EE.UU para dirigir la sección antes mencionada. Posteriormente, el Dr. José Gessen Campos quien asumió la Dirección del HNJMDR, me solicitó poner mi cargo a la orden para poder hacer la gestión del nuevo cargo para la Unidad de Adolescencia.

1.4. Retorno al Hospital de Niños “José Manuel de los Ríos”. Servicio de Ginecología Infanto Juvenil

Al regresar al Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos”, no se había creado todavía el cargo prometido, y se me designó como Adjunto al Servicio de Ginecología Infanto Juvenil, con la mitad de las horas de contratación a las que previamente tenía, con lo cual incumplía el Convenio Fundayacucho en su cláusula octava que reza: “La MUNICIPALIDAD” y “LA SOCIEDAD” se comprometen

conjuntamente a garantizar la ubicación laboral de los becarios amparados por el presente convenio a la finalización de sus estudios” y como se afectó mi condición laboral, comencé un litigio, ante el Colegio de Médicos del Distrito Federal quienes fallaron a mi favor luego de casi tres años.

Mientras tanto trabajaba como Médico de Adolescentes Adjunto del Servicio de Ginecología Infanto Juvenil bajo la jefatura del Dr. Antonio Perera Pérez, donde tuve la gran oportunidad de participar, trabajar y especialmente aprender del Dr. Perera, gran maestro y fundador de la Ginecología Infanto Juvenil en Venezuela, quien además de enseñar la diversidad de la patología ginecológica infanto juvenil, e insistir cómo los pediatras deberíamos conocer la semiología ginecológica desde que la niña nace, promovía la medición rutinaria de la vagina o vaginometría y la medición del clítoris, en toda recién nacida. Considero que esta fue una experiencia enriquecedora de la cual siempre estaré agradecida. Una muestra de ese aprendizaje está reflejado en el capítulo intitulado “Examen ginecológico en la Adolescente” (13) en el libro “La Salud del Adolescente y el Joven en las Américas” (11).

El Dr. Perera fue un gran motivador para que el examen genital debe formar parte de las competencias del pediatra y del adolescentólogo y poder de esa manera referir oportunamente al ginecólogo al sospechar una patología genital, especialmente ante la sospecha de alguna malformación.

1.4.1 Nace la Escalera de Maduración Sexual

En el Servicio de Ginecología Infanto Juvenil, en el turno de la tarde, me desempeñé como Médico de Adolescentes, atendiendo adolescentes del género femenino y masculino y tuve la oportunidad de poner en práctica la Medicina del Adolescente. Nos cuestionábamos la atención de adolescentes varones en un servicio de ginecología especialmente por la construcción de su identidad sexual, sin embargo, se atendían. Es así que un adolescente próximo a cumplir 14 años de edad, se mostró muy preocupado por su poco desarrollo genital en comparación con sus

amigos, uno de ellos se jactaba de haberse iniciado actividad sexual, a pesar de decirle que tuviera paciencia y que él era completamente normal no lucía convencido a pesar de mis explicaciones, le dibujé una escalera de 5 peldaños con la descripción de los caracteres sexuales secundarios correspondientes a los estadios descritos por Tanner (14) y las edades mínima y máxima correspondientes al patrón de maduración sexual de los adolescentes reportadas por el Estudio Longitudinal Mixto del Área Metropolitana de Caracas (ELAMC) (15). Así nació la Escalera de Maduración Sexual, de mi autoría, una herramienta útil y práctica para valorar el desarrollo puberal (12,16)

Por mediación de la Dra. Mercedes López Contreras, destacada discípula de Tanner, solicité autorización al Profesor Tanner para utilizar los estadios de maduración sexual en el diseño de la Escalera de Maduración sexual.

II.- Consulta de Medicina del Adolescente

2.1. En el Servicio de Ginecología

La consulta de Medicina del Adolescente, que venía funcionando en la Unidad de Adolescente del Servicio de Ginecología Infanto Juvenil, se incrementó y surgió la necesidad de su independencia del Servicio de Ginecología. Por otra parte, la atención del adolescente comenzó a ser objeto de disputa por otras especialidades y a ser catalogada, en algunas oportunidades como intrusismo, reclamando su pertenencia, como la endocrinología bajo la jefatura del Dr. Santander, sin comprender que la Medicina del Adolescente es más que un sistema endocrino o genital. Ante esta situación la Comisión Técnica del Hospital me solicitó la elaboración del anteproyecto para la creación del Servicio de Medicina del Adolescente el cual fue consignado el 10 de mayo de 1985.

En ese Proyecto, se establecieron las bases para la creación y funcionamiento del Servicio de Medicina del Adolescente, se sustentó la pertinencia de la atención del adolescente por parte del pediatra y su adecuada preparación para adquirir las competencias para responder a las necesidades de ese grupo etario, definido como la “tierra de nadie”:

muy grande para el pediatra o muy pequeño para el internista. Se recurrió a los fundamentos de la atención del adolescente en el campo de la pediatría.

Desde 1938 la Academia Americana de Pediatría (AAP) definió los límites de edad para la atención pediátrica desde el nacimiento hasta los 18 años de edad (17,18). Sin embargo, en 1972 la AAP se pronunció al respecto “El campo de la pediatría incluye el crecimiento, desarrollo y salud del niño y por ello comienza en el período previo al nacimiento cuando la concepción se hace aparente. Se continúa a través de la niñez y la adolescencia, cuando en general se completan los procesos de crecimiento y desarrollo. La responsabilidad de la pediatría puede, por lo tanto comenzar en el embarazo y habitualmente terminar a los 21 años de edad” (19).

En Venezuela, el Dr. Miranda Ruíz, Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina (20) escribió en 1955 un editorial en la revista de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría “La Adolescencia, problema pediátrico”, referente a lo argumentado por la AAP (18) y exhortó a que los pediatras asumieran la atención del adolescente (21). En comunicación de fecha 11 de marzo de 1963, dirigida al Dr. Pastor Oropeza, Jefe del Servicio de Pediatría por el Dr. Manuel María Lander, Director del Hospital Universitario de Caracas, Instituto Autónomo, “autoriza poner en actividad la Consulta Externa para adolescentes, la cual funcionará los días miércoles de 9 a 10 y 30 a.m. bajo la dirección del Dr. Francisco Miranda Ruíz”. Debe destacarse la actuación de este académico, quien sin un entrenamiento formal en la especialidad, pero sustentado en la experiencia de tantos años como pediatra, desarrolló una encomiable labor en favor de la misma.

En lo que nos concierne, se justifica la atención diferenciada del adolescente, exponiéndose los siguientes aspectos para ese momento:

1. El grupo etario de acuerdo al Censo de 1981 y el Informe Social del 2do semestre de la Oficina Central de Estadística e Información (OCEI, 1981) reporta 32,45 % de población en el rango de 10 a 24 años de edad. De 10 a 14 años; 11,29 % y de 15 a 19 años de

edad 11,24 %. El 22,53 eran adolescentes, es decir 1 de cada 4 venezolanos es adolescente.

Actualmente, según los datos del Censo 2011, la población adolescente (10 a 19 años), constituye el 18,85 % de la población total que según el censo 2011 se ubicó en 28 524 411, Composición de la población menor de 20 años de edad, según el Censo 2011 (Cuadro 1).

Cuadro 1

Grupo de Edad y Sexo	2000	2005	2010
Total	24 934 145	26 444 921	28 524 411
0 - 4	2 736 288	2 774 961	2 771 760
5 a 9	2 681 889	2 717 633	2 772 931
10 a 14	2 680 609	2 669 179	2 719 477
15 - 19	2 517 631	2 655 820	2 658 342
Hombres	12 254 380	13 272 966	14 305 797
0 - 4	1 397 979	1 421 109	1 423 471
5 a 9	1 368 856	1 391 198	1 422 680
10 a 14	1 366 981	1 365 750	1 395 555
15 - 19	1 281 217	1 354 656	1 360 698
Mujeres	12 139 765	13 171 955	14 218 614
0 - 4	1 338 309	1 353 852	1 348 289
5 a 9	1 313 033	1 326 435	1 350 251
10 a 14	1 313 628	1 303 429	1 323 922
15 - 19	1 236 414	1 301 164	1 297 644

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Censo 2011.

Durante el período 2006-2009 según Anuarios de Mortalidad del Ministerio de Salud, se observa una reducción de la mortalidad en el grupo de 10 a 14 años, de 39,2 muertes por 100 000 adolescentes del grupo de edad a 35,3 debido fundamentalmente a una disminución de las enfermedades del sistema nervioso (G00-G99). Las principales causas de mortalidad están representadas por causas externas (V01-Y98), tumores (neoplasias) (C00-D48) y enfermedades del sistema nervioso (G00-G99), que acumularon el 73 % del total de la mortalidad de ese grupo de edad para el año 2009. Durante el período 2006-2009 se observó un incremento en la mortalidad del grupo de 15 a 19 años, que pasó de 146,9 a 178 muertes por 100 000 del mismo grupo de edad. Las principales causas incluyen al 87,7 % del total de defunciones de ese grupo de edad, entre las que destacan las causas externas (V01-Y98) que acumulan 80,6 % de las defunciones, y de ellas 61,5 % corresponden a hechos y muertes violentas. Los tumores (C00-D48) y las enfermedades del sistema nervioso (G00-G99) siguen en frecuencia con 4,4 % y 2,7 %, respectivamente. Al desagregar por sexo, se observa que la tasa de mortalidad en el sexo masculino del grupo de 10 a 14 años fue en 2009, 1,7 veces mayor que la del sexo femenino, y en el grupo de 15 a 19 años 5,1 a expensas de accidentes de transporte en el sexo femenino y hechos violentos en los del sexo masculino.

2. Ausencia de servicios de adolescencia adecuados para la atención ambulatoria y de hospitalización y que requieren ser acondicionados para ofrecer una atención cualificada. “Actualmente se hospitalizan adolescentes en los diversos servicios de Pediatría de nuestro Hospital de Niños y enumerar los inconvenientes que van desde la cama o cuna donde no cabe este individuo, hasta la angustia que despierta en el personal que lo atiende...”
3. Patologías propias de la adolescencia, los procesos crónicos, trastornos del crecimiento y desarrollo, obesidad, diabetes,

hipertensión arterial, embarazo precoz (hoy embarazo adolescente), enfermedades venéreas (hoy infecciones de transmisión sexual), farmacodependencia y otros. “Este repertorio clínico determina que la atención médica del adolescente, considere aspectos biopsicosociales e interdisciplinarios y que el médico pediatra con entrenamiento en Medicina del Adolescente (Hebiatra) coordine, supervise y canalice dicha atención”.

4. Importancia del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos”, como modelo para la atención del adolescente.

Con esta fundamentación se justifica la creación de un Servicio de Adolescencia que constaría, una primera fase de una consulta ambulatoria (externa) y un área de hospitalización diferenciada para adolescente. Se describe la conformación del equipo de profesionales fijos o básicos: pediatra de adolescentes, psicólogo clínico, trabajadora social, residente de pediatría en entrenamiento en adolescencia, enfermeras, secretaria y personal de limpieza, para complementar la asistencia multidisciplinaria se utilizarán los recursos humanos de otras disciplinas existentes en la institución, creando alianzas, con aquellos que se sintieran cómodos, sensibilizados y capacitados para ofrecer un trato muy profesional y digno al adolescente.

En comunicación del 28 de mayo de 1985, la Comisión Técnica del Hospital de Niños “José Manuel de los Ríos” y firmada por el Dr. Nahem Seguías Salazar, Director del Hospital y dirigida a la Dra. Enriqueta Sileo, reza así: “...una vez analizado el documento, la Comisión Técnica considera que en la actualidad no están dadas las condiciones, para la fundación de ese Servicio, pero sí creemos que es impostergable la estructuración de la Consulta Ambulatoria de Adolescentes, cuya jefatura estaría a su cargo y su dependencia administrativa de la Jefatura de Consulta Externa” y de esta forma fui designada como jefe de dicha Consulta, dependiendo del Departamento Médico, cuya jefatura ejercía el Dr. Manolo Sánchez.

2.2.-Consulta de Adolescente Independiente de Ginecología.

En consecuencia de lo ante citado, a partir del 28 de mayo de 1985, se crea la Consulta de Adolescentes, funcionando en un pequeño espacio localizado en el piso 6, adyacente al Servicio de Ginecología.

El inicio fue difícil, mención especial para el Licenciado César Landaeta H, psicólogo clínico del Servicio de Higiene Mental, mi mano derecha en los comienzos. Nos reuníamos una vez a la semana para discutir los casos referidos para atención psicológica, hicimos un dúo en el trabajo con adolescentes, aprendiendo juntos, todos los días, de lo aportado por cada “mundo” existente en todo adolescente. Comenzamos a ser conocidos y muy demandados, en consecuencia: entrevistas, dictando charlas, cursos con adolescentes, conferencias en jornadas y congresos, publicaciones. Cuando creció el posgrado, formó parte de la plantilla de profesores en el posgrado de adolescencia en el cual impartía el programa del área psicológica, además de prestar la atención y la discusión de casos de adolescentes con problemas psicológicos.

Su experiencia tratando adolescente queda reflejada no solo en la satisfacción del adolescente atendido, sino volcada en dos publicaciones sobre adolescentes: *El Adolescente de Hoy* (22) y *Esos “Monstruos” adolescentes* (23), cito el comentario del libro:

“Muchos padres palidecen cuando tienen que afrontar la adolescencia de sus hijos. La familia no llega a entender esta especie de metamorfosis chocante de sus hijos. Aquel dulce y amable niña o niño se transforma, de la noche a la mañana, es un ser desobediente y con un cuerpo grande y desproporcionado”. No hay misterio en eso, es la adolescencia que llega y los padres ahora tienen que adaptarse para afrontar la educación de sus hijos. Les cambia la apariencia, la forma de pensar, de actuar y de ver al mundo. De cómo lidiar correcta y afectuosamente con esos “monstruos”, se trata este libro.

En este libro existe una dedicatoria a los adolescentes “De nuevo: A mis dos queridos Adolescentes”.

Dedicatoria muy especial:

“A mi querida Enriqueta Sileo, amiga y médico de adolescentes, quien nunca ha dejado de aparecer en mi trabajo por haberme enseñado que en cada ser que tratamos dejamos una huella imborrable, tal como la que ella ha dejado en mi vida profesional y personal. Mi homenaje a ella” (23).

III.-Servicio de Medicina del Adolescente (piso 8)

Se desarrollan actividades siguientes:

3.1.- Asistencial.

Se atienden adolescentes entre 10 y 17 años de edad, con una evaluación integral biopsicosocial y familiar. La atención integral está centrada en el adolescente sin excluir su familiar (madre, padre). El centro de atención es el adolescente respetando su derecho a la privacidad y confidencialidad con las excepciones que esta última pudiese implicar; especialmente si amenaza su salud/vida o la de otros. Se valora el grado de madurez y la autonomía para la toma acertada de decisiones respecto a su salud.

En la atención integral diferenciada no solo se proporciona la prestación de servicios médicos, sino además de prevención, protección, promoción, difusión, educación, consejería, orientación. Es fundamental el buen trato, el respeto que dicta la ética de la relación médico paciente y finalmente asesoría tanto para los adolescentes como para sus acompañantes.

El ambiente del Servicio es acogedor, con privacidad, con material informativo a su condición de adolescente y que permita la conversación acerca del mismo.

Se utiliza como herramienta fundamental la historia clínica y al final de la evaluación debe contener la información de los diagnósticos presuntivos de:

- Pubertad con el patrón de maduración sexual y la variante del mismo: adelantado, promedio, tardío.
- Talla: normal, baja, alta y su potencial genético.
- Nutrición en déficit (desnutrición) o exceso (sobrepeso, obesidad).
- Inmunizaciones.

- Salud bucal.
- Perfil psicosocial, usando el acrónimo: HEEAADSSSP; que significa para cada letra: H: hogar, E: empleo, E: educación, A: actividades, A: alimentación orientado a la búsqueda de trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia. La D: drogas, S; sexualidad, S; con depresión y/o suicidio, S: seguridad, P: de pobreza.
- Riesgo psicosocial.
- Factores Protectores. Resiliencia.
- Otros diagnósticos: ORL, Respiratorio, infeccioso, etc.

Elaboración del plan de trabajo de acuerdo a los hallazgos, tratamientos, prevención, seguimiento y control periódico del adolescente.

Uno de los aspectos en el cual se debe hacer énfasis en la formación del médico de adolescentes es en el uso de herramientas para el diagnóstico psicosocial, para lo cual se usa el acrónimo HEAADSSSP. Todo programa debe anticiparse, entre otras cosas a la prevención de los factores de riesgo, vulnerabilidad y determinantes sociales involucrados en la salud del adolescente; un ejemplo de esto es lo referente a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, en virtud de la situación del embarazo actual en nuestro país y sus consecuencias. Todo profesional que atienda adolescente, debe estar atento a esta situación y conocer los instrumentos a su disposición (24), si bien es cierto que el embarazo en adolescentes es una situación compleja y multidimensional, no se debe desconocer el mismo.

Venezuela tiene una de las tasas de fecundidad en adolescentes más altas de la región. Venezuela: 101 versus Región: 74 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años, ocupando el primer lugar en Suramérica y el tercero en Latino América y El Caribe (LAC). 23 % de los nacimientos son de madres adolescentes, con mayor incidencia entre quienes viven en pobreza extrema (el doble que las no pobres); en zonas rurales (50 % más que las urbanas) y las afrodescendientes e indígenas con valores 34 % más altos que las de otros grupos étnicos. Según el

Censo 2011, 72 % de las madres adolescentes se encuentran fuera del sistema educativo (25).

La Red por los Derechos Humanos de los Niños, Niñas y Adolescentes (REDHNNA), 2013 señala:

“Según fuentes oficiales de 591 303 nacimientos registrados en el año 2010 más de 130 000 fueron de madres con edades entre 15 y 19 años, y cerca de 8 000 eran menores de 15 años. Por su parte, el Director del Programa de Atención a Madres, Niños, Niñas y Adolescentes del Ministerio del Poder Popular para la Salud indica que 23 % de las 850 000 embarazadas que se realizan en el año el control prenatal en instituciones públicas son adolescentes y la misma fuente reporta que uno de los factores que ha influido en el aumento de las cifras, es la disminución de los centros de atención con servicios de salud sexual y reproductiva especializados para adolescentes. En este sentido, para el año 2005 funcionaban aproximadamente 70 de esos centros, mientras que para julio de 2013 solo hay 23, lo que significa que se han cerrado un total de 47 centros de salud con estas características el Estado venezolano, en atención a esa situación implementó la Misión “Hijos de Venezuela” donde las madres adolescentes reciben un subsidio pero preocupa que este aporte meramente económico no se ha complementado con estrategias de apoyo y acompañamiento (control de salud, control de niño sano, escolaridad, etc.) y además no se ha implementado un programa de prevención de embarazos adolescentes con alcance nacional” (26).

Por información de las doctoras Lina Moreno, Saturnina Clemente (Jefe y adjunta del Servicio): “en la actualidad el servicio cuenta con tres especialistas: dos en el turno de la mañana y uno en el turno de la tarde, una trabajadora social, cinco pasantes del posgrado de psicología infanto-juvenil de las Universidades Central y Católica Andrés Bello, dos enfermeras una para cada turno, una secretaria de tiempo completo y entre dos a tres residentes del posgrado de pediatría y puericultura del propio hospital y desde el 01 de junio de 2015 del Hospital “Dr.

Elías Toro” que rotan mensualmente por el servicio. Los adjuntos del servicio cumplen funciones de atención, docencia e investigación. Una cuarta especialista, la Dra. Lina Verónica Méndez, se encuentra físicamente en uno de los servicios de hospitalización y que cumple la función de coordinadora docente del módulo de adolescencia para los residentes de pediatría y puericultura”.

3.2.-Docencia

3.2.1. Posgrado de Medicina del Adolescente

Se solicitó su creación en 1985 ante la Comisión Docente del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos”, presidida por el Dr. Francisco Castellanos, Jefe de la Cátedra de Pediatría, y el 16 de octubre de 1986 se aprueba el Curso de Adiestramiento en Medicina del Adolescente el cual a partir de enero de 1989, pasa a ser considerada una Residencia Programada.

“Se denomina residencia Programada de Posgrado, a los cursos de posgrado no reconocidos por la Universidad, organizados por los Servicios respectivos, que tenga la aprobación de la Comisión Docente, la Dirección y la Comisión Técnica del Hospital, la Dirección General de Salud de la Gobernación del Distrito Federal y por el Colegio de Médicos del Distrito Federal”.

Iniciaron su capacitación las doctoras María Esperanza Fuenmayor y Beatriz Gil de Obadía, y fueron las primeras egresadas, el 11 de diciembre de 1987. Funcionábamos en un espacio muy reducido en el piso 6.

Contábamos con el apoyo docente y asistencial de muchos especialistas del Hospital para complementar el diagnóstico y tratamiento de los adolescentes que acudían a la consulta de adolescentes.

Las enfermeras que eran quienes daban las citas en los diferentes servicios ya no rechazaban a los adolescentes por ser mayores de 12 años de edad, a pesar de que los Jefes de sus respectivos Servicios habían autorizado su atención. El personal cambió positivamente su actitud ante la presencia de los adolescentes, sin embargo, se comenzó a

atender hijos del personal de enfermería, estas revisaban la información contenida en la historia clínica del adolescente colocando en riesgo la privacidad y confidencialidad de la información plasmada en la historia clínica, por lo cual se tuvo que desarrollar un sistema de claves que solo el médico podía interpretar, en consecuencia se decidió que la historia clínica permaneciese archivada en el Servicio de Medicina del Adolescente y no en el Archivo General de Historias Clínicas del Hospital.

Posteriormente el posgrado pasó a ser una “Residencia Programada en Medicina del Adolescente”, con sede en el Servicio de Medicina del Adolescente del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos” de Caracas, con una duración de dos años y conducido por Enriqueta Sileo (Directora), María Cristina Espinasa (Coordinadora) y el Licenciado César Landaeta, psicólogo clínico, del Servicio de Higiene Mental; adscrito al Servicio de Adolescencia que se encargaba de la docencia en el área de psicología, además prestaba atención a los adolescentes que le eran referidos para su tratamiento.

El programa docente constaba de:

Área Psicológica. Impartido por el Lic. César Landaeta, con 8 unidades: aspectos psicológicos en el adolescente, abordaje del adolescente, sexualidad del adolescente, depresión y suicidio, problemas de rendimiento académico, trastornos psicosomáticos, desajuste situacional, uso y abuso de drogas.

Área con aspectos generales y patologías: 24 unidades: funcionamiento del servicio, metodología de la investigación, adolescencia, pubertad, auxología en el adolescente, valoración del estado nutricional, nutrición en el adolescente alteraciones del crecimiento y del desarrollo puberal, ginecología, afecciones: mamaria, genital masculina, dermatológica, respiratoria, cardiovascular, ortopédica, digestiva, urinaria, neurológica, hematológica, endocrinológica, colagenopatía, infecciones de transmisión sexual, enfermedades crónicas, adolescente discapacitado, acciones comunitarias, adolescente de alto riesgo, inmunizaciones.

Actualmente este programa se ha ampliado con otros componentes relacionado con los problemas emergentes con la adolescencia.

Este posgrado se ofertaba a pediatras en la formación de recursos humanos con competencias para la atención integral del adolescente, egresando como Especialista en Medicina del Adolescente.

Hasta el año 2000, se habían formado los siguientes médicos:

María Esperanza Fuenmayor, Beatriz Gil de Obadía, Daisy Olivera, Irene Sáez, Manuel Fernández, Jorge Rísquez, Gustavo Soriano, Mariana Gerendas, Ricardo Montiel, María Cristina Millán de Espinasa, Janeth Urdaneta, Xiomara Gonzalo, Luis Molina, Marileidy Rojas, María Angélica Sánchez, Thais Cabrera Apitz, Helena Bravo, Elizabeth Rodríguez, Amanda Dwin, Estilita Gutiérrez, Darda Ramírez.

Posteriormente a partir de agosto del año 2000 con la dirección de las doctoras María Esperanza Fuenmayor y Beatriz Gil de Obadía, el número total de graduandos llegó a 43. Lamentablemente, en el año 2008 se graduó la última promoción, a pesar de existir becas para la especialidad no hay demanda de estas, al igual a lo que sucede con otras especialidades.

3.2.2 Enseñanza a los cursantes del Posgrado de Pediatría del HNJMDR

Esta capacitación consta de un programa orientado al reconocimiento de las características del adolescente desde el punto de vista biológico y psicosocial, y sus patologías más frecuentes. Además, realizan una pasantía por el Servicio de Adolescencia con una duración de un mes. Es de hacer notar que es el único Hospital del país donde se cumple esta rotación para los pediatras del hospital, otras veces asisten de posgrado de otros centros hospitalarios.

La Dra. Lina Verónica Méndez, egresada del posgrado de Medicina del Adolescente, trabaja en la Cátedra de Pediatría y en un Servicio de hospitalización del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos”, es la Coordinadora del Módulo de Adolescencia que se imparte a los residentes del 2^{do} año que se realiza en el posgrado de Pediatría y se complementa con la rotación de un mes por el Servicio de Medicina

de Adolescencia. También asisten residentes de otros posgrados de Pediatría (Hospital Vargas de Caracas, Hospital Elías Toro).

**PROGRAMA RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO DE
PUERICULTURA Y PEDIATRÍA.
MÓDULO DE ADOLESCENCIA. PERÍODO ENERO-
ABRIL DE 2016.**

Fecha	Tema / Evaluación	Dictado por
13/01/2016 7 a.m.	Bioética y Relación Médico-Adolescente: Entrevista con el adolescente	Dra. Enriqueta Sileo
20/01/2016 7am	Determinantes sociales de la salud del Adolescente: Vulnerabilidad, Factores Protectores, Resiliencia (Quiz)	Dra. Saturnina Clemente
27/01/2016 7 a.m.	Historia Clínica del Adolescente. Estrategia IMAN. HEAADSSSP. Adolescencia: Desarrollo	Dra. Enriqueta Sileo
03/02/2016 7 a.m.	Psicosocial del Adolescente. (Quiz)	Dra. Nery Ugueto
10/02/2016 7 a.m.	No habrá clase de Adolescente (organización en los Servicios pos-carnaval)	----- -----
17/02/2016 7 a.m.	Legislación y Adolescencia: LOPNNA, Consejo Nacional de Derechos del Niño y del Adolescente. (Quiz)	Dra. Lina Rosa Moreno

Continúa en pág, 64...

...continuación del Programa Residentes segundo año de Puericultura y Pediatría

Fecha	Tema / Evaluación	Dictado por
24/02/2016 7 a.m.	Pubertad: Mecanismos, Estadíos de Maduración Sexual, Variantes Normales y Patológicas (Quiz)	Dra. Lina Verónica Méndez
02/03/2016 7 a.m.	Nutrición en Adolescentes Sanos según Estadíos de Maduración Sexual y en Situaciones Especiales. (Quiz)	Dra. Lina Verónica Méndez
09/03/2016 7 a.m.	Evaluación Ortopédica en la Adolescencia (Quiz)	Dra. Lina Verónica Méndez
16/03/2016 7 a.m.	Tecnologías de Información y Comunicación y su influencia en Niños/Niñas y Adolescentes (Quiz)	Dra. Saturnina Clemente
23/03/2016	No habrá clase de Adolescente (organización en los Servicios pre-Semana Santa)	
30/03/2016 7a.m.	Sexualidad y Riesgo. Anticoncepción de Emergencia (Quiz)	Dra. María Esperanza Fuenmayor
06/04/2016 7 a.m.	Adolescentes viviendo con VIH/ Sida (Quiz)	Trab. Soc. Analizabeth Fermín
06/04/2016 1 a 4 pm	Cine Foro (Evaluado)	Coordinación: Dra. Méndez/Dra. Clemente/ Trasb.Soc.. Analizabeth Fermín

Continúa en pág, 65...

...continuación del Programa Residentes segundo año de Puericultura y Pediatría

Fecha	Tema / Evaluación	Dictado por
13/04/2016 7 am	Embarazo en adolescentes/ Maternidad y Paternidad en la adolescencia (Quiz)	Dra. Saturnina Clemente G
13/04/2016 1 p.m. a 4 p.m.	Enfoque Diagnóstico de Patologías Frecuentes en la Adolescencia (Parte I). Discusión de Casos Clínicos (Prueba corta por cada Caso Clínico)	Dra. Lina Verónica Méndez Dra. Saturnina Clemente
20/04/2016 7 am.	Abordaje del Adolescente en el Área de Hospitalización y con Patología Crónica	Psicoanalista Sandra Bear (Invitada Especial UCAB)
20/04/2016 1 a 4 pm	Enfoque Diagnóstico de Patologías Frecuentes en la Adolescencia (Parte II). Discusión de Casos Clínicos (Prueba corta por cada Caso Clínico)	Dra. Nery Ugueto Dra. Saturnina Clemente
27/04/16 12 p.m.	Examen final de Medicina del Adolescente	Dra. Lina Verónica Méndez

Muchos de los especialistas en Medicina del Adolescente provenían del posgrado de pediatría del hospital y realizaron la pasantía por Medicina del Adolescente como: Manuel Fernández, Jorge Rísquez, Gustavo Soriano, Ricardo Montiel, María Cristina Millán, María Angélica Sánchez, María Alejandra Corao.

3.2.3. Pasantes de Psicología

En un principio hacían la rotación los residentes del posgrado de Psiquiatría, dejaron de hacerlo, luego comenzaron los psicólogos del posgrado de Psicología de la Universidad Central de Venezuela y del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Niños "José Manuel de Los Ríos", actualmente existen pasantes de la Universidad Católica Andrés Bello.

4. Investigación/ Publicaciones

Se señalan algunas:

Sileo E, Landaeta César. Evaluación de un Método para facilitar la Comunicación en la consulta de Adolescente, trabajo presentado en las XXII Jornadas de Pediatría Dr. Enrique Pérez Guanipa. Septiembre 1983.

Diagnóstico integral de los adolescentes de la calle. Arch Venez Pue Ped. 1997;60:S65-66.

Deseos en adolescentes de la calle. Arch Venez Pue Ped. 1997;60:S66.

Perfil de la madre adolescente y su pareja. Arch Venez Pue Ped. 1997;60:S115.

La sociedad y la medicina del adolescente. 50 aniversario de la Sociedad Venezolana de Pediatría y Puericultura 20-1-1939 - 20-1-1989. Caracas 1989:82-85.

Menarquia Relación con el Período Vacacional. An Venez Nut. 1989; 2: 51 - 55.

Aplicación Clínica de la Escalera de Maduración Sexual. Compendio de Puericultura y Pediatría. Tomo II. Ediciones de la Biblioteca. Colección Ciencias Médicas.

SIDA: Conocimiento. Creencias y Actitudes del Adolescente. Boletín Hospital de Niños "J. M. de Los Ríos" 1990;26(1-2):51-54.

Sileo E. Relationship between sexual maturity ratings to hemoglobin and hematocrit in adolescents. Acta Médica Auxológica. 2000;32(1):18.

Aproximación al adolescente sano. Publicación Programa Proama. SAS/UNICEF/OPS/OMS/ Caracas, julio 1992.

Aproximación al adolescente enfermo. Saéz I, Sileo E. Proama. SAS/UNICEF/OPS/OMS/ Caracas, octubre 1992.

Sileo E, Cabrera T, Millán M, Gonzalo X. Editores. Orientación diagnóstica en medicina del adolescente. Caracas: Editorial Ateproca; 1998. (Premio al texto Universitario).

Capítulo en el libro Nutrición Pediátrica, capítulo Nutrición y Adolescencia. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Caracas: Editorial Médica Panamericana; 2009.p.161-188.

Capítulos: 1) La Pubertad y 2) La Adolescencia. En: Velásquez J, Castro M, editores. Semiología Pediátrica. Caracas: Editorial Italgráfica; 2011.

De este listado vale ser destacado, el libro “**Orientación Diagnóstica en Medicina del Adolescente**”, publicado por la Editorial Ateproca, que recibió el Premio al Texto Universitario 1998 de la UCV. El mismo constituye el producto de los Seminarios que se impartían como parte de la actividad docente, en una sinopsis expresada en conceptos y flujograma (27) y que sirvió de base para elaborar el modelo de Integración del Manejo del Adolescente y sus Necesidades (IMAN) por sus siglas en inglés, incluye “directrices para el tratamiento de enfermedades en adolescentes y jóvenes centrándose en la prevención y promoción de la salud” (28).

5.-Funciones extramuros

Charlas educativas, especialmente a centros educativos, vale la pena mencionar, la formación de líderes juveniles en materia de prevención en salud sexual y reproductiva, paternidad responsable, adicciones, otros con estudiantes del Liceo “Carlos Soublette” de San Bernardino.

Conferencias en Congresos Internacionales y Nacionales: Pediatría, Medicina Interna, Medicina Familiar, Psiquiatría, Obstetricia, Odontología.

Difusión en los medios de comunicación impresos y radioeléctricos (Buenos días Venezuela, A Puerta Cerrada, otros).

Asesora Ad Honorem, mayo 1990-1995 de la Dirección Materno Infantil cuyo Director Dr. Luis Alfonzo Morett (1991), posteriormente por el Director Materno Infantil Dr. Eugenio Brito y la dirección de la Dra. Irene Sáez, en el Programa Salud del Adolescente.

Elaboración del material de apoyo publicación intitulada *¿Qué Preguntan los Adolescentes?* destinado al Proyecto de Capacitación en Educación Familiar y Sexual para la Atención del Adolescente de la Fundación Aledo (Zoraida Febres de Irazábal/ Eduardo Oropeza) y el FNUAP (1995).

Participación como miembro Asesor de la Comisión para la Prevención del Embarazo Precoz; en la puesta en marcha del Plan Nacional del Ministerio de la Juventud siendo para ese entonces ministra la Dra. Teresa Albanez Barnola (junio 1993) y otros.

IV.-Medicina del Adolescente como Especialidad

En junio de 1997, se solicita ante el Comité Ejecutivo de la Federación Médica Venezolana (FMV) el Reconocimiento de la Medicina del Adolescente como Especialidad, al cumplir los requisitos exigidos por la FMV (literatura mundial, programa de formación, literatura nacional, índice de morbilidad/mortalidad y otros). Uno de los requisitos era que existieran 20 especialistas, éramos 18 especialistas para ese momento: Gabriel Barrera Moncada, Enriqueta Sileo, María Eugenia Mondolfi, Beatriz Gil de Obadía, María Esperanza Fuenmayor, Daisy Olivera, Irene Sáez, Manuel Fernández, Jorge Rísquez, Gustavo Soriano, Mariana Gerendas, Ricardo Montiel, María Cristina Espinasa, Janeth Urdaneta, Xiomara Gonzalo, Thais Cabrera Apitz, Helena Bravo, Elizabeth Rodríguez y cursantes para el lapso enero 1996 a diciembre 1997: Zelinda Mariño, Amanda Dwin y se completarían los 20 especialistas requeridos.

El 11 de febrero de 1998, se efectuó la reunión con los miembros de la Subcomisión de Prelaciones de la FMV, se concluyó que las prelaciones para optar a la Especialidad en Medicina del Adolescente

son los especialistas en: Pediatría, Medicina Interna y Medicina Familiar. Asistieron a dicha reunión las doctoras: Sileo, Mondolfi, Espinasa, Obadía.

En comunicación de fecha 03 de marzo de 1998, N° 1281, se informa que en la “LII Reunión Ordinaria de la Asamblea” celebrada en la ciudad de Mérida en octubre de 1997, se aprobó dicha Especialidad de acuerdo con la siguiente proposición:

“Que la Asamblea apruebe la nueva especialidad Medicina del Adolescente con base en que cumple con los requisitos exigidos por la Federación Médica Venezolana, para el reconocimiento de la nueva especialidad. Las Prelaciones las acordará el cuerpo colegiado que se acordó nombrar acerca de esta materia en el Consejo Nacional de Punto Fijo celebrado los días 26 y 27 de Septiembre de 1997”, suscrita por los doctores Jesús Méndez Quijada (Presidente), Douglas León Natera (Secretario General).

En comunicación N° 3125, con fecha 18 de agosto de 1998, se notificó que el reconocimiento de la Especialidad de Medicina del Adolescente fue acogida favorablemente en la “LII Reunión Ordinaria de la Asamblea” celebrada en la ciudad de Mérida del 20 al 24 de octubre de 1997 cuya información sea notificada al resto de los médicos solicitantes.

Nace así la especialidad del Adolescente, en los centros de atención ya nos reconocen como tales y saben que tratamos diferente a los adolescentes, sin embargo falta mucho por hacer en cuanto a la difusión de la Especialidad y su alcance tanto en el ámbito familiar como por colegas de otras especialidades. Se sigue “fragmentando” la atención del adolescente: al endocrinólogo si no crece o si ya tiene senos y apenas tiene 10 años de edad, flujo; al ginecólogo de la mamá sin entrenamiento en ginecología infantil, gastando tiempo y mucho dinero y crear incertidumbre en la adolescente, perdiéndose el chance de aprovechar la oportunidad por ejemplo, para completar el esquema de inmunizaciones, intervenir en estilos de vida saludable del adolescente, aspectos que forman parte de

las competencias del médico para proporcionar al adolescente una atención integral además de respetar sus derechos: derecho al buen trato (Lopnna art 32-A) información en materia de salud veraz y oportuna (Lopnna art. 43) a ser vacunados (Lopnna art. 47), atención de emergencia (Lopnna art. 48), salud sexual y reproductiva (Lopnna art.50) a opinar y a ser oídos (Lopnna art. 80), información (Lopna art. 68); y otros derechos contenidos en la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) (29).

V.-Sociedad de Medicina de la Adolescencia

La Sociedad Venezolana de Medicina de la Adolescencia (SVMA) fue registrada en la Oficina Inmobiliaria del Quinto Circuito de Registro Público del Municipio Libertador del Distrito Capital. Documento Registrado. N° 02. Protocolo: Primero. Tomo: 04. Diez de Mayo de 2004. Dra. Raquel Pereira de Linares. Registrador Inmobiliario. En el Acta Constitutiva, figuran los siguientes doctores como miembros fundadores: Sileo Enriqueta, María Cristina Millán de Espinasa, Thais Cabrera, Manuel Fernández, Zelinda Mariño, Beatriz Gil de Obadía, Jorge Rísquez, Gustavo Soriano, Marileidy Rojas, María Esperanza Fuenmayor, Ricardo Montiel, María Eugenia Mondolfi, Irene Sáez y Mariana Gerendas quienes firman y se designa la Junta Directiva:

Presidente: Enriqueta Sileo

Vice- Presidente: Manuel Lorenzo Fernández

Tesorero: Thais Cabrera

Secretario: Jorge Rísquez

Vocal: Zelinda Mariño.

La SVMA, está afiliada a la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y del Caribe (CODAJI), que agrupa a instituciones, sociedades científicas representativas de sus respectivos países, que tengan como objetivo de su constitución trabajar en pro del desarrollo de los adolescentes y jóvenes del país, lo cual nos permite estar relacionados con otras sociedades científicas.

Lamentablemente la SVMA, nació pero no se ha desarrollado por múltiples factores. Entre las tareas pendientes está su afiliación a la Red de Sociedades Científicas.

VI.- Proyección del Servicio de la Medicina del Adolescente

6.1. El Semillero de Medicina del Adolescente

El “Semillero de Adolescencia”, conformado por los 43 egresados del posgrado de Medicina del Adolescente del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos” generó sus frutos en la atención integral del adolescente y participando activamente en actividades de difusión, docente, organismos internacionales y nacionales lo cual se puede ver reflejado en las 82 reuniones asentadas en el Libro de Actas del Capítulo de Adolescencia de la SVPP.

Algunos de sus integrantes han participado activamente en la elaboración de programas de capacitación, como facilitadores nacionales en los procesos de fortalecimiento de personal de salud multidisciplinario, impulsado por el MPPS, dando cumplimiento a la Norma Oficial de Atención Integral a Adolescentes, según Decreto Ministerial 363 en G.O. N° 37.705 del 05 de junio de 2003 y en la construcción de protocolos de atención integral para personal de los primeros niveles de complejidad.

Al reseñar algunas participaciones de ese semillero tan fructífero corro el riesgo de no mencionarlos a todos, ofrezco disculpas, pero estoy segura de que donde estén se percibirá su labor y la huella dejada en cada adolescente atendido en su cotidianidad. No sigo un orden cronológico específico de las personas que menciono, pero debo comenzar con las doctoras María Esperanza Fuenmayor y Beatriz Gil, egresadas de la primera promoción de posgrado de la Medicina del Adolescente (1987), quienes asumieron el Servicio de Medicina de Adolescente y destacaron su compromiso, responsabilidad, dedicación y esfuerzo. Sin ellas, el niño que nació, el Servicio de Medicina del Adolescente, había llegado a la adolescencia (15 años), pudo continuar creciendo y ser lo que es, cuando tuvimos que dejarlo la Dra. María Cristina Millán y mi persona por jubilación en el año 2000.

La Dra. María Esperanza Fuenmayor como Jefa del Servicio de Medicina del Adolescente y la Dra. Fanny Carrero, jefa del Servicio de Ginecología Infanto Juvenil en el Hospital de Niños “José Manuel de los Ríos”, ambas relatan la experiencia de la atención del adolescente en dicho hospital, en la publicación “Sistematización de una buena práctica”, del MPPS, del Gobierno Bolivariano de Venezuela.

Por otra parte la Dra. Beatriz Gil de Obadía, realizó su trabajo especial de grado sobre la “Gestión del proceso de consulta externa del Servicio de Medicina del Adolescente del Hospital de Niños “José Manuel de los Ríos” año 2007” (Especialización en Gerencia de Servicios de Salud. Universidad Católica Andrés Bello).

Actualmente, tanto la Dra. Fuenmayor como la Dra. Obadía, están jubiladas, formaron una generación de relevo, comprometida con el legado como lo hacen las doctoras Lina Moreno, Saturnina Clemente y Nery Ugueto quienes actualmente dirigen las riendas del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos” y la Dra. Lina Verónica Méndez con la coordinación del ciclo de Medicina del Adolescente para los residentes de posgrado de pediatría.

El Dr. Manuel Fernández fue adjunto del Servicio de Adolescente del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos”, muy activo en cuanto a la conformación del Servicio de Medicina del Adolescente en su sede del piso 8, interviniendo efectivamente en todas las actividades del servicio. Actualmente vive en Madrid España y autor de *¿Cómo controlar el déficit de atención de mi hijo?* (Manuel Fernández. Editorial Saludable. Madrid 2016).

La Dra. María Cristina Millán de Espinasa, se desempeñó como adjunto al Servicio de Medicina del Adolescente y Coordinadora Docente del posgrado de Medicina del Adolescente, además de desempeñar un cargo en la dirección del hospital, profesora de la Cátedra de Pediatría. Actualmente, forma parte de la Junta Directiva Central SVPP, cuyo Presidente es el Dr. Huniades Urbina, Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina, Sillón XXII.

La Dra. Irene Sáez, se desempeñó exitosamente, en la década de los 90, como jefe de la División de Salud del Niño y Adolescente, en

la cual desarrolló y puso en marcha en Programa Nacional de Atención Integral del Adolescente, con un componente educativo importante: El Programa Protección a la Madre Adolescente (PROAMA), con apoyo del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): contó con una serie de publicaciones: Sexualidad de la Adolescencia, Los Adolescente actuando por su Salud, en autoestima, comunicación, asertividad, resistencia a la presión grupal y toma de decisiones.

Dirigió dos publicaciones: Medicina del Adolescente: aproximación al adolescente sano y Medicina del Adolescente: aproximación al adolescente enfermo, contó con la colaboración de integrantes del Capítulo de Adolescencia, entre ellos el Dr. Gabriel Barrera Moncada (30-31).

Igualmente se comenzó un programa de capacitación del equipo de salud en atención primaria, en muchos sitios del país, especialmente en el Estado Lara donde surgió “un semillero” muy productivo en atención integral del adolescente y extensión a la comunidad. Al salir del programa, la Dra. Sáez, trabajó como jefe de la Unidad de Adolescente del Hospital Periférico de Emergencia “Dr. Leopoldo Manrique Terrero”, en caracas (2000-2005). Desempeño trabajo docente- asistencial – administrativo, servicio de atención integral con 12 camas de hospitalización, 25 % con problemas toxicológicos e intentos de suicidios.

La Dra. Deisy Olivera: inauguración de la consulta del adolescente en el Instituto Pastor Oropeza, el 28 de enero de 1994. Dirigida por la Dra. Deisy Olivera y el Dr. Rafael Álvarez Gómez (Gineco obstetra).

La Dra. Mariana Gerendas: Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, el 01 de julio de 1985 se inauguró la “Unidad de Atención Hospitalaria para Adolescentes”, entre 10-14 años de edad; dispone de 2 cuartos con 2 camas cada uno.

La Dra. Thais Cabrera Apitz. Se desempeñó como jefe de Servicio de Pediatría y Unidad de Medicina del Adolescente Departamento Pediátrico “Luisa Cáceres de Arismendi”, en el Hospital “José Ignacio Baldó” (1995-2006) Antímano. Caracas. Además de coordinar la

consulta externa de factores de riesgo biopsicosocial, con énfasis en riesgo cardiovascular. Incorpora el componente adolescencia al currículo del posgrado de Pediatría. Desde septiembre 2015, participa como especialista en Medicina del Adolescente, en el Programa “Tú decides” Servicio Amigable de Salud para Adolescentes, en el Centro de Salud Santa Inés de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB).

El Dr. Jorge Rísquez con consulta de Adolescente en el Centro Docente la Trinidad, junto con el Dr. Ricardo Montiel. Muy diligentes en la prevención y actividades con adolescente, dictando y organizando cursos, talleres. El Dr. Montiel con programas en radio y televisión relacionados con temas de la adolescencia.

La Dra. Zelinda Mariño tiene una consulta de Adolescente y es sub director médico docente en el Hospital Pediátrico “Elías Toro” del 23 de enero.

Las Dras. Marileidy Rojas y Elena Bravo en el Hospital Militar “Carlos Arvelo”

La Dra. Darda Ramírez con desempeño en defensa de los niños, niñas y adolescentes.

La Dra. Elizabeth Rodríguez Adjunto del Departamento de Pediatría del Hospital Central de Maracay, Estado Aragua. Consulta de Adolescente. Profesora del Postgrado de Puericultura y Pediatría de la Universidad de Carabobo. Núcleo Aragua. Sede HCM, realizó un estudio de la paternidad en el adolescente (32).

El Dr. Luis Molina, Presidente de la filial Mérida de la SVPP profesor invitado de la Universidad de Los Andes, en el pregrado de Medicina y en el Postgrado de Pediatría. Realizó su tesis para optar al título Académico de Especialista en Puericultura y Pediatría, intitulado “Conocimiento sobre adolescencia y atención del adolescente en profesionales de la Medicina en el Estado Mérida”, en el cual destaca que sólo el 15, 7 % refirió entrenamiento práctico para la atención de adolescentes (33).

La Dra. Xiomara Gonzalo en Mérida, funda el Centro de Atención Integral al Adolescente (CAINA) con énfasis en la prevención del embarazo adolescente.

La Dra. Janet Urdaneta profesora Titular ascendiendo con el trabajo intitulado “Patología ginecológica en niñas y Adolescentes” (34) con doctorado en la Universidad del Zulia. En Maracaibo se desempeña como médico de adolescentes y en ginecología.

Dra. Saturnina Clemente Dirigió el Programa Nacional de Salud de Niños, Niñas y Adolescentes, sub programa Adolescentes del Ministerio de Salud de la República Bolivariana de Venezuela, impartiendo el diseño instruccional para la formación de recursos humanos para la atención en salud de adolescentes en el interior del país, especialmente en el Estado Lara y otras regiones del país. Participa como Adolescentólogo, en Programa “Tú decides” Servicio Amigable de Salud para Adolescentes, en el Centro de Salud Santa Inés de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Actualmente Presidenta del Capítulo de Adolescencia de la SVPP.

La Dra. Lina Verónica se desempeña como profesora de la Cátedra de Puericultura y Pediatría y es la coordinadora del Ciclo de Medicina del Adolescente que se imparte a los residentes del 2do año del posgrado de pediatría y residentes de otros hospitales. Adaptó el Manejo Integral de las Necesidades del Adolescente (IMAN, por sus siglas en inglés) los protocolos clínicos de atención integral a las y los adolescentes para los servicios del primer y segundo nivel de atención del MPPS.

La Dra. Alejandra Corao, hizo una maestría en salud sexual y reproductiva y durante varios años se desempeñó como coordinadora del Sub Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), y fue designada como Oficial de País del Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH Sida (ONUSIDA).

Los doctores Estilita Gutiérrez, Eloy Manrique, María Fernanda Godoy, Belkis Delgado, María Alejandra Osio, Mariela Contreras, Eli Rodríguez, trabajan con ahínco con y por los adolescentes.

No puedo dejar de mencionar dos personajes que nos acompañaron, que si bien no son producto de ese semillero derivado del Servicio de Medicina del Adolescente del Hospital de Niños “José Manuel de Los

Ríos”, estuvieron como pilares de todas sus actividades lo cual se ve reflejado en el Capítulo de Adolescencia de la SVPP.

Me refiero a mi amiga, compañera de estudios de Medicina en la Escuela Vargas (UCV), la Dra. María Eugenia Mondolfi, pediatra egresada del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos” y especialista en Medicina del Adolescente egresada del *Miami Children’s Hospital*, EE.UU. Siempre estuvo y está en las actividades que impulsaron la Medicina del Adolescente (conferencias, talleres, coordinaciones, representación internacional, etc), presidenta, secretaria del Capítulo de Adolescencia, activa ante la FMV para la solicitud de Medicina del Adolescente como Especialidad. Actualmente en la Vicepresidencia de la SVPP y representante de esta en la Academia Nacional de Medicina.

La del Dr. Barrera Moncada, pionero de la Adolescencia en el país y que compartió con todos en el Capítulo de Adolescencia.

6.2 Aporte Internacional

Participación en congresos, talleres, reuniones de expertos. Elaboración de propuesta curricular para la enseñanza de la adolescencia.

Quiero destacar la labor del Manejo Integral de las Necesidades del Adolescente (IMAN). La OPS/OMS, a través de la Dra. Matilde Maddaleno, directora Regional para adolescencia, quien me solicitó elaborar una propuesta en servicios del primer nivel de atención que sigue el modelo de Atención Integrada de la Infancia (AIEPE) (35).

La integración del IMAN fue desarrollada en 2004, con dos secciones

Sección I: Adolescencia normal.

Sección II: Enfermedades prevalentes.

Parte I: Salud sexual y reproductiva.

Parte II: Otras enfermedades prevalentes.

El IMAN constituye una herramienta ampliamente difundidas en CD ROM e Internet desde el 2007 en las normas de atención clínica, en el cual trabajamos con las doctoras Lina Méndez, Saturnina Clemente y la odontóloga Daniela Valenti y revisado en el 2010, para ser utilizado

por países de la Región, adaptándolo a su realidad al considerar que los adolescentes tienen características que les son propias según el entorno donde se desenvuelvan: costumbres, hábitos de vida, tradiciones, cultura, entre otros y la forma de abordar a este grupo debe ajustarse a las mismas. Es importante por tanto, conocer las características demográficas y epidemiológicas en la que se encuentra los adolescentes, si bien es cierto muchas de estas son comunes, otras cambian de un país a otro e incluso entre regiones dentro de un mismo país, por lo tanto es necesario realizar un análisis situacional, identificando las particularidades propias de este grupo poblacional en un determinado lugar.

El propósito del IMAN es orientar a los integrantes de los equipos de salud en el abordaje de los adolescentes para detectar precozmente las situaciones que representen riesgos biopsicosociales, prevenir daños y reducir la morbilidad y mortalidad por causas injustas y evitables durante la adolescencia y responder a sus principales necesidades de una forma integral e integrada, esto indudablemente favorecerá el bienestar individual/social y reducirá en las etapas posteriores del curso de vida las principales causas de morbilidad y mortalidad cuyos objetivos son: .

- a. Proponer al profesional y/o equipo interdisciplinario de salud del primer nivel de atención, una guía de práctica para adecuar el servicio a la prevención y atención integral de los adolescentes, reconociendo los aspectos normales en los adolescentes y las enfermedades prevalentes en ellos haciendo énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género.
- b. Procurar que los y las adolescentes satisfagan, con criterio de calidad, sus necesidades de cuidado, autocuidado/cuidado mutuo de salud, en los servicios del primer nivel de atención.
- c. Promover que los adolescentes reciban intervenciones preventivas y atención clínica que promuevan su desarrollo integral, mediante la articulación de una red de servicios de salud y en una red intersectorial de la comunidad.

La estrategia IMAN describe cómo atender los adolescentes que asisten a un consultorio en demanda de atención, bien sea por la

necesidad de conocer cómo se encuentra su desarrollo, presentar alguna alteración de su salud, orientación en su proyecto de vida, trabajos escolares (tesis), orientación sexual o seguimiento para evaluar su desarrollo o tratamientos indicados.

Esta estrategia puede ser utilizada por todos los integrantes del equipo de salud que atienden adolescentes desde los 10 a 19 años de edad o niñas que a los 8 años (conocidas como maduradoras tempranas o pubertad adelantada) ya muestren signos de la pubertad. Se trata de un proceso de manejo de casos el cual puede ser utilizado en un establecimiento de primer nivel como sería un consultorio, un centro de salud o un departamento ambulatorio de un hospital.

El IMAN, ha sido adaptado y se usa en varios países entre otros, Bolivia, Honduras, Nicaragua, Ecuador y próximamente en Brasil en cuya adaptación trabajó la Dra. María Helena Ruzany.

En Panamá, fue adoptada como la Guía de Atención de los adolescentes en el marco de la Integración del Manejo Adolescente y sus Necesidades (IMAN) en el nivel primario de atención, junto con la Escalera de Maduración Sexual (E. Sileo), con apoyo de la OPS, C.S.S Panamá, Ministerio de Salud, Gobierno Nacional República de Panamá, Real Embajada de Noruega.

En Venezuela fue adaptado y validado por la Dra. Lina Méndez a solicitud del MPPS como “Protocolos clínicos de Atención Integral a las y los Adolescentes”.

En octubre de 2012, Saturnina Clemente forma parte del equipo coordinador, como funcionaria de OPS, en la reunión para la presentación, por parte de la Dra. Lina Verónica Méndez, encargada de la validación de la presentación de los protocolos de la aplicación del IMAN que tuvo lugar en Caracas, en la sede de OPS, la cual fue reseñada de la manera siguiente:

“Caracas 17 de octubre de 2012. Este evento tuvo como propósito el contribuir a desarrollar y mejorar los planes y programas de salud de calidad para los adolescentes en la República Bolivariana de Venezuela, con énfasis en la prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual”.

En otra actividad, llevada a cabo del 14 al 16 de agosto de 2012, participaron los directores de los programas del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), los miembros de la Fundación Misión Niño Jesús, así como 30 representantes de los diferentes estados del país e invitados de otros ministerios que manejan programas relacionados con los adolescentes. También se hicieron presentes agencias del Sistema de Naciones Unidas, tales como, UNICEF, UNFPA y la OPS/OMS. Los participantes hicieron énfasis en la importancia de este taller nacional donde se reunieron esfuerzos para lograr acciones que ayuden a mejorar la salud a lo largo del curso de vida.

Se presentaron los protocolos de los servicios de salud para los adolescentes, los cuales fueron revisados y ajustados a las necesidades del país y a los lineamientos del MPPS en varios talleres nacionales; la Dra. Matilde Maddaleno, Asesora Principal en Salud del Adolescente dentro del área de Salud de la Familia y de la Comunidad, de la oficina central de OPS/OMS, presentó las experiencias de adaptación y aplicación del IMAN en los diferentes países de Latinoamérica y el Caribe (LAC), así como las lecciones aprendidas y algunos modelos aplicados en éstos. Finalmente se revisaron los protocolos con base en las guías estandarizadas de OPS, lo cual permitió llegar a un consenso entre los expertos nacionales en adolescencia del país.

Los “Protocolos Clínicos de Atención Integral a las y los Adolescentes”, fueron publicados en junio 2014 con el apoyo de Unicef, OPS/OMS, UNFPA, MPPS (36). en marzo de 2016 se llevará a cabo un taller para formar capacitadores para la aplicación de éstos protocolos en diferentes regiones del país.

VII.- Capítulo de Adolescencia. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría.

La SVPP, constituye la plataforma fundamental para la difusión, a través de sus jornadas, foros, cursos, talleres, y congresos, para la

educación continua, actualizada, de sus agremiados en pro del bienestar de la atención de niño, niña y adolescentes. El tema de Adolescencia siempre está presente, en el cual el Capítulo de Adolescencia (CA) juega un rol importante, reseñado en “La sociedad y la medicina del adolescente”. 50 aniversario de la Sociedad Venezolana de Pediatría y Puericultura 20-1-1939 - 20-1-1989. Caracas 1989:82-85.

7.1. Antecedentes

Al regresar de EE.UU, bajo la presidencia del Dr. Jesús Velásquez (1982) fui invitada a formar parte del panel conformado por: Ana María Raimbault, José Oliveira, Nancy Montero, Gabriel Barrera Moncada, y el Lic. William Doyle; en la mesa sobre “Educación Sexual”, coordinada por la Dra. Carmen Rivera de Camacaro, en el marco del VII Congreso Nacional de Pediatría Dra. “Lya Imber de Coronil”, efectuado en noviembre de 1982, En Barquisimeto.

En la Junta Directiva 1985-1987 en la Presidencia del Dr. Héctor L. Borges, el 20 de enero de 1984, por resolución de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP), se nombra la Comisión de Subespecialidades y se promueve la creación de los capítulos correspondientes.

Se designa a la Dra. Mercedes López de Blanco para organizar el capítulo de Nutrición y Desarrollo, y a la Dra. Enriqueta Sileo; el Medicina del Adolescente. De acuerdo a los requisitos de los Estatutos y Reglamentos vigentes de la SVPP, para conformar un Capítulo, se requieren un mínimo de 10 personas en la disciplina al no cumplir dicha cuota, se decidió unir estos dos capítulos, y se crea el “Capítulo de Crecimiento y Desarrollo, Nutrición y Adolescencia”.

El 14 de agosto de 1986, la Junta Directiva de la SVPP comunica a los Miembros Fundadores: doctores: Mercedes López de Blanco, Guillermo Tovar Escobar, Hernán Méndez Castellano†, Gabriel Barrera Moncada, Enriqueta Sileo, María Eugenia Mondolfi, Izbelia Izaguirre de Espinoza, Coromoto Macías de Tomei, Yolanda Hernández de Valero, y Gladys Henríquez Pérez; la creación del Capítulo de “Crecimiento y

Desarrollo, Nutrición y Adolescencia” y su Junta Directiva conformada por las doctoras Mercedes López de Blanco (presidenta), Enriqueta Sileo (secretaria), María Eugenia Mondolfi, Yolanda Hernández de Valera y Gladys Perozo (vocales). De esta unión, muy fructífera, se realizaron numerosas actividades: conferencias, cursos, talleres, reuniones científicas, elaboración de material de apoyo y una publicación fundamental; el “Manual de Crecimiento y Desarrollo” (1991), editado por las Dras. Mercedes López Blanco y Maritza Landaeta, para la evaluación del crecimiento y desarrollo, en el cual participé junto con las doctoras: Izbelia Izaguirre y Coromoto Tomei, en el capítulo II, con el tema “Evaluación de la Maduración” y en cual se describe la “Escalera de Maduración Sexual” (16). Durante esta etapa de compartir con otras especialidades, hubo una gran producción y generación de conocimientos, difusión de la información y muy importante, lazos de amistad que hoy día perduran. Actualmente me honra compartir con ella, en la Academia Nacional Medicina. Posteriormente, con la formación de recursos humanos en medicina del adolescente, se separa Adolescencia para conformar su propio capítulo.

7.2. Creación del Capítulo de Adolescencia.

El Capítulo de Adolescencia se independiza del Capítulo de Crecimiento y Desarrollo, Nutrición y Adolescencia al cumplir los requisitos exigidos en los estatutos por la SVPP, de tener diez especialistas, nace el 01 de marzo de 1991 bajo la denominación de Capítulo de Medicina del Adolescente que luego cambia de nombre, por cuestión de practicidad a Capítulo de Adolescencia, éste constituye el escenario que agrupa a los pediatras con Especialidad en Medicina del Adolescente, para planificar, ejecutar, consensuar opiniones, participar en actividades en pro de los adolescentes en cursos, congresos, talleres, conferencias nacionales e internacionales, actividades para padres y adolescentes. Colaborar y participar activamente en comisiones de los entes relacionados con la salud del adolescente. Participar en la difusión y el conocimiento con elaboración de propuestas, publicación de

materiales, libros, guías, etc. Es con el apoyo de la SVPP la plataforma pujante y calificada para obtener esos logros, gracias por el apoyo y considerarnos en materia de Adolescencia.

La tarea no ha terminado, actualmente existe un reto, por parte de la SVPP y el Capítulo de Adolescencia, para colaborar junto a otras organizaciones gubernamentales, el Ministerio del Poder Popular para la Salud y agencias como: UNICEF, OPS/OMS/, UNFPA, en la capacitación del recurso humano, el equipo de salud, para proporcionar una atención integral al adolescente. Una muestra de este compromiso es la reunión del venidero 2 y 3 de marzo de 2016 con la convocatoria que desde el MPPS realiza para participar en un plan de capacitación nacional en atención integral en salud a la población adolescente, dirigido a personal de salud multidisciplinario de los estados, con la finalidad de impulsar la creación y/o el fortalecimiento de consultas o servicios amigables integrados e integrales de salud para adolescentes. Se planteará el cronograma de capacitaciones en los estados jerarquizados por el MPPS de acuerdo a los siguientes indicadores: alto porcentaje de nacidos vivos registrados de madres adolescentes, poco personal capacitado en atención a la población adolescente y pocos servicios amigables dirigidos para adolescentes

Este plan de capacitación es parte de un plan de trabajo sustentado en un convenio acordado entre la SVPP y UNICEF vinculado a su vez a los planes del MPPS, contando con la participación de la OPS/OMS y del UNFPA.

7.3. Reuniones del Capítulo de Adolescencia

A continuación, se hace una reseña de algunos de los contenidos en el libro de Actas de las 85 reuniones ordinarias y varias extraordinarias que reposan en sus páginas y que reflejan la historia de la Medicina del Adolescente con la participación de los especialistas en Medicina del Adolescente. Más del 80 % fueron realizadas en la sede del Servicio de Medicina del Adolescente del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos”; era como volver a la casa que nos acobijó y encontrarnos entre amigos. Otras fueron en la sede de la SVPP y algunas en la

OPS. Siempre comprometidos con el quehacer de los adolescentes. Se planificaban las distintas actividades, especialmente la participación en cursos, talleres, congresos de la SVPP y de otros entes gubernamentales, ONGs entre otros.

Reunión N° 1, fecha 01 de marzo, de 1991 y como sede, el Servicio de Medicina del Adolescente del Hospital de Niños “José Manuel de Los Ríos”, tuvo lugar la primera reunión y la creación del “Capítulo de Medicina del Adolescente”, de la SVPP, cuyos miembros fundadores fueron los doctores Gabriel Barrera Moncada, Enriqueta Sileo, María Eugenia Mondolfi, María Esperanza Fuenmayor, Beatriz Gil de Obadía, Irene Sáez, Manuel Lorenzo Fernández, Daisy Olivera, Jorge Rísquez, Gustavo Adolfo Soriano.

Se elige la primera junta directiva del capítulo: Gabriel Barrera Moncada (presidente Honorario), Enriqueta Sileo (presidenta), María Eugenia Mondolfi (secretaria), Beatriz Gil de Obadía, Manuel Lorenzo Fernández, y Jorge Rísquez, (Vocales).

Reunión N° 2, fecha 03 de marzo, de 1991. Se comunica a la Junta Directiva de la SVPP, presidida por el Dr. Xavier Mugarra, la creación del Capítulo de Adolescencia la cual fue aprobada y reseñada en el Boletín Informativo de la Federación Médica Venezolana (FMV), publicado en la prensa (El Nacional, domingo 16 de junio de 1991).

La actividad de todos los miembros del Capítulo de Adolescencia ha sido prolija, se refleja en la elaboración de los objetivos del Capítulo de Adolescencia, la participación en eventos científicos a nivel nacional e internacional, con talleres, cursos colaboración con otros capítulos de la SVPP, con instituciones (Ministerio de la Juventud, de la Mujer, Previsión del Niño, Ministerio de la Familia, Consejo Nacional de Mujeres), Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) con participación en actividades internacionales de los doctores: Barrera Moncada, María Eugenia Mondolfi, Jorge Rísquez, Irene Sáez, Enriqueta Sileo, Ricardo Montiel, María Cristina Millán, Saturnina Clemente, Darda Ramírez.

Las doctoras Janet Urdaneta, Irene Sáez y Enriqueta Sileo, el 21.11. 1992, participaron en un Curso “Manejo del Adolescente por el

Pediatra”, organizado por el Dr. Oscar Mayz Vallenilla, pediatra insigne de Maracaibo, a propósito de la inauguración del área de hospitalización para adolescentes en el Hospital Coromoto de Maracaibo.

Es de hacer notar que nos reuníamos, “religiosamente” todos los últimos viernes cada mes, lo cual no ocurrió el 27 de noviembre de 1992, la cual fue suspendida por “intento de golpe de Estado”

Reunión extra ordinaria N° 3, fecha 05. 02 de 1993, se informa que El 15 02.1993, por invitación del Ministerio de la Familia, asiste la Dra. Sileo junto a otras personas en representación de diferentes instituciones, a la juramentación en Miraflores, por el Presidente Carlos Andrés Pérez de la “Comisión de Embarazo Precoz”, creándose la Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz (CONAPEP),

Desde ese entonces se han hechos múltiples comisiones, planes, talleres, cursos, conferencias, programas, en el cual merece mencionar el “Programa de atención para la adolescente embarazada (PASAE), liderado por los doctores Cira Bracho y José Ramón López†, de Valencia (Estado Carabobo).

El 20 de marzo de 1993, se realizó el primer curso del Capítulo de Adolescencia “Atención al Adolescente”, recibimos muchas felicitaciones, económicamente el balance fue negativo con una pérdida de Bs 31.600,00.

Reunión N° 17, fecha del 04 de junio 1993, el Dr. Barrera Moncada, manifiesta *que si bien es necesario mantener una labor divulgativa “ya es hora de que tomemos como “punta de lanza” la promoción de la investigación, por lo cual presentará: varios trabajos en San Cristóbal: dislexia del Desarrollo, actualización y estudios de 29 casos. Estandarización de un test rápido de lectura y escritura. Disfunción escolar del adolescente.*

El 24 de septiembre de 1993, participa el Dr. Roberto Curi Halal, como invitado internacional con el tema “Pasaje de la Niñez a la Adolescencia” en las XXX Jornadas Científicas de Pediatría, San Cristóbal.

Reunión N° 21 de fecha 26 de noviembre de 1993, se designa la junta directiva y toma posesión el 15 de abril de 1994 (reunión N° 24), para el lapso 1994-1995: María Eugenia Mondolfi (presidenta), Beatriz Gil de Obadía (secretaria), R. Montiel, J Rísquez y Mariana Gerendas (vocales). Para ese momento había 15 miembros inscritos en el CA.

Es importante reseñar la reunión N°23 de fecha 04 de marzo de 1994, a la cual asistió el Dr. Gabriel Barrera Moncada (como lo hizo en la mayoría de las reuniones), la agenda del día fue muy amplia, terminamos la reunión acompañamos al Dr. Moncada a la salida del hospital y nos despedimos. En horas de la tarde, alrededor de las 3 pm recibo la llamada de la esposa del Dr. Barrera, participando el fallecimiento del Dr. Moncada que ocurrió mientras hacia su siesta viendo la serie “el zorro”. En esa reunión nada presagiaba su muerte. El Dr. Barrera, participando como uno más del CA, fue un maestro pero se convirtió en un amigo y era el catalizador, el conciliador de los ánimos exaltados o desatados, en algunas ocasiones, en los puntos álgidos de la agenda, sentimos mucho su partida y unos privilegiados al estar ese día con él.

Reunión N° 25, del 27 de mayo de 1994, se decide que las reuniones del CA tendrán una frecuencia bimensual, mientras que la directiva lo hará mensual.

En la reunión N° 26, de fecha 23 de junio 1994, se nombró la Dra. Enriqueta Sileo presidente Honorario del CA.

Reunión del 28 de octubre 1994, se informa de la reunión sostenida en el MSAS, con los doctores Solum Donas (Costa Rica) y María Helena Ruzany (invitados nacionales, asistiendo por el Capítulo de Adolescencia: Mondolfi, Sileo, Sáez, Montiel y B. Gil. El Dr. Solum entrega un material titulado “Marco Epidemiológico conceptual de la Salud Integral del Adolescente”. Es de señalar la participación activa en congreso y reuniones de los integrantes del CA.. En resumen de este lapso se realizaron actividades interinstitucionales: Consejo Nacional de la Mujer; en la comisión Mujer y Salud, Ministerio de la Familia; Comisión de Embarazo Precoz, Programa de atención en salud a la

adolescente embarazada (PASAE), MSAS: Dirección Materno Infantil. División de Atención al Niño y al Adolescente: reunión con invitados internacionales (Ruzany, Solum Donas) sobre el alcance en la Atención de Salud del Adolescente 12 de julio 1994. Reunión 36, fecha 24 de noviembre 1995, el Dr. Luis Gazzotti, coordinador del Programa de Salud del Escolar y Adolescentes del MSAS expone “Plan de acción sobre salud adolescente contemplado en el programa regional de acciones para el desarrollo de la juventud en América Latina (PRADAL) 1995-2000, y solicita la colaboración para el mismo. Se informa la creación de del Centro de Investigaciones de la Salud del Adolescente (CIPSA), organismo (Montiel, Mondolfi, Sileo),

Con fecha 15 de enero de 1996 la Dra. Mondolfi y Beatriz Gil, presidente y secretaria para el lapso, acatando el artículo 61 del Capítulo X de los Estatutos y Reglamento de la SVPP (1993), consigna el informe final del CA de la gestión 1994-1995, ante la Junta directiva presidida por el Dr. Humberto Gutiérrez.

En dicho informe se destaca la nota de duelo: fallecimiento de nuestro Presidente Honorario Dr. Gabriel Barrera Moncada el 04 de marzo de 1994” Se reseña las actividades interinstitucionales: CONAMU, Ministerio de la Familia Fundación ALEDO, PASAE, MSAS., las actividades científicas: XXX Jornadas Nacionales de Pediatría “Dr. Francisco Castellanos”, X Congreso d Puericultura y Pediatría “ Dr. Alberto Bercowsky con la participación de un invitado internacional Dr. Robert Blum “La Resiliencia en la Adolescencia”.

Reunión N° 38 de fecha 26 de enero de 1996, realizada en el Servicio de Adolescencia, se posesiona la junta directiva del CA para el lapso 1996-1997. Conformada por los doctores; Mariana Gerendas (presidenta), Ricardo Montiel (Secretario), Thais Cabrera, Jorge Rísquez, Gustavo Soriano (vocales).

Se realiza el 26 de abril 1996 la primera reunión científica en el Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio Hernández, Coordinada por la Dra. Ligia Angulo, Jefa del Departamento de Medicina y palabras de apertura por la Dra. Rita Freitas, subdirectora del Hospital, intervención

de la Dra. Gerendas, presidenta del CA quien refirió los logros de la Consulta de Adolescente y de la Unidad de hospitalización. La Dra., Irene Sáez, miembro del CA y personal del Hospital del Oeste, presentó el trabajo realizado en materia de educación sexual en el colegio San José de Calasanz. Además la Dra. Ivonne Agüero, residente del 3er año de Pediatría presentó un caso de una adolescente de 12 años de edad con una TBC pulmonar.

Igualmente se participa en XXXII Jornadas Nacionales de Pediatría “Dr. Nahem Seguías Salazar”, siendo el invitado Internacional el Dr. Gustavo Girard (Argentina).

Reunión 40 del 31 de mayo de 1996, se efectúa, a pesar de no haber quórum, en virtud que en reunión anterior de tomo la decisión de efectuarla con los que asistieran las doctoras Mariana Gerendas, Beatriz Gil, María Eugenia Mondolfi. La Dra. Sileo, se excusó por estar en un curso de Bioética). En dicha reunión se anunció, a través de comunicación de la Lic. Gladys Castillo, Secretaria Ejecutiva de la comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz (Conapep) que la Dra. Mondolfi había ganado por concurso de credenciales, para el contrato de especialista en Medicina del Adolescente; en el proyecto de Formación de recursos humanos en educación y salud financiado por el Fondo de las Naciones Unidas para actividades de población (FNUAP). Igualmente los Drs: Montiel, Mondolfi, Sileo, asisten como invitados por la Red de Población y desarrollo sustentable, auspiciada por el FNUAP, al taller de trabajo para la “Reforma de la Ley Tutelar del Menor”.

En esta acta se hace referencia a la polémica surgida, respecto al mensaje contenido en un afiche para prevención del SIDA “Date contigo mismo y orientaras tu propio vuelo” promocionando unas toallas sanitaria Always de Tess Y se solicitaba el aval de la SVPP y el CA, no estuvimos de acuerdo lo cual valió por parte de la SVPP, una consulta al Colegio Médico del Distrito Federal y la FMV, cuyo dictamen fue favorable a la SVPP y que no había conflicto de interés y podía recibir la propuesta económica de la empresa involucrada

(Proter and Gamble) , como dato curioso el aporte era de 5000 dólares mensuales por el patrocinio. En esa reunión se le solicitó eliminar el aval del CA por la inconsistencia del mensaje

En las múltiples reuniones del CA quedaba de manifiesto su gran actividad con la participación en cursos, congresos, apoyo interinstitucional con temas relacionados con la adolescencia, la propuesta de inclusión del pensum de pediatría de la UCV el componente de adolescencia, con participación activa de los miembros del CA.

En la reunión N° 50 de fecha 09.05.1997, se informa los trámites ante la FMV para la acreditación de la Medicina del Adolescente como especialidad.

Reunión 53 del 6 de febrero de 1998, Servicio Medicina del adolescente. Presidenta Thais Cabrera, Secretaria; Elizabeth Rodríguez, Janeth Urdaneta, Beatriz Obadía (vocales).

En esa reunión se informa los resultados de la reunión con la Dra. Carolina Pérez de la sub Comisión de Credenciales de la FMV, a la que asistieron las doctoras Mariño y Gerendas, y se acordó que las prelacones para Medicina del Adolescente son graduados en Pediatría, Medicina Interna y Medicina Familiar.

Reunión 54 del 8 de mayo, de 1998, se informa de correspondencia con fecha 03 de marzo de 1998, de la FMV se trató la posibilidad de la especialidad de la Medicina del Adolescente por la FMV del en el marco de la “LII reunión Ordinaria de la Asamblea” celebrada en Mérida en octubre de 1977 en base a que cumple los requisitos por la FMV .

En reunión extraordinaria el 3 de julio de 1998, en el Hospital “JM de los Ríos”, se sostiene reunión con el Dr. Solum Donas, consultor subregional del Programa de Salud Integral del Adolescente OPS/OMS señalando que los programas en adolescencia están orientados hacia el desarrollo humano y entrega material relacionado con adolescencia. Se expone la necesidad de plantear líneas de investigación, la Dra. Cabrera hace mención de la consulta de Factores de riesgo cardiovascular y nutricional en niños y adolescentes que funciona en el Hospital José Ignacio Baldó.

Reunión N° 55 del 26 de febrero 99, se informa de la participación del CA en la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), es designada la Dra. Sileo como vocal por Venezuela. Se refiere a la visita de la Dra. Yanet Torres, coordinadora del programa de crecimiento y desarrollo de Distrito Federal y la alianza con el Servicio de Adolescencia.

Reunión N° 61, fecha 4.02.2000, se elige Junta directiva: presidenta: María Cristina Espinasa, secretaria Beatriz Obadía, Vocales; Elizabeth Rodríguez, Manuel Fernández, para el lapso 2000-2001.,

Se propone información de la Lopna (Actualmente Lopnna). Se propone la creación de la Sociedad Venezolana de Medicina del Adolescente (SVMA), temario para el congreso de pediatría, otros.

Reunión extraordinaria N° 1 del 20 de julio de 2000

Se plantean temas para elaborar un suplemento de la SVPP sobre adolescencia Se plantea la creación de la Sociedad Venezolana de Medicina del Adolescente (SVMA) y se elige la siguiente directiva: Presidente: Dra. Sileo, Vicepresidente: María Cristina Espinasa, Secretario Ejecutivo: Manuel Fernández, Secretario de Finanzas: Thais Cabrera, Vocales: Zelinda Mariño, Elizabeth Rodríguez, Marileidy Rojas.

Se fijó una cuota anual de Bs. 2.000,00 (nunca se cumplió)

Reunión extraordinaria N° 2 de fecha 11 de octubre 2000, en OPS convocada por el Dr. Luis Codina, representante de OPS en Venezuela, para explicar la cooperación técnica OPS/OMS y el plan de acción sobre salud del adolescente en las Américas se tratan los componentes de la cooperación técnica: formulación de políticas, planes y programas, desarrollo de recursos humanos, difusión de información y redes, investigación, movilización de recursos, cooperación técnica directa, solicitando la participación del CA en esta cooperación técnica en la revisión y actualización en el programa de atención integral de adolescente elaborado en 1991 en el MSAS.

Reunión N° 63 de fecha 09 de febrero 2001, se realiza el esbozo de la historia clínica y en la reunión extraordinaria del 16.02-2001 se hace el organigrama de la Historia Clínica y sus componentes, página 198 del libro de Actas.

Reunión N° 65, fecha 21 SEP 2001. Como punto único se trató la invitación hecha al CA para participar en el curso de Educación Médica a distancia, a ser realizado por la Universidad de Carabobo, con el apoyo de OPS y de la Universidad de Monterrey (México) con la denominación de Curso: “Diplomado en Salud del Adolescente”, estructurado en: 4 módulos de 48 horas de duración y 1 año de duración, a un costo de Bs. 30.000 por unidad crédito. El CA participa en el primer módulo (Sileo, Sáez, Espinasa, Cabrera) El Dr. Enrique Dulanto (México) participó en este diplomado.

Reunión N° 67, fecha 19 de marzo 2002, en la sede de la SVPP se elige la junta directiva del CA 2002-2004: presidenta: Irene Sáez, Secretaria María C Espinasa, vocales: Elizabeth Rodríguez y Zelinda Mariño.

Reunión N° 68, del 10 Abril de 2002, sede de OPS con experta en Sexualidad, Dra. Stella Cerruti, con poca asistencia (Sáez, Fuenmayor y Sileo), la poca asistencia se interpretó por el clima de inestabilidad social de esos días en el país.

Se realizaron múltiples reuniones en la SVPP y OPS para concertar el apoyo técnico en la red de BIREME

Reunión 73, de fecha 26 de sept 2002. Se discute sobre las pautas del MSAS para las residencias programadas de las especialidades. La Dra. Fuenmayor solicita aclaratoria del Diplomado sobre Salud del Adolescente auspiciado por la Universidad de Carabobo coordinado por la Dra. Cira Bracho, además propone solicitar, por escrito las prelacones aceptadas por la FMV (año 1997) respecto a los médicos de familia, para realizar el posgrado de Medicina del Adolescente. Se propone reunión convocada por el Ministerio de Educación con los médicos higienistas del área metropolitana en los liceos que atienden adolescentes para febrero 2003.

Reunión N° 74 fecha 21 de febrero 2003, se retoman las reuniones en el Servicio de Medicina del Adolescentes, en el Hospital JM de Los Ríos. Se planifican actividades. La Dra. Sáez presentará en la OPS “Experiencia de la Unidad de atención al adolescente” en el Hospital Dr. Leopoldo Manrique Tellerio (Coche). La Dra. Sáez aporta el documento

sobre “Normas de orientación para el personal de salud que trabaja con adolescentes de conducta suicida” Ese año se trató el Simposio de Suicidio Y Adolescencia. La Dra. Marileidy Rojas, asiste a México, en representación de PLAFAM, al encuentro de centros amigables para adolescentes. Dr. Rísquez participando en otras actividades científicas de la filial de la SVPP del Estado Miranda.

Reunión N° 77 de fecha 04.02.05. Se elige la junta directiva del CA para el lapso 2005-2006, quedó conformada por: Dr. Ricardo Montiel (presidente), Jorge Rísquez (secretario), Beatriz Gil y Zelinda Mariño (vocales).

Reunión N° 78 de fecha 21.02.2007, en la sede de la SVPP, convocada para elegir la junta directiva del CA 2007-2009, con una asistencia importante de 15 miembros: MC Espinasa, I Sáez, Mariño Z, Rojas M, Rodríguez E, Bravo E, Méndez Verónica, ME Fuenmayor, Deysi Olivera, ME Mondolfi, Nery Ugueto, Darda Ramírez, Saturnina Clemente, Lina Moreno, Beatriz Gil. Se elige la junta directiva 2007, quedó conformada por: Dra. MC Espinasa (presidente), E Bravo (secretaria) y vocales): Marileidy Rojas y Beatriz Gil.

Reunión N° 80 de fecha 10.03.07 en la sede de la SVPP, se continúa participando en el Congreso de Pediatría, se presenta por primera vez. Se propone el temario para para participar en evento de la Red de Sociedades Científicas.

“Buenas Noticias”

La Dra. Sileo informa sobre comunicado de la Federación Médica Venezolana, donde se **participa la aprobación de la Especialidad de Medicina del Adolescente, en el marco de la “LII reunión ordinaria de la Asamblea” celebrada en la ciudad de Mérida el día 24 de octubre 1997**. Nos sentimos muy complacidos por este logro

La última reunión registrada corresponde a la N° 82, con fecha 01 de marzo del 2009 y desde entonces, la junta directiva está integrada por la Dra. Saturnina Clemente, Nery Ugueto, Elizabeth Rodríguez, Lina Moreno.

Se puede concluir que el Servicio de Medicina del Adolescente del HNJMDR, constituye un modelo de atención integral diferenciado

para adolescentes de acuerdo a sus necesidades y requerimientos, con una fortaleza para la formación de recursos humanos en el área, actualmente con escasa y/o nula demanda para la especialidad en Medicina del Adolescente, lo que va en detrimento en la formación de dicho recurso, importante para la docencia así como para la participación en la creación de servicios amigables y proporcionar junto al resto del equipo de salud atención integral del adolescente . Es importante y un deber, la cooperación con las diferentes instituciones como la SVPP, organismos gubernamentales, ONGs y otros cuyo fin sea el bienestar de nuestros adolescentes.

REFERENCIAS

1. Saxon W. James Roswell Gallagher, 92, Leader in Adolescent Medicine. The New York Times. 1995 Nov 15; Sect. A: 2 (col. 4)
2. Heald F. Historia de la medicina del adolescente. En: Mc Anarney E, Kreipe Richard, Orr D, Comerci G, editores. Medicina del adolescente. Bogotá: Editorial Panamericana; 1994.p.35-39.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe de un Comité de expertos de la OMS Problemas de salud de la adolescencia Serie Informe Técnico 308. Ginebra 1964.
4. MacKenzie RG, Fisher MM. The Society for Adolescent Medicine's role in promoting education. J Adolesc Health. 1998;23(6 Suppl):135-142.
5. Lerner RM, Petersen AC, Silbereisen RK, Brooks-Gunn J, editors. The developmental Science of Adolescence: History Through Autobiography. New York: Psychology Press; 2013.
6. Alianza Intersectorial de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y El Caribe, en el marco del I Congreso Integrado de Sociedades realizado en septiembre en Uruguay. www.codajic.org/node/1576
7. Red de Adolescencia. <https://es-la.facebook.com/redadolescencia.regionv/>

8. García A. Historia del Hospital Municipal de Niño de Caracas J.M. de Los Ríos. Caracas: Ediciones del Fondo Editorial de la Alcaldía Mayor (FE-I-ALMA); 2001.
9. Francisco J. Génesis de la Pediatría venezolana: El Dr. José Manuel de Los Ríos. *Rev Soc Venez Hist Med.* 2009;8(1-2):11-24.
10. Fasciani R. Semblanza de un epónimo, Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría: La historia en nombres. *Arch Venez Puer Ped.* 2014;77(2):59. Disponible en <<http://www.scielo.org.ve/scielo>.
11. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Salud del Adolescente y el Joven en las Américas. Publicación Científica N° 489. Washington DC. EE UU; 1985.
12. Sileo E. Evaluación Clínica del Desarrollo Puberal. En: La Salud del Adolescente y el Joven en las Américas. Publicación Científica N° 489., Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 1985.p.89-92.
13. Sileo E. Examen Ginecológico en la Adolescente. En: La Salud del Adolescente y el Joven en las Américas. Publicación Científica N° 489., Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 1985.p.101-106.
14. Tanner JM. Growth at Adolescence. 2nd edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1962.
15. López Blanco M, Espinoza I, Macías Tomei C. Estudio Longitudinal mixto del Área Metropolitana de Caracas. *Arch Venez Puer Ped.* 1986;49(3-4):156-171.
16. Izagurre I, Tomei C, Sileo E. Evaluación de la Maduración. En: López Blanco M, Landaeta M, editores. Manual de Crecimiento y Desarrollo. Caracas: SVPP, Fundacredesa, Serono; 1991.p.63-64.
17. Martmer EE, Ashmun SH, Stimson PM, Stuart HC, Wylder MK. Report of the committee to study the age limits of pediatrics practice. *J Pediatric.* 1938;13:127-128.
18. American Academy of Pediatrics. Discussion of the report of the committee on age limits of pediatric practice. *J Pediatric.* 1938;13:266-276.

19. American Academy of Pediatrics. Age limits of pediatrics. *Pediatrics*. 1972;49(3):463.
20. Colmenares Arreaza G, compilador. Academia Nacional de Medicina. Prontuario. Caracas: Editorial Ateproca; 2006.
21. Miranda F. La Adolescencia problema pediátrico. *Arch Ven Ped Pue*. 1955;18(55):1-2.
22. Landaeta C. El Adolescente de Hoy. Caracas: Editorial Galac SA; 1998.
23. Landaeta C. Esos Monstruos Adolescentes. Caracas: Editorial Alfa; 2008.
24. Ministerio Popular Para la Salud. Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. República Bolivariana de Venezuela; 2013.
25. UNICEF. Annual Report 2013 Venezuela Bolivian Republic.
26. Red por los Derechos Humanos de los Niño, Niña y Adolescentes (REDHNNA). Informe alternativo al tercero cuarto, y quinto Informe presentado por el Estado Venezolano ante el Comité de Derechos del Niño. República Bolivariana de Venezuela; octubre 2013.
27. Orientación diagnóstica en medicina del adolescente. En: Sileo E, Cabrera T, Millán M, Gonzalo X, editores. Caracas: Editorial Ateproca; septiembre 1998.
28. Organización Panamericana de la Salud. Estratega y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018. Washington DC; 2010.p.22.
29. Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA). Gaceta Oficial N° 39.570 del 9 de diciembre de 2010.
30. Sileo E. Medicina del Adolescente: aproximación al adolescente sano el Departamento de Salud del Adolescente/Programa Nacional de Atención Integral del Adolescente, División de Salud del Niño y Adolescente de la Dirección materno Infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social Programa Proama. UNICEF, OPS/OMS Caracas, julio 1992.

31. Sáez I, Sileo E, editoras. Medicina del Adolescente: aproximación al adolescente enfermo el Departamento de Salud del Adolescente/Programa Nacional de Atención Integral del Adolescente, División de Salud del Niño y Adolescente de la Dirección materno Infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social Programa Proama. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. UNICEF, OPS/OMS. Caracas, octubre 1992.
32. Rodríguez E. La paternidad en el adolescente: Un problema social. Arch Venez Puer Ped.[online]. 2009;72(3):86-91. ISSN 0004-0649.
33. Molina L. Conocimientos sobre Adolescencia y Atención del Adolescente en Profesionales de la Medicina en el Estado Mérida. Universidad de Los Andes. Facultad de Medicina. Mérida; 1999.
34. Urdaneta J. Patología ginecológicas en niñas y adolescentes. Trabajo de ascenso para optar a la categoría de profesor Titular Universidad del Zulia Facultad de Medicina. Maracaibo; 2013.
35. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018. Washington DC; 2010.
36. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Protocolos Clínicos de Atención Integral a las y los Adolescentes. Servicios del Primer y Segundo nivel de atención. Unicef. OPS/OMS, Fondo de Población de Naciones Unidas. Caracas, junio 2014.

Valoración diagnóstica correlativa de los Papilomas Rinosinusales a través de una Escala de Índice de Sospecha

Trabajo de incorporación como Miembro Correspondiente Nacional Puesto N° 46

Dr Aderito De Sousa Fontes

RESUMEN

Objetivos: Evaluar la utilidad de una Escala de Índice de Sospecha (EIS) basada en la correlación de hallazgos endoscópicos, imagenológicos e histopatológicos comúnmente observados en los papilomas rinosinusales (PRS) para su diagnóstico anticipado y oportuno. **Material y métodos:** Se evaluaron las características clínicas, hallazgos endoscópicos, radiológicos e histopatológicos comunes en 103 pacientes con PRS, que fueron considerados como criterios clínicos decisivos para la formulación de una EIS. **Resultados:** 77 % de los pacientes eran masculinos y 23 % (n=29) femeninos. Las edades de

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXVIII.7>

Dirección: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia, Instituto Médico la Floresta Caracas, Venezuela. Tel: 0212 2864524 – 2096111 - Cel: 0414 321 5485
E-mail: aderitodesousa@gmail.com

Caracas, 14 de marzo de 2022

los pacientes oscilaron entre los 9 y los 80 años. Todos los pacientes fueron evaluados endoscópica, imagenológicamente con TC y RMN con contraste e histopatológicamente y los resultados fueron correlacionados minuciosamente. Todos los pacientes presentaron endoscópicamente lesiones nasales de aspecto polipideo y en el 91 % se registraron imágenes tomográficas de opacificación coincidentes con el hallazgo endoscópico. La erosión de paredes óseas y la Hiperostosis focal, fueron observadas en los estudios tomográficos en el 84 % y el 79 % de los casos respectivamente. La RMN con contraste reveló imágenes con patrón contorneado cerebriforme en la morfología de las neoplasias en el 86 % de los casos. Los niveles de sensibilidad y valores predictivos positivos registrados en la correlación de estudios endoscópicos e imagenológicos observados en los pacientes con PRS, señalaron valores de probabilidad y fiabilidad diagnóstica con una media global promedio del 90 %. El análisis de los niveles comparativos de contingencia, precisión diagnóstica y significancia estadística de la EIS, apoyada en la correlación de los hallazgos endoscópicos e imagenológicos, arrojaron excelentes resultados que respaldan su confiabilidad como herramienta de investigación en la labor diagnóstica de los PRS confirmados histopatológicamente. **Conclusiones:** El establecimiento de un alto índice de sospecha a través de la EIS cuantitativa propuesta, aumenta las probabilidades de un diagnóstico oportuno de una neoplasia nasosinusal, en la que los PRS están incluidos.

Palabras clave: Pólipos nasales. Papilomas rinosinuales. Índice de Sospecha.

SUMMARY

Objectives: To evaluate the usefulness of an Index of Suspicion Scale (ISS) based on the correlation of endoscopic, imaging and histopathological findings commonly observed in sinonasal papillomas (SPs) for their early and timely diagnosis. **Material and methods:** Common clinical characteristics, endoscopic, radiological and

histopathological findings were evaluated in 103 patients with SPs, which were considered as decisive clinical criteria for the formulation of an ISS. **Results:** 77 % of patients were male and 23 % female. Patients ages ranged from 9 to 80 years and the age group most affected was between 51 to 60 years. All patients were evaluated endoscopically, radiological with CT scan and MRI scan with contrast and histopathologically and the results were carefully correlated. Endoscopically, all the patients had endonasal mass of polypoid appearance, and in 91 % of the sinus CT scans, opacification images were recorded that matching with the endoscopic findings. In the tomographic studies, erosion of the bone walls and focal hyperostosis were observed in 84 % and 79 % of the cases, respectively. Contrast-enhanced MRI showed images with a cerebriform contour pattern in the morphology of the neoplasms in 86 % of cases. Sensitivity levels and positive predictive values recorded in the correlation of endoscopic and imaging studies observed in patients with SPs, showed values of probability and diagnostic reliability with an average global mean of 90 %. In addition, the analysis of the comparative levels of contingency, diagnostic precision and statistical significance of the ISS formulated in this research, supported by the correlation of the endoscopic and imaging findings, yielded excellent results that support its reliability as a research tool in the diagnostic work of histopathologically confirmed SPs. **Conclusion:** The establishment of a high index of suspicion through the proposed quantitative ISS, increases the possibilities of a timely diagnosis of a sinonasal neoplasms, in which SPs are included.

Key words: Nasal polyps. Sinonasal papilomas. Index of Suspicion.

INTRODUCCIÓN

Desde hace aproximadamente 30 años de práctica profesional he observado importantes desafíos en el diagnóstico temprano y tratamiento de tumores Rinosinusales que inciden en la evolución natural de los

mismos su impacto en la morbilidad y mortalidad. Esta realidad, me ha conducido a la realización de la presente investigación que tiene como objetivo principal dar solución al problema planteado con el uso de una Escala de Valoración diagnóstica correlativa de en una de las neoplasias otorrinolaringológicas más frecuentes, con los Papilomas Rinosinusales.

La metodología empleada en la investigación realizada fue guiada por el Paradigma Positivista-Lógico de enfoque Empírico-Analítico, habida cuenta de que lo que a continuación escribo traduce mi experiencia de vida profesional y docente en base a conocimientos previos de la problemática de estudio, desarrollando la investigación con lenguaje cuantitativo en forma concreta, tangible, sensorial y secuencial lo cual me ha permitido encontrar la solución del problema, controlar la realidad y como último fin, dominarla. Confieso que predomina la razón y la verdad objetiva como herencia del empirismo y del racionalismo. El análisis es reductor conservando la linealidad causa-efecto, es patologista y su enfoque es médico-enfermedad-paciente, alineado con el Modelo Biomédico de Investigación determinista.

El estudio realizado tuvo como escenario operacional la Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico la Floresta de Caracas que es un centro privado de referencia nacional y actividades docentes de cuarto nivel en Cirugía Endoscópica Rinosinusal y Base de Cráneo y desde el punto de vista heurístico, se logra la información de la base de datos de Historias Médicas, así como de diferentes discusiones realizadas en jornadas científicas, artículos publicados revistas científicas y textos de la especialidad.

El diagnóstico clínico oportuno estas neoplasias es una labor compleja, tomando en consideración que las mismas raramente son descubiertas en etapas precoces y cuyo diagnóstico tardío, conlleva a opciones de tratamiento más desafiantes y a un peor pronóstico.

La valoración endoscópica, imagenológica e histopatológica de estas lesiones, juegan un papel importante en la tarea diagnóstica de esta enfermedad y ha sido estudiada en detalle de manera individualizada. Sin embargo, el establecimiento de un alto índice de sospecha clínico

estas lesiones y la interrelación correlativa estrecha de los estudios antes mencionados, ha sido poco analizada en profundidad y pueden ser claves en la confirmación o desestimación diagnóstica de estos tumores. El presente trabajo se centrado en la identificación anticipada de este tipo de neoplasias, basados en la formulación de una Escala correlativa de Índice de Sospecha (EIS), para su identificación oportuna.

El contenido de este trabajo esta dirigido a académicos miembros de la ANM, cumpliendo con la formal tradición de la presentación escrita y oral de mi trabajo de incorporación como Miembro Correspondiente Nacional, así como también a los estudiantes de posgrado y docentes universitarios, investigadores, al gremio medico en general y a los estudiantes de Medicina, sumándose al acervo científico de la Academia Nacional de Medicina, a la investigación científica, la docencia y el conocimiento médico nacional.

Objetivos

Analizar la correlación entre hallazgos endoscópicos, imagenológicos e histopatológicos de los PRS partiendo del establecimiento de un Índice de Sospecha que se apoyan en los criterios clínicos usualmente observados en estas neoplasias, considerando que estas lesiones usualmente son identificadas cuando la enfermedad esta avanzada.

Establecer algorítmicamente protocolos de manejo clínico y terapéutico de los PRS, basados en las etapas mas relevantes del diagnóstico de estas neoplasias, que permitan orientar de manera pormenorizada las diferentes decisiones y conductas de manejo y tratamiento apropiadas para el control y mejor pronostico de esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación retrospectiva, descriptiva, longitudinal, cuantitativa y correlacional, en 103 pacientes con

diagnóstico de PRS, evaluados y tratados desde 1993 hasta junio de 2021. La muestra poblacional seleccionada se obtuvo de una base de datos de 27 416 historias clínicas revisadas.

Los pacientes fueron informados, por vía oral y escrita, acerca de los objetivos de la investigación y formalizando esta disposición en los respectivos consentimientos informados. Los criterios de inclusión considerados en esta investigación, fueron: pacientes con diagnóstico confirmado de PRS estudiados endoscópica, imagenológicamente con tomografía computada (TC) y resonancia magnética nuclear (RMN) e histológicamente, que fueron sometidos a cirugía y con seguimiento de control mínimo de 5 años después de la cirugía.

Los criterios de exclusión contemplaron aquellos pacientes con sospecha o diagnóstico de PRS con falta o escases de información pormenorizada de su condición clínica por suspensión voluntaria de su manejo y seguimiento y los pacientes que no aprobaron el consentimiento informado estipulado.

Una vez definida la selección de la población de pacientes y el tipo de investigación aplicada, se evaluó la incidencia de los PRS según el sexo y la edad, las manifestaciones clínicas, tiempo de evolución, los hallazgos endoscópicos y radiológicos, los orígenes anatómicos de las lesiones, las cavidades y espacios anatómicos afectados, los tratamientos indicados, las histopatologías reportadas, las recurrencias observadas, las coexistencias con malignización asociadas y las evoluciones registradas.

La investigación desarrollada, se realizó en la Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico La Floresta de Caracas que es un centro privado de referencia nacional y actividades docentes de cuarto nivel en Cirugía Endoscópica Rinosinusal y Base de Cráneo y estuvo apegada a los principios bioéticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, así como también no contó con ninguna fuente de financiamiento externa, no pose ningún conflicto de intereses y fue aprobada por el Comité de Ética Institucional del Instituto Médico La Floresta en Caracas, Venezuela.

Análisis estadístico aplicado

El análisis estadístico de las variables evaluadas y sus respectivos datos y fueron resumidos, calculados y valorados con el apoyo de Microsoft Excel 2010 e IBM® SPSS®, las cuales permitieron recabar frecuencias absolutas, relativas y porcentuales y medidas de tendencia central, para determinar la eficiencia diagnóstica de los estudios realizados en pacientes con PRS, a través de las medidas de Sensibilidad, Especificidad, Valores predictivos, Tasa de falsos positivos y negativos. Se realizaron los respectivos Cálculos estadísticos para determinar niveles comparativos de contingencia estadística (Test de Fisher con valor de significancia estadística fijado con $p < 0.05$), proporciones de coincidencia diagnósticas (Coeficientes kappa de Cohen) y niveles de precisión y confiabilidad diagnóstica que ajustan el efecto del azar en la proporción pacientes con PRS, de acuerdo a niveles de IS de PRS (Test d de Cohen).

RESULTADOS

Sobre una base de datos de 27 416 historias clínicas revisadas, fueron seleccionados 1 897 casos de pacientes con el hallazgo de poliposis nasal de los cuales fueron identificados un total de 103 pacientes con el diagnóstico firme de PRS. Los pacientes con PRS representaron el 0,4 % del total de historia clínicas analizadas. Estas neoplasias se presentaron predominantemente en pacientes del sexo masculino en un 77 % y en un 23 % en el sexo femenino. Las edades de los pacientes afectados, se ubicaron en el rango de los 9 a 80 años, y el grupo etario más afectado fue el de los pacientes, con edades comprendidas entre los 51 a 60 años.

La valoración diagnóstica de todos los pacientes con estas lesiones, se realizó a través de la información recopilada en las respectivas Historias Clínicas y los correspondientes estudios de endoscopia nasal, imagenología y anatomía patológica.

El síntoma mas referido en esta investigación fue la obstrucción nasal y estuvo presente en el 91 % los pacientes con PRS. En el 78 % esta obstrucción nasal fue señalada como unilateral y en el 22 % de los casos la obstrucción nasal fue bilateral. La rinorrea estuvo presente en el 63 % los casos, las cefaleas estuvo presente en el 34 %, la hipoacusia y la epifora en el 33 % y el 21 %, respectivamente. Y otros síntomas como la epistaxis se refirieron en el 10 % de los casos estudiados, la anosmia en el 9 % de los pacientes y la alteración de la apariencia externa de la cara, con deformación de la región nasofacial en el 3 %. Es importante resaltar que el 9 % de los pacientes estudiados no presentaron ningún tipo de sintomatología.

El primero de los estudios diagnósticos realizados fue el examen endoscópico de las cavidades nasales. En esta inspección se advirtió la presencia de una lesión polipoidea lobulada en todos los pacientes. La localización de este hallazgo fue unilateral en el 99 % de los pacientes y en un solo paciente en ambos lados. Endoscópicamente además se observó, la presencia de secreciones nasales retenidas en un 63 % de los pacientes y en el 13 % de los casos, se encontró evidencia de sangre en la cavidad nasal afectada.

La presencia de una lesión de aspecto polipoideo por mas pequeña que sea, puede ser una señal que debe suscitar un alto índice de sospecha cualitativo de enfermedad nasosinusal neoplásica, especialmente en todos los PRS registrados, ya que como quedo referenciado en uno de los gráficos anteriores, una lesión de este tipo esta relacionada también con procesos patológicos de la nariz y SPN. Partiendo del establecimiento de un alto índice de sospecha, se propicia la realización de otros estudios complementarios, que son claves en el esclarecimiento diagnóstico de este hallazgo.

Todos los pacientes fueron evaluados radiológicamente a través de un enfoque bimodal de diagnóstico imagenológico, conformado por TC y RMN con contraste. La combinación de ambos estudios, permitió realizar la correlación de las imágenes obtenidas y su respectiva correspondencia con la información recabada en la evaluación endoscópica realizada en la consulta inicial.

En los estudios imagenológicos se identificaron diferentes hallazgos comúnmente observados en los pacientes con PRS, como la opacificación o velamiento, la hiperostosis focal, el borramiento o erosión paredes óseas, obtenidos a través de TC y de patrón contorneado cerebriforme y extensión neoplásica extra-nasosinusal, logrados a través de RMN.

En el 91 % de los estudios de TC en pacientes con PRS se observaron imágenes con diferentes grados de opacificación o velamiento, que fueron coincidentes con la lesión endoscópicamente observada. Las imágenes de opacificación tomográfica observadas, se presentaron en un 60 % de los casos del lado derecho, en un 39 % de los mismos del lado izquierdo y en un 1 % en ambos lados.

La presencia una imagen de opacificación tomográfica indica inicialmente, la ubicación anatómica y el grado de extensión del proceso patológico existente en las cavidades nasosinuales. En este sentido, el compromiso anatómico de este hallazgo involucró parcialmente una cavidad nasal y un SPN en un 11 % de los casos, en un 35 % de los pacientes el compromiso comprometió la totalidad de una cavidad nasal y un SPN, en el 26 % de los casos la opacificación abarcaba la totalidad de la cavidad nasal y dos SPN, en el 19 % de los pacientes este hallazgo afectaba toda la cavidad nasal y más de dos SPN y en el 1 % de los casos la opacificación fue identificada en ambos lados anatómicos.

La hiperostosis focal en los estudios de TC ha sido considerada como una señal predictiva del área de adhesión anatómica de los PRS y el sitio de origen de esta lesión. La hiperostosis focal en los estudios de TC en los pacientes con PRS, fue identificada en el 79 % de los casos. Este hallazgo tomográfico se identificó en la Pared lateral nasal en el 32 % de los pacientes, en el interior del seno Maxilar en el 15 % de los casos, en el seno Etmoidal anterior en el 12 %, en los senos Etmoidal posterior y Frontal en el 2 % de los casos y en seno Esfenoidal en el 5 % de los pacientes. La hiperostosis focal fue localizada en dos o más compartimientos anatómicos en el 12 % de los pacientes evaluados.

Los estudios de TC pusieron evidencia signos de erosión y destrucción de paredes óseas en el 84 % de los pacientes estudiados. En referencia a este punto, es pertinente aclarar que este hallazgo puede observarse en paredes óseas críticas o colindantes anatómicamente con órganos delicados como la cavidad orbitaria y la base del cráneo o comprometer paredes óseas no críticas, las cuales no están contiguas a órganos anatómicos sensibles, como el septum nasal, los cornetes y la pared lateral nasal.

La afectación ósea ocasionada por los PRS, comprometió paredes óseas no críticas en un 69 % de los casos y en un 16 % de los casos esta alteración se observó en paredes óseas críticas.

En los pacientes en los que se evidenció el hallazgo de erosión de paredes óseas críticas, en el 9 % de los casos, dicha alteración se afectaba la pared orbitaria, 6 % la base de cráneo y en un 1 % de los casos, esta perturbación afectó ambas paredes anatómicas.

Los estudios de RMN en las secuencias ponderadas en T1 sin contraste y T2 con contraste, revelaron la presencia de imágenes con señales de hipo e hiperintensidad en el interior de las neoplasias, denominadas como “patrón contorneado cerebriforme”, en un 86 % de los casos con PRS. Adicionalmente, los estudios de RMN también señalaron que en el 16 % de estos casos con PRS, se evidenciaron signos notorios de extensión y progresión tumoral extra-nasosinusal. La verificación correlativa de los estudios de RMN de todos estos pacientes con sus respectivos estudios de TC, fue congruente con la presencia de erosión de paredes óseas críticas.

Sobre el total de los hallazgos diagnósticos identificados en los pacientes con PRS, apreciamos que en todos los pacientes con PRS estudiados se evidenció una lesión polipoidea endoscópicamente y los hallazgos de opacificación nasosinusal, erosión de paredes óseas e hiperostosis focal demostradas por TC y de patrón contorneado cerebriforme descubiertos en RMN, fueron constatados en un 91 %, 84 %, 79 % y 86 % de los casos, respectivamente (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de la frecuencia de los hallazgos endoscópicos e imagenológicos observados en los pacientes con PRS.

Hallazgo clínico	Pacientes
Lesión polipoidea (endoscópico)	100 % (n=103)
Opacificación / Velamiento (TC)	91 % (n=91)
Erosión paredes óseas (TC)	84% (n=87)
Hipersostosis focal (TC)	79 % (n=81)
Patrón cerebriforme (RMN)	86 % (n=89)

Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico La Floresta de Caracas.

Los hallazgos endoscópicos e imagenológicos observados, permitieron valorar la localización, tamaño y extensión de las neoplasias para su correspondiente estadificación, utilizando para ello la escala propuesta por Krouse¹.

Según este instrumento de categorización de los PRS por Estadio ampliamente utilizado para este propósito, el 31 % de los pacientes estudiados se ubicaron en el Estadio I de la enfermedad, el 28 %, en el Estadio II, el 25 % en el Estadio III y el 16 % en el Estadio IV. De acuerdo a los resultados obtenidos, la proporción de los pacientes registrados fue descendiendo en la medida que la categoría de esta escala progresaba en la magnitud de severidad de la enfermedad (Cuadro 2).

La estadificación de efectuada, permitió calificar sí la Enfermedad nasosinusal neoplásica esta delimitada a las cavidades nasosinusales o si estamos en presencia de una enfermedad avanzada con compromiso extra-nasosinusal.

Partiendo de esta condición, el tratamiento realizado en los casos de lesiones delimitadas, fue el de la Resección endoscópica completa

Cuadro 2: Distribución de la frecuencia porcentual de pacientes clasificados por la Escala de Estadificación de Krouse⁷² en los pacientes con PRS, que categoriza los casos registrados según la localización, tamaño y extensión de la enfermedad.

Estadio (Escala de Krouse)	Características	Pacientes
I	Tumor confinado a la cavidad nasal (puede localizarse en una pared o región de la cavidad nasal o puede ser voluminoso y extenso dentro de la cavidad nasal, pero no debe extenderse a los senos paranasales o al compartimento extra nasal)	31 % (n=32)
II	Tumor limitado al el Complejo ostio-meatal y/o seno Etmoidal y a la porción medial y/o superior del seno Maxilar, con o sin afectación de la cavidad nasal.	28 % (n=29)
III	Tumor que afecta las paredes lateral, inferior, superior, anterior o posterior del seno Maxilar, el seno Esfenoidal o el seno (Frontal con o sin afectación de la porción medial del seno Maxilar, los senos Etmoidales o la cavidad nasal	25 % (n=26)
IV	Tumor rebasa las cavidades nasales y/o sinusales, involucrando estructuras contiguas adyacentes como la Órbita, la cavidad craneal, región naso-facial o el espacio Pterigomaxilar	16 % (n=16)

Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico La Floresta de Caracas.

en el 81 % de los casos y en los pacientes con enfermedad nasosinusal avanzada se les practicó la resección endoscópica a través de debulking de la lesión, en el 18 % de los pacientes y solo en uno de los pacientes tratados, se le practicó una la resección con debulking endoscópico combinado con un abordaje externo. Intraoperatoriamente el área adhesión tumoral fue identificada en diferentes áreas anatómicas, observando un 67 % de coincidencia predictiva con respecto al hallazgo de hiperostosis focal constatados en los estudios de TC preoperatorios.

Todas lesiones reseçadas quirúrgicamente fueron remitidas en su totalidad por el estudio anatomopatológico correspondiente y los resultados reportados fueron de PI en un 67 %, de PF en el 30 % y de PO en el 3 % de los casos. Un 3 % de los es presentaron malignización histológica asociada y estuvo relacionada en todos los casos, con PI recurrentes.

La distribución por edad, sexo, origen anatómico del tumor, recurrencia y asociación de malignidad concomitante y la relación observada con respecto a los diferentes subtipos de PRS en los pacientes de este estudio, revelaron que el PI se presentó en pacientes con edades comprendidas entre los 9 y 80 años y fue mas frecuente en el sexo masculino en una relación de 3:1. El PF se observó predominantemente en pacientes con edades comprendidas entre los 18 a 36 años y fue mas frecuente en el sexo masculino en una relación de 5:1 y el PO en pacientes con edades de 60 a 70 años y fue observado solo en el sexo masculino. Las áreas de adhesión intraoperatoria de todos los PI y PO resecados, se localizaron predominantemente en la pared lateral nasal, el receso Esfenoetmoidal y en el interior de todos los SPN, a diferencia de lo observado en los PF cuya área de adhesión característica fue el vestíbulo nasal y el septum nasal. La recidiva tumoral observada estuvo relacionada en el 31 % de los casos con los PI, en el 11 % de los casos con los PF y el 1 % de los pacientes con PO.

La incidencia de enfermedad recurrente observada fue del 33 %. En referencia a este grupo de pacientes, cabe destacar, que cuando se solicitó una re-evaluación de los especímenes tumorales resecados en la cirugía realizada anteriormente, se observaron inconsistencias con

el diagnóstico histopatológico previo en 24 % de los casos y en el 9 % de estos casos, no se pudo obtener ninguna información de estudio histopatológico previo, ni tampoco fue posible acceder, a ningún reporte o material de estudio histopatológico.

De acuerdo a lo observado, se desprende que la incidencia de pacientes con PRS recurrentes, que presentaron reportes histopatológicos previos que no señalaban tal condición, expresada en la tasa de falsos negativos fue del 24 %, en comparación al grupo de pacientes con enfermedad recurrente con reportes diagnósticos acertados, el cual fue del 67 %.

Después de realizada la confirmación histopatológica de los PRS, se correlacionaron los diferentes hallazgos endoscópicos e imagenológicos realizados previamente, con el propósito de analizar los niveles de predicción, fiabilidad y concordancia estadística para medir el grado de confianza en acertar con un diagnóstico de PRS a través de los estudios diagnósticos realizados. Los niveles de valoración predictiva, significancia y concordancia estadística encontrados fueron óptimos en todos los pacientes con PRS con los hallazgos de una lesión polipoidea identificada endoscópicamente y los mismos revelaron buenos resultados para cada uno de los hallazgos imagenológicos evaluados (Cuadro 3).

El grado de exactitud diagnóstica de cada uno de los hallazgos identificados en los diferentes estudios diagnósticos realizados en los pacientes con PRS, basados en los niveles de sensibilidad y valores predictivos positivos registrados permitieron establecer una correlación ideal y firme, donde la media global promedio observada, se encuentra en un nivel del 88 % (Figura 1).

Con el propósito de valorar la importancia del establecimiento de un alto índice de sospecha clínica cualitativa en el diagnóstico de los PRS, partiendo del hallazgo inicial de una lesión polipoidea endonasal, es pertinente hacer el análisis correlativo de este hallazgo, contrastado con cada uno de las variables imagenológicas identificadas en los pacientes con PRS, cuando se establece este alto índice de sospecha cualitativo, en el contexto de la tarea diagnóstica de este tipo de neoplasias.

Cuadro 3. Niveles de predicción, fiabilidad y concordancia estadística de cada uno de estos hallazgos endoscópicos e imagenológicos en pacientes con PRS. La valoración del grado de confianza en acertar con un diagnóstico de PRS a través de los estudios diagnósticos realizados, fue óptima en todos los pacientes con PRS que presentaron evidencia endoscópica de lesión polipoidea identificada endoscópicamente y de una opacificación tomográfica nasosinusal. De igual forma, los mismos niveles de valoración predictiva, significancia y concordancia estadística, revelan resultados buenos para el resto de los hallazgos imagenológicos de hiperostosis focal, erosión de paredes óseas y patrón contorneado cerebriforme.

Estudio	Hallazgo	Pacientes con hallazgo +	Pacientes con hallazgo -	Sensibilidad Especificidad	VP+ VP-	Índice Verdaderos -	Test Fisher κ Cohen
Endoscópico	Masa de aspecto polipoideo lobulada	100 % (n=103)	0 % (n=0)	100 %	100 %	0	< 0,00001 1
Imagenológico (TC)	Opacificación (lesión precoz) o Velamiento	91 % (n=91)	9 % (n=9)	91 %	91 %	9 %	< 0,00001 0,82
	Hiperostosis focal	79 % (n=81)	21 % (n=22)	79 %	79 %	12 %	< 0,00001 0,62
	Erosión de paredes óseas	84 % (n=71 + 16)	16 % (n=16)	84 %	84 %	16 %	< 0,00001 0,67
Imagenológico (RMN)	Patrón cerebriforme	86 % (n=89)	14 % (n=14)	86 %	86 %	7 %	< 0,00001 0,73

Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico La Floresta de Caracas.

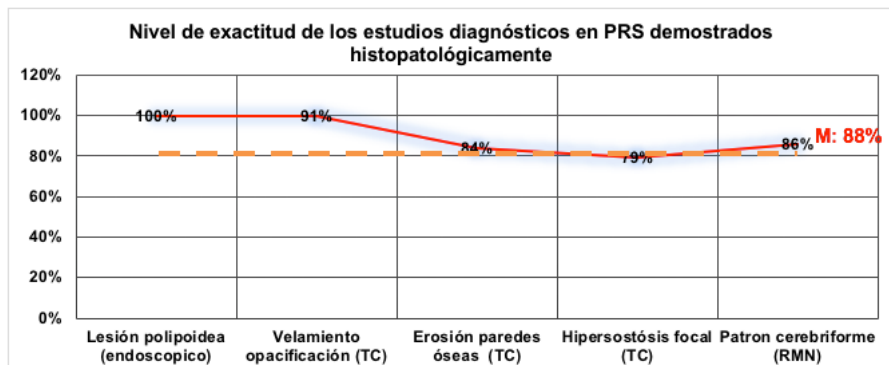


Figura 1. Valoración correlativa del grado de exactitud diagnóstica de cada uno de los hallazgos identificados a través de los estudios endoscópicos e imagenológicos realizados en pacientes con PRS estimados mediante de los niveles de sensibilidad y valores predictivos positivos registrados, los cuales permitieron establecer un grado de correspondencia ideal y firme, con un 90 % (media global promedio) de precisión diagnóstica [línea punteada en verde]. Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico La Floresta de Caracas.

La valoración pormenorizada de cada una de las comparaciones correlativas revela niveles de predicción, fiabilidad y el efecto en el nivel de influencia de probabilidad diagnóstica excelentes en todas asociaciones de contingencia planteadas. Los niveles de influencia de probabilidad diagnóstica en todas las comparaciones realizadas a través del *Test de Cohen d*, arrojaron coeficientes que evidencian un alto efecto en el nivel de influencia de probabilidad diagnóstica (Cuadro 4).

En virtud de los niveles de influencia de probabilidad diagnóstica observados en cada uno de los hallazgos diagnósticos comúnmente observados en los PRS se formuló un instrumento correlativo denominado EIS, que utiliza como como criterios clínicos, cada una de estas evidencias endoscópicas e imagenológicos, designando en los PRS y tienen una puntuación cuantitativa.

Cuadro 4. Niveles de predicción, fiabilidad y el efecto en el nivel de influencia de probabilidad diagnóstica en los pacientes con PRS cuando se establece un alto índice de sospecha cualitativo ante la evidencia inicial de una lesión polipoidea endonasal y esta es correlacionada con cada uno de los otros hallazgos imagenológicos observados en estos pacientes. La valoración correlativa pormenorizada de cada una de las comparaciones correlativas revela excelentes en todas asociaciones de contingencia planteadas. El nivel de influencia de probabilidad diagnóstica registrados todas las comparaciones correlativas arrojan coeficientes que evidencian un alto efecto en el nivel de influencia de eficiencia diagnóstica en los pacientes con PRS estudiados en esta investigación.

Hallazgos endoscópicos e Imagenológico	Pacientes positivos	Pacientes negativos	Sensibilidad	Tasa Verdaderos -	μ	σ	T Tests Cohen d	Tests Fisher (valor p) *
Lesión polipoidea (endoscopia)	103	0	91 %	9 %	51,1	72,83	0,66	< 0,00001
Opacificación/ Velamiento (TC)	91	9			97	66,47		
Lesión polipoidea (endoscopia)	103	0	78,6 %	21 %	51,1	72,83	0,78	< 0,00001
Hiperostosis focal (TC)	81	22			92	15,556		
Lesión polipoidea (endoscopia)	103	0	84 %	16 %	51,1	72,83	0,84	< 0,00001
Erosión paredes óseas (TC)	87	16			95	11,313		
Lesión polipoidea (endoscopia)	103	0	86,4 %	14 %	51,1	72,83	0,86	< 0,00001
Patrón cerebriforme (RMN)	89	14			96	9,899		

Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Medico la Floresta de Caracas.

Cada uno de los criterios diagnósticos considerados, tienen en su mayoría una puntuación individual de 1, a excepción del patrón contorneado cerebriforme que tiene 2 puntos, ya que este hallazgo solo es el mas característico en la mayor parte de los PRS, inusual en otras neoplasias y esta ausente en todos los procesos inflamatorios rinosinusales (Cuadro 5).

Cuadro 5. Criterios diagnósticos endoscópicos e imagenológicos considerados y puntuación asignada en la formulación de la EIS para el diagnostico de los PRS.

Criterios diagnósticos por hallazgos endoscópico -imagenológicos	Puntaje
Poliposis lobulada nasal (endoscopia)	1
Opacificación nasosinusal (TC)	1
Hiperostosis focal (TC)	1
Remodelación/erosión pared ósea (TC)	1
Patrón contorneado cerebriforme (RM)	2

Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico La Floresta de Caracas.

La sumatoria del puntaje de criterios resultantes, proporciona un grado de estimación diagnóstica de PRS, que advierte un valor cuantitativo predictivo indicativo de sospecha de estas lesiones, de acuerdo a los tres niveles de IS establecidos en esta escala (bajo, moderado o alto) (Cuadro 6).

El muestreo estratificado de todos los pacientes con PRS analizados en esta investigación, en relación con el grado de IS en el que fueron identificados durante el proceso diagnóstico (endoscópico e imagenológico), se valoraron los niveles de sensibilidad, especificidad,

Cuadro 6. Niveles o grados de presunción diagnóstica de PRS y sus correspondientes rangos de puntuación.

Grado	Índice Sospecha	Puntuación
I	Bajo	1 - 2
II	Moderado	3 - 4
III	Alto	5 - 6

Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico La Floresta de Caracas.

valores predictivos y niveles de probabilidad de influencia y fiabilidad diagnóstica, observados en los pacientes con PRS diagnosticados de acuerdo a la EIS diseñada.

A través de esta EIS se detectó un 19 % de los casos a con una puntuación de IS baja. Todos los pacientes con lesiones descubiertas en este nivel de IS fueron coincidentes con lesiones precoces. El 31 % de los pacientes fueron descubiertos con IS moderado y el 50 % de los pacientes fueron precisados con un IS alto. A través de esta EIS, se apreció que la sumatoria de pacientes identificados con IS bajo y moderado corresponden al 50 % del total de pacientes evaluados. Las estimaciones calculadas a través del test *d* de Cohen arrojaron coeficientes que señalan que un nivel de influencia de probabilidad diagnóstica que fortalece con claridad la EIS, en la medida que los niveles de IS van en aumento, arrojando un nivel de superioridad diagnóstica de bajo efecto en los casos con IS bajo y moderado y de mediano efecto en los pacientes con un IS alto. Igualmente se observaron que los registros de fiabilidad registradas en las correlaciones de contingencia planteadas en los diferentes grados de EIS calculadas a través del test de Fisher, arrojaron resultados estadísticamente significativos, que respaldan la confianza en este instrumento de valoración diagnóstica cuantitativa de los PRS (Cuadro 7).

Valoración diagnóstica correlativa de los Papilomas Rinosinuales a través de una Escala de Índice de Sospecha

Cuadro 7. Valoración de los niveles de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos (VP+) y niveles de probabilidad de influencia y fiabilidad diagnóstica de acuerdo al grado de IS de la EIS en el que fueron identificados durante el proceso de diagnóstico endoscópico e imagenológico. La suposición diagnóstica de la EIS permitió identificar un 19 % de lesiones precoces (IS bajo), 31 % de PRS en etapas poco desarrolladas (IS moderado) y 50 % de lesiones más desarrolladas (IS alto). Los grados de influencia de probabilidad diagnóstica fortalecen con claridad la EIS con coeficientes (test d de Cohen) que indican un nivel de superioridad diagnóstica de bajo efecto en los casos con IS bajo y de mediano efecto en los PRS identificados con IS moderado y alto. Las medidas de fiabilidad registradas en las correlaciones de contingencia planteadas en los diferentes grados de EIS, arrojaron resultados estadísticamente significativos (test de Fisher), que respaldan la confianza en este instrumento de valoración diagnóstica cuantitativa de los PRS.

Índice Sospecha	Pacientes +	Error Estándar	Intervalo de confianza para 95 %	Intervalo de confianza para 99 %	Intervalo de Sensibilidad	Pacientes -	Test Fisher (valor p) *	Test Cohen d
					VP+			
Grado I (IS bajo)	19 % - (n=19)	0,03818	0,109 - 0,259	0,086 - 0,282	19 %	82 % - (n=84)	< 0,00001	0,2
Grado II (IS moderado)	31 % - (n=32)	0,04561	0,222 - 0,4	0,194 - 0,428	31 %	69 % - (n=71)	< 0,00001	0,3
Grado III (IS alto)	50 % - (n=52)	0,04926	0,408 - 0,602	0,378 - 0,632	51 %	50 % - (n=51)	< 0,00001	0,5

Fuente: Unidad de Otorrinolaringoscopia del Instituto Médico La Floresta de Caracas.

De acuerdo a los niveles predictivos observados en los pacientes con PRS identificados a través de la EIS como verdaderos positivos, se perfila una curva con una tendencia progresivamente creciente, en la medida que los niveles de IS basados en la puntuación correlativa de criterios endoscópicos e imagenológicos va en aumento (Figura 2).

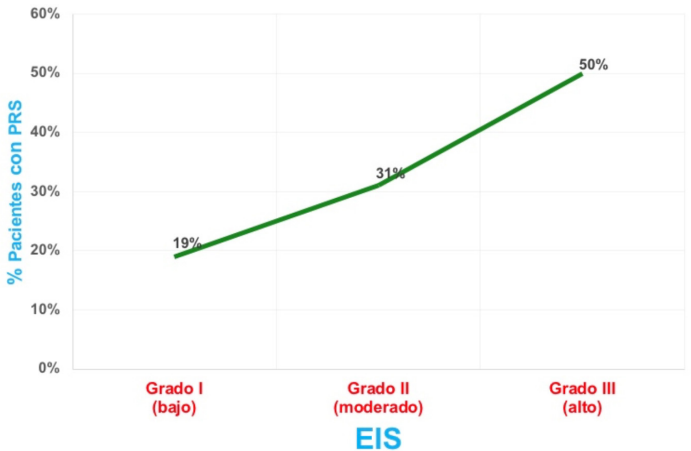


Figura 2. Curva de valoración predictiva observados en los pacientes con PRS identificados a través de la EIS como verdaderos positivos.
Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico La Floresta de Caracas.

Al relacionar los grados de IS cuantitativos en relación con los diferentes sub tipos histológicos de PRS diagnosticados, observamos que la mayor parte de las lesiones diagnosticadas con IS bajo y moderados, fueron los PF y la mayor parte de los PI y PO fueron identificados con IS alto y moderado.

Basados en esta observación se deduce que el nivel predictivo de los PF de acuerdo a esta EIS es más considerable para los IS bajo y moderado, en el orden del 17 % y 13 % de los casos estudiados respectivamente. La mayor parte de estos PF fueron diagnosticados

en etapas precoces y poco desarrolladas y la enfermedad recurrente observada en este tipo de papilomas fue del 4 %.

Por otra parte, la mayor parte de los PI fueron identificados principalmente en el grado de IS alto, en el orden de 50 % de los casos, seguidos de un 17 % de los casos precisados con un IS moderado y en un 1 %, con un IS bajo. La enfermedad recurrente observada en este tipo de papilomas fue de 28 % de los pacientes. Los PO, aunque fueron las lesiones los menos diagnosticadas, fueron descubiertas predominantemente en etapas con moderado y alto IS en un 2 % y 1 % respectivamente. La enfermedad recurrente observada en este tipo de papilomas recurrentes se presentó en un 1 % de los casos (Cuadro 8).

Cuadro 8. Valoración de los niveles de predicción diagnóstica de los pacientes con PRS de acuerdo al sub tipo histológico identificado de acuerdo a la EIS.

Tipo histológico	EIS			Presentación clínica	Pacientes (%)
	Grado I (IS bajo)	Grado II (IS moderado)	Grado III (IS alto)		
PF	17 % (n=18)	13 % (n=13)	-	Enfermedad primaria: 26 % (n=27) Enfermedad recurrente: 4 % (n=4)	30 % (n=31)
PI	1 % (n=1)	17 % (n=18)	50 % (n=5)	Enfermedad primaria: 39 % (n=40) Enfermedad recurrente: 28 % (n=29)	67 % (n=69)
PO	-	2 % (n=2)	1 % (n=1)	Enfermedad primaria: 2 % (n=2)	3 % (n=3)

Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico La Floresta de Caracas.

La factibilidad de establecer una correlación diagnóstica oportuna y óptima en la identificación de PRS en etapas tempranas tomando como guía la EIS propuesta, es notablemente potencial, basados en los niveles de valoración predictiva, significancia, concordancia e influencia de probabilidad diagnóstica analizados.

Reforzando la argumentación señalada, al calcular la Prueba de Hipótesis Estadística apoyado en los diferentes parámetros para este propósito, la Hipótesis Nula de mi investigación (en dos colas) para un nivel de significancia del 0.5 % ($z = 0,02$) es un rechazada y aceptada la hipótesis alternativa planteada en mi investigación (Cuadro 9).

Los pacientes con PRS avanzados sin malignización histológica demostrada y con malignización concomitante, ameritan un análisis independiente. Este grupo de pacientes representó el 19 % del total de casos analizados, de los cuales 18 % de los casos correspondieron a PI y un 1 % a PO. En estos casos solo se registro un 3 % de pacientes con malignización histológica asociada, por lo tanto, el 16 % de los pacientes investigados en este grupo, no tuvieron malignidad histológica comprobada, a pesar del comportamiento clínico agresivo evidenciado. Todos estos pacientes recibieron además de la cirugía realizada, tratamiento coadyuvante con radioterapia. El 3 % de los pacientes con PRS con malignización concomitante, solo un 2 % recibieron tratamiento coadyuvante con RT y QT. Uno de estos pacientes rehusó a este tratamiento.

Los estudios diagnósticos realizados en todos los casos con enfermedad avanzada sin malignización concomitante, se pudo advertir un comportamiento biológico de la enfermedad agresivo y anatómicamente destructivo. Los subtipos histológicos relacionados en estas circunstancias correspondieron a papilomas del tipo PI y PO. La edad promedio de presentación clínica observada en estos casos fue de 67,5 años de edad y el sexo afectado fue el masculino en una proporción del 80 %. La enfermedad recurrente en los PRS avanzados tuvo una incidencia del 94 %, especialmente en los PI, particularmente en los PI, que fueron los PRS mas comunes en este grupo de pacientes. Las áreas de adhesión y extensión extra-nasosinusal de estas neoplasias

Cuadro 9. Comprobación de Hipótesis Estadística apoyada en los diferentes parámetros para su cálculo, que validan la Escala de Índice de Sospecha (nivel de significancia estadística del 0.5%, $z = 0,02$) como una herramienta útil de estimación diagnóstica predictiva de los PRS.

Índice Sospecha	Pacientes +		σ		σ		x̄		μ		Z Score	
	Pacientes +	Total Pacientes	Pacientes +	Pacientes +	Pacientes +	Pacientes +	Pacientes -	Total Pacientes	Total Pacientes -	Valor p		
Grado I (IS bajo)	19 % - (n=19)	4 596	4 596	82 % - (n=84)	51,5	2 758	1 662	34,33	69 % - (n=71)	82	10,89	p < 0,00001
Grado II (IS moderado)	31 % - (n=32)	2 758	2 758	34,33	51,5	1 662	69 % - (n=71)	69,67	50 % - (n=51)	82	10,89	p < 0,00001
Grado III (IS alto)	50 % - (n=52)	0,70711	0,70711	50 % - (n=51)	0,70711	0,70711	50 % - (n=51)	50 % - (n=51)	50 % - (n=51)	0,70711	10,89	p < 0,00001

Fuente: Unidad de Otorrinolaringoscopia del Instituto Médico La Floresta de Caracas.

severas, afectaron la orbita en un 56 % de los casos, la base del cráneo en un 38 % de los pacientes y en un 1 % el compromiso identificado fue bilateral con extensión orbitaria intracraneal y nasofacial.

La evolución y el pronóstico observado en todos los pacientes tratados fue estratificada de acuerdo a la extensión de la enfermedad neoplásica efectuada a través de estadificación de los PRS. En el 82 % de los pacientes tratados con enfermedad delimitada, 22 % de ellos tuvieron enfermedad recurrente. El periodo de seguimiento de control promedio en estos casos fue de 28 años, se pudo evidenciar un control absoluto de la enfermedad tumoral en el 72 % de los casos y solo un 9 % de estos casos, presentaron recidivas de la enfermedad ulteriores.

Por otra parte, del 18 % de los pacientes tratados con enfermedad extensa, el 16 % de ellos con enfermedad severa sin malignización asociada y el 3 % con malignización histológica concomitante, se identificó un 10 % de los casos de enfermedad recurrente. En este subgrupo todos los pacientes con enfermedad severa sin malignización asociada, recibieron tratamiento coadyuvante con RT con técnicas emergentes (RTIM y RVAM) y cuyo periodo de seguimiento promedio fue de 15 años. Los pacientes de este subgrupo presentaron durante el periodo de tratamiento, complicaciones menores y reversibles, ocasionadas por la toxicidad por la Rt, como dermatitis y rinitis actínica, costras nasales, epífora, alopecia focal. En todos estos pacientes, el control de la enfermedad neoplásica fue del 100 %, sin aparición de nuevas recurrencias.

En el subgrupo de pacientes con enfermedad severa con malignización concomitante representó el 3 % de los casos estudiados, todos a excepción de 1 paciente. recibieron tratamiento coadyuvante con RT con técnicas emergentes (RTIM y RVAM) y QT concurrente. El caso que no se sometió a este tratamiento, sus familiares rehusaron al mismo alegando la edad avanzada y las comorbilidades sistémicas del paciente. La mortalidad registrada fue del 3 % y se observó en los pacientes que presentaron malignidad asociada (Cuadro 10).

Valoración diagnóstica correlativa de los Papilomas Rinosinuales a través de una Escala de Índice de Sospecha

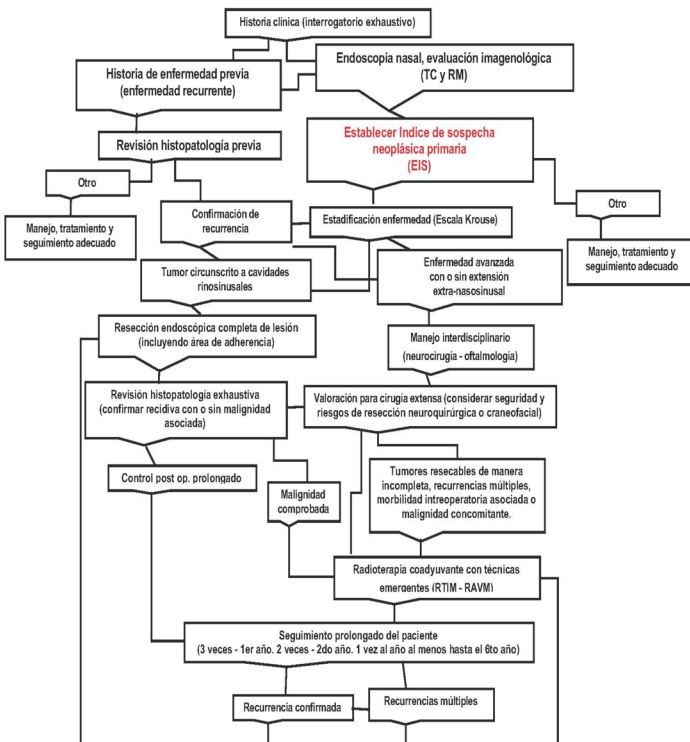
Cuadro 10. Evolución y el pronóstico observado en todos los pacientes tratados de acuerdo a la categorización de la enfermedad efectuada a través de estadificación de los PRS.
* Un paciente rehusó al tratamiento.

Enfermedad	Tratamiento implementado	Pacientes (n=84)	Enfermedad recurrente (n=23)	Malignidad asociada enfermedad	Rango seguimiento recurrencias (28 años)	Complicaciones posttratamiento (Promedio tiempo control)	Aparición nuevas	Control de enfermedad	Mortalidad
Enfermedad delimitada	Resección endoscópica completa	82 % (n=84)	22 % (n=23)	-	1993 -2021 (28 años)	-	9 % (n=9)	72 % (n=74)	-
Enfermedad avanzada	Resección endoscópica citoreductora (debulking)	16 % (n=16)	15 % (n=15)	-	2006-2021	Toxicidad por Rt (dermatitis y rinitis actínica, costras nasales, epifora, alopecia focal)	No	16 % (n=16)	-
Tratamiento coadyuvante (Rt, y/o Qt.)		2 % (n=2) *	3 % (n=3)	3 % (n=3)	(15 años)				3 % (n=3)

Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Medico la Floresta de Caracas.

La diversidad de escenarios posible de presentación clínica de los PRS, representadas en el algoritmo de manejo integral de estas neoplasias (**Esquema 1**), pone de manifiesto el carácter desafiante de esta enfermedad, estableciendo la importancia de la identificación oportuna de estas lesiones en las etapas iniciales de la labor diagnóstica, que faciliten una mayor tasa de diagnóstico precoz y adviertan las decisiones y acciones apropiadas, que optimicen su tratamiento, evolución y pronóstico.

Esquema 1: Algoritmo de manejo integral de los PRS.



Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Medico la Floresta de Caracas.

DISCUSIÓN

Los papilomas son lesiones neoplásicas benignas, que se asientan en cualquier tejido epitelial. Sin embargo, su presencia en las cavidades nasosinuales, despiertan un interés muy especial, debido a las tres características propias de estos tumores, que los diferencian de otros tumores nasosinuales, así como también de otros papilomas, localizados en otros epitelios del cuerpo humano. Estas características particulares son: su potencial actividad de destrucción local, su alta tasa de recurrencia y su riesgo de transformación maligna (2).

Estas neoplasias representan 0,4 a 5 % de todos los tumores primarios nasales, con una incidencia de 0,2-0,6 casos por 100 000 habitantes por año, siendo el Papiloma Invertido, el sub-tipo histológico de PRS mas frecuente (3-5).

A pesar de ser lesiones raras en adultos jóvenes y mucho mas raras en adolescentes y niños, la literatura la ha reportado en pacientes entre los rangos de edad, comprendidos entre los 6 a los 90 años (6,10). Los hombres se ven afectados 4 veces más que las mujeres (11).

Estas neoplasias representan 0,4 a 5 % de todos los tumores primarios nasales, con una incidencia de 0,2 a 0,6 casos por 100 000 habitantes por año, siendo el Papiloma Invertido, el sub-tipo histológico de PRS más frecuente (4,5,12). Los hombres se ven afectados 4 veces más que las mujeres (11,12).

En su evolución clinica, estas lesiones suelen ser asintomaticas en sus etapas iniciales, su diagnóstico es complejo y exigente y cuando la enfermedad es avanzada, su tratamiento va a ser mucho mas complejo y desafiantes. Los PRS usualmente son lesiones unilaterales y asintomáticas, en etapas tempranas de crecimiento. La sintomatología de este tipo de lesiones se manifiesta sólo después de que el tumor ha alcanzado un volumen significativo y pueden ocasionar obstrucción nasal, secreciones nasales, sangrado, cefaleas, alteraciones del olfato y manifestaciones audiológicas y oftalmológicas (13).

Cuando el paciente no es evaluado endoscópicamente en la consulta rutinaria, la lesión es inadvertida y puede manifestarse tiempo

después, como una lesión voluminosa, que puede llegar a exteriorizarse en el orificio nasal del paciente (13). En esta circunstancia el paciente puede además hiposmia o anosmia, epífora, epistaxis, cefaleas y algias cráneo faciales, proptosis, diplopía, entumecimiento e inflamación facial (12-15).

En esta investigación los PRS representaron el 5 % del total de pacientes que presentaron lesiones polipoideas descubiertas en la población investigada en esta investigación y el 0,4 % del total de historias clínicas verificadas con diferentes patologías otorrinolaringológicas. Este tipo de neoplasias, se presentaron predominantemente en pacientes del sexo masculino en una relación de 7:3 sobre el sexo femenino y las edades de los pacientes afectados, se ubicaron en el rango de los 9 a 80 años y el grupo etario mas afectado fue el de los pacientes, con edades comprendidas entre los 51 a 60 años.

La obstrucción nasal fue el síntoma mas referido en los pacientes estudiados y en segundo lugar las secreciones nasales. Otros síntomas como la cefalea, la hipoacusia y la epífora se registraron alrededor del 30 %. Es importante destacar que el 9 % de los pacientes analizados no presentaron ningún tipo de sintomatología, pero presentaron lesiones de aspecto polipoideo identificadas endoscópicamente de manera casual.

La incidencia de la mayor parte de los diferentes hallazgos diagnósticos endoscópicos e imagenológicos observados en nuestra investigación, son coincidentes con lo descrito por diferentes autores (3,4,12,22,27,32-34). Sin embargo, hay que destacar que la mayor de los hallazgos comúnmente reportados en los PRS a pesar de haber sido extensamente analizados en la literatura de manera individualizada, escasamente han sido evaluados de manera correlativa, poniendo además sobre relieve, que pocos autores han enfatizado la importancia rutinaria del enfoque bimodal rutinario, de diagnóstico imagenológico con TC y RM con contraste (25,27,31).

La escala de Índice de Sospecha propuesta en esta investigación, utiliza como criterios clínicos, todas las evidencias endoscópicas e imagenológicas que usualmente son observadas en los PRS y a través del puntaje asignado a cada uno de los parámetros asignados se permite

establecer de manera correlativa, los grados o niveles de presunción diagnóstica de estas lesiones.

La identificación de lesiones precoces y poco desarrolladas identificadas en nuestra investigación a través de esta escala fue significativa y se ubicó en el 19 % en contraste con la incidencia señalada por algunos autores, que la ubican en menos del 1 % (35,36).

De acuerdo a esta escala, se observó que la identificación de neoplasias precoces y poco avanzadas fue mayor en nuestro estudio cuando comparamos la frecuencia de lesiones estadificadas por diferentes autores (37-45). En una investigación multicéntrica realizada por Attlmayr et al. (46) se reportó que de la revisión de 18 estudios publicados, la mayor parte de los PRS fueron identificados en Estadios III y II de acuerdo a la escala de Krouse¹ Los resultados comparativos informados en este estudio resaltan que lo reportado en el último estudio analizado en este reporte realizado por el autor de esta investigación en 94 pacientes, fue predominantemente mas notable en pacientes con el Estadio I de la enfermedad (lesiones precoces y poco desarrolladas) (47).

Desde el punto de vista diagnóstico es importante destacar que ante la presencia de una lesión polipoidea nasal, si no se establece un alto índice de sospecha, un PRS o cualquier otra neoplasia pueden pasar inadvertidos. El establecimiento de un alto índice de sospecha en este punto, suscita la realización de estudios diagnósticos complementarios, que pueden ser esclarecedores en el diagnóstico de enfermedad tumoral (17,18).

En este sentido, también es pertinente destacar el estudio realizado por Tritt et al. (18) en 301 pacientes con poliposis nasal que fueron resecaos endoscópicamente en su totalidad, el diagnóstico histopatológico exhaustivo de las lesiones fueron coincidentes con procesos inflamatorios (rinosinusitis crónica y rinosinusitis alérgica fúngica) en un 73 % y un 27 % de los casos correspondieron a procesos neoplásicos, de los cuales el PI se observó en un 16 % de los especímenes de tejido analizados. En este último estudio, los PF, PO y otros tumores nasosinusales representaron el 6 % de los casos (Figura 3).

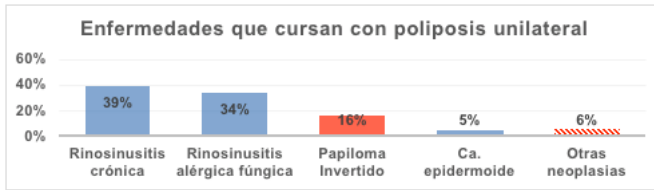


Figura 3. Distribución de pacientes con pólipos nasales resecados endoscópicamente en su totalidad reportados por Tritt et al. (18) en 301 pacientes. El examen histopatológico exhaustivo reportó un 73 % de las lesiones coincidentes con procesos inflamatorios (rinosinusitis crónica y rinosinusitis alérgica fúngica) y un 27 % de los casos correspondieron a procesos neoplásicos, de los cuales el PI se observó en un 16 % de los especímenes de tejido analizados. Los PF, PO y otros tumores nasosinusales representaron el 6 % de los casos.

Fuente: Tritt S, McMains K, Kountakis SE. Unilateral nasal polyposis: clinical presentation and pathology. Amer Jour Otolar. 2008;29(4):230-2.

Partiendo del establecimiento de un alto índice de sospecha, el plan de trabajo diagnóstico contempla la realización de estudios radiológicos a través de un enfoque bimodal de diagnóstico imagenológico, conformado por TC y RMN con contraste (19). Estos estudios permiten identificar de manera individualizada y correlativa, evidencias y signos comúnmente presentes en los PRS, que van a ser claves en el diagnóstico oportuno de estas lesiones y en la implementación de una conducta terapéutica diligente y eficiente.

Los estudios de TC representan el *Gold Standard* para el estudio radiológico de la enfermedad inflamatoria crónica y neoplásica de la nariz y senos paranasales, ya que ofrece la posibilidad de realizar reconstrucciones anatómicas utilizando algoritmos de tejidos óseo y blandos (20). A medida que este tipo de lesiones crecen y se extienden fuera de los límites de la anatomía nasosinusal, los estudios de tomografía computada pueden revelar alteraciones como: erosión

cortical, destrucción, remodelación, esclerosis y engrosamiento de hueso subyacente, especialmente en las paredes orbitarias, el techo etmoidal, la pared posterior del seno maxilar, la fosa Pterigopalatina, las placas pterigoideas, las paredes del seno Esfenoidal y las paredes anterior o posterior del seno frontal (21) . Sin embargo, es importante destacar que los PRS y la enfermedad inflamatoria nasosinusal pueden a menudo revelar signos en los estudios de TC que pueden ser comunes y por lo tanto, no ser concluyentes para asegurar el diagnóstico de estas neoplasias, especialmente en los casos de enfermedad precoz o poco avanzada, ya que estos estudios por sí solos no pueden precisar los límites de la densidad de un tejido tumoral y diferenciarlas del volumen ocupado por secreciones retenidas dentro de las cavidades sinusales (22,23).

Por tal motivo, diferentes autores (24-32) señalan que la valoración clínica de los PRS debe ser estudiada a través una estrategia bimodal de diagnóstico imagenológico con TC y RMN con contraste, considerando el papel de este último estudio como determinante en la identificación del volumen de una masa tumoral y la presencia de secreciones retenidas, así como también la existencia de alteraciones extra-rinosinuales, en los casos de tumores extensos. Adicionalmente, los estudios de RMN con contraste puede revelar signos característicos en este tipo de tumores, especialmente en los PI y los PO, caracterizados por la presencia de un patrón peculiar de estrías o bandas alternas de hipo e hiperintensidad en el interior de estos tumores, que han sido denominados como “patrón contorneado cerebriforme” (24,25).

La incidencia de los diferentes hallazgos diagnósticos endoscópicos e imagenológicos observados en nuestra investigación, son coincidentes con lo descrito por diferentes autores (4,12,13,15,23-34). Sin embargo, hay que destacar que la mayor parte de la literatura publicada, valoran las características e implicaciones de cada uno de estos hallazgos de manera individualizada.

Es importante subrayar, que los PRS y la enfermedad inflamatoria nasosinusal pueden a menudo revelar signos en estudios de TC que pueden ser comunes y por lo tanto, no concluyentes para asegurar el

diagnóstico de los PRS, especialmente en los casos de enfermedad precoz o poco avanzada. En estos casos, el rol de la RMN con contraste en la valoración diagnóstica de los PRS es altamente esclarecedor, porque revelan señales distintivas de los PRS, Inusuales en otras neoplasias y ausentes en los procesos inflamatorios severos. Adicionalmente, los estudios de RMN también ponen de manifiesto la presencia de indicios de progresión y extensión neoplásica extra-nasosinusal. En tal sentido la valoración radiológica de los PRS debe ser investigada a través de una estrategia bimodal de diagnóstico imagenológico con TC y RMN con contraste (22,26,28,30,32).

Los estudios endoscópicos e imagenológicos permiten estadificar los PRS, de acuerdo a la ubicación anatómica y extensión de las lesiones identificadas en cada uno de los pacientes. Para la estadificación en nuestro estudio se empleó la Escala de Krouse¹ que es un instrumento cuantitativo objetivo ampliamente utilizado para este propósito, que clasifica los PRS en cuatro estadios. La estadificación de la enfermedad, permite categorizar si la PRS, anatómicamente está delimitado a las cavidades nasosinusales o si compromete estructuras colindantes como las cavidades orbitarias o craneal. Partiendo de esta condición, el tratamiento realizado en los casos de lesiones delimitadas, es la Resección endoscópica completa y en los casos de lesiones voluminosas y avanzada, la resección endoscópica combinada con un abordaje externo.

En el caso de PRS muy avanzados, la resección endoscópica completa puede conllevar a serios riesgos de complicaciones intraoperatorias. En estos casos, está indicada la extirpación citorreductora de la mayor parte de la lesión tumoral (debulking tumoral) asociada a tratamientos coadyuvantes con RT y QT, en los casos con malignización concomitante y con RT en los casos de enfermedad severa sin malignización.

De acuerdo a esta escala, se observó que la identificación de neoplasias precoces y poco avanzadas fue mayor en nuestro estudio cuando comparamos la frecuencia de lesiones estadificadas por diferentes autores (8,9,41,44,45,48-50). En una investigación multicéntrica realizada por Attlmayr et al. (46) se reportó que de la revisión de 18

estudios publicados en el que el autor de esta tesis esta incluido, la mayor parte de los PRS fueron identificados en Estadios III y II de acuerdo a la escala de Krouse¹. Los resultados comparativos informados en este estudio resaltan que lo reportado en el estudio realizado en nuestro país en 94 pacientes en el 2017, el 33 % de los pacientes con estas fueron identificados en Estadio I (lesiones precoces y poco desarrolladas) (47). (Cuadro 11).

A este respecto se debe insistir en el hecho de que los PRS endoscópicamente tienen un aspecto polipoideo sólido y de morfología lobulada y a simple vista pueden ser interpretadas como pólipos nasales inflamatorios. A menudo, la presencia de lesiones polipoideas precoces no se acompañan de síntomas y pueden ser identificadas de manera fortuita. Cuando ante la presencia de este hallazgo de enfermedad neoplásica una posible lesión precoz o poco desarrollada, puede fácilmente pasar inadvertida. La incidencia advertida de neoplasias nasosinusales en pacientes con pólipos unilaterales reportada por algunos autores es del 26 %, de los cuales papilomas 16 % correspondieron solo a papilomas del tipo invertido (18,37,38,51).

Por este motivo, la utilidad de la biopsia incisional realizada en la consulta es cuestionada por diferentes autores que advierten un sensible riesgo de falsos positivos reportados, que oscila entre el 15 % y el 28 % (18,37,39,50,51).

Por otra parte, la toma de biopsias en el consultorio de una lesión nasal, a pesar de que es un procedimiento sencillo cuando se realiza endoscópicamente, requiere una buena anestesia local, la cooperación del paciente y la recolección de una muestra representativa de tejido para un óptimo de muestreo de tejido, lo cual puede acarrear ocasiona sangrado significativo (52-56). En nuestra experiencia particular hemos optado por resección lo mas ampliamente posible de la lesión en un escenario quirúrgico seguro, para su estudio histopatológico exhaustivo.

Después de realizada la estadificación de las neoplasias, los pacientes fueron tratados quirúrgicamente y las lesiones resecaadas endoscópicamente fueron remitidas en su totalidad por el estudio histopatológico correspondiente.

Cuadro 11. Distribución de la frecuencia porcentual de pacientes clasificados por la Escala de Estadificación de Krouse72 con PRS, en una investigación multicéntrica realizada por Attlmayr et al. 88 basada en la revisión de 18 estudios publicados, la mayor parte de los PRS fueron identificados en Estadios III y II de acuerdo a la escala mencionada. Los resultados comparativos reportados en este estudio resaltan que lo reportado en el estudio realizado en nuestro país en 94 pacientes en el 2017, el 61% de los pacientes con estas fueron identificados en Estadio I y II (lesiones precoces y poco desarrolladas).

Estudio	País	Lapso estudio	Pacientes	Estadio I	Estadio II	Estadi0 III	Estadio IV
Sciarretta et al. 2014	Italia	1994-2012	110	8	45	56	1
Kim et al. 2012	Corea del sur	1998-2007	578	42	240	272	24
Lombardi et al. 2011	Italia	1991-2009	212	16	78	104	14
Gras-Cabrerizo et al.	España	1978-2008	79	8	31	35	5
Durucu et al. 2009	Turquía	1994-2008	56	6	16	25	9
Mackle et al. 2008	Francia	1992-2004	55	8	26	18	3
Woodworth et al. 2007	USA	1992-2006	114	12	33	53	16
Minovi et al. 2006	Alemania	1989-2004	87	11	37	37	2
Wolfe et al. 2004	USA	1992-2001	50	8	12	25	5
Pasquini et al. 2004	Italia	1980-2001	86	9	55	17	5
Xiao-Ting et al. 2013	China	1998-2008	156	26	33	94	3
Kim et al. 2008	Corea del sur	1986-2006	136	23	71	41	1
Sautter et al. 2007	USA	1983-2005	68	19	18	23	8
De Sousa et al.	Venezuela	1993-2015	94	31	26	21	16
Total			1881	227	721	821	112

Fuente: Attlmayr B., Derbyshire S.G., Kasbekar A.V., Swift A.C. Management of inverted papilloma: Review. J. Laryngol. Otol. 2017;131:284-289.

Intraoperatoriamente se apreció un nivel de coincidencia congruente entre el área de adhesión tumoral y la presencia de hiperostosis focal en los estudios de TC según lo reportado por diferentes autores que señalan que la presencia de este hallazgo tomográfico es un signo altamente predictivo del sitio de adhesión tumoral y del origen anatómico del PRS (23,33,55).

Los resultados del examen histopatológico de las lesiones remitidas es una labor exclusiva del anatomopatólogo actuante y puede ser en algunos casos compleja y puede estar sujeta a errores de muestreo, imprecisiones y equivocaciones.

Es importante destacar que los PRS pueden coexistir histopatológicamente con pólipos inflamatorios y cuando el muestreo del espécimen tumoral no es exhaustivamente examinado, el diagnóstico histológico puede ser interpretado erróneamente como “pólipos fibroinflamatorios” (50,53,57). En tal sentido, la comunicación interdisciplinaria entre el cirujano y el anatomopatólogo tratante, debe ser estrecha y este último debe estar debidamente informado sobre las características de la neoplasia reseada, sus áreas de adhesión anatómica y las zonas macroscópicamente dudosas, las cuales deben ser referidas y marcadas, en el espécimen tumoral remitido para su estudio y el muestreo histológico de la lesión debe ser minucioso.

En referencia a los diferentes subtipos histológicos de PRS reportados en nuestra investigación, los resultados observados señalan que los PI, fueron predominantemente las lesiones más notificadas, seguidas por los PF. La mayor parte de lo informado por otros autores, señalan que la mayor incidencia registrada fue para los PI y PF (4,13-16,38,39,58,59) (Cuadro 12).

La tasa de falsos negativos observadas en los pacientes con enfermedad recurrente en nuestra investigación fue del 33 % y las mismas han sido reportadas por otros autores entre el 17 % y el 77 % (55,56,60,61).

El muestreo histológico insuficiente de los especímenes tumorales, es una de las causas más señaladas de inconsistencias diagnósticas, tomando en consideración que, en la periferia de estas

Cuadro 12. Incidencia de los diferentes subtipos histológicos de PRS reportados por diferentes autores.

Autor	Total	Papiloma Invertido	Papiloma Fungiforme	Papiloma Oncocítico
Hyams (4)	315	50 % (n=156)	47 % (n=149)	3 % (n=10)
Michaels et al. (16)	191	19 % (n=36)	73 % (n=139)	8 % (n=16)
Buchard et al. (3)	82	23 % (n=19)	71 % (n=58)	6 % (n=5)
Sarkar et al. (64)	35	6 % (n=2)	69 % (n=24)	26 % (n=9)
Weiner et al. (12)	105	78 % (n=82)	2 % (n=2)	20 % (n=21)
De Sousa et al. (2)	94	62 % (n=58)	37 % (n=35)	1 % (n=1)
Total	822	43 % (353)	50 % (409)	62 (8 %)

neoplasias, los PRS pueden coexistir histológicamente con poliposis inflamatoria y debido a ello, existe una cerrada controversia entre diferentes autores (50,52,53,57,63) quienes además cuestionan la efectividad diagnóstica de las biopsias incisionales de lesiones de este tipo realizadas en el consultorio o en ambientes no quirúrgicos y el análisis histopatológico de la totalidad de la masa de tejido patológico resecado de manera amplia. En referencia a este punto, también es importante tomar en consideración un estudio multicéntrico realizado por Peng et al. (63) los reportes de PRS recurrentes oscilan entre el 2 % y 77 %, con una media porcentual promedio del 24 % y los informes de malignización asociada de ubican entre el 0 % y 13 %. En este estudio, fue considerado un trabajo realizado por el autor de esta investigación (2) (Cuadro 13).

Completada la información diagnóstica de los PRS desde el punto de vista histopatológico, es pertinente destacar que los niveles de precisión y exactitud diagnóstica observados en la correlación de los estudios endoscópicos e imagenológicos realizados, revelaron un alto nivel de confiabilidad en el momento de verificar la sospecha de este tipo de neoplasias, mas aún cuando los hallazgos iniciales de este tipo de lesiones, como lo es la presencia de un pólipos nasosinusal, se

Cuadro 13. Incidencia de enfermedad recurrente y malignización asociada en PRS reportada en un estudio multicéntrico realizado por Peng et al. (63) los reportes de lesiones recurrentes oscilan entre el 2 % y 77 %, con una media porcentual promedio del 24 % y de malignización asociada ubicada entre el 0 % y 13 %.

Autor y año	Nº Pacientes	% Recidiva	% Malignización
Cummings et al. (1970)	29	77	-
Hymas et al. (1971)	149	45	13
Lawson et al. (1983)	31	3	5
Weissler et al. (1986)	223	47	5
Waitz et al. (1992)	51	18	4
Vrabec et al. (1994)	101	2	8
Mc. Cary et al. (1994)	24	21	-
Lund et al. (2000)	37	16	-
Sanderson et al. (1999)	78	10	4
Bertrand et al. (2000)	85	18	4
Klimek et al. (2000)	55	18	5
Schlosser et al. (2001)	21	4	-
Han et al. (2001)	31	10	10
Thorp et al. (2001)	53	28	9
Henríquez et al. (2003)	10	30	10
De Sousa et al. (2017)	94	33	3
	1 041	24	5

Fuente: Peng R, Thamboo A, Choby G, Ma Y, Zhou B, Hwang PH. Outcomes of sinonasal inverted papilloma resection by surgical approach: An updated systematic review and meta-analysis. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2019;9(6):573-581.

relaciona en gran medida, a enfermedades inflamatorias que presentan una mayor prevalencia e incidencia en la población. A pesar de la baja prevalencia que presentan los PRS, el establecimiento de un alto índice de sospecha y los niveles de precisión y exactitud de cada estudio diagnóstico indicado, son correlativamente complementarios, en el

proceso de validación y fiabilidad diagnóstica de este tipo de tumores y en especial, de la detección de lesiones precoces, las cuales tienden a ser asintomáticas y según diferentes autores se detectan incidentalmente en menos del 1 % de los casos (35,36).

La enfermedad avanzada con extensión extra-nasosinusal observada en nuestra investigación fue del 18 % y los pacientes de este grupo recibieron tratamientos adicionales a la cirugía. Solo un 3 % de estos casos, presentaron malignización histológica asociada (Ca epidermoide) y estuvieron relacionados con PI. (Figura 4 y 5).

La eficacia de la radioterapia coadyuvante en estos pacientes con PI y PO biológicamente agresivos y sin malignización asociada demostró su

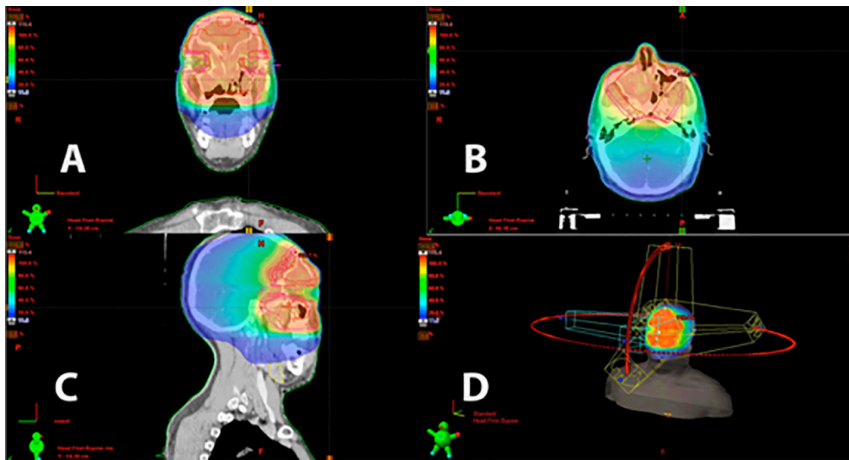


Figura 4. Reconstrucción anatómica en 3D de un estudio de TC para planificación dosimétrica de RT con técnicas emergentes (RAVM) en un paciente con un PI con extensión orbitaria del lado derecho. El uso de la imagen guiada 3D proporciona la planificación del tratamiento sobre el área tumoral que recibirá la correcta administración de la radiación (resaltada en rojo) y en la que además se advierten, los márgenes de seguridad que recibirán menos cantidad de radiación (demarcadas en anaranjado) y los órganos críticos entre tumor y tejido sano que no deben recibir radiación (en verde y azul). Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico La Floresta de Caracas.

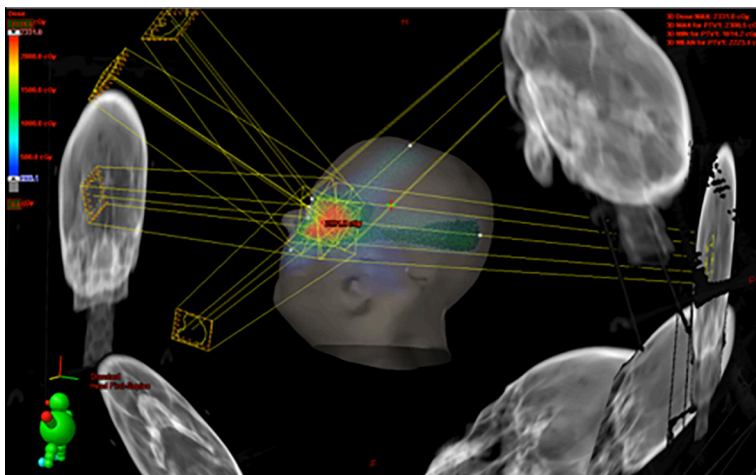


Figura 5. Imágenes de TC coronal (A), axial (B) y sagital (C) de planificación dosimétrica de tratamiento con RT con técnicas emergentes en un paciente con un PI recurrente bilateral sin malignización asociada, con extensión intracraneal, orbitaria y cráneo-facial. En las imágenes de TC planificación para el tratamiento radiante, las diferentes proyecciones radiológicas están demarcadas por el equipo de radioterapeutas y físicos nucleares, el área tumoral objetivo (en rojo), los márgenes de seguridad que recibirán menos cantidad de radiación (anaranjado), los órganos críticos entre tumor y órganos críticos entre tumor y tejido sano que no deben recibir radiación (verde y azul) con las respectivas unidades de monitorización de radiación. (D) Reconstrucción anatómica en 3D con Múltiples haces de radiación con modulación de intensidad rotacional no coplanar (RVAM) que señalan los vectores de entrada y salida de la radiación. Con esta configuración de tratamiento se preserva de los órganos circundantes fue posible gracias a esta configuración.

Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico La Floresta de Caracas.

eficacia y ha sido también reportada por varios autores (65-79). La RT con técnicas emergentes (RTIM Y RVAM) se basa en la administración de la radiación de manera adaptada a la geometría de la lesión, pudiendo

proporcionar mayores cantidades de dosis a las zonas con mayor actividad tumoral y protegiendo de modo más eficiente los órganos de riesgo circundantes a la lesión. El desarrollo de esta modalidad de RT satisface el desafío de administrar una dosis de radiación tumoricida en un volumen relativamente grande en las inmediaciones de órganos críticos radiosensibles (nervios ópticos, ojos, quiasma óptico y cerebro), proporcionando una conformidad de dosis superior en comparación con la radioterapia convencional asociada con una alta toxicidad (catarata radical, síndrome del ojo seco causado por la pérdida de la función de la glándula lagrimal, retinopatía o incluso ceguera causada por la irradiación de la apertura óptica (nervio óptico y quiasma) (77-79). La RVAM, administra la radiación con modulación de intensidad rotacional y posee ventajas sobre la técnica de RTIM, al disminuir el tiempo de tratamiento y el número de unidades de monitorización de radiación (78,79).

La experiencia y la utilidad del tratamiento combinado con resección endoscópica y RT con técnicas de emergentes, en pacientes con PI y PO avanzados sin malignización concomitante, ha sido documentada en algunas publicaciones por el autor de la presente investigación, que han descrito la eficiencia en el control del comportamiento agresivo de estas lesiones y el pronóstico de los pacientes con PRS en estadio avanzado (77-79).

La evolución clínica y el pronóstico de los pacientes tratados con enfermedad delimitada, a través de un periodo de seguimiento promedio de 28 años fue muy aceptable, con una incidencia del 9 % nuevas recidivas de la enfermedad. Por otra parte, el 16 % de ellos con enfermedad severa sin malignización asociada, pero con un comportamiento biológico agresivo de la enfermedad, que recibieron tratamiento coadyuvante con técnicas emergentes de RT, demostraron durante el período de seguimiento promedio de 15 años una evolución óptima, en la enfermedad neoplásica fue controlada en todos los pacientes, sin la aparición de nuevas recurrencias. La mejoría observada en este grupo de pacientes fue ostensible, incluso en algunos casos con enfermedad neoplásica preocupante (Figuras 6 y 7).

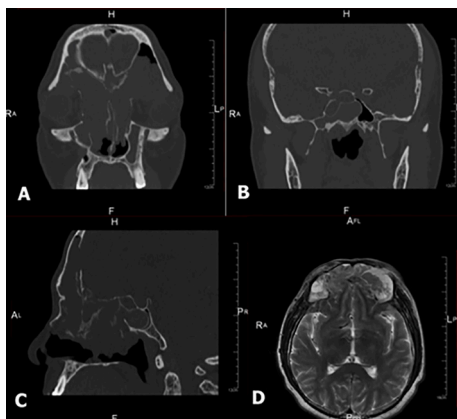


Figura 6. Correlación de imágenes de TC y RM de los SPN previas del paciente descrito en la Figura 29. (A) TC coronal en la que se aprecia un importante velamiento en todos los senos paranasales, ocasionado por una masa que se expande hacia la base del cráneo y las paredes orbitarias, ocasionando una seria alteración de la arquitectura rinosinusal, con desplazamiento lateral de las paredes mediales de ambas órbitas. Son evidentes las áreas de borramiento y engrosamiento óseo focal (hiperostosis) en las paredes orbitarias de ambos lados y en la base anterior del cráneo. Igualmente se observa una invasión evidente de la lesión desde el seno frontal izquierdo, hacia la cavidad orbitaria, la cual ocasiona un notable desplazamiento hacia afuera y hacia abajo del globo ocular correspondiente. (B) TC coronal en el que se aprecia un velamiento significativo del seno Esfenoidal, con borramiento de la pared latero superior. (C) TC sagital en el que se aprecia una opacificación completa del seno frontal, las celdillas Etmoidales y el seno Esfenoidal, siendo notorio un extenso defecto de la pared posterior del seno Frontal, con una marcada distorsión y áreas de engrosamiento de la pared ósea (hiperostosis focal) del área naso frontal. (D) RM axial T2, en el que se aprecia una masa sólida en el seno Frontal, con extensión intracraneal, que ejerce efecto de masa en ambos lóbulos frontales cerebrales, sin infiltrarlo, evidenciándose en el interior de dicha masa, cambios de señal hipointensas e hiperintensas de aspecto en el interior de la masa neoplásica (patrón contorneado cerebriforme).

Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico la Floresta de Caracas.

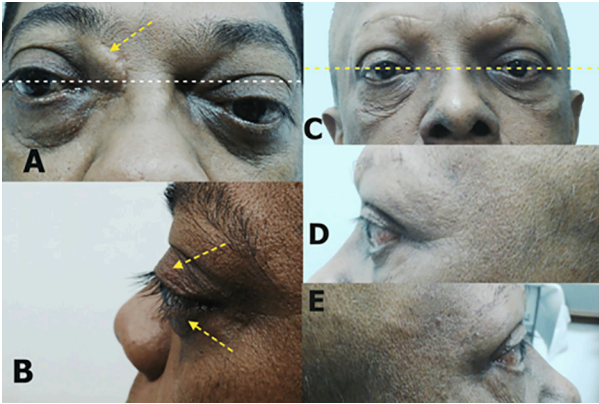


Figura 7. Imágenes del 1/3 medio facial correspondientes al paciente señalado en la Figuras 29 y 30, antes y después del tratamiento quirúrgico y coadyuvante con RT. (A y B) Imágenes frontal y lateral respectivamente del 1/3 medio facial del paciente previas al tratamiento, en la que se aprecian alteraciones faciales evidentes ocasionadas por la extensión de la tumoración a partes blandas en la región naso-facial, con hipertelorismo, aumento de volumen fluctuante en la región órbita frontal derecha, acompañadas de hipotropía, exotropía y protrusión o exoftalmos del globo ocular, el cual estaba más acentuado del lado izquierdo. (C, D y E) Imágenes frontal, lateral izq. y lateral derecha del mismo paciente después del 6^o mes del tratamiento con RT. La disminución de las alteraciones naso-faciales y oculares disminuyeron significativamente, constatándose desde el punto de vista endoscópico un manifiesto control del tumor nasosinusal.

Fuente: Unidad de Otorrinolaringoendoscopia del Instituto Médico La Floresta de Caracas.

La mortalidad observada en nuestra investigación fue del 3 % y correspondió a aquellos pacientes con PRS con malignización asociada, los cuales habían recibido tratamiento coadyuvante con RT y QT.

En virtud del análisis de los resultados obtenidos y del esclarecimiento de la primera de las interrogantes planteadas

en la hipótesis de la investigación realizada, surgió el diseño de un instrumento de valoración diagnóstica cuantitativa y práctica, que he denominado Escala de Índice De Sospecha (EIS), basada en los criterios diagnósticos endoscópicos e imagenológicos y la relevancia predictiva de cada uno de estos parámetros.

A través de este aporte inédito, fue posible verificar objetivamente en nuestra investigación, el nivel confiabilidad diagnóstica atribuible a esta EIS, en la identificación de una significativa tasa de pacientes con lesiones precoces que se ubicó en el 19 % de los casos analizados, seguidas de un 31 % de pacientes detectados con un índice de sospecha con una puntuación intermedia y un 50 % de pacientes con índice de sospecha con una puntuación alta.

Adicionalmente a través de esta misma EIS se logró apreciar que la mayor proporción de pacientes con PF en nuestra investigación fueron diagnosticados en etapas de la enfermedad precoces y poco avanzadas y la mayor cantidad de pacientes con PI y PO fueron identificados en etapas más y moderadamente avanzadas.

Finalmente, de acuerdo a todas las consideraciones teóricas revisadas y a los resultados presentados, se derivó la formulación de un Algoritmo de manejo clínico y terapéutico de los PRS inédito, basado en los diferentes escenarios posibles de presentación y evolución de la enfermedad, el cual puede facilitar una mayor tasa de diagnóstico precoz cuando partimos del establecimiento de un alto IS de enfermedad neoplásica, contemplando en las diferentes etapas de manejo clínico de los PRS, decisiones y acciones apropiadas que optimizaran el tratamiento, la evolución, el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

A diferencia de los escasos algoritmos publicados por otros autores, referidos al diagnóstico de la enfermedad unilateral de los SPN (80) y al manejo quirúrgico del PI en el seno frontal (81), el algoritmo de manejo clínico y terapéutico de los PRS planteado en esta investigación, provee un enfoque más completo y exhaustivo, de los diferentes escenarios de presentación clínica de esta enfermedad neoplásica compleja y desafiante.

CONCLUSIONES

Los PRS son lesiones neoplásicas que al igual que el resto de los tumores de la nariz y los SPN, representan una de las afecciones otorrinolaringológicas más desafiantes.

La dificultad en el diagnóstico temprano de los PRS se debe a que las lesiones neoplásicas nasosinusales se desarrollan en un espacio anatómico cerrado, que usualmente no causan síntomas en sus etapas iniciales de desarrollo y sus síntomas se manifiestan en etapas tardías.

El diagnóstico precoz de los PRS es infrecuente y la primera señal que manifiesta es la presencia de una lesión de aspecto polipoideo que puede ser descubierta de manera fortuita en pacientes asintomáticos o en presencia de manifestaciones incipientes de obstrucción nasal.

La presencia de una lesión endonasal de aspecto polipoideo debe suscitar un alto índice de sospecha de una neoplasia nasosinusal, en los que los PRS están incluidos. En este sentido, la factibilidad de identificar PRS en etapas tempranas es potencialmente probable, cuando partimos del establecimiento de un alto índice de sospecha y se propician otros estudios complementarios correlativos, que pueden mostrar señales imagenológicas que son características en este tipo de neoplasias y facilitan el esclarecimiento de su diagnóstico clínico oportuno y su posterior estadificación para un tratamiento apropiado.

El análisis de los niveles de predicción, probabilidad de influencia y fiabilidad diagnóstica correlativa registrados en la escala cuantitativa de índice de sospecha propuesta en la presente investigación, validan este instrumento como una herramienta de orientación y valoración diagnóstica práctica y aplicable, que contribuye de manera considerable a la identificación temprana de estas neoplasias y facilita su diagnóstico clínico oportuno en las diferentes etapas de su progreso de la enfermedad.

El tratamiento oportuno y la resección completa de las lesiones controlan sustancialmente el progreso y favorecen el pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, en los PRS avanzados con comportamiento biológicamente agresivo, así como en las lesiones recurrentes, incluso sin la coexistencia de malignización histológica concomitante, existen

opciones de tratamiento esperanzadoras con cirugía citoreductora (debulking tumoral) combinada con RT, con buenos resultados en el control de la evolución de la enfermedad, la aparición de nuevas recurrencias y el pronóstico de estos escenarios desafiantes de la enfermedad.

Algorítmicamente es factible orientar de manera pormenorizada y secuencial, la conducta apropiada que posibilite esclarecer el diagnóstico de un PRS y recomiende las posibilidades de tratamiento adecuado de manera oportuna, de acuerdo a los diferentes escenarios de evolución clínica de esta enfermedad y optimizar, la respuesta frente al tratamiento aplicado, su evolución y pronóstico de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Krouse JH. Development of a staging system for inverted papilloma. *Laryngoscope*. 2000;110:965-968.
2. Sousa A, Sandrea M, Urdaneta-Lafée N, Abreu PA, Quintana LE, De Sousa AC. Sinonasal papillomas in a private referral otorhinolaryngology centre: Review of 22 years experience. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2017;68(5):251-261.
3. Buchwald C, Franzmann MB, Tos M. Sinonasal papillomas: A report of 82 cases in Copenhagen County, including a longitudinal epidemiological and clinical study. *Laryngoscope*. 1995;105(1):72-79.
4. Hyams VJ. Papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1971;80(2):192-206.
5. Outzen KE, Grøntvold A, Jørgensen K, Clausen PP, Ladefoged C. Inverted papilloma: Incidence and late results of surgical treatment. *Rhinology*. 1996;34(2):114-118.
6. Stanley RJ, Kelly JA, Matta II, Falkenberg J. Inverted papilloma in a 10-year-old boy. *Arch Otolaryngol*. 1984;110:813-815.
7. Eavey RD. Inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses in childhood and adolescence. *Laryngoscope*. 1985;95:17-23.

8. D'Angelo AJ, Marlowe A, Marlowe FI, McFarland M. Inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses in children. *Ear Nose Throat J.* 1992;71:264-266.
9. Ozcan C, Görür K, Talas D. Recurrent inverted papilloma of a pediatric patient: Clinico-radiological considerations. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2005;69(6):861-864.
10. De Sousa A, Sandra M, De Sousa AC. Papiloma invertido rinosinusal en una niña de nueve años Inverted rhinosinusal papilloma in a 9-year-old girl. *Pediatría.* 2016;49(3):95-99.
11. Marcial-Rojas RA, De Leon E. Epithelial papilloma of nose and accessory sinuses. *Arch Otolaryngol.* 1963;77:634-639.
12. Weiner JS, Sherris D, Kasperbauer J, Lewis J, Li H, Persing D. Relationship of human papillomavirus to Schneiderian papillomas. *Laryngoscope.* 1999;109(1):21-26.
13. Ridolfi RL, Lieberman PH, Erlandson RA, Moore OS. Schneiderian papillomas: A clinicopathologic study of 30 cases. *Am J Surg Pathol.* 1977;1:43-53.
14. Batsakis JG. The pathology of head and neck tumors: Nasal cavity and paranasal sinuses. *Head Neck Surg* 2 . 1980;2:410-419.
15. Christensen WN, Smith RRL: Schneiderian papillomas: A clinicopathologic study of 67 cases. *Human Pathology.* 1986;7:393-400.
16. Michaels L. Benign mucosal tumors of the nose and paranasal sinuses. *Semin Diagn Pathol.* 1996;13(2):113-117.
17. Sousa A, Sandra M, Urdaneta-Lafée N, Abreu PA, Quintana LE, De Sousa AC. Sinonasal papillomas in a private referral otorhinolaryngology centre: Review of 22 years experience. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2017;68(5):251-256.
18. Tritt S, McMains K, Kountakis SE. Unilateral nasal polyposis: clinical presentation and pathology. *Am J Otolaryngol.* 2008;29(4):230-232.
19. Ojiri H, Ujita M, Tada S, Fukuda K. Potentially distinctive features of sinonasal inverted papilloma on MR imaging. *AJR Am J Roentgenol.* 2000;175:465-468.

20. Maranm AGD, Lund VJ. Tumors of the Nose and Sinuses. In: Maran AGD, Lund VJ, editors. *Clinical Rhinology*. Thieme, Stuttgart, New York, 1990.p.140-177.
21. Lund VJ. Optimum management of inverted papilloma. *J Laryngol Otol*. 2000;114:194-197.
22. Som PM, Dillon WP, Sze G, Lidov M, Biller HF, Lawson W. Sinonasal tumours and inflammatory tissues: Differentiation with MRI. *Radiology*. 1988;172:763-766.
23. Head CS, Sercarz JA, Luu Q, Collins J, Blackwell KE. Radiographic assessment of inverted papilloma. *Acta Otolaryngol*. 2007;127(5):515-520.
24. Jeon TY, Kim HJ, Chung SK, Dhong HJ, Kim HY, Yim YJ, et al. Sinonasal Inverted Papilloma: Value of Convoluted Cerebriform Pattern on MR Imaging. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2008;29:1556-1560.
25. Ojiri H, Ujita M, Tada S, Fukuda K. Potentially distinctive features of sinonasal inverted papilloma on MR imaging. *AJR Am J Roentgenol*. 2000;175:465-468.
26. Oikawa K, Furuta Y, Oridate N, Nagahashi T, Homma A, Ryu T, et al. Preoperative staging of sinonasal inverted papilloma by magnetic resonance imaging. *Laryngoscope*. 2003;113:1983-1987.
27. Maroldi R, Farina D, Palvarini L, Lombardi D, Tomenzoli D, Nicolai P. Magnetic resonance imaging findings of inverted papilloma: Differential diagnosis with malignant sinonasal tumors. *Am J Rhinol*. 2004;18:305-310.
28. Gomaa MA, Hammad MS, Abdelmoghny A, Elsherif AM, Tawfik HM. Magnetic Resonance Imaging Versus Computed Tomography and Different Imaging Modalities in Evaluation of Sinonasal Neoplasms Diagnosed by Histopathology. *Clin Med Insights Ear Nose Throat*. 2013;26(6):9-15.
29. Lloyd GAS, Lund VJ, Phelps PD, Howard DJ. Magnetic resonance imaging in the evaluation of nose and paranasal sinus disease. *Br J Radiology*. 1987;60:957-968.

30. Lanzieri CF, Shah M, Krauss D, Lavertu P. Use of gadolinium-enhanced MR imaging for differentiating mucoceles from neoplasm in the paranasal sinuses. *Radiology.* 1991;178:425-428.
31. Yousem DM, Fellows DW, Kennedy DW, Bolger WE, Kashima H, Zinreich SJ. Inverted papilloma: Evaluation with MR imaging. *Radiology.* 1992;185(2):501-505.
32. Karkos PD, Khoo LC, Leong SC, Lewis-Jones H, Swift AC. Computed tomography and/or magnetic resonance imaging for pre-operative planning for inverted nasal papilloma: Review of evidence. *J Laryngol Otol.* 2009;123(7):705-709.
33. Bhalla RK, Wright ED. Predicting the site of attachment of sinonasal inverted papilloma. *Rhinology.* 2009;47(4):345-348.
34. Yousem DM, Fellows DW, Kennedy DW, Bolger WE, Kashima H, Zinreich SJ. Inverted papilloma: Evaluation with MR imaging. *Radiology.* 1992;185(2):501-505.
35. Zagólski O, Kulisiewicz J, Drazek R. Inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses. *Otolaryngologia Polska.* 1999;53(4):413-415.
36. Zabolotnyi D, Zabolotna D, Zinchenko D, Tsvirinko I, Kizim Y. Diagnosis and treatment of patients with sinonasal inverted papilloma. *Georgian Med News.* 2020;306:31-37.
37. Lombardi D, Tomenzoli D, Buttà L, Bizzoni A, Farina D, Sberze F, et al. Limitations and complications of endoscopic surgery for treatment for sinonasal inverted papilloma: A reassessment after 212 cases. *Head Neck.* 2011;33(8):1154-1161.
38. Lisan Q, Laccourreye O, Bonfils P. Sinonasal inverted papilloma: From diagnosis to treatment. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2016;133(5):337-341.
39. Saha S, Ghosh A, Sen S, Chandra S, Biswas D. Inverted papilloma: A clinico-pathological dilemma with special reference to recurrence and malignant transformation. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;62(4):354-359.

40. Larget I, Bastier PL, De Gabory L. External versus endoscopic approach in the management of 131 sinonasal inverted papillomas. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2015;136(1):3-7.
41. Karkos PD, Fyrmpas G, Carrie SC, Swift AC. Endoscopic versus open surgical interventions for inverted nasal papilloma: A systematic review. *Clin Otolaryngol*. 2006;31(6):499-503.
42. Minovi A, Kollert M, Draf W, Bockmuhl U. Inverted papilloma: Feasibility of endonasal surgery and long-term results of 87 cases. *Rhinology*. 2006;44:205-210.
43. Lane AP, Bolger WE. Endoscopic management of inverted papilloma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;14(1):14-18.
44. Busquets JM1, Hwang PH. Endoscopic resection of sinonasal inverted papilloma: A meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;134(3):476-482.
45. Kraft M, Simmen D, Kaufmann T, Holzmann D. Long-term results of endonasal sinus surgery in sinonasal papillomas. *Laryngoscope*. 2003;113:1541-1547.
46. Attlmayr B, Derbyshire SG, Kasbekar AV, Swift AC. Management of inverted papilloma: Review. *J Laryngol Otol*. 2017;131:284-289.
47. Sousa A, Sandra M, Urdaneta-Lafée N, Abreu PA, Quintana LE, De Sousa AC. Sinonasal papillomas in a private referral otorhinolaryngology centre: Review of 22 years experience. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2017;68(5):251-261.
48. Anari S, Carrie S. Sinonasal inverted papilloma: Narrative review. *J Laryngol Otol*. 2010;124(7):705-715.
49. Kadapa NPB, Reddy LS, Reddy V, Kumuda P, Reddy MVV, Rao LM. Nasal Endoscope: An Armamentarium in the Management of Sinonasal Inverted Papilloma. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;66(2):200-204.
50. Mariño F, De los Santos G, Giribet A, Aguirre A, Alonso J, Wansley D, et al. Incidental Histopathologic Finding of Sinonasal Inverted Papilloma Among Surgically Excised Polyps Increases the Risk of Tumor Recurrence. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;71(Suppl 3):1910-1917.

51. Han MW, Lee BJ, Jang YJ, Chung YS. Clinical value of office-based endoscopic incisional biopsy in diagnosis of nasal cavity masses. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;143:341-347.
52. Llorente JL, Suárez C, Moro M Diagnostic biopsy with paranasal sinus endoscopy. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 1998;49:129-132.
53. Diamantopoulos II, Jones NS, Lowe J. All nasal polyps need histological examination: An audit based appraisal of clinical practice. *J Laryngol Otol.* 2001;114:755-759.
54. Ridder GJ, Behringer S, Kayser G. Malignancies arising in sinonasal inverted papillomas. *Laryngorhinotologie.* 2008;87:783-790.
55. Lee JY. Unilateral paranasal sinus diseases: Analysis of the clinical characteristics, diagnosis, pathology, and computed tomography findings. *Acta Otolaryngol.* 2008;128:621-626.
56. Akkari M, Lassave J, Mura T, Gascou G, Pierre G, Cartier C, et al. Atypical presentations of sinonasal inverted papilloma: Surgical management and influence on the recurrence rate. *Am J Rhinol Allergy.* 2016;30(2):149-154.
57. Gao X, Hou L, Feng N, Ma R. Clinical analysis of nasal inverted papilloma complicated with nasal polyp. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.* 2012;26(17):781-782.
58. Kaufman M, Brandwein MS, Lawson W: Sinonasal papillomas: Clinicopathologic review of 40 patients with inverted and oncocytic schneiderian papillomas. *Laryngoscope.* 2002;112(8):1372-1377.
59. Vorasubin N, Vira D, Suh JD, Bhuta S, Wang MB. Schneiderian papillomas: Comparative review of exophytic, oncocytic, and inverted types. *Am J Rhinol Allergy.* 2013;27(4):287-292.
60. Klimek T, Atai E, Schubert M, Glanz H. Inverted papilloma of the nasal cavity and paranasal sinuses: Clinical data, surgical strategy and recurrence rates. *Acta Otolaryngol (Stockh).* 2000;120:267-272.
61. Cummings CW, Goodman ML. Inverted papillomas of the nose and paranasal sinuses. *Arch Otolaryngol.* 1970;92:445-449.

62. Tabae A, Hsu AK, Kacker A. Indications, technique, safety, and accuracy of office-based nasal endoscopy with biopsy for sinonasal neoplasm *Int Forum Allergy Rhinol.* 2011;1:225-228.
63. Peng R, Thamboo A, Choby G, Ma Y, Zhou B, Hwang PH. Outcomes of sinonasal inverted papilloma resection by surgical approach: An updated systematic review and meta-analysis. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2019;9(6):573-581.
64. Sarkar FH, Visscher DW, Kintanar EB, Zarbo RJ, Crissman JD. Sinonasal Schneiderian papillomas: Human papillomavirus typing by polymerase chain reaction. *Mod Pathol.* 1992;5(3):329-332.
65. Beale FA, Molony TJ. The role of radiotherapy in benign and malignant disease of the maxillary antrum. *Otolaryngol Clin North Am.* 1976;9(1):269-289.
66. Suh KW, Facer GW, Devine KD, Weiland LH, Zujko RD. Inverting papilloma of the nose and paranasal sinuses. *Laryngoscope.* 1977;87:35-46.
67. Woodson GE, Robbins KT, Michaels L. Inverted papilloma: Considerations in treatment. *Arch Otolaryngol.* 1985;111:806-811.
68. Levendag PC, Annyas AA, Escajadillo JR, Elema JD. Radiotherapy for inverted papilloma: A case report. *Radiother Oncol.* 1984;2(1):13-17.
69. Peterson IM, Heim C. Inverted squamous papilloma with neuro-ophthalmic features. *J Clin Neuroophthalmol.* 1991;11(1):35-38.
70. Guedea F, Mendenhall W M, Parsons J T, Million R R. The role of radiation therapy in inverted papilloma of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1991;20(4):777-780.
71. Lyons B M, Donald P J, Sykes J M, Boggan J E. Craniofacial resection for intracranial inverting papilloma and frontal sinus mucocele. *Skull Base Surg.* 1992;2(2):92-97.
72. Hug EB, Wang CC, Montgomery WW, Goodman ML. Management of inverted papilloma of the nasal cavity and paranasal sinuses: Importance of radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1993;26:67-72.

73. Gomez JA, Mendenhall WM, Tannehill SP, Stringer SP, Cassisi NJ. Radiation therapy in inverted papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Am J Otolaryngol.* 2000;21:174-178.
74. Wright EJ, Chernichenko N, Ocal E, Moliterno J, Bulsara KR, Judson BL. Benign Inverted Papilloma with Intracranial Extension: Prognostic Factors and Outcomes. *Skull Base Reports.* 2011;1(2):145-150.
75. Wassef SN, Batra PS, Barnett S. Skull Base Inverted Papilloma: A Comprehensive Review. *ISRN Surgery.* 2012:1-34.
76. Sousa A, Sandra M, Urdaneta-Lafée N, Abreu PA, Quintana LE, De Sousa AC. Sinonasal papillomas in a private referral otorhinolaryngology centre: Review of 22 years experience. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2017;68(5):251-261.
77. De Sousa A, Urdaneta-Lafeé N, Quintana LH, Abreu PA. Papiloma invertido rinosinusal recurrente bilateral, con extensión intracraneal e intraorbitaria Reporte de un caso. *Iatreia.* 2016;29:367-372.
78. De Sousa A, Sandra M, Urdaneta-Lafeé N, Abreu PA, Quintana LH, Romero JA, et al. Tratamiento combinado del papiloma nasosinusal avanzado, con resección endoscópica y técnicas emergentes de radioterapia. *Gac Méd Caracas.* 2017;125(4):1-17.
79. De Sousa A, Urdaneta-Lafée N, Abreu PA, Rodríguez H. Tratamiento del papiloma oncocítico nasosinusal avanzado sin malignización asociada, con resección endoscópica y radioterapia en arcos de volumen modulado (RAVM). Reporte de un caso. *Iatreia.* 2017;30(4):448-454.
80. Paz Silva M, Pinto JM, Corey JP, Mhoon EE, Baroody FM, Naclerio RM. Diagnostic algorithm for unilateral sinus disease: A 15-year retrospective review. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2015;5(7):590-596.
51. Pietrobon G, Karligkiotis A, Turri-Zanoni M, Fazio E, Battaglia P, Bignami M, et al. Surgical management of inverted papilloma involving the frontal sinus: A practical algorithm for treatment planning. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2019;39(1):28-39.

Programación fetal y modificaciones epigenéticas relacionadas con el maltrato intrauterino

Dra. Nelly Petit de Molero

RESUMEN

Introducción: Existen cambios epigenéticos que resultan desfavorables en el epigenoma determinando anomalías en el desarrollo fetal manifestándose en la edad adulta como enfermedades crónicas incluyendo cambios permanentes de función de los tejidos tanto hormonales y celulares. **Objetivo:** Describir las consecuencias pediátricas en la programación fetal y las modificaciones epigenéticas ocasionadas por el maltrato intrauterino. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y longitudinal, en 60 niños hijos de gestantes sometidas a MIU, nacidos en centros dispensadores de salud

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXVIII.8>

ORCID: 0000-0003-2786-0329

*Especialista en Puericultura y Pediatría. Dra. en Ciencias Médicas.
Academia de Medicina del Zulia.*

*Nelly Petit de Molero. Dirección: Urb. San Miguel AV 58A # 96G-06. Maracaibo.
Estado Zulia. Venezuela. E-mail: nelcapetit61@gmail.com / nelcapetit@hotmail.
com*

de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela en los años 2018-2021. Se aplicó el cuestionario de la Encuesta Nacional de violencia contra las mujeres 2003 y la Escala de Zung para la Detección de Depresión. Los resultados fueron expresados como frecuencias absoluta y porcentajes y presentados en tablas. **Resultados:** De las 60 madres del estudio 26 (43 %) Adolescentes; Multíparas 38 (63 %). Grado de instrucción: Primaria 21 (35 %) seguida de analfabetas 16 (27 %); Condición civil: Casada: 23 (38 %), nivel económico: bajo: 22 (37 %), El inicio de la vida sexual fue a los 13 años, 11 (18 %) uso de sustancias legales o ilegales; 48 (80 %) Embarazos deseados. La forma de violencia: estrés, depresión o ansiedad 28 (47 %). Depresión Mínima o leve en 18 (65 %). Prematuridad 15 (25 %), Bajo peso al nacer: 10 (17 %) Hiperactividad y Déficit de Atención: 10 (17 %). Lactancia materna: No recibió 18 (30 %); Si: 42 (70 %), pero solo 12(29 %) hasta los 18 meses y 30 casos antes de los 6 meses. **Conclusión:** La Epigenética y la programación fetal están muy implícitas en el MIU y existe una relación muy evidente entre ella y la violencia, estrés, depresión.

Palabras clave: Epigenética. Programación fetal. Violencia. Estrés. Depresión.

SUMMARY

Introduction: There are epigenetic changes that are unfavorable in the epigenome determining abnormalities in fetal development manifesting in adulthood as chronic diseases including permanent changes in the function of both hormonal and cellular tissues. **Objective:** To describe the paediatric consequences in fetal programming and the epigenetic modifications caused by intrauterine abuse. **Methods:** Observational, descriptive and longitudinal study in 60 children of pregnant women undergoing MIU, born in health dispensing centers in Maracaibo, Zulia State, Venezuela in the years 2018-2021. The questionnaire from the 2003 National Survey on Violence against Women and the Zung Depression Detection Scale were applied. The

results were expressed as absolute frequencies and percentages and presented in tables. **Results:** Of the 60 mothers in the study, 26 (43 %) adolescents; Multiparous 38 (63 %). Level of education: Primary 21 (35 %) followed by illiterate 16 (27 %); Marital status: Married: 23 (38 %), economic level: low: 22 (37 %), The beginning of sexual life was at age 13, 11 (18 %) use of legal or illegal substances; 48 (80 %) Desired pregnancies. The form of violence: stress, depression or anxiety 28 (47 %). Minimal or mild depression in 18 (65 %). Prematurity 15 (25 %), Low birth weight: 10 (17 %) Hyperactivity and Attention Deficit: 10 (17 %). Breastfeeding: Did not receive 18 (30 %); Yes: 42 (70 %), but only 12 (29 %) up to 18 months and 30 cases before 6 months. **Conclusion:** Epigenetics and fetal programming are very implicit in the MIU and there is a very evident relationship between it and violence, stress, depression.

Keywords: Epigenetics. Fetal programming. Violence. Stress. Depression.

INTRODUCCIÓN

La Epigenética estudia aquellos cambios heredados en la expresión genética que no están relacionados con las modificaciones en la secuencia del ácido desoxirribonucleico ADN (1). Por lo tanto, se ocupa de la herencia bajo la influencia de factores ambientales. Los procesos epigenéticos no están relacionados con las mutaciones. Los mecanismos epigenéticos incluyen metilación y modificación postraduccional de histonas. Los procesos de modificación de histonas incluyen metilación, acetilación, fosforilación, ubicuidad y conjugación con moléculas que afectan la estructura y conformación de la cromatina (1).

En el proceso de programación intrauterina, las alteraciones pueden incluir cambio de función de los tejidos (cambios permanentes en procesos hormonales y celulares). La Programación Fetal es un proceso de adaptación por el que la nutrición y otros factores ambientales alteran las vías de desarrollo durante el período de crecimiento prenatal,

induciendo con ello cambios en el metabolismo postnatal y la susceptibilidad de los adultos a la enfermedad crónica. Esta hipótesis originalmente denominada «programación fetal» hoy es conocida como «origen en el desarrollo de la salud y enfermedad» debido a la creciente certeza de que el efecto sobre la salud del individuo está presente desde antes de la concepción hasta los primeros años de vida. Así, estamos en el inicio de la comprensión de cómo el ambiente, la nutrición materna, el estrés de la madre y enfermedades metabólicas del padre pueden, a través de mecanismos epigenéticos, estar definiendo la plasticidad, la capacidad de respuesta del feto a condiciones determinadas en la vida posnatal.

La exposición materna a factores ambientales induce cambios epigenéticos en la descendencia, a menudo asociados a cambios fenotípicos. Los mecanismos protectores permiten la adaptación fetal a las condiciones intrauterinas y condicionan cambios, a veces desfavorables en el epigenoma determinando así su fenotipo posterior (2). Estas anomalías interfieren con el desarrollo fetal y se manifiestan en la edad adulta como enfermedades crónicas (3,4). En el proceso de programación intrauterina, las alteraciones pueden incluir cambios permanentes de función de los tejidos tanto hormonales como celulares (5); de allí la importancia de incorporar el análisis del maltrato intrauterino (MIU).

El CDC (Centro para el control y prevención de enfermedades. EE.UU) define al MIU como la violencia o amenaza física, sexual, psicológica, emocional en una embarazada (7). Mientras que hay autores como el Dr. Jorge Delgado Urdapilleta (8) que lo define como cualquier acto que intencionalmente o por negligencia sea realizado de manera consciente o inconsciente y que pueda lesionar al embrión o al feto (8). Este concepto es apoyado por otros autores como León, y col. (9); Pérez y col. (10); Ramos y col. (11).

El MIU, es un tema del cual se viene hablando desde hace algunos años ya que la salud de la madre y el niño se ven alterados por las emociones y conflictos en la esfera de la reproducción de allí que

sean considerados como factores fundamentales de varios problemas que conllevan a alteraciones en la salud de la madre y el feto. La violencia contra la mujer es una de las principales formas de violación de los derechos humanos, la cual está presente como una lamentable realidad en la mayoría de las sociedades. No obstante, a menudo no es reconocida ni se advierte su gravedad.

La violencia durante el embarazo afecta tanto a la madre como al futuro bebé y por ello es un problema de salud pública debido a las consecuencias físicas y emocionales que produce, calculando que una de cada cuatro mujeres gestantes es maltratada en el mundo; De allí que la OMS este tomando acciones de prevención de todas las formas de violencia domesticas contra la mujer (6).

Barkert (12) fue el primer investigador en apuntar este concepto o La hipótesis de la programación fetal, la cual establece que la estructura y función de diversos órganos y tejidos se “programan” o se ven alterados de forma permanente en respuesta a ciertos estímulos o agresiones durante períodos críticos del desarrollo fetal. Cuando la madre tiene que hacer frente a importantes peligros (que le producen estrés intenso), el bebé es programado para nacer en un mundo lleno de peligros. El estado de hipervigilancia, caracterizado por rápidos cambios en la atención del niño, podría ser una respuesta adaptativa en un ambiente lleno de peligros. La gestante sometida a Estrés emocional severo (sobre todo durante el primer trimestre de gestación, cuando muchos órganos se están formando), podría causar defectos congénitos.

Barkert con esta hipótesis (1911-1930) en niños de bajo peso al nacer mencionó la alta probabilidad de mortalidad neonatal con el predominio de enfermedades coronarias y otras enfermedades cardiovasculares, asociando el retardo de crecimiento intrauterino o la hambruna intrauterina con la programación para enfermedades cardiovasculares: Hiperlipidemia y aumento de Hipertensión arterial como también enfermedades asociadas al aumento de la Resistencia a la insulina dando lugar al síndrome metabólico (13-18).

Todo lo mencionado tiene soporte fisiopatológico, ya que

la hormona liberadora de Corticotropina (CRH) es una hormona peptídica y un neurotransmisor involucrado en la respuesta del estrés, es la encargada de activar la secreción hipofisaria de ACTH (hormona adrenocorticotropa) y está constituida por 41 aminoácidos. Actúa fijándose a receptores específicos de las células corticotrópicas y solo estimula la liberación en presencia de calcio. Es sintetizada en el hipotálamo y llega a las células productoras de ACTH de la hipófisis anterior a través del sistema portahipofisario. En respuesta a la CRH, las células corticotropicas de la hipófisis sintetizan y secretan ACTH, la cual circula y se une de forma específica a receptores con alta afinidad en la superficie de corteza suprarrenal para estimular la síntesis y secreción de cortisol. Las situaciones de estrés provocan hiperactividad en el núcleo C1 del bulbo raquídeo, desde donde se envían terminales axónicos al núcleo paraventricular del hipotálamo que estimulan la producción de CRH. Se activa de esa forma el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, lo que ocasiona un aumento de la producción de ACTH y, consiguientemente, de cortisol (19).

La violencia contra la mujer es un fenómeno multifactorial, complejo y estructural, que involucran a la víctima, al abusador y a todo el sistema social.

«La principal preocupación de quienes rodean o atienden a una embarazada debería ser velar por su bienestar emocional. Y es que, a medida que avanza el conocimiento de la fisiología de la gestación, también aumenta la certidumbre de que el estado emocional de la madre es primordial para el desarrollo del bebé intrauterino e incluso para su salud Futura» (Michel Odent) (20).

Como podemos ver el estrés y la violencia, no solo afecta al sistema nervioso, sino también al cardiovascular, al hormonal, al inmune, problemas psicológicos y causando defectos congénitos. Por lo antes expuesto, el objetivo de la investigación fue: Describir las consecuencias pediátricas en la programación fetal y las modificaciones epigenéticas ocasionadas por el maltrato intrauterino.

MÉTODO

Metodología de la búsqueda de información

Este trabajo se ha llevado a cabo entre 2018 y septiembre de 2021 tras realizar una revisión bibliográfica en bases de datos tanto electrónicas como manuales, seleccionando e incluyendo en la bibliografía aquellas publicaciones que han aportado información útil y relevante para alcanzar los objetivos planteados. Tras finalizar la búsqueda bibliográfica, se ha mantenido un orden para su redacción. Las bases de datos consultadas para la estrategia de búsqueda de artículos científicos son las siguientes: ELsevier, SciELO, ScienceDirect, Springer Link, Curr Environ Health Rep, PubMed, LILACS, LIVECS, Redalyc Org, Medline Plus, Google Académico; Sumada a la búsqueda citada anteriormente, se ha buscado información en páginas webs de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), nacionales como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales. Sociedades Científicas.

Para investigar los artículos con los términos de búsqueda siguientes: Epigenética, programación fetal, violencia, estrés, depresión, en gestantes. Se incluyeron artículos en inglés y español de estudios realizados en humanos, Se realizó un análisis con posterior resumen de los aspectos de Epigenética, programación fetal, y aspectos relacionados con el maltrato intrauterino.

En vista de la poca o nula documentación en la edad pediátrica, el autor realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal, que incluyó 60 niños hijos de gestantes sometidas a violencia, depresión o estrés, que evidenciaron algún tipo de problema al nacer o en algún momento de su desarrollo, nacidos en centros dispensadores de salud de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela en los años 2018-2021 y que fueron llevados por su progenitora o su representante al Hospital de Niños de Maracaibo o a un consultorio pediátrico de la localidad.

Se tomó en cuenta las características maternas y de los niños, se les determinó alguna anomalía física, emocional o neurológica

al momento del examen pediátrico. Los niños fueron referidos de acuerdo a los casos a la subespecialidad correspondiente. Se aplicó el cuestionario utilizado en la Encuesta Nacional de violencia contra las mujeres 2003 (21).

Se aplicó la Escala de Zung para la Detección de Depresión (22-24). Entrevista realizada solo si la usuaria se encontraba emocionalmente tranquila. Se contó con el consentimiento informado.

RESULTADOS

Características maternas

De las 60 madres del estudio 26 (43 %) fueron Adolescentes (14 y 19 años) $X = 17$; 34 Adultas (57 %) * edades entre 20 y 44 años, para una media de X : 29 años. La edad promedio de las madres fue de 23,65 años (14 a 44); Multíparas 38 (63 %) * . Edad gestacional: mayor de 37S-40S: 45 (75 %). Grado de instrucción o Nivel Académico: Primaria 21 (35 %); Condición civil: Casada: 23 (38 %), seguida de Concubina: 22 (37 %) (Cuadro 1). El inicio de la vida sexual fue a los 13 años. 42 de los casos (70 %) hubo control prenatal. ITU: 47 (80 %); Solo 5 casos reporto comorbilidad. 11 de los casos admitió el uso de sustancias legales o ilegales; Nivel sociocultural y económico: bajo: 22 (37 %), mediano-alto: 21 (35 %) (Cuadro 1 y 2); Embarazo deseado: 48 (80 %); Parto intrahospitalario: 57 tanto público como privado. Cesárea: 43 (72 %) (Cuadro 3). Según la forma de violencia mayormente referida fue estrés, depresión o ansiedad en 28 (47 %) seguido del maltrato físico: 14 (23 %). El principal agente agresor fue de sexo masculino (pareja). En cuanto al maltrato obstétrico: 21(35 %) refirieron tratos no acordes durante la gestación, al momento del parto o puerperio de parte del personal médico, enfermería o de la institución. Las 39 (65.%) restantes no señalaron maltratos (Cuadro 4). la Escala de Zung para depresión Mínima o leve en 18 de las madres (65 %) (Cuadro 5).

Características de los niños: RN 18(30 %), seguidos de Lactantes menores 15 (25 %), Lactantes mayores: 14 (23 %); preescolares: 13 (22 %). Prematuridad en 15 (25 %) X : 1 883 kg, Bajo peso al nacer:

Cuadro 1. Características epidemiológicas de las madres

EDAD	N°	%
Adolescentes (14 -19 años)	26	43
Adultas (20- 42 años)	34	57
NIVEL ACADÉMICO		
Primaria (16 adol. 5 adul)	21	35
Secundaria (8 adol. 3 adul)	11	18
Carrera Técnica	8	13
Profesionales:	4	7
Adm.Empresa=1		
Enfermería= 1		
Educadora=1		
Bioanalista=1		
Analfabetas	16	27
CONDICIÓN CIVIL		
Solteras	15	25
Casadas	23	38
Concubinas	22	37
NIVEL SOCIOCULTURAL Y ECONÓMICO		
Pobreza extrema	17	28
Nivel Bajo	22	37
Mediano-Alto	21	35

10 (17 %) X: 1 880 kg. Peso Adecuado: 35 (58 %) (2 500 – 4 kg) X: 3 300 kg. El peso general (1 500 – 4 kg) X: 2 709. Características al momento del examen físico: Eutróficos: 36 (60 %). Seguimiento de Malnutridos: 22 (37 %) Recibimiento o no de lactancia materna: No recibió 18 (30 %); Si: 42 (70 %), pero solo 12 (29 %) hasta los 18 meses (Cuadro 6). La prematuridad ocupó los mayores casos 15 (25 %), seguido de bajo peso al nacer: 10 (17 %). Hiperactividad y Déficit de Atención: 10 (17 %). Trastorno del lenguaje: 8 (13 %) (Cuadro 7).

Cuadro 2. Características de la gestación materna

	Nº	%	X
GESTACIÓN			
Primigesta	22	37	17
Múltiparas	38	63	29
EDAD GESTACIONAL			
34 – 37 S	15	25	
37- 40S	45	75	
CONTROL PRENATAL			
SI	42	70	
NO	10	17	
Post. 2do mes	8	13	
INFECCIONES MATERNA			
ITU	48	80	
Cervicovaginitis	3	5	
COVID-19	2	3	
No refiere	7	12	
COMORBILIDAD			
Nefropatía(urolitiasis)	5	8	
Cardiópata	1	1.6	
Diabetes	2	3	
Híper. Art.	3	5	
Preeclampsia	4	7	
Sin Comorbilidad	46	75.4	
USO DROGAS LEGALES O ILEGALES			
Cigarrillo	7	12	
Alcohol	2	3	
Drogas (Marihuana)	2	3	
No refieren	49	82	

Edad X: 23.65 (14 -42 A)

Cuadro 3. Características del embarazo y tipo de parto

	Nº	%
EMBARAZO		
Deseado	48	80
No deseado	12	20
PARTO INSTITUCIONAL		
Intrahospitalario Publico	45	75
Intrahospitalario Privado	12	20
Extrahospitalario	3	5
TIPO DE PARTO		
Vaginal	17	28
Cesárea	43	72

Cuadro 4. Distribución las gestantes según el tipo de maltrato perinatal

	Nº	%
TIPO DE MALTRATO		
Físico	14	23
Emocional, mental o psicológico.	6	10
Abuso Sexual	4	7
Estrés, Depresión, Ansiedad	28	47
2 o más formas de Maltrato	8	13
MALTRATO OBSTÉTRICO		
SI	21	35
NO Refiere	39	65

Cuadro 5. Distribución las gestantes según la Escala de Depresión de Zung.

ESCALA	Nº	%
Normal o sin patología (<28 puntos)	6	21
Mínima a leve (28 a 41 puntos)	18	65
Moderada a Notable (42 a 53 puntos)	4	14
Severa a Extrema (>53 puntos)	--	---
TOTAL	28	100

Cuadro 6. Distribución los niños según características generales y examen físico.

	Nº	%	X
EDAD PEDIÁTRICA			
RN (3 días -28días)	18	30	
Lactantes<(29 días-12m)	15	25	
Lactantes > (13m-23m)	14	23	
Preescolares	13	22	
SEGÚN PESO AL NACER			
Prematuridad (1.500- 2,300 kg), 1 883 kg	15	25	
Bajo peso al nacer (1.800 – 2.400 kg)	10	17	1 880 kg
Peso adecuado(2.500 - 4kg) 3300Kg.	35	58	
CARACTERÍSTICA AL EXAMEN FISICO			
Dimorfismo	2	3	
Mal nutridos	22	37	
Eutróficos	36	60*	
LACTANCIA MATERNA			
NO	18	30	
SI	42	70	
> 18m	12	29	
6m	14	33	
< 3m	16	38	
TOTAL	60	100	

Cuadro 7 . Distribución los niños según patologías.

PATOLOGÍAS	Nº	%
Hiperactividad y déficit de atención	8	13
Trastorno del lenguaje	10	17
Prematuridad	15	25
Bajo peso al nacer	10	17
Autismo	2	3
Ontogénesis imperfecta	1	2
Convulsión	6	10
Labio leporino	2	3
Cardiopatía	2	3
Aun sin detección de algún problema	4	7
TOTAL	60	100

DISCUSIÓN

Determinar la prevalencia de violencia en la mujer embarazada resulta difícil ya que varía en función del sector de la población analizada, el tipo de estudio hecho, el momento en que se efectúa y los métodos para recolectar la información (Cuevas, Blanco, Juárez, Palma y Valdez, 2006 (25); León y col. 2007 (9); Paredes, Villegas, Meneses y col., 2005 (26). La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta a nivel mundial una prevalencia de violencia física y sexual hacia las mujeres de aproximadamente 30 % (27), lo que se condice con cifras regionales donde se han encontrado prevalencias de entre 14 %-17 % a 58,5 % por parte de la pareja íntima (28). De allí que, sea la primera causa de violencia contra la mujer, variando entre 16 % y 52 %, siendo mayor que el 20 % en muchos países, aunque este porcentaje no puede ser establecido con certeza debido a la multiplicidad de factores que

intervienen en esta compleja problemática, sobre todo el temor de muchas víctimas a denunciar, falta de registros de casos, necesidad de políticas públicas de orden legal, falla de los mecanismos de acción oportuna, entre otros, incluyendo los elementos culturales, tales como la ignorancia y el desconocimiento de los derechos de la mujer a una vida libre de violencia (27,28).

La prevalencia de la violencia durante el embarazo en el Reino Unido es de entre 2,5 % y 5,8 % (29); en Estados Unidos y Canadá oscila entre 0,9 y 21,1 %, y en México los reportes consideran una prevalencia de 15 a 33,5 % (25). La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres del 2003 (30) indica que 5,3 % de las mujeres fueron agredidas físicamente en algún momento de su vida, y de estas 48,6 % sufrió maltrato durante alguno de sus embarazos. En Chile, una revisión de 2014 afirma que la prevalencia en población general fluctúa entre 40,8 % y 50,3 % (31,32). En América Latina y el Caribe según la OPS entre 3 % y 44 % (33).

Hablar de factor de riesgo, es dejar en evidencia las características que pueden influir en que se produzca maltrato al feto (34). En consonancia con esto, García y col., (2017) (34) en el artículo: Análisis del maltrato prenatal en Cataluña entre los años 2011 y 2014, presentan resultados de una investigación que pretendía identificar el perfil de riesgo de la población y sus repercusiones sociales. La población analizada fue de 222 casos de maltrato prenatal, declarados a la Dirección General de Atención de la Infancia y Adolescencia. Los resultados arrojaron indicadores de riesgo de maltrato fetal como el consumo de drogas, las problemáticas del entorno materno y la ausencia del control gestacional (34,35).

Los datos anteriores dan a entender que el contexto social juega un papel importante en la aparición de este maltrato, muy ligado a lo que muestra Palacios (2016) (35) en su investigación en territorio Colombiano, quien evidencia situaciones de riesgo como la pobreza, la desigualdad, el poco acceso a los sistemas de salud, el embarazo en mujeres adolescentes y elevados índices de violencia e inseguridad social, que afectan en mayor medida a grupos vulnerables como las

mujeres embarazadas y los niños. “Estas condiciones sociales suponen un riesgo para las interacciones tempranas entre las madres y sus recién nacidos, con consecuencias adversas en el bienestar individual del infante a largo plazo y el del contexto familiar con efectos en la salud poblacional” (35).

De las 60 madres del estudio 26 (43 %) fueron Adolescentes (14 y 19 años) $X = 17$; 34 Adultas (57 %) * edades entre 20 y 44 años, para una media de X : 29 años. La edad promedio de las madres fue de 23,65 años (14 a 44). El Embarazo en las Adolescentes resulta ser un factor de riesgo para maltrato no solo fetal sino postnatal. En la embarazada adolescente, por falta de madurez biológica se pueden presentar mayores complicaciones no solo por su estado de gravidez sino por factores sociales, interpersonales y ocupacionales (36). El mayor riesgo que puede presentar ese bebe es que sea abortado. García et al. (34).

Lo anterior es sustentado por la investigación realizada por los autores Galicia et al. (36) en un estudio piloto, sobre la relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas: un estudio piloto, en el cual los resultados encontrados fueron que las mujeres adolescentes embarazadas son el grupo de población que registra los mayores porcentajes de dicho maltrato, siendo el primer factor el control prenatal inadecuado, que es más frecuente en las adolescentes embarazadas que en las adultas, lo que supone que la alta incidencia de este factor en las jóvenes se debe a la escasa información que tienen sobre la gestación; la segunda causa es el consumo de sustancias nocivas, la cual también aparece en mayor proporción en las adolescentes.

En las adolescentes hay mayor riesgo de: una atención prenatal deficiente”, menor cuidados que desde la gestación se le deben brindar a ese nuevo ser. García et al., (2017) (34), embarazo no deseado, estrés prenatal Fontana (2018) (35) sugiere que “Es un factor de riesgo que a largo plazo puede predisponer a sufrir enfermedades neurocomportamentales, cardiometabólicas, endocrinológicas y alteraciones del sistema inmunitario” (p. 20); además de incidir directamente sobre ella, modificando el sustrato neurobiológico del

feto) (37,38).

En consecuencia, “Aparecen patrones neurofisiológicos que conducen a conductas maladaptativas y a la estructuración de desórdenes psiquiátricos” (39) que llevan a Pinto, Aguilar y Gómez (40) a decir que puede existir: Un perfil neuropsicológico donde se encuentra una tendencia a fallos en el desempeño cognitivo, afectando las funciones ejecutivas, la atención y la velocidad en el procesamiento; características cognitivas que afectan el funcionamiento de los niños y niñas, en su rendimiento en actividades escolares y en el comportamiento (40).

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS), como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, recorre los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia económica. Es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales (41,42).

La OMS reporta que cada año dan a luz unas 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años, lo que supone aproximadamente un 11 % de todos los nacimientos registrados en el mundo; la gran mayoría de estos se producen en países en vías de desarrollo (43,44). En América Latina y el Caribe, aproximadamente una de cada cinco mujeres queda embarazada antes de cumplir los 20 años, lo cual, resalta la alarmante situación de la maternidad adolescente.

El Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) reportó que en Venezuela el 20,7 % de nacimientos ocurren en las adolescentes entre los 15-19 años, lo cual constituye unas de las más altas cifras registradas en las últimas décadas, ubicando a Venezuela en un modelo de fecundidad temprana (45). En Venezuela ha ido aumentando sostenidamente el número de prematuros, coincidiendo con un repunte de embarazos adolescentes, constituyendo un problema de salud pública de gran impacto, tanto en la adolescente, la familia, así como en la sociedad, por su relación con la mortalidad perinatal y morbilidad infantil (46-48).

En el MIU existen causas inherentes a la madre y causas inherentes

al entorno.

Algunas de las principales formas en las que se manifiesta el maltrato fetal, ya sea de manera intencional o por negligencia por parte de la mujer embarazada, son, a saber:

Que la mujer embarazada no acuda a recibir atención prenatal en forma adecuada, mínimo 5 consultas antes de la decimosegunda semana del embarazo como se establece en la Norma Oficial Mexicana de 1993 (49).

No prodigar los cuidados necesarios en su estado de gravidez.

O cuando “La gestante no cuida el propio cuerpo, consciente o inconscientemente, ingiriendo drogas o sustancias psicotrópicas: legales (tabaco o alcohol) o ilegales (marihuana, cocaína, inhalantes u otras sustancias). El consumo de bebidas alcohólicas puede generar en el neonato el síndrome de alcohólico fetal (SAF), que se caracteriza por el retraso en el crecimiento intrauterino, dificultades en el comportamiento, inestabilidad emocional, trastorno de la atención, microcefalia, labios finos con hundimiento del labio superior, nariz chata, etc. (50). Es por todo esto que desaconsejamos el consumo de cualquier sustancia toxica durante el embarazo y la lactancia, si se opta por dar el pecho al neonato. Fumar durante el embarazo está relacionado con el aborto espontáneo, muerte neonatal, nacimiento con un menor peso, muerte repentina del lactante, aumento del riesgo de infecciones respiratorias durante la infancia y adolescencia, retraso en el desarrollo del lenguaje, problema de aprendizaje, problema de conducta, TDAH.

A lo largo de los años la investigación ha manifestado que hay una serie de factores que pueden ser antecedentes de abuso fetal, como los embarazos no planificados, los antecedentes psiquiátricos de la madre, la presencia de traumas, la negación del embarazo más allá de las 20 semanas o hasta el momento del parto y la ideación auto lítica como respuesta a los movimientos uterinos del feto (Darse puñetazos en el abdomen como respuesta a los movimientos fetales). Es importante destacar que los casos en los que se advirtió este comportamiento, las mujeres presentaban un cuadro ansioso-depresivo y se trataba de un embarazo no deseado. Hay autores que han estudiado la relación entre

la negación del embarazo y la presencia de traumas en la infancia. La negación del embarazo puede persistir hasta después del parto, sobre todo en mujeres que tienen una historia sexual traumática. Este parece ser un rasgo común en aquellas mujeres que practican maltrato fetal (51). El estrés aumenta la vulnerabilidad a desarrollar psicosis postparto en mujeres que presentan un riesgo elevado (51). El riesgo de desarrollar una psicosis posparto es especialmente elevado en aquellas mujeres que presentan antecedente de trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo, así como aquellas que ya han pasado por episodios previos de psicosis postparto. A pesar de que el riesgo es alto, también hay que destacar que muchas mujeres no acaban desarrollando este trastorno.

El hecho de no alimentarse bien.

Que incurra en el error de inducirse un aborto. El vínculo materno-fetal es “El lazo emocional que normalmente se desarrolla entre una mujer embarazada y su hijo no nacido” (Roncallo, et al., 2015.p.15). Cuando una mujer está embarazada, se da por hecho que existe un vínculo fuerte entre la madre y el feto, simplemente porque hay unos lazos de consanguinidad que los unen y se asume que la madre proporcionará protección y seguridad; asimismo, cubre las necesidades básicas y afectivas de ese ser que está en desarrollo, debido a que la principal característica es la respuesta emocional materna hacia su bebé; pero ese cuidado y vínculo no siempre se presenta, y ello está principalmente asociado a la salud mental de la madre (52).

Además, la mujer embarazada puede ser víctima de diferentes tipos de agresión: física, emocional, y sexual (León et al., 2007) (9).

Maltrato Físico: Por parte del entorno que la rodea, tanto como violencia hacia la mujer e insatisfacción conyugal (9); Pérez y col., (10,53) o recibe maltrato físico por otra persona” (34), “Donde el menor puede ser víctima de una o varias formas de agresión” (9). Estas circunstancias alteran el desarrollo normal del feto y en consecuencia producen cambios adversos en el proceso del crecimiento. La vivencia de eventos negativos en el proceso gestacional repercute directa e indirectamente en la vida psíquica y física del ser humano como lo

afirma Vega y Núñez “Cada nueva experiencia de adversidad aumenta en un 32 % la probabilidad de presentar problemas de externalización o internalización en la infancia” (54).

Clase social, trabajo, nivel socioeconómico: Aquí entran aspectos como el desempleo, baja autoestima profesional, insatisfacción laboral, trabajo de la mujer fuera del hogar sobre todo en los casos de abuso sexuales intrafamiliares), ingresos insuficientes, fuerte presión en el trabajo (estrés laboral), acontecimientos vitales como la muerte de un familiar muy cercano.

3. Maltrato institucional: Antes, durante y después del parto. Aquí nos conseguimos con los famosos peloteos, falta de cupos en las salas de parto, falta del personal médico y paramédico, partos extra hospitalarios y sin asistencia médica frecuentemente vistos en los actuales momentos, espacios hospitalarios no cónsonos. Los entes gubernamentales deben estar dados al respecto y a la atención en forma adecuada de la madre gestante y a su hijo. Organismos internacionales como la OMS, resaltan la naturaleza fisiológica del parto y su condición de hecho psicológica singular.

Como lo revelan los resultados del presente estudio, según la forma de violencia mayormente referida fue estrés, depresión o ansiedad en 28 (47 %) seguido del maltrato físico: 14 (23 %). El principal agente agresor fue de sexo masculino (pareja). En cuanto al maltrato obstétrico: 21 (35 %) refirieron tratos no acordes durante la gestación, al momento del parto o puerperio de parte del personal médico, enfermería o de la institución. Las 39 (65 %) restantes no señalaron mal tratos. La Escala de Zung para depresión Mínima o leve en 18 de las madres (65 %).

No obstante, reconocen que muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante sus procesos reproductivos, especialmente durante el embarazo, parto o puerperio; un maltrato que se desarrolla en el contexto sanitario y que puede constituirse en una violación a los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos (55). La Asociación Española de Psicología

Perinatal (AEPP) y la Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal (MARES) tras la lectura y análisis del comunicado publicado por CGCOM del 14 de junio de 2021 quieren expresar su sorpresa y malestar por el contenido del mismo (56)

En un reciente estudio sobre la violencia obstétrica en España (Mena Tudela et al, 2020), se analizó las respuestas de casi 17 500 mujeres, de las 17 comunidades autónomas y el principal hallazgo es que el 38.3 % de las participantes percibe haber sufrido violencia obstétrica; 44,4 % percibió que había sido sometida a procedimientos innecesarios y/o dolorosos de los cuales no se solicitó consentimiento informado al 83,4 % de las mujeres encuestadas y 54.5 % sintió que la atención recibida la hizo sentirse insegura, vulnerable, culpable o incapaz. El artículo concluye que en el país existe “un serio problema de Salud Pública y de respeto a los derechos humanos en cuanto a la violencia obstétrica” (56).

4. Otras: Infecciones, Anemia o alguna enfermedad de base.

Muy en la actualidad se enfoca a las embarazadas en condición de inmigrantes. Así lo menciona Maribel Mella y col. en un estudio realizado en Chile en abril de 2021 (57). Un aspecto relevante que arroja este estudio asociado a mayor presencia de violencia es la condición de inmigrante, esto concuerda con la literatura, dado que ser inmigrante podría implicar vulnerabilidades asociadas al nivel socioeconómico, etnia, instituciones y contexto político en que viven estas mujeres, presentando mayor magnitud de violencia de género, menores alternativas para solucionarlo y mayor riesgo de femicidio que las mujeres no inmigrantes (57,58).

Las mujeres en situación de migración podrían tener una red social más débil y menos recursos institucionales a los que solicitar ayuda (59,60), además del reto que significa sobrevivir a la violencia doméstica, como es mencionado en un estudio de Migraciones Internacionales de Estados Unidos (61). Además, estas mujeres se encuentran muy ligadas a las creencias tradicionales de sus países de origen, lo que puede dificultar el cómo abordan la violencia y cómo se

relacionan con los servicios del país receptor (62,63). La falta de apoyo social a mujeres embarazadas condiciona una mayor probabilidad de estar expuestas a episodios de violencia por parte de su pareja (64,65).

Esto es particularmente importante en este estudio, debido a que los centros de salud incluidos pertenecen a la comuna de Recoleta, de la ciudad de Santiago, que presenta una gran cantidad de población inmigrante inscrita especialmente mujeres (65).

Los factores que se encontraron asociados a la violencia física contra la mujer embarazada fueron, en orden decreciente, edad menor de 30 años, antecedentes de consumo de alcohol de la pareja e historia gestacional de tres embarazos o más. En nueve de cada diez casos, el principal agente agresor fue de sexo masculino: en primer término el esposo, después el padre o el suegro, y en tercer lugar los hermanos del esposo (25); también Paredes y col. (26); León y col. (9); y Pérez y col. (10).

Cabe destacar, En China, India, Pakistán, el Cáucaso y el Sureste de Europa, existe la práctica de interrumpir un embarazo cuando se trata de fetos del sexo femenino. Valoran más a los hijos que a las hijas, están implícitas condiciones culturales sobre las económicas (66). Sobre este tema recordemos la Película «Matrubhoomi- un País sin mujeres» (2003), Manish Jha, describe una futura distopía en un poblado indio habitado solo por hombres a causa de los infanticidios femeninos, que acaba reducido a la más absoluta barbarie «Matrubhoomi (2003)». New York Times (67-69). El gobierno quiso evitar el aborto selectivo en niñas pues desequilibra la pirámide de población. Además, frenó el aumento de los centros donde realizaban ecografías, si era niña abortaban (69,70).

En China aparecen en las vías eslogan llamando a los automovilistas a tomar medidas enérgicas contra la identificación sexual prenatal medicamente innecesaria y las prácticas de interrupción del embarazo selectivas por sexo.

Letreros como “Rechacen la identificación prenatal de sexo

cuando es innecesaria y el aborto selectivo por sexo” (71). En los Hospitales de China nos encontramos con estos avisos “Recuerda que la determinación prenatal del sexo es un delito”.

El aborto ha llevado a una relación desigual de género en el País, con mayor número de hombres que de mujeres, como avanzaba, por ejemplo la novela “El primer siglo después de Beatrice” de Amin Maalouf, con un hemisferio sur radicalizado por la falta de mujeres.

Otra práctica que se considera una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas (72-74) y tiene que ver con el maltrato uterino, es la referente a la ablación o mutilación genital femenina (MGF), cuyo objetivo es eliminar el placer sexual en las mujeres, considerando razones culturales, religiosas o cualquier otro motivo no médico.

Recordemos todas las consecuencias que este acto puede conllevar desde procesos infecciosos locales y a distancia, sepsis, sangrados graves, infecciones recurrentes urinarios, esterilidad, trastornos psicológicos y más tarde quistes, complicaciones del parto (si logra embarazarse, ya que el clítoris tiene que ver con la fecundación) y aumento del riesgo de muerte del recién nacido. (75,76).

El instituto de bienestar social en Colombia, expresa en un comunicado de prensa en el 2017 la responsabilidad de proteger y actuar en favor de la niñez (77-80). En el 2018, el mismo instituto emite otro comunicado de prensa donde solicita frenar las guerras intrafamiliares donde se victimiza a los niños desde su nacimiento (81).

En relación con las consecuencia del MIU, estas pueden ser sobre: Los órganos, el feto, efecto prenatal, efecto neonatal, efecto posnatal.

Sobre los órganos: La mujer embarazada y agredida está más propensa a presentar infecciones como corioamnionitis e infecciones del tracto urinario, mala alimentación, anemia y metrorragias, lo que va a repercutir en la evolución de su embarazo y en el desarrollo del feto (54).

Las consecuencias físicas de la violencia doméstica durante el embarazo dan lugar a: Aumento de peso insuficiente, Infecciones vaginales, cervicales o renales, Sangrado vaginal, Trauma abdominal,

Hemorragia. Exacerbación de enfermedades crónicas, Complicaciones durante el parto, Retraso en el cuidado prenatal, Aborto espontáneo, Bajo peso al nacer, Ruptura de membranas prematura, Placenta previa, Infección uterina, Magulladuras del feto, fracturas y hematomas, muerte.

Sobre el feto: El sistema vascular fetal y el de la placenta tienen un origen embrionario común: los hemagióblastos del saco vitelino, por lo que una alteración en estas células pudiera proyectarse a la circulación sistémica del feto (82,83) pudiendo así asociar el hecho de que fetos con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y fetos grandes para la edad gestacional presenten un aumentado riesgo cardiovascular en la vida adulta (84,85). La disfunción vascular asociada a patrones alterados del crecimiento fetal se puede observar en los vasos umbilicales y placentarios, particularmente en el endotelio de este sistema vascular.

Existen Drogas que tienen acciones masculinizantes o feminizantes pueden actuar en los caracteres sexuales somáticas, modifican las células germinales e impiden la fecundación.

Efecto neonatal: El recién nacido no desarrolla las enzimas hepáticas metabolizadoras hasta semanas o meses del nacimiento.

Efecto posnatal: Como problemas que ocurren tardíamente, hay estudios que señalan retrasos madurativos a nivel de crecimiento, alteraciones en el comportamiento, irritabilidad, agresividad, inestabilidad emocional, hiperactividad; estos síntomas también se pueden ver influenciados tanto a nivel positivo como negativo por el posterior entorno familiar de estos niños. Otros problemas asociados son: el alto riesgo de daño a las futuras generaciones de malformaciones congénitas y/o genéticas, alteraciones neurológicas y el deterioro de la salud mental, hecho que predispone a nuevas adicciones (54,86).

Otra consecuencia tiene que ver con la emociones de la madre y que son transmitidas al feto (Ansiedad o Tensión) y es que desde el vientre de la madre, todo lo que ella vive desde el embarazo (golpes, gritos, malos tratos, automáticamente, mediante los neurotransmisores y hormonas lo transmite al bebé [o feto] y lo está sometiendo a todo ese estrés”, lo cual traería consecuencias una vez nacido, en la niñez,

adolescencia, adultez» (87-90).

La Violencia y Estrés Materno en la embarazada conlleva a mayores complicaciones como la Preeclampsia, con la consiguiente complicación de sangrado vaginal, uterino, Desprendimiento prematuro de placenta (DPP), Infecciones vaginales y mayor tendencia a homicidios y suicidios. La gestante con preclamsia además de los aspectos psicológicos que incluye la depresión la ansiedad y el estrés, conlleva a menor acceso a consulta prenatal, no percepción de la hipertensión arterial no diagnosticada a tiempo. Si a esto se agrega mayor factores de riesgo como droga, alcohol o tabaco, con el subsiguiente aumento de Concentraciones de Noradrenalina y mayor actividad de tiroxina/hidroxilasa mayor hipertensión arterial (91).

En cuanto a Partos Prematuros y bajo peso al nacer hay un aumento de la hormona del estrés asociada con la depresión y ansiedad (cortisol), hay disminución del aporte sanguíneo a la placenta induciendo al parto prematuro conllevando a problemas de atención, comportamiento y psicológico (92-94).

Está descrito que una jornada laboral de más de 32 horas semanales en el primer trimestre de gestación son responsables de prematuridad (94).

Como podemos observar los resultados revelan en los niños analizados la prevalencia de Prematuridad en 15 (25 %), Bajo peso al nacer: 10 (17 %). Además, entre las características al momento del examen físico: 22 (37 %) estaban mal nutridos. En cuanto procesos propios del embarazo, el parto y el posparto también se encuentran asociados a alteraciones del vínculo materno-infantil. Uno de los más relevantes es la lactancia materna, identificada tanto como un factor de protección como de riesgo. La lactancia materna se ha asociado de forma positiva al facilitar una mayor respuesta y sensibilidad materna hacia el bebé y facilitar la vinculación emocional. Sin embargo, la lactancia materna también puede transformarse en un factor de riesgo siendo considerada la cesación temprana o ausencia como un síntoma temprano de dificultades en la vinculación madre-bebé. La no lactancia también ha mostrado una asociación cercana con la salud mental materna

particularmente afectada por la depresión y ansiedad. Estudios han reportado una interrelación entre la depresión materna, la no lactancia y dificultades en el vínculo materno-infantil (12). En el presente estudio de los 60 niños, 18 (30 %) No recibieron lactancia materna y 42 (70 %) Si la recibió pero solo 12 (29 %) de los 42, la recibió hasta los 18 meses (Está estipulado que los niños deben recibirla hasta los 2 años). 14 (33 %) solo por 6 meses y el resto 16 (38 %) antes de los 3 meses, ósea prácticamente no la recibieron as que, el mayor porcentaje correspondió a las que no recibieron. La cesación temprana o ausencia de la lactancia materna es considerada como un síntoma temprano de dificultades en la vinculación madre-bebé (12). La no lactancia también ha mostrado una asociación cercana con la salud mental materna particularmente afectada por la depresión y ansiedad⁵⁵⁻⁵⁷. Estudios han reportado una interrelación entre la depresión materna, la no lactancia y dificultades en el vínculo materno-infantil. Con respecto a las patologías detectadas las más prevalentes fueron: Hiperactividad y Déficit de Atención: 10 (17 %). trastorno del lenguaje: 8 (13 %) Autismo 2 (3 %); Osteogénesis imperfecta 1 (2 %) en una madre de 19 años.; Convulsiones 6 (10 %); Labio leporino 2 (3 %); Cardiopatía 2 (3 %). Tal como lo reporta la literatura, estas condiciones pueden referirse como consecuencias del MIU, como se señala a continuación:

- Estrés psicológico y riesgo de muerte fetal (Este es el primer estudio que ha examinado los efectos del estrés prenatal sobre el riesgo de muerte fetal, e indica que los niveles elevados de estrés se asocian con casi el doble de riesgo de muerte fetal (Dorthe Hansen) (95).
- Afectación del desarrollo neurológico fetal: Desregulación génica, la destrucción de neuronas y sinapsis (conexiones entre neuronas), la inhibición del desarrollo dendrítico, el desarrollo inadecuado del cuerpo calloso y del cerebelo. Son algunos de los mecanismos por los que el estrés materno afecta al desarrollo neurológico fetal (96).
- Desarrollo de las habilidades intelectuales y del lenguaje en el

niño.

- Aumenta el riesgo de autismo.

Recientemente, el grupo de Investigación en Perinatología del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia (IIS-La Fe) ha publicado un estudio en la revista *European Child & Adolescent Psychiatry* mediante el que se ha podido identificar un nuevo clúster en los trastornos del espectro autista (TEA). Este trabajo muestra que los bebés nacidos tras una amenaza de parto prematuro (APP) presentan un mayor riesgo de padecer TEA, siendo un grupo nunca antes descrito y con características que los diferencian de otras poblaciones de riesgo (97,98).

Los resultados de este estudio han mostrado que, independientemente de que al final se diera un parto prematuro, los bebés nacidos tras una APP presentaron una mayor carga de síntomas del espectro autista a los 30 meses de edad en comparación con los bebés nacidos sin una APP y mayormente si la gestante estuvo sometida a estrés (98).

Otras consecuencias son: Déficit de aprendizaje, Trastornos convulsivos, Complicaciones perinatales, Anomalías inmunológicas y neuroinflamatorias, Baja tolerancia posnatal al estrés en la infancia, Alteración del desarrollo de la cresta neural, como por ejemplo el labio leporino o cardiopatías, Alteraciones de la conducta, Hiperactividad y déficit de atención, Síndrome de abstinencia de drogas, Muerte súbita.

Como podemos ver el estrés y la violencia, no solo afecta al sistema nervioso, sino también al cardiovascular, al hormonal, al inmune, problemas psicológicos y causando defectos congénitos.

El MIU conlleva a cuestiones de carácter Ético, Social y Legal: La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1992) (99) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Para, 1994) (100) dan un marco legal para que los países legislen sobre la materia. En nuestro país, en 1998, se sancionó la Ley Sobre la Violencia Contra la Mujer y la Familia. Posteriormente, al aprobarse en 1999 la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela hubo

colisión con la Ley y esta tuvo problemas para aplicarse completamente.

El 25 de noviembre de 2006, al celebrarse el Día Internacional de la No Violencia a las Mujeres, la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela aprobó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (101). Esta sustituyó a la Ley sobre la Violencia contra la mujer y la familia de 1998 y fue publicada en la Gaceta Oficial N° 38 647 de fecha 19 de marzo de 2007 (102). Esta nueva Ley tipifica 19 formas de violencia contra la mujer, siendo la más novedosa y con connotación en el ejercicio, la violencia obstétrica; este término es una referencia legal nueva en nuestro país, y describe los delitos y violaciones por parte del personal de salud en contra de los derechos de una embarazada.

Hasta el presente, de acuerdo con nuestra percepción esto no se ha cumplido a cabalidad y ha sido la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela la que en sus actividades científicas ha dado a conocer todo lo referente a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y sus implicaciones médico legales, y en especial lo concerniente a violencia obstétrica; ya que la difusión ha sido limitada, es poco el conocimiento de su contenido en el personal de salud en general. Durante el embarazo, la violencia doméstica puede tener un efecto negativo importante sobre la salud materno – fetal con incremento de la morbimortalidad y configura lo que se conoce como abuso prenatal; el cual es para muchos niños, el inicio de una cadena cuyos resultados incluyen la muerte prematura y el abandono del hogar (103-104).

Resulta una realidad y ya existen países con leyes y ha sido objeto de atención en la Ley catalana 4/2010 de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia: falta de cuidado del propio cuerpo o la ingesta de drogas o sustancias psicotropas por la mujer durante la gestación, y también el producido indirectamente al neonato por la persona que maltrata a la mujer (artículo 105,2c) (105,106).

“En nuestro ordenamiento jurídico, la Constitución (artículo 15) establece que todos tienen derecho a la vida y la integridad física y moral, de forma que el Estado tiene la obligación de garantizar la vida,

entendida en sentido amplio, incluida la del nasciturus” (concebido pero no nacido) (107). En el Reino Unido, los medios de comunicación se han hecho eco del debate suscitado acerca de la posibilidad de que los hijos que sufran efectos de maltrato prenatal pudieran denunciar a sus padres por las lesiones causadas durante la gestación. Hasta donde conocen los autores, esa posibilidad no ha progresado, tal vez debido a los principios jurídicos que han inspirado el tratamiento de la unidad familiar, pero no deja de ser significativo de la relevancia de la cuestión (108).

El derecho penal sanciona a las personas que intencionadamente o por imprudencia, causen al feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física o psíquica (artículo 157 y 158, Código penal). Sin embargo, la mujer embarazada solo puede ser culpable de las lesiones que cause al feto a propósito, descartando que deba responder de las que cause por imprudencia, como sería el caso de las consecuencias indeseadas de los hábitos de consumo de sustancias tóxicas (109).

Existe una relación entre la Depresión materna perinatal, en el postparto y la Desnutrición infantil. Los estudios han demostrado que la presencia de depresión durante el período perinatal afecta la capacidad de la madre para proporcionar una atención nutricional adecuada para ellas, sus bebés y niños pequeños.

La desnutrición infantil representa un problema de salud pública a nivel mundial y una de las causas que contribuyen a esta situación es la salud mental materna. Esto guarda relación con el crecimiento físico del niño, con bajo peso y retraso en el crecimiento asociándose en forma significativa con la depresión materna perinatal y en el posparto; siendo esta un factor de riesgo para el deterioro físico en los niños (110).

El hecho de no alimentarse bien. La madre también está implícita en el hecho de alterar desde etapa prenatal, la microbiota intestinal de su bebe con la ingesta de alimentos no apropiados, lo cual es una forma de MIU (111,112).

CONCLUSIÓN

- 1) La Epigenética y la programación fetal están muy implícitas en el MIU
- 2) Los cambios epigenéticos interfieren con el desarrollo fetal y se manifiestan en la edad adulta como enfermedades crónicas.
- 3) Existe una relación muy evidente entre la violencia, estrés, depresión y el maltrato intrauterino.
- 4) El estrés y la violencia no solo afecta al sistema nervioso, sino también al cardiovascular, hormonal, inmune, problemas psicológicos, causando defectos congénitos.
- 5) La violencia contra la mujer es una de las principales formas de violación de los derechos humanos, la cual está presente como una lamentable realidad en la mayoría de las sociedades. No obstante, a menudo no es reconocida ni se advierte su gravedad.
- 6) La atención de la embarazada debe ser por un equipo multidisciplinario, teniendo en cuenta la prevención antes, durante y después de la concepción.
- 7) La violencia contra la mujer es un fenómeno multifactorial, complejo y estructural, que involucran a la víctima, al abusador y a todo el sistema social.
- 8) La evaluación de la embarazada debe ser precoz, periódica, integral y de amplia cobertura
- 9) El maltrato al feto es un tema que debe estudiarse, conocerse y evitarse.
- 10) La Sociedad en su conjunto debería adquirir conciencia de la necesidad de proteger y velar por el bienestar emocional de las mujeres embarazadas. Por ellas y sus hijos.
- 11) Los factores de riesgo más frecuentemente asociados a una alteración vincular incluyen factores de la madre, del bebé, del embarazo, el parto, posparto y del ambiente social.
- 12) La prematuridad y el bajo peso al nacer así como los trastornos

- neuroológicos y malformaciones congénitas se asocian al MIU.
- 13) No recibir lactancia materna guarda relación con la depresión materna y dificultades en el vínculo materno-infantil

REFERENCIAS

1. Mejía Montilla J, Reyna Villasmil N, Reyna Villasmil E. Programación fetal y modificaciones epigenéticas relacionadas al folato. *Rev Perú Ginecol Obstet.* Lima 2020;66(1).
2. Lesseur C, Chen J. Adverse maternal metabolic intrauterine environment and placental epigenetics: Implications for fetal metabolic programming. *Curr Environ Health Rep.* 2018;5(4):531-543. doi: 10.1007/s40572-018-0217-9. [Links]
3. Hsu CN, Tain YL. The good, the bad, and the ugly of pregnancy nutrients and developmental programming of adult disease. *Nutrients.* 2019;11(4):233 pii: E894. doi: 10.3390/nu11040894. [Links]
4. Connor KL, Vickers MH, Beltrand J, Meaney MJ, Sloboda DM. Nature, nurture or nutrition? Impact of maternal nutrition on maternal care, offspring development and reproductive function. *J Physiol.* 2012;590(9):2167-2180. doi: 10.1113/jphysiol.2011.223305. [Links]
5. Palacio C, Puertas L. Epigenética y programación fetal: aplicaciones clínicas. Universidad de Zaragoza, MED, 2020. Departamento de Cirugía, Ginecología y Obstetricia.
6. Galicia Molleda IX, Sánchez Velasco A, Robles Ojeda FJ. Relaciones entre estilos de amor y violencia en adolescentes. *Psicol. Caribe* [online]. 2013; 30(2):211-235. ISSN 2011-7485. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16712958005>
7. Organización Panamericana de la Salud. La violencia doméstica durante el embarazo [Internet]. Programa Mujer, Salud y Desarrollo [acceso enero de 2017]. Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsamat/VAWPregnancysp.pdf>
8. Delgado Urdapilleta, J. Maltrato fetal. *Ginecol y Obstet Mex*

2009;77(7):309.

9. León López A, Loredó Abdala A, Trejo Hernández J, López Navarrete GE, García Piña CA. Maltrato fetal: Expresión clínica del recién nacido de madres víctimas de violencia física durante el embarazo. *Acta Pediátr Méx.* 2007;28(4):131-135.
10. Pérez MR, López GE, León A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. *Acta Pediátrica de México*; 2008;29(5):267-272.
11. Ramos G, Barriga M, Pérez M. Embarazo adolescente y adulta como factor de riesgo para maltrato fetal. *Ginecología y Obstetricia de México*; 2009;77(7):311-316.
12. Barker DJ. Orígenes fetales e infantiles de la enfermedad del adulto. *BMJ Publishing Group, Londres* (1992).
13. Barker DJP. The fetal origins of type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med.* 1999;130(4 part 1):322-323.
14. Barker DJP. Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ* 1995;311(15):171-174.
15. Durán P. Nutrición temprana y enfermedades en la edad adulta: acerca de la "hipótesis de Barker" (1911-1930): *Nutrición Arch Argent Pediatr.* 2004;102(1).
16. Barker DJP, Osmond C, Golding J, Kuh D, Wadsworth MEJ. Growth in utero, blood pressure in childhood and adult life, and mortality from cardiovascular disease. *BMJ* 1989; 298:564-7 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1835925/pdf/bmj00221-0028.pdf>
17. Hales CN, Barker DJ et al. Crecimiento fetal e infantil y alteración de la tolerancia a la glucosa a los 64 años. *Bone Miner J.* 1991;303:1019-1022.
18. Hales CN, Barker DJ. Diabetes mellitus tipo 2 (no insulinodependiente). La hipótesis del fenotipo ahorrativo. *Diabetologia.* 1992;35:595-601 <https://link.springer.com/article/10.1007/bf00400248>
19. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. *Rev. chil. Neuro-psiquiatr.* 2010;48(4):307-318. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717->

92272010000500006

20. Odent M. Estrés y Embarazo. ¿Puede afectar al bb? Entre mujeres. Hogar y Familia. Embarazo. Actualizado 08/12/2016. https://www.clarin.com/entremujeres/hogar-y-familia/embarazo/estres-embarazo_0_SkMYf1qvXI.html
21. Olaiz G, Rico B, Del Río A. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM). 2003 https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/15071/ENVIM2003_V.pdf <https://www.gob.mx/salud/documentos/encuesta-nacional-sobre-violencia-contra-las-mujeres-2003-cnegr>
22. Zung WK, Richards CB, Marvin J, Corto M J. Escala de autoevaluación de la depresión en una consulta externa. Validación adicional de la SDS; *Psiquiatría Arch Gen.* 1965;13(6):508-515. doi:10.1001/archpsyc.1965.01730060026004
23. Zung WW. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 1965;12:63-70.
24. William Zung y Zung. Escala de Autovaloración de la Ansiedad y Depresión. Universidad Privada de Tacna, 2006.
25. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en Estados de alta marginación en México. *Salud Pública de México*; 2006;48(2).
26. Paredes Solís S, Villega Arrizon A, Meneses Rentería A, Rodríguez Ramos IE, Reyes De Jesús L, Anderson N. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: Un estudio con base poblacional en Ometepec. Guerrero. México. *Salud Pública Mex.* 2005;47:335-341.
27. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos sobre la salud de la violencia de pareja y la violencia sexual no asociada 2013 [vi, 51 p. Resumen ejecutivo publicado en francés, árabe, inglés, ruso, chino y español como documento técnico: WHO / RHR / HRP / 13.06]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>. [Links]
28. Bott S, Guedes A, Ruiz Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence

- estimates. *Rev Panam Salud Pública*. 2019;43. [Links]
29. Bacchus L, Mezey G, Bewley SA. qualitative exploration of the nature of domestic violence in pregnancy. *Violence Against Women*. 2006;12:588-604. doi:10.1177/1077801206289131
 30. Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A, Palma O. Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México 2006;48(supl 2):5232-5238. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2006/sals062c.pdf>
 31. Organización Mundial de la Salud. Information sheet. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70764>from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70764/1/WHO_RHR_11.35_eng.pdf. [Links]
 32. Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Chan KL, Santos SC. Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects. *Violence Against Women*. 2011;17(7):858-881. [Links]
 33. Organización Panamericana de la Salud. From: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10229:2014-violence-against-women-is-linked-to-reproductive-health-problems&Itemid=1926=es. [Links]
 34. García J, Campistol E, López M, Morcillo M, Sierra A. Análisis del maltrato prenatal en Cataluña entre los años 2011 y 2014. *An Pediat*. 2017;1-10.
 35. Palacios B. Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*; 2016;48(2):164-176. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016001>
 36. Galicia I, Martínez B, Ordoñez M, Rosales H. Relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas: Un estudio piloto. *Psicología y Salud*; 2013;23(1):84-95. 83+. Gale OneFile: Informe Académico, link.gale.com/apps/doc/A350791342/IFME?u=googlescholar&sid=googleSchola

- r&xid=e2ebb46a. Accessed 22 June 2022.
37. Rincón Restrepo I.C., Marín Valencia K.T. Incidencia del maltrato prenatal en el desarrollo infantil: una revisión bibliográfica. *Tempus Psicológico*, 2020;3(1):207-229. [https:// doi.org/10.30554/tempuspsi.3.1.3054.2020](https://doi.org/10.30554/tempuspsi.3.1.3054.2020)
 38. Fontana M. El estrés gestacional y sus consecuencias. Tesis Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, España, 2018. Recuperado de https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/133218/1/TG_Elia_MariaFontana_Estresgestacional.pdf
 39. Cáceres R, Martínez Aguayo JC, Arancibia M, Sepúlveda E. Efectos neurobiológicos del estrés prenatal sobre el nuevo ser. *Rev Chil Neuro-psiquiatr.* Santiago 2017;55(2). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272017000200005>
 40. Pinto Dussán MC, Aguilar Mejía OM, Gómez Rojas JD. Estrés psicológico materno como posible factor de riesgo prenatal para el desarrollo de dificultades cognitivas: caracterización neuropsicológica de una muestra colombiana; *Univ Psychol.* Bogotá, Colombia. 2010;9(3):749-759. ISSN 1657-9267
 41. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Descubriendo las voces de las adolescentes: Definición del empoderamiento desde la perspectiva de las adolescentes. OPS/OMS 2006. (Consultado 18-05-2011) Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf> [Links]
 42. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. La Adolescencia una época de oportunidades. 2012. (Consultado 22-04-2011) Disponible en: http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf [Links]
 43. Islas L, Cardiel L, Figueroa J. Recién nacidos de madres adolescentes. *Rev Mex Pediat.* 2010;77(44):152-155. (Consultado 11-08-2011) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sp104d.pdf> [Links]
 44. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer. Nota descriptiva N°334. 2011. (Consultado 13-06-2011) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/ind> [Links]

45. Caraballo L. Estado nutricional y complicaciones inmediatas en neonatos de madres adolescentes. *Arch Venez Pueric Pediatr.* 2008;71(2):34-41. (Consultado 13-7-2011) Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S0004-06492008 [Links]
46. Abdel L, Alonso L, Arraiz N, Ascanio Y, Guevara H, Cardozo R et al. Factores de riesgo para sepsis neonatal de inicio temprano en recién nacidos de madres adolescentes. *Rev Informed.* 2008;10(10):1-6. (Consultado 20-11-2011) Disponible en: <http://157.238.135.196/ediciones/2008/10/11/SeccionesInternas/IM200810> [Links]
47. aneite P. Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2012; 72 (4):217-220. (Consultado 28-05- 2012) Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S0048-77322012000400001 & lng=es. [Links]
48. Cluet Rodriguez I, Rossell Pineda M, Álvarez Acosta T, Rojas Quintero L. Factores de riesgos asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres Adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez.* Caracas set. 2013;73(3).
49. Norma Oficial Mexicana .Atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del Servicio. NOM-007-SSA2-1993. www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html
50. Larcher JB. Fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol spectrum disorder (FASD). Diagnosis and moral policing; an ethical dilemma for paediatricians. *Arch Dis Child.* 2014; 99: 969-970. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2014-306774> | Medline
51. Salud Mental Perinatal. El estrés aumenta la vulnerabilidad a desarrollar psicosis postparto en mujeres que presentan un riesgo elevado? 10-ago-2021. Soc. Marce, España.
52. Roncallo CP, Sánchez de Miguel M, Arranz Freijo E. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos De Psicología - Psychological Writings, Univ. Malaga, España;* 2015;8(2):14-23. <https://doi.org/10.24310/espiescpsi.v8i2.13233>
53. Wikman M, Jacobsson L, Joelsson I, Von Schoultz B. Ambivalence towards parenthood among pregnant women and their men. *Rev Méd*

- Chile Santiago. 2001;129(12):1. Acta Obstet Gynecol Scand 1993;72:619-626.
54. Vega M, Núñez G. Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería universitaria*; 2017;14(2):124-130. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300192>
 55. Salud Mental Perinatal. <https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/16416/MARES/comunicado-violencia-obstetrica-14-julio-2021.htm>
 56. Mena Tudela D, et al. Violencia Obstétrica en España: percepción de las mujeres y diferencias interterritoriales”. Nov. 25.2020. Recuperado de: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7726/pdf>
 57. Mella M, et al. Violencia contra la mujer durante la gestación y postparto infligida por su pareja en Centros de Atención Primaria de la zona norte de Santiago, Chile. *Rev Méd Chile*. Abr 2021;149 (4):543-553. ISSN 0034-9887
 58. Sanz Barbero B, Heras Mosterio J, Otero García L, Vives Cases C. Perfil sociodemográfico del femicidio en España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gaceta sanitaria*. 2016;30(4):272-278. [Links]
 59. Fernández González L, Calvete E, Orue I. Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato. *Psychosocial Intervention* 2017;26(1):9-17. [Links]
 60. Hage SM. Profiles of women survivors: The development of agency in abusive relationships. *Journal of Counseling & Development* 2006;84(1):83-94. [Links]
 61. Silva Martínez E. Retos para mujeres inmigrantes sobrevivientes de violencia doméstica en nuevos destinos migratorios en Estados Unidos. *Migraciones internacionales*. 2012;6(3):109-138. [Links]
 62. Alencar Rodrigues Rd, Espinosa LMC. ¿Cómo mujeres inmigrantes enfrentan la violencia en la relación de pareja? *Estudios de Psicología (Natal)*. 2014;19(1):4-12. [Links]
 63. Nguyen TH, Ngo TV, Nguyen VD, Nguyen HD, Nguyen HTT, Gammeltoft T, et al. Intimate partner violence during pregnancy in Vietnam:

- Prevalence, risk factors and the role of social support. *Global health action*. 2018;11(Suppl 3):1638052. [Links]
64. Gashaw BT, Schei B, Magnus JH. Social ecological factors and intimate partner violence in pregnancy. *PloS one*. 2018;13(3). [Links]
 65. Municipalidad de Recoleta. Plan de Salud 2018. [Consultado el 30 de julio 2020] Disponible en: http://www.recoleta.cl/wp-content/themes/theme1411/images/plan_salud_2018.pdf. [Links]
 66. Ahmet N. Feticidio femenino en la India. 2010;26(1):13-29. PMID: 20879612
 67. Douthat Ross (26 de junio de 2011). «160 Million and Counting». *The New York Times*.
 68. Kumm J, Laland K N, Feldman M W. «Gene-culture coevolution and sex ratios: the effects of infanticide, sex-selective abortion, sex selection, and sex-biased parental investment on the evolution of sex ratios». *Theoretical Population Biology*. Diciembre de 1994;43(3):249-278. PMID 7846643. doi:10.1006/tpbi.1994.1027.
 69. Aborto selectivo por sexo – Wikipedia. https://es.wikipedia.org/wiki/Aborto_selectivo_porsexo. Gammage, Jeff (21 de junio de 2011). «Gender imbalance tilting the world toward men». *The Philadelphia Inquirer*. Consultado el 27 de junio de 2013
 70. Ebenstein A, Li H, Meng L (Junio de 2013), *The Impact of Ultrasound Technology on the Status of Women in China* Departamento de Economía, Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel.
 71. Hubei D, 2008. https://wblog.wiki/es/Female_foeticide
 72. «El Parlamento de la Unión Africana aprueba la prohibición de la mutilación genital femenina». *El Diario*. 8 de agosto de 2016. Consultado el 10 de agosto de 2016.
 73. Saltar a:^a ^b ^c Unidas (8 de febrero de 2016). «La mutilación genital femenina sigue siendo una práctica extendida en Colombia». *Servicio de Noticias de las Naciones Unidas*. Consultado el 10 de agosto de 2016.
 74. Organización Mundial de la Salud. «Temas de salud: mutilación genital femenina». (Consultado el 28 de mayo de 2015.)

75. *Fémale Genital Mutilación/Cutting: A Global Concern* UNICEF, Nueva York, 2016.
76. «El Parlamento de la Unión Africana aprueba la prohibición de la mutilación genital femenina». *El Diario*. 8 de agosto de 2016. Consultado el 10 de agosto de 2016.
77. «Las Naciones Unidas prohíbe la mutilación genital femenina». Consultado el 10 de agosto de 2016
78. «Colombia, único país latinoamericano donde se da la ablación genital». *El Espectador*. 5 de febrero de 2015. Consultado el 10 de agosto de 2016.
79. País, Ediciones El (20 de julio de 2015). «Las mujeres que aprendieron a defender su clítoris». Consultado el 10 de agosto de 2016.
80. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2017). Todos somos responsables de proteger a la niñez; es hora de actuar: [Comunicado de prensa]. En: <https://www.icbf.gov.co/noticias/todos-somos-responsables-de-proteger-la-ninez-es-hora-de-actuar-karen-abudinen>.
81. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2018). Tenemos que frenar las ‘guerras’ intrafamiliares que están convirtiendo en víctimas a nuestros niños desde que nacen. [Comunicado de prensa]. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/com_25042018_nal_violenciasninez.pdf
82. Casanello P, Krause BJ, Castro Rodríguez J A, Uauy R. Programación fetal de enfermedades crónicas: conceptos actuales y epigenética. *Rev. chil. pediatr.* Santiago jun. 2015;86(3).
83. Casanello P, Schneider D, Herrera EA, Uauy R, Krause BJ. Endothelial heterogeneity in the umbilico-placental unit: DNA methylation as an innuendo of epigenetic diversity. *Front Pharmacol.* 2014;5:49. [Links]
84. Kramer MS. The epidemiology of adverse pregnancy outcomes: An overview. *J Nutr.* 2003;133:1592S-6S. [Links]
85. Krause BJ, Costello PM, Muñoz Urrutia E, Lillycrop KA, Hanson MA, Casanello P. Role of DNA methyltransferase 1 on the altered eNOS expression in human umbilical endothelium from intrauterine growth restricted fetuses. *Epigenetics.* 2013;8:944-952. [Links]

86. Brain U, Devlin A, Diamond A, Grunau R, Hookenson K, Neuenschwander R, Oberander T, Weinberg J. Children's stress regulation mediates the association between prenatal maternal mood and child executive functions for boys, but not girls. *Develop Psychopathol.* 2018;30:953-969.
87. arcía Otega E Y. Posible estrés intrauterino en el feto. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Jalisco. 2014: https://lineadirectaportal.com/mexico/psicologa-alerta-sobre-posible-estres-intrauterino-en-el-feto-2014-05-01__71784
88. Garcia Otega EY. Importancia del manejo de las emociones en infantes. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Jalisco. Notimex. 2018: <https://www.20minutos.com.mx/noticia/361331/0/especialistas-alertan-en-importancia-del-manejo-de-emociones-en-infantes/>
89. Cáceres R, Martínez J, Arancibia M, Sepúlveda E. Efectos neurobiológicos del estrés prenatal sobre el nuevo ser. *Rev Chil Neuropedia.* 2017;55(2):103-113.
90. Odent M .Estrés y Embarazo. ¿Puede afectar al bb? Entre mujeres. Hogar y Familia .Embarazo. Actualizado 08/12/2016. https://www.clarin.com/entremujeres/hogar-y-familia/embarazo/estres-embarazo_0_SkMYf1qvXI.html
91. Científica. *Rev Univ Cient Sur.* 2012, mayo, 21. 2013;9(2). <https://issuu.com/bibliotecacientifica/docs/cientifica-v9n2/95>.
92. Pérez Rodríguez MR, López Navarrete GE, León López A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. *Acta Pediatr Mex.* 2008;29(5). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26128>
93. Martínez Castellón N, Sánchez Ruiz P, Fernández Ordóñez E. Problemas de salud durante el embarazo derivados de los riesgos de la actividad laboral. *Rev Enferm Trab.* 2017;7(4):117-122.
94. Calle D. Desarrollo de funciones ejecutivas y prematuridad: lo que nos cuenta la neuropsicología de la primera infancia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología,* 2016;16(2):5-22.
95. Hansen D. Estrés durante el embarazo: ¿puede afectar al bebé? 26 de

- noviembre de 2008. Revisado el jueves, 15 de octubre de 2015.
96. Lemaire V, Koehl M, Le Moal M, Abrous DN. Prenatal stress produces learning deficits associated with an inhibition of neurogenesis in the hippocampus. *Proc Natl Acad Sci USA* 2000;97(20):11032-11037.
 97. Salud Mental Perinatal. 17-may- 2021. <https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/16073/MARES/la-amenaza-parto-prematuro-factor-riesgo-para-los-trastornos-espectro-autista.htm>
 98. Sociedad Marce Española (MARES). *European Child & Adolescent Psychiatry*. 17-may-2021. <https://psiquiatria.com/trastornos-infantiles-y-de-la-adolescencia/la-amenaza-de-parto-prematuro-eleva-el-riesgo-de-espectro-autista-en-los-ninos/>
 99. Recomendación N° 19 del Comité de Expertas de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación en contra de la Mujer (1992). Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom19> [Links]
 100. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará, 1994). Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html> [Links]
 101. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.668 del 23-04-07). [Links]
 102. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. N° 38.647. 19 de marzo 2007. [Links]
 103. Arcos E, Urac M, Molina I, Reossi A, Ulloa M. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. *Rev Med Chil*. 2001;129:1413-1424. [Links]
 104. Steen K, Hunskaar S. Gender and physical violence. *Soc Sci Med*. 2004; 59:567-571. [Links]
 105. Hilarion P. Protocolo de coordinación de actuaciones para la prevención y el abordaje del maltrato prenatal. Departamento de acción social y ciudadana. Secretaria de infancia y adolescencia. Generalitat de Catalunya.

1a edición; ISBN/SSN: 27449-2010.

106. Manzano C, Figueras R, Patris E, García Algar O. Prenatal maltreatment. Servicio de Pediatría, Hospital del Mar, Barcelona, España. Gabinet Jurídic Francesc José María, Barcelona, España. 2016, p.190.
107. Uzcátegui O. Derechos del no nacido. *Obstetricia y ginecología*, 2013; 73(2): 77-79.
108. Figueras R, García O, Patris E, Manzano C. El maltrato prenatal. *Juristas de la salud*. 2005, p. 2. <http://www.ajs.es/blog/el-maltrato-prenatal/>.
109. Manzano C, Figueras R, Patris F, García O. Maltrato prenatal. *Anales de Pediatría*; 2016;4(88): 187-246. <http://www.analesdepediatria.org/es-linkresolver-maltratoprenatal-S169540331500404X>
110. Asare H, Rosi A et al. Maternal postpartum depression in relation to child undernutrition in low-and middle-income countries:a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pediatr*.2020; 181(3):979-989).
<https://drive.google.com/file/d/1KHY7zsOZnqq2zRtNIvj9vTmplwAoSyR2/view?usp=sharing>
111. García Mastrana I, Selma Royo M, Gonzalez S, Parra Costa C, Collado MC. Distintos grupos de microbiota materna están asociados con la dieta durante el embarazo: impacto en la microbiota neonatal y el crecimiento infantil durante los primeros 18 meses de vida.2020; 11(4): <https://doi.org/10.1080/19490976.2020.1730294>
112. Nauta A, Amor K, Knol J, Garssen J, Van Der Beek E. Relevance of pre- and postnatal nutrition to development and interplay between the microbiota and metabolic and immune systems. *Am J Clin Nutr*. [Internet]. 2013;98:586S– 593S. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L369512071%0Ahttp://ajcn.nutrition.org/content/98/2/586S.full.pdf+html%0Ahttp://dx.doi.org/10.3945/ajcn.112.039644>. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Scholar]

La situación clínica

Dr. Julio Borges Iturriza

Desde los tiempos de Hipócrates definir la medicina ha sido motivo de reflexión. Comprender que la medicina es un quehacer cuya acción se dirige a resolver problemas concretos de salud de una determinada persona en una determinada situación es quizás la noción más importante a tener en cuenta cuando se trata de precisar la labor del médico. Diagnosticar de acuerdo la acepción hipocrática es llegar a conocer lo que no se ve a través de lo aparente.

El Dr. Elmund Pellegrino, reconocido bioeticista afirma: “*Es necesario saber primero lo que la Medicina es antes de pensar, de modo razonable, como los profesionales de la salud deben actuar o hacer prescripciones normativas sobre el cuidado médico*” y agrega...” solo el *bien del enfermo* es el fin de la Medicina, su identidad genuina y el fundamento de la ética profesional... La Medicina es entendida como una actividad orientada a recuperar la salud de los enfermos y si esto no fuera posible a aliviar sus dolores y sus sufrimientos” ... Dos aspectos relevantes presentan la Medicina: su esencia humanitaria que la hace, primariamente, un asunto ético y, en segundo lugar, su indispensable ingrediente científico, base indiscutible para el éxito en el

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXVIII.9>

ORCID 0009-0003-7857-862X

tratamiento del paciente y es por ello que ha sido considerada como “la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades” (1). El humanismo, en sentido amplio, significa valorar al ser humano y la condición humana. Siguiendo esta línea de pensamiento, el “*encuentro clínico*”, así denominado por Pellegrino, debería constituir un recorrido compartido a través del diálogo entre el médico y el paciente, teniendo como finalidad la atención más conveniente al problema de salud de la persona que solicita y necesita ayuda profesional. La tecnología y la experiencia práctica de la profesión son parte indispensable del *encuentro clínico* teniendo en cuenta que la importancia relativa de cada una varía de acuerdo al cuadro clínico que presenta el paciente y a las medidas terapéuticas que se consideren más factibles y convenientes.

En un sentido amplio, la actividad clínica abarca un doble aspecto: por una parte, la destreza indispensable para una adecuada exploración del paciente y por la otra, la habilidad para procesar adecuadamente la información obtenida durante la exploración del paciente. Sydenham (1624-1689) en una frase histórica, vigente hoy día, resume la buena práctica clínica: “Experiencia y razón, desde luego; pero la experiencia es para mí lo que mis ojos ven, y razón la actividad mental con la cual combino y ordeno eso que ven mis ojos”. Puede decirse que la labor clínica se inicia cuando el paciente expresa al médico su problema de salud; desde ese momento y a lo largo del proceso diagnóstico, la labor del médico consiste en adquirir, seleccionar y organizar los datos a utilizar en el razonamiento clínico. El médico, en el ejercicio de su profesión, cuando la ejerce con verdadera vocación, va adquiriendo experiencia: “*La sabiduría, así adquirida, está más allá de la información y el conocimiento; es más bien, una virtud: la sabiduría es el logro personal de quienes saben lo que saben y lo que ignoran; además saben por qué lo saben y para qué lo saben*”. La persona dotada de sabiduría con una sola mirada, aunque hecha, es claro, de muchas y lentas miradas anteriores, abarca la realidad y descubre su sentido; sabe cuándo y cómo difundir su saber; reconocen la ocasión precisa para hacerlo valer. Se ha sugerido que para el médico más importante

que adquirir muchos saberes es obtener *sabiduría*. La experiencia de la vida es el saber adquirido viviendo” (2).

Centrar el diagnóstico en la *persona*, entendida como una totalidad psicofísica, es la conducta correcta del médico-clínico. Este enfoque puede entenderse mejor en palabras de Pedro Laín Entralgo: “El enfermo no es, ante los ojos del médico, mero “cuerpo” ni “simple ser viviente”, sino “persona”: un individuo vivo dotado de intimidad, inteligencia y libertad, que hace su vida, con deliberación mayor o menor, proyectándola según una idea de sí mismo y del mundo, y cumpliendo o intentando cumplir sus propios proyectos... De ahí que el diagnóstico no sea ya el simple nombre de una lesión anatómica o bioquímica, ni la cifra de una conducta biológica, sino, en el más genuino sentido de la expresión, el conocimiento de un hombre: un conocimiento al que pertenece como supuesto el de las lesiones anatómicas y bioquímicas de su cuerpo y el de los modos de su comportamiento vital “(3).

Es indudable que la medicina científica ha logrado avances incuestionables en el diagnóstico y la terapéutica de muchas enfermedades; sin embargo, se ha repetido muchas veces que estudiar *enfermedades* y no *enfermos* no satisfacen a cabalidad los objetivos propios del ejercicio de la medicina, entre otras razones porque el problema que aqueja al paciente no está resuelto con *etiquetar* simplemente *la enfermedad* sin tener en cuenta que lo que el enfermo realmente desea, consciente o inconscientemente, es tener la garantía que su condición de salud, como persona, ha sido comprendida. A este respecto es valiosa la opinión del Profesor Benaim: “*Yo creo que el error está en el punto de vista asumido por el médico; si este considera que lo único interesante es la enfermedad neurológica o lo que fuera, entonces es eso lo que va a constar en la historia y todo los demás es como si no existiera, de modo que va a mutilar ampliamente un sector del ser humano que va a desaparecer como persona*” (4). En el mismo sentido vale la pena citar el testimonio de Gregorio Marañón: “Yo no he tenido, en toda su trascendencia, idea del valor del elemento *constitucional* de la Medicina, como cuando hube de leer mis primeras

historias clínicas: aquellas recogidas con tanta minuciosidad, pero con tan mal método, en los últimos años de los estudios médicos y en los primeros de vida profesional. Se describían en ellas los síntomas, los análisis y a veces las lesiones, es decir, la *enfermedad*; pero el enfermo no estaba allí. Ni una alusión a cómo era la persona que sustentaba la enfermedad” (5). En un trabajo anterior expresábamos “La relación médico-paciente puede definirse como una relación fiduciaria en el sentido que se basa, principalmente, en la confianza que exista entre las partes; no podría ser el interés económico la razón de ser de esta relación, sino que el paciente elige al médico fundamentalmente basado en la confianza que el médico le inspira, lo cual establece un vínculo que implica, para el médico, una especial responsabilidad en el cuidado de la salud del paciente”(6).

El Dr. Otto Lima Gómez describe acertadamente la correcta actitud del clínico: “El médico debe aproximarse al hombre enfermo dando la debida importancia a cada uno de los niveles o planos (somático, psicológico, social) separados por razones didácticas y metodológicas, en los cuales se desenvuelve la persona humana. En cada uno de dichos niveles transcurre la enfermedad, y la reincorporación del individuo al medio social en condiciones adecuadas exige que se tome en cuenta por igual cada uno de ellos” (7).

Es importante enfatizar que el médico durante la elaboración de la historia clínica tendrá que realizar una doble tarea: por una parte, realizar el examen completo del paciente para precisar su condición de salud, y por la otra, organizarlos de manera que formen un contexto coherente. Los síntomas y signos no tienen por sí mismo valor diagnóstico y a este respecto Lain Entrago expresa: “*Doy el nombre de inferencia diagnóstica al conjunto de operaciones mentales en cuya virtud el médico convierte en genuino conocimiento diagnóstico, y a la postre en auténtico juicio clínico, los datos obtenidos mediante la exploración del paciente*”. Una lista de síntomas y signos sin especificar las características particulares que cada uno de ellos presenta en un determinado paciente tiene escasa utilidad diagnóstica. Cada síntoma o signo debe ser analizado como formando parte de un contexto propio

de cada paciente y es en este contexto donde cada síntoma o signo adquiere su genuino valor diagnóstico.

El Razonamiento Clínico siempre debe estar centrado en el paciente y el diagnóstico debe ser considerado como la culminación de un proceso que se “construye” tomando en cuenta y valorando todos y cada uno de los datos que fue posible obtener en la exploración del paciente. Seleccionar y organizar la información es la labor central del clínico y es importante darle al *contexto* la importancia que le corresponde en el razonamiento clínico y basado en ello proponemos el concepto de *Situación Clínica* que *puede ser definida como el conjunto contextualizado de los datos clínicos y paraclínicos de valor diagnóstico que dispone el médico como base del razonamiento diagnóstico* (8). En la práctica médica es posible demostrar que *la Situación Clínica* proporciona un rumbo al razonamiento diagnóstico y no permite que el médico se extravíe en un torrente de datos y lo obliga a separar los datos relevantes de los no relevantes. La selección de los procedimientos diagnósticos complementarios debe considerarse como una prolongación del razonamiento clínico y sólo es posible valorar su utilidad cuando está destinado a valorar las hipótesis que el clínico se plantea durante la exploración del paciente. Puede afirmarse que la conformación de una representación mental de la condición patológica del paciente *en base a los datos obtenidos durante la exploración del enfermo, debidamente contextualizados*, constituye un paso decisivo en el razonamiento diagnóstico.

La representación mental constituida por el conjunto de datos de valor diagnóstico, debidamente correlacionados, constituye realmente “*un síndrome*” (Diccionario RAE: *Síndrome*: conjunto de fenómenos que caracterizan una situación determinada). Considerado así, el razonamiento clínico estaría dirigido a determinar la etiología del síndrome que la situación clínica constituye. Para lograrlo el clínico tratará de encontrar las similitudes entre el cuadro clínico del paciente (la Situación Clínica) y las representaciones mentales de las diversas afecciones con las cuales puede relacionarse y que el clínico es capaz de evocar. La falta de una adecuada representación, es decir, la falta de

una *visión global* del proceso patológico puede originar una desorientada generación de hipótesis basadas en manifestaciones clínicas aisladas. En resumen, la Situación Clínica facilita la generación de hipótesis valederas que permiten avanzar con mayor certeza en el proceso del diagnóstico: circunscribe las posibilidades diagnósticas y hace posible relacionar la situación actual con experiencias pasadas. Durante la etapa de formación del médico, enseñarle a interpretar, seleccionar y contextualizar los datos obtenidos en el examen constituye, con seguridad, una de las tareas más importantes del docente.

Esta forma de conducir el diagnóstico se ha denominado “*diagnóstico por comparación*” entendiéndose como tal el proceso de búsqueda o identificación de las similitudes y diferencias entre la Situación Clínica propia del paciente y las representaciones mentales (modelos teóricos) de las diversas afecciones con las cuales puede relacionarse. Es importante enfatizar la importancia de estructurar adecuadamente la Situación Clínica ya que al considerarla como un síndrome se convierte en el elemento vinculante entre el contexto clínico del paciente y aquellas afecciones con las cuales será comparado dicho contexto. Este mecanismo cognitivo ha sido denominado *memoria de trabajo* y definido por Antonio Damasio en los siguientes términos: “La memoria de trabajo puede ser definida como la capacidad de mantener en la mente múltiples representaciones (percepciones actuales y experiencias pasadas) durante el tiempo necesario para que ellas puedan ser manipuladas inteligentemente” (8). Relacionar las experiencias pasadas con las condiciones presentes y valorar las consecuencias de la acción a tomar es la base esquemática de cualquier toma de decisión.

El extraordinario avance de la técnica en las últimas décadas ha producido lo que muchos han calificado como un abuso de la “técnica” en desmedro del quehacer clínico propiamente dicho. Basar un diagnóstico en el resultado aislado de procedimientos puramente técnicos es un error frecuente pero evitable cuando la selección de los exámenes complementarios forma parte del Razonamiento Clínico. Es la oportunidad de recordar las palabras del Profesor Marañón “La

investigación y la técnica, esenciales para el progreso de la Medicina, son servidoras de esta”.

El viejo adagio hipocrático “no hay enfermedades sino enfermos” surge con renovada vigencia. La enfermedad considerada como una entidad nosológica tiene una estructura variable y muestra variaciones significativas de un paciente a otro. El concepto “*individualización del diagnóstico*” expresa la variabilidad del modo de enfermar las diferentes personas y que Sacristán describe acertadamente: “Hay muchos pacientes parecidos, pero todos los pacientes son diferentes... Aunque dos pacientes sufran la misma enfermedad, presentan los mismos signos y síntomas, y sus pruebas de laboratorio sean idénticas, se tratará de dos pacientes distintos. Porque un paciente es mucho más que su enfermedad: es la persona que sufre la enfermedad, sus circunstancias, sus creencias, sus valores, sus preferencias, sus objetivos, y todos aquellos elementos que hacen que, al igual que no hay dos seres humanos iguales, no hay dos pacientes iguales. La existencia de diferencias es la base de la práctica clínica y constituyen la esencia de la medicina” (9). La amenaza de la incertidumbre en la práctica médica presenta otro aspecto importante: la enfermedad considerada como una entidad nosológica tiene manifestaciones variables. Así lo señala Marañón: “quiero decir que cada caso clínico *puede* expresarse por síntomas que no corresponden a los que el esquema de los libros le asignan. Y este *puede* se cierne, como una amenaza implacable, sobre cada diagnóstico. Cada caso encierra, pues, una trampa en la que el clínico más experto, si se atiene a aquellos esquemas, puede fácilmente caer. La experiencia clínica se crea en gran parte con enfermos que no presentaban precisamente los síntomas que, según el catedrático y el texto, no se debieran presentar” (5). Muchos factores explican esta variabilidad, entre otros, la edad, el sexo, la raza, la carga genética del enfermo, la presencia de alteraciones metabólicas y/o nutricionales, etc.

Es importante considerar que los problemas que enfrenta el clínico pertenecen a los denominados “*problemas mal estructurados*” en los cuales ni el problema planteado ni el método a seguir en el

razonamiento están definidos. El clínico no puede adoptar el método científico utilizado en las ciencias naturales en el cual las normas a seguir en el razonamiento están bien establecidas. Esta ausencia de reglas aplicables al razonamiento explica la dificultad que siempre han tenido los “expertos clínicos” en describir su modo particular de establecer el diagnóstico. Sir William Gower, conocido neurólogo inglés señala la *incertidumbre* como una dificultad adicional que matiza siempre la práctica médica. A este respecto afirma: “*Debemos recordar siempre que la adecuada valoración de todas las evidencias clínicas es lo que determina el diagnóstico. ...Las Ciencias cuyo objetivo es el estudio de las enfermedades trabajan fundamentalmente con probabilidades y es así, especialmente en lo que se refiere a la Medicina Interna. ... La probabilidad varía en grado, pero nunca puede llegar a la certeza completa. ...Debemos aprender a tomar la probabilidad como nuestra guía. Como médicos debemos actuar. Para actuar debemos decidirnos y para decidirnos debemos valorar las evidencias que poseemos y tomar lo probable como si fuera cierto; algunas veces nos equivocaremos, pero generalmente lograremos acertar; si vacilamos demasiado entre dos opciones nunca podremos actuar*” (10).

En este sentido, es oportuno citar al filósofo argentino Mario Bunge quien define el concepto de *problema* como “*una dificultad que no puede resolverse automáticamente sino que requiere una investigación conceptual o empírica*” y distingue dos tipos de problemas: 1) *los problemas directos* (PD) que son aquellos problemas cuya investigación procede de las premisas a la conclusión o desde la causa a los efectos y 2) *los problemas indirectos*, (PI) los problemas cuya investigación procede en sentido contrario, o sea, de la conclusión a las premisas o del efecto a la(s) causa(s). Los problemas indirectos o inversos son más difíciles y habitualmente tienen múltiples soluciones. Al contrario de lo que sucede con el con el razonamiento deductivo nunca tenemos la certeza que las hipótesis propuestas sean las correctas y se hace necesario su verificación solicitando exámenes complementarios. El médico debe tener en cuenta que todos los problemas de diagnóstico pertenecen a los denominados “*problemas indirectos*: todos tienen la

fórmula “dados tales síntomas y signos conjeturar sus causas”. Los problemas inversos son los más difíciles: a diferencia del “problema directo” se trata de identificar las premisas de un argumento a partir de la conclusión.

De acuerdo con Bunge “*el problema más difícil conceptualmente es el diagnóstico*”. Se trata de un problema inverso que va de los efectos a las causas. Nosotros no percibimos las causas de esos síntomas; para descubrirlas hay que buscar, imaginar, realizar análisis. “Ese es uno de los motivos por los cuales hay tantos diagnósticos errados, no es que los médicos son incompetentes, es que el problema es difícil: los problemas inversos son difíciles en medicina, como son en matemática, en física o en ingeniería” (11).

El punto de partida de la diagnosis médica científica es la hipótesis tácita de que toda enfermedad se manifiesta como un paquete de síntomas y signos como manifestación de la enfermedad y, tradicionalmente, se ha aceptado erróneamente que el razonamiento clínico parte del conocimiento nosológico y consecuente con este método, el médico, teniendo en cuenta algunos datos obtenidos al contacto con el paciente y basado en su experiencia, propone un diagnóstico. Esta propuesta es inútil y poco confiable. La dificultad mayor se presenta cuando se trata de ajustar el cuadro clínico del paciente al diagnóstico propuesto. Una causa frecuente de errores es *la tendencia de forzar el diagnóstico*; es decir, de interpretar datos de acuerdo a la hipótesis diagnóstica propuesta. En la práctica clínica, el problema típico del médico en tren de diagnosticar no es el directo, de inferir signos de enfermedades (PD), sino el inverso, (PI) de adivinar enfermedades a partir de los signos. Todos tienen la fórmula “dados tales síntomas y signos conjeturar sus causas” Al contrario de lo sucede con el razonamiento deductivo nunca tenemos la certeza de que las hipótesis propuestas sean las correctas y se hace necesario, muchas veces, modificarlas en base a lo aportado por nuevas evidencias. Los PI no tienen normas específicas para resolverlos: como método empleado para su resolución nos encontramos con *la abducción* que en un sentido muy amplio puede ser definida como el proceso mediante el cual se construyen explicaciones para

hechos novedosos o anómalos” “Dado un hecho averiguar la causa”, “dado el comportamiento de un sistema, hallar su mecanismo”, “de efectos a causas”. La manera habitual de tratarlos es inventar y ensayar diferentes hipótesis plausibles hasta dar con la verdadera. Al filósofo norteamericano Charles Peirce se debe el concepto de *abducción* como método para conjeturar y generar hipótesis allí donde fallan la inducción y la deducción; es decir, allí donde los problemas indirectos se presentan como es el caso del diagnóstico clínico.

En la resolución de los problemas indirectos el concepto de Situación Clínica muestra su mayor utilidad. Ante una Situación Clínica determinada el médico activa su *memoria de trabajo*: todo médico conserva en su mente las características de muchas enfermedades; así por experiencia, conoce que la enfermedad “X” suele ser frecuente a determinada edad y en determinado sexo, cursa con una constelación más o menos característica de síntomas y signos siguiendo determinado curso evolutivo, con frecuencia está asociada a ciertos factores de riesgo etc. Todos estos elementos conforman un modelo o representación mental de la enfermedad “X”. Esta representación de la enfermedad es la que el clínico habrá de evocar y con la cual comparar la Situación Clínica del paciente en el desarrollo del razonamiento diagnóstico. Adquirir la destreza necesaria para procesar la información disponible es un paso decisivo en la formación del clínico. En este sentido se ha afirmado que diagnosticar no es tanto un proceso de razonamiento como de reconocimiento y comparación de patrones utilizando los conocimientos logrados con estudio y experiencia. La estrategia por “*reconocimiento de patrones*” es, posiblemente, el método empleado preferentemente por los clínicos de mayor experiencia.

Considerar el aspecto sociocultural de la persona es imprescindible si se quiere conocer la persona en su realidad. El entorno de cada hombre constituye su “*mundo*” o “*situación vital*” lo cual se refiere esencialmente al conjunto de seres y cosas con los cuales la persona establece una relación significativa; ambas: la persona y su mundo, inseparablemente, constituyen la vida de todo ser humano. El mundo de cualquier persona está conformado por muchas cosas: personas,

creencias, objetos, recuerdos, etc. que ayudan u obstaculizan a la persona en su desenvolvimiento. En palabras de Ortega y Gasset: “Somos la persona que vive una vida particular y concreta con las cosas y entre las cosas”. Sin conocer su “mundo” difícilmente se podrá conocer, realmente, a una persona y desde el punto de vista terapéutico cualquier acción podría ser ineficaz y en ocasiones hasta contraproducente (12).

Se vive permanentemente en *una situación vital* la cual es cambiante y dinámica ya que nuestra circunstancia en cualquier momento puede modificarse, bien sea por que varíen los elementos que la integran, o bien sea que cambien las relaciones existentes entre ellos; estos cambios darán lugar a un “reacomodo” de la situación en su conjunto, para bien o para mal, que determinará un proceso de adaptación a las nuevas condiciones. La llegada inesperada de un nuevo componente situacional como sería la irrupción de una enfermedad cambia en forma transitoria o permanente la situación vital como un todo. “La enfermedad le cambió la vida” es la expresión popular que resume esta tragedia. Como ejemplo podríamos señalar el *cambio* en cuanto a la percepción del transcurrir del tiempo: es el caso del hombre enfermo, cuando la finitud de la existencia se hace patente y el futuro se vuelve impredecible. La entrada del médico en el entorno del paciente está destinada a modificar la situación vital en la que la enfermedad lo ha colocado: sentirse dependiente, sentir disminuida su capacidad de decisión es quizás la minusvalía más dolorosa del hombre enfermo.

El ejercicio de la medicina está, necesariamente, sometida a los vaivenes del tiempo, a las ataduras de la época. Dado que la sociedad occidental ha cambiado de manera radical en las últimas décadas sería realmente sorprendente que no hubiese desajustes y problemas en el ejercicio de la medicina como profesión. El desarrollo de la medicina en la época moderna con sus impresionantes avances científicos sobre la enfermedad y sus innovadores tratamientos puede resultar desaprovechado si no es acompañado por un entendimiento de las necesidades y preocupaciones del paciente. Se ha señalado con insistencia que las actitudes y prácticas de gran parte de la medicina moderna han devenido en una profunda focalización en la enfermedad

y una creciente especialización eludiendo así el enfoque holístico que debe caracterizar todo diagnóstico clínico.

Mantener lo que podríamos llamar “la moral médica de cada día” requiere cabal comprensión de la de lo que significa el ejercicio de la Medicina como profesión. Existen factores que favorecen transgresiones de la ética médica. Marañón señala tres: a) burocratizar el ejercicio médico, la profesión se deshumaniza cuando se considera que la obligación del médico es “sacar trabajo”; tratar al paciente como un número y no como una persona b) exagerada confianza en los procedimientos técnicos en desmedro de la clínica y c) la exagerada afición a los bienes materiales (14). En su camino de tecnificación y especialización temática, la medicina empieza a ver al paciente como un objeto de estudio con el riesgo de la desaparición de *la persona* y en este sentido es indispensable reafirmar una realidad: ni las ciencias básicas por sí mismas ni la especialización del conocimiento médico son suficientes para comprender los propósitos, valores y proyectos vitales del ser humano aquejado de dolencias que lo inducen a buscar ayuda médica. Existe la opinión que los buenos médicos se tornan cada vez más raros, en tanto que la ciencia crece constantemente como saber.

Es oportuno citar algunos segmentos de la conferencia que el Profesor Pedro Laín Entralgo pronunció en el homenaje al Dr. Gregorio Marañón organizado por la Universidad de Chile en 1962: “Para el médico y para quien no lo es, la técnica pura, el mero “saber hacer” una cosa, es siempre faena secundaria. Muy valientemente lo proclamó hace años Marañón. “Hay que atreverse a decir muy alto — escribía — que, para el médico, la técnica es secundaria. En último término, no es su misión ejecutarla”. Considerada la relación entre el médico y el enfermo desde el punto de vista del médico, cuatro son, a mi entender, sus motivos principales. Dos de ellos nobles, aunque uno más que otro: el amor de misericordia a un hombre que sufre y la pasión por el conocimiento y el gobierno de la naturaleza. Dos, por otra parte, bastardos: la sed de lucro y de prestigio social y — a veces — un secreto apetito de seducción sobre la persona del enfermo. Todo lo cual permite decir, a título de conclusión previa: lo que en el encuentro

entre el médico y el enfermo es más propio y específico que uno de esos dos hombres esté enfermo y que el otro sea capaz de prestarle ayuda técnica, asienta sobre un fundamento genéricamente humano, el cual se configura según lo que para la persona del médico sea entonces el dolorido menester del paciente. Allende su especificidad médica, la relación médico-enfermo tiene un fundamento humano “Todas las lacras de nuestra medicina —escribió Marañón— pueden reunirse en las dos grandes manifestaciones del dogmatismo: una práctica, el profesionalismo; la otra, teórica, el cientificismo”. El profesionalismo consiste “en el intento, deliberado o no, de convertir en lucrativa, en fuente de riqueza, una profesión que, aunque legítimamente remunerada, debe tener siempre sobre su escudo el penacho del altruismo. El médico ha de vivir de su profesión, pero, lo esencial es que no haga nada, jamás, pensando en el dinero que lo que hace le puede “valer... El segundo término negativo: el fundamento de la relación médico-enfermo no debe ser, más aún, no puede ser, la pura pasión de conocer y gobernar la naturaleza. Creer lo contrario, pensar que la Medicina es una ciencia exacta y actuar en consecuencia frente al enfermo —con otras palabras: pretender ser un ingeniero del cuerpo del paciente—, es incurrir en el vicio del cientificismo, segunda de las formas cardinales de ese dogmatismo médico que Marañón con tanta justicia vituperó. Frente a estos dos términos negativos, he aquí el término positivo de la respuesta de Marañón: el verdadero fundamento de la relación entre el médico y el enfermo debe ser el amor de misericordia del médico al hombre de carne y hueso a quien el menester y el dolor han puesto en el trance de pedir ayuda técnica. Nadie ha sabido decirlo con palabras más hermosas que las de Gregorio Marañón: “Generosidad absoluta: esto es lo que hace respetable la actitud del médico”.

Considerar el aspecto sociocultural de la persona es imprescindible si se quiere conocer la persona en su realidad. El entorno de cada hombre constituye su *mundo o situación vital* lo cual se refiere esencialmente al conjunto de seres y cosas con los cuales la persona establece una relación significativa; ambas, la persona y su mundo, inseparablemente, constituyen la vida de todo ser humano. En palabras de Ortega y

Gasset “Somos la persona que vive una vida particular y concreta con las cosas y entre las cosas”. Sin conocer su “mundo” difícilmente se podrá conocer, realmente, a una persona y desde punto de vista terapéutico cualquier acción podría ser ineficaz y en ocasiones hasta contraproducente.

Se vive permanentemente en una situación vital la cual es cambiante y dinámica ya que nuestra circunstancia en cualquier momento puede modificarse, bien sea por que varíen los elementos que la integran, o bien sea que cambien las relaciones existentes entre ellos; estos cambios darán lugar a un “reacomodo” de la situación en su conjunto, para bien o para mal, que determinará un proceso de adaptación a las nuevas condiciones. La llegada inesperada de un nuevo componente situacional como sería la irrupción de una enfermedad cambia en forma transitoria o permanente la situación vital como un todo. “La enfermedad le cambió la vida” es la expresión popular que resume esta tragedia. Como ejemplo podríamos señalar el *cambio* en cuanto a la “percepción del transcurrir del tiempo”: es el caso del hombre enfermo, cuando la finitud de la existencia se hace patente y el futuro se vuelve impredecible. La entrada del médico en el entorno del paciente está destinada a modificar la situación vital en la que la enfermedad lo ha colocado: sentirse dependiente, sentir disminuida su capacidad de decisión, es quizás la minusvalía más dolorosa del hombre enfermo.

Todas estas las consideraciones nos acercan a la tesis propuesta por Alfred Tauber, médico- filósofo norteamericano (15) según la cual la Medicina es en su esencia un asunto de ética. En su opinión, que pudiera calificarse de “extremista” el Dr. Tauber propone que la ética no es una asignatura a ser cursada en el pregrado sino que constituye la naturaleza misma del ejercicio médico y que los fines de la Medicina como profesión deberían ser definidos desde el punto de vista ético Este enfoque es determinante para comprender, en su esencia, la práctica de la medicina: el médico no es un científico aunque tiene que utilizar continuamente los conocimientos científicos para el correcto ejercicio de su profesión. De acuerdo al Dr. Tauber la ética médica no son simples

normas destinadas a proteger a los pacientes, sino que constituye un enfoque filosófico que rige la relación médico-paciente y señala que la interacción entre el médico y el paciente es la base del “arte” de curar en todas las culturas, responde a un mandato moral. Afirma que, en realidad, es la relación médico-paciente, firmemente basada en la ética y no el aumento progresivo del conocimiento científico lo que asegura un genuino cuidado de la persona enferma y por ello, muchas veces se ha repetido que no basta ser técnicamente competente para ejercer la medicina, sino que el médico debe poseer, necesariamente, características morales imprescindibles para el ejercicio idóneo de la profesión.

REFERENCIAS

1. Pellegrino VAA. The philosophy of medicine reborn. University of Notre Dame Press; 2008.
2. Aranguren JL. Experiencia de la vida Madrid. Editorial Revista de Occidente; 1960.
3. Lain Entralgo P. El diagnóstico Médico Historia y Teoría. Salvat Editores; 1982.
4. Benaim Pinto H. Significado de la queja. UCV Ediciones del Rectorado; 1983.
5. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Editorial Espasa; 1998.
6. Borges Iturriza J. La ética y los médicos. Colección Razetti, Vol VII, Caracas: Editorial Ateproca; 2009.
7. Gómez Otto Lima. Vigencia de la aproximación clínica al paciente. Gac Méd Caracas. 1999;(207).
8. Borges I J, de Bastos M, Cotúa M. Situaciones Clínicas en Neurología. UCV Ediciones Consejo de desarrollo Científico y Humanístico. Caracas; 2007.
9. Damacio A. El cerebro creó al hombre. Editorial Planeta; 2010.
10. Sacristán JL. Medicina centrada en el paciente. Fundación Lilly; 2018.

11. Sir William Gowers 1845-1915. Heinemann Ed; 1945.
12. Bunge M. Filosofía para médicos. Gedisa editorial; 2000.
13. Citado por Julian Marías. Introducción a la Filosofía. Manuales Revista de Occidente; 1947.
14. Marañón G. Vocación y ética. Editorial Zigzag; 1935.
15. Tauber A. Confessions of a Medicine Man. MIT Press; 1999.

Defectos congénitos y alteraciones del neurodesarrollo en feto de madre epiléptica

*Drs. Jeiv Gómez Marín¹, Carlos Cabrera Lozada², Yeyderli Robayo
Rodríguez³, Pedro Faneite Antique⁴*

RESUMEN

La epilepsia es un trastorno que se presenta en 0,5 % de los embarazos, tiene riesgo aumentado de complicaciones obstétricas que conllevan incremento de la morbimortalidad materna, fetal y perinatal.

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXVIII.10>

ORCID: 0000-0003-4833-5160¹

ORCID: 0000-0002-3133-5183²

ORCID: 0009-0000-0293-0648³

ORCID: 0000-0003-1924-7663⁴

*MsC. en bioética, especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal.
Coordinador de investigación del programa de especialización en medicina materno fetal.
Universidad Central de Venezuela.*

*MD.PhD. especialista en obstetricia y ginecología. Director fundador emérito del
programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela.
Miembro Correspondiente Nacional puesto 16 de la Academia Nacional de Medicina.
Especialista en obstetricia y ginecología. Residente del programa de especialización en
medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela.*

*Especialista en obstetricia y ginecología. Individuo de Número de la Academia Nacional de
Medicina de Venezuela. Profesor Titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad
de Carabobo. Director fundador del programa de especialización de Perinatología,
Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, Puerto Cabello, Universidad de Carabobo.*

El feto de madre epiléptica con exposición *in utero* a medicamentos antiepilépticos (MAE), tiene un aumento marcado del riesgo de defectos congénitos particularmente defectos mayores como los del tubo neural, cardiopatías, queilosquisis, palatosquisis y urogenitales, así como alteraciones del neurodesarrollo como el retraso cognitivo, el autismo y/o dispraxia, el retraso en el desarrollo psicomotor y el retraso en el lenguaje, con varios mecanismos de teratogenicidad propuestos. El mejoramiento del resultado perinatal para el feto expuesto a MAE *in utero*, pasa por la revisión crítica de la evidencia e implementación de las recomendaciones en un trabajo integrado y dirigido del equipo de salud perinatal que actúe desde el período preconcepcional con seguimiento a corto, mediano y largo plazo posterior al nacimiento.

Palabras clave: Epilepsia- Embarazo- Defectos congénitos. Neurodesarrollo.

SUMMARY

Epilepsy is a disorder that occurs in 0,5 % of all pregnancies, with an increased risk of obstetric complications leading to a rise of maternal, fetal and perinatal morbimortality. The fetus of epileptic mother with *in utero* exposure to antiepileptic medication (AEM), has a marked increase in risk of birth defects, especially major defects such as neural tube defects, congenital heart defects, cheiloschisis, palatoschisis and urogenital defects, as well as neurodevelopment impairment due to cognitive delay, autism and/or dyspraxia, psychomotor development and language delay, with several involved teratogenic mechanisms proposed. The improvement on perinatal outcomes for the fetus with AEM *in utero* exposure goes through critical review on available evidence and applying recommendations in an integrated management of perinatal health team, acting since preconceptional period with a short-term, mid-term and long-term follow-up after delivery.

Key words: Epilepsy. Pregnancy. Birth defects. Neurodevelopment.

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es un trastorno que se presenta de 0,6 a 1 % (1-4) de las mujeres en edad reproductiva y 0,5 % de los embarazos, con el cual probablemente tendrá que enfrentarse todo obstetra en algún momento de su vida profesional. Es el segundo problema neurológico más frecuente en la práctica obstétrica, después de la migraña. En Venezuela, si bien los protocolos del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) no presentan guías de práctica clínica para los cuidados prenatales y la atención obstétrica de urgencia (5) de la epilepsia, se considera patología de alto riesgo obstétrico por la posibilidad de presentar crisis epiléptica durante la gestación y por la mayor incidencia de resultados perinatales adversos (1-4,6). Las crisis convulsivas se han de considerar como una urgencia vital durante la gestación y tratarlas siempre (6).

La crisis epiléptica se define como la manifestación clínica de una descarga neuronal excesiva e hipersincrónica que tiende a ser autolimitada. Dependiendo del área cerebral afectada la crisis tiene manifestaciones diversas (motoras, sensitivas, psíquicas, etc.). Las crisis se originan por muy diversos mecanismos que suelen producir un exceso de excitación neuronal o un defecto de inhibición (6).

La epilepsia es un trastorno crónico del sistema nervioso central que se caracteriza por la repetición de dos o más crisis epilépticas no provocadas o reflejas, separadas por 24 horas a más, sin una causa inmediatamente identificable. En caso de ocurrencia de una única crisis el diagnóstico de epilepsia se realiza en presencia de factores predisponentes como lesiones cerebrales subyacentes o un electroencefalograma alterado, que impliquen un riesgo de una nueva crisis. No todas las epilepsias presentan convulsiones ni todas las convulsiones son epilépticas. Las causas pueden ser estructurales (tumor, accidente cerebrovascular), genética, infecciosa (posterior a meningitis o encefalitis), metabólicas o autoinmunes (6).

La mayoría de las gestantes con epilepsia mantienen su frecuencia de crisis habitual durante el embarazo. Más del 60 % de las pacientes sin episodios de crisis durante los doce meses previos al embarazo,

permanecen sin crisis durante toda la gestación. Las crisis pueden aumentar de frecuencia en el 20 % de las pacientes y disminuir en otro 20 %. El momento de mayor riesgo de crisis es el parto (6). El aumento de frecuencia de las crisis epilépticas se ha con la frecuencia elevada de crisis previo a la concepción, el estrés psíquico y físico, la privación de sueño y, sobre todo, la falta de cumplimiento terapéutico y la disminución de las concentraciones plasmáticas de fármacos antiepilépticos durante la gestación por modificaciones gravídicas.

La epilepsia se clasifica en focal o generalizada dependiendo de si su activación se origina en un lugar concreto del cerebro o en ambos hemisferios cerebrales. Las crisis focales pueden asociarse o no a alteración del nivel de conciencia. Pueden ser de inicio motor (clónicas, tónica, mioclónicas) o no motor (sensitivas, emocionales, cognitivas). Un 50 % de los pacientes con epilepsia focal tienen crisis focales que evolucionan a crisis bilaterales tónico clónicas (6).

En cuanto a las crisis generalizadas, pueden ser motoras (como son las crisis tónico-clónicas, mioclónicas o tónicas) o no motoras (ausencias o atónicas). Las crisis generalizadas tónico clónicas son las más frecuentes y se caracterizan por la pérdida de conciencia, una fase tónica de aproximadamente 10-20 segundos, una fase clónica de duración variable y estupor postcrítico que suele durar varios minutos. Generalmente se produce amnesia del episodio, relajación de esfínteres y mordedura lateral de la lengua (6).

El *status epilepticus* o estado epiléptico es sin duda la complicación más grave de la epilepsia. es una condición caracterizada por fallo de los mecanismos responsables de la terminación de la crisis, o por la puesta en marcha de mecanismos que conducen a crisis anormalmente prolongadas. En el caso de las crisis generalizadas, son anormalmente prolongadas cuando duran más de 5 minutos, y deberían ser tratadas (1,6). Se le define como la persistencia de actividad epiléptica continua por más de 30 minutos, o la secuencia de dos o más convulsiones sin recuperación total de la conciencia entre ellas (1,6-8). A partir de los 30 minutos, pueden conllevar consecuencias a largo plazo incluida la muerte neuronal.

La probabilidad de que el estado epiléptico cause la muerte o secuelas neurológicas graves, aumenta a medida que se incrementa su duración; por eso, aunque ocurre sólo entre el 1,3 % y el 6,6 % de los pacientes con epilepsia, es una complicación de alto riesgo (1, 2). Cuando ocurre en el embarazo tiene un impacto adicional, con potencial incremento de la mortalidad materna, fetal y perinatal (1,2,9,10).

Se ha reportado de forma consistente aumento del riesgo de aborto espontáneo, sangrado del segundo y tercer anteparto, trastornos hipertensivos del embarazo, crecimiento fetal restringido, parto pretérmino, cesárea e ingreso unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) en embarazos de madres epilépticas (12). El aumento en el riesgo de complicaciones es entre 1 y 1,5 veces las tasas esperadas, con la excepción de la mortalidad materna, que puede ser hasta de 10 veces mayor entre las mujeres con epilepsia periparto (6). Es de destacar que el crecimiento fetal restringido se presenta en un 7 %-10 % de los embarazos en madre epiléptica y el parto pretérmino en un 4 %-11 % (11).

El control prenatal de las gestantes con epilepsia incluye ecocardiografía precoz entre las 12-15 semanas, realización preferente en semana 13-14. Se completará con otra ecocardiografía entre las 19-22 semanas, ecografía anatómica 20-22 semanas, neurosonografía entre las 28 - 32 semanas y ecografía para valoración de crecimiento fetal en las semanas 28, 32 y 36. En aquellos casos con uso de politerapia o con ácido valproico se realizará una ecografía entorno a la semana 16 para valoración del tubo neural, cardiopatías y defectos orofaciales (6).

Para el feto de madre epiléptica, se estima que el 90 % de estos embarazos se desarrollan de manera normal. No obstante, el camino no es fácil y existen complicaciones, como el aumento en el riesgo de defectos congénitos y alteraciones del neurodesarrollo principalmente en relación al uso de medicamentos antiepilépticos (MAE) (11,12). La evidencia respalda el uso de MAE de nueva generación durante la gestación como lamotrigina y levetiracetam en detrimento de MAE convencionales como al ácido valproico, fenitoína y carbamazepina. Preferiblemente, el uso de MAE durante el embarazo debe realizarse

en monoterapia a la mínima dosis eficaz posible, con el mejor perfil de seguridad fetal posible, considerando medición de niveles plasmáticos de MAE en forma precoz en la gestación y posteriormente cuando se sospecha toxicidad, mal cumplimiento terapéutico o agravamiento de crisis epiléptica (6).

DESARROLLO

Mecanismos de teratogenicidad propuestos

La fetotoxicidad de algunos MAE pudiera no estar mediado por el compuesto padre, si no por metabolitos intermediarios tóxicos (4,13,14). Uno de los cuales son los compuestos epóxidos. Los óxidos de areno son epóxidos inestables formados por compuestos aromáticos por la vía del sistema del citocromo P450. Varios epóxidos son altamente reactivos y pudieran ligarse a macromoléculas críticas de células fetales. Los óxidos de areno pueden desintoxicarse por la enzima epóxido hidrolasa. La inhibición de la enzima epóxido hidrolasa ha mostrado causar un incremento de defectos congénitos en animales. La carbamazepina, fenitoína y el ácido valproico han sido asociados con alta tasa de defectos congénitos por la formación de epóxidos de la carbamazepina y fenitoína y la inhibición de la enzima epóxido hidrolasa por el ácido valproico. Sin embargo, hay datos en contra de esta hipótesis, como la presencia de defectos congénitos en MAE que no pueden formar epóxidos, y la presencia de inhibición de la teratogénesis por fenitoína con uso de inductores del citocromo P450 o potenciación de la teratogénesis por inhibidores del citocromo P450.

El ácido fólico juega un papel mayor en el metabolismo del feto en desarrollo porque es esencial en la metilación del ADN, metilación de proteínas, síntesis de ADN y mantenimiento de la integridad del ADN (4,15,16). Además, hay evidencia que la deficiencia de ácido fólico puede causar alteraciones en los niveles de proteínas y genes. La deficiencia de folato se puede inducir en pacientes con terapia con MAE, existiendo relación entre la deficiencia de ácido fólico y alteraciones en el neurodesarrollo. La coadministración de ácido fólico con MAE redujo la tasa de defectos congénitos e incrementó el peso fetal en

estudios en animales (17). El uso de ácido folínico, cuyo compuesto metabólicamente activo es el tetrahidrofolato, ha demostrado reducir la frecuencia de defectos del tubo neural, cuyo riesgo de ocurrencia está incrementado con el uso de MAE (4). Sin embargo, no todos los estudios sustentan que la administración de ácido fólico reduce la teratogenicidad de los MAE, hay evidencia que la administración de ácido fólico con MAE no produjo reducción en la teratogenicidad inducida por fenitoína (18-20). Una hipótesis más reciente para la deficiencia de folatos es que una concentración plasmática y tisular de homocisteína elevada es la responsable de los defectos congénitos (21).

Un tercer mecanismo propuesto para la teratogenicidad por MAE, es que inducen episodios de arritmia cardíaca embrionaria durante períodos restringidos de desarrollo embrionario (4,22). De acuerdo a esta hipótesis, la hipoxia embrionaria es seguida por reoxigenación y generación de radicales libres que causan daño tisular. Defectos congénitos causados por los MAE, como los defectos orofaciales, cardiopatías, defectos musculoesqueléticos, pueden ser inducidos en estudios experimentales por hipoxia, y los MAE han demostrado afectar el corazón embrionario en modelos animales.

El cuarto mecanismo propuesto en la teratogenicidad inducida por MAE es la inducción de apoptosis (muerte celular programada) neural a través de la supresión del sistema neuroprotector endógeno (4). Se ha comprobado que las concentraciones terapéuticas de varios MAE como ácido valproico, fenitoína, fenobarbital, clonazepam y diazepam, afectan el desarrollo del cerebro de ratones. Todos los MAE, excepto el levetiracetam, son capaces de incrementar la apoptosis neural inducida por la fenitoína en politerapia.

El quinto mecanismo propuesto en la teratogenicidad inducida por MAE es la susceptibilidad genética (4). Sólo un pequeño porcentaje de infantes que estuvieron expuestos a teratógenos nacieron con defectos congénitos. No está claro porque algunos fetos tienen riesgo incrementado. La interacción entre la susceptibilidad genética y los agentes teratogénicos cambian las vías morfogenéticas normales y resultan en defectos congénitos. Los genotipos materno y fetal pueden

afectar el transporte placentario, absorción, metabolismo, distribución y fijación a receptores de un agente, influenciado su teratogenicidad. Se ha comprobado que las madres epilépticas con hijos diagnosticados con síndrome anticonvulsivante fetal tienen mutación homocigota de la variante C677T del gen que codifica la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR), enzima clave en el metabolismo de los folatos (4,23). La metilentetrahidrofolato reductasa cataliza la conversión del 5,10-metilentetrahidrofolato a 5-metiltetrahidrofolato, un cosustrato para la remetilación de la homocisteína a metionina. La susceptibilidad genética puede influenciar la acción de las enzimas antioxidantes, aumentando la acción de radicales libres relacionados con defectos congénitos por MAE (24).

Otros mecanismos propuestos involucran la discapacidad en la maduración fisiológica de las sinapsis neuronales y la formación de conexiones interneuronales, la activación de receptores del ácido γ -aminobutírico (GABA) y el bloqueo de receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) mediado por radicales libres y cambios epigenéticos en relación a trastornos neuropsiquiátricos (4,11).

Defectos congénitos

El riesgo global en la gestación de defectos congénitos es de 2 %-4 %. En las gestantes con epilepsia es de 4-14 %, en relación al uso de MAE (11,25-27). La epilepsia *per se*, no representa un riesgo teratogénico (11,27). En gestantes epilépticas sin uso de MAE en el período preconcepcional y durante la gestación, el riesgo de defectos congénitos es de 3 %, igual al riesgo global de la gestación (11,25-27). Los MAE incrementan el riesgo de embrio-fetopatía, independientemente si la indicación de su uso es epilepsia, enfermedad maniaco depresiva, migraña o cefalea (11).

El riesgo más alto de defectos congénitos se da con el uso de MAE durante el primer trimestre, especialmente entre la tercera y la octava semana después de la concepción (11), por lo que es probable que en el momento de diagnosticarse el embarazo ya exista una anomalía. Este factor es de gran importancia al momento de realizar la asesoría prenatal correspondientes recomendaciones que se dan a las mujeres

con epilepsia. El riesgo estimado de recurrencia posterior a una primera gestación con detección de defecto congénito llega hasta el 55 % lo cual sugiere predisposición genética (11,28).

La mayoría de los defectos congénitos relacionados con el uso de MAE en la gestación son de diagnóstico en el período neonatal o en el transcurso del primer año de vida (11,12,27-29), si bien los avances en cribado de defectos del tubo neural, cardiopatías y defectos orofaciales precoz entre las semanas 13-16, en el ultrasonido de detalle anatómico del segundo trimestre y la ecocardiografía fetal ha aumentado ostensiblemente la tasa de detección prenatal a nivel global (6). El uso de ácido fólico en dosis de 0,8 a 1 mg diario en las 12 semanas previas a la concepción con concentraciones sanguíneas de folatos de 28 a 30 ng/mL ha demostrado tener efecto en la profilaxis de defectos del tubo neural y otras anomalías sensibles al folato (defectos orofaciales, urogenitales o cardiopatías) (12).

En cuanto a la prevalencia de defectos congénitos por los MAE utilizados durante la gestación más conocidos, tenemos que:

Carbamazepina: la prevalencia de anomalías asociadas con la carbamazepina se estima en 4,93 %, principalmente en defectos craneofaciales y cardiopatías, y en menor medida defectos del tubo neural y esqueléticas (12,29,30). El riesgo aumenta 2.5 veces con dosis entre 400 a 1 000 mg al día y 4.6 en dosis superiores a 1 000 mg al día.

Gabapentina: la prevalencia de anomalías asociadas con la gabapentina se estima en 1,47 %, similar a población gestante sin epilepsia (12,29-32). Riesgo aumentado significativo del riesgo de hipospadias y cardiopatías. No se ha encontrado asociación entre la exposición intrauterina a la gabapentina y la alteración del neurodesarrollo. No se ha establecido relación entre la dosis y el riesgo de defectos congénitos o alteraciones del neurodesarrollo.

Levetiracetam: la prevalencia de anomalías asociadas con levetiracetam se estima en 1,77 %, similar a población gestante sin epilepsia (12,29-32). La tasa de malformaciones en embarazadas tratadas con levetiracetam en comparación con el grupo control es similar. No se ha encontrado asociación entre la exposición intrauterina

al levetiracetam y alteraciones del neurodesarrollo. No se ha establecido relación entre la dosis y el riesgo de defectos congénitos o alteraciones del neurodesarrollo.

Lamotrigina: la prevalencia de anomalías asociadas con la lamotrigina se estima en 2,31 %, similar a población gestante sin epilepsia (12,29-33). Existe controversia entre la exposición intrauterina a la lamotrigina y la alteración del neurodesarrollo, ya que se ha publicado evidencia a favor y en contra de asociación con autismo y dispraxia (30,34). En función de la dosis, se ha notificado una prevalencia de defectos congénitos del 2 % con dosis menores de 300 mg al día y del 4,5 % con dosis superiores (35). No se ha demostrado relación entre la dosis del fármaco y la aparición de alteraciones del neurodesarrollo (30).

Oxcarbazepina: la prevalencia de anomalías asociadas con la oxcarbazepina se estima en 2,39 %, similar a la población gestante sin epilepsia (12,5). Existe controversia entre la exposición intrauterina a la lamotrigina y la alteración del neurodesarrollo, ya que se ha publicado evidencia a favor y en contra de asociación con autismo y dispraxia (18,32). No se ha establecido relación entre la dosis y el riesgo de defectos congénitos y alteraciones del neurodesarrollo (12,35).

Fenobarbital: la prevalencia de anomalías asociadas con el fenobarbital se estima en 7,10 % principalmente cardiopatías y defectos orofaciales (12,35). En función de la dosis, se ha notificado una prevalencia de defectos congénitos del 5,4 % con dosis menores de 150 mg al día y del 13,7 % con dosis mayores a 150 mg al día.

Fenitoína: la prevalencia de anomalías asociadas con la fenitoína se estima en 6,26 % (12,32,35). La fenitoína se ha asociado con un aumento significativo de defectos congénitos, principalmente cardiopatías, queilosquisis y pie tálipe. No se ha establecido relación entre la dosis y el riesgo de defectos congénitos y alteraciones del neurodesarrollo.

Primidona: La prevalencia de anomalías asociadas con la primidona se estima en 8,49 %, principalmente hipospadias, queilosquisis y pie tálipe (12,35). No se ha establecido relación entre la dosis y el riesgo de defectos congénitos y alteraciones del neurodesarrollo.

Topiramato: La prevalencia de anomalías asociadas con el topiramato se estima en 4,28 % (12,32,35). Se ha relacionado con un aumento del riesgo de malformación mayor, como los defectos craneofaciales. Existe controversia entre la exposición intrauterina a la lamotrigina y la alteración del neurodesarrollo, ya que se ha publicado evidencia a favor y en contra (30, 34). No se ha establecido relación entre la dosis y el riesgo de defectos congénitos y alteraciones del neurodesarrollo (12,35).

Zonisamida: La prevalencia de anomalías asociadas con la zonisamida se estima en 0,28 % (12,35). No se ha asociado con un aumento en la tasa de defectos congénitos y alteraciones del neurodesarrollo.

Ácido valproico: la prevalencia de malformaciones asociadas con el ácido valproico se estima en 10,93 % (12, 32, 35). Se ha asociado con un aumento de defectos del tubo neural, craneofaciales, cardiopatías, de tipo esquelético, hipospadias o pie tálpe. La exposición al ácido valproico intraútero se ha relacionado con autismo, dispraxia, trastornos del lenguaje, cognitivos y psicomotor (34). La tasa de defectos congénitos es de 6,7 % con dosis menores de 600 mg al día en comparación con el 10.4 % a dosis de 700 a 1 500 mg al día, y de 24,2 % a dosis mayores de 1 500 mg al día (35).

En caso de pacientes que ameriten politerapia (12,34), se ha reportado que la combinación de lamotrigina y levetiracetam, en comparación con ácido valproico en monoterapia, tiene menor tasa de defectos congénitos y alteraciones del neurodesarrollo. Las combinaciones de fenobarbital y fenitoína, carbamazepina y fenobarbital, carbamazepina y fenitoína, fenobarbital y ácido valproico, fenitoína y primidona, fenitoína y ácido valproico, carbamazepina y ácido valproico, carbamazepina y clonazepam, fenobarbital y fenitoína y primidona y fenobarbital más primidona, tienen un aumento del riesgo de anomalías de 1,5 a 2 veces.

Los defectos congénitos que se pueden presentar con los MAE se dividen en mayores y menores (11,12). Entre los mayores tenemos defectos del tubo neural, cardiopatías, queilosquisis y palatosquisis,

hipospadias, hidrocele, criptorquidia, hernia diafragmática, estenosis hipertrófica del píloro, hernia inguinal/umbilical/femoral, craneosinostosis, luxación congénita de cadera. Entre las menores tenemos hipoplasia digital distal, hipoplasia ungueal, úvula bífida, clinodactilia, hiperextensión articular, hipoplasia nasal, puente nasal amplio, hipertelorismo, estrabismo, ptosis palpebral, narinas antevertidas, epicanto, laxitud articular asociada con asimetría torácica, *genu valgum*, pie plano, pie tálpe, diástasis de rectos, luxación congénita de cadera, alteraciones dentales. El riesgo de defectos congénitos mayores se incrementa de acuerdo al número de MAE que recibe la mujer durante el embarazo 3,1 % en monoterapia, 5,8 % con dos MAE y 8,3 % con tres o más MAE, pudiendo llegar hasta un 25 %. Los defectos congénitos mayores que más se relacionan son los defectos del tubo neural, las cardiopatías, la queilosquisis, la palatosquisis y los defectos urogenitales (11,12). Se ha descrito en menor medida anomalías del tracto gastrointestinal (atresias intestinales) (6).

Los MAE aumentan el riesgo de presencia de defectos del tubo neural hasta 14 veces (6,12,36), particularmente en caso de uso de ácido valproico y carbamazepina. Los más comunes son los mielomeningoceles (principalmente lumbosacros), malformación de Arnold-Chiari, disrafismos cerebrales y medulares como el encefalocele y cefalocele, en menor medida secuencia acrania-exencefalia-anencefalia, otras patologías asociadas del sistema nervioso central descritas son la microcefalia y la ventriculomegalia. En el caso de las cardiopatías aumenta el riesgo hasta 3 veces, las más comúnmente observadas son defectos del *septum* atrial, defectos del *septum* ventricular, tetralogía de Fallot, coartación de la aorta, *ductus* arterioso persistente y estenosis pulmonar, estenosis aórtica, hipoplasia válvula mitral (11). La queilosquisis y la palatosquisis se observa en 1,4 % de hijos de madres epilépticas que toman MAE y los defectos urogenitales en 1,7 % (hipospadias el más frecuente).

El dismorfismo facial se encuentra en 52 %-70 % de los hijos nacidos de madres epilépticas tratadas con carbamazepina, fenitoína, ácido valproico o combinaciones de estos MAE. Dicho dismorfismo

facial es parte del síndrome anticonvulsivante fetal caracterizado además por crecimiento fetal restringido, defectos congénitos mayores y menores, microcefalia y alteración cognitiva (11).

En el caso de la fenitoína, los hallazgos son crecimiento fetal restringido, trastornos del aprendizaje y desarrollo, hipoplasia digital distal y anomalías craneofaciales tipo pestañas prominentes, deficiencia medial de las cejas, hipertelorismo, ptosis palpebral, estrabismo, epicanto, puente nasal amplio, nariz pequeña y antevertida, filtro largo y superficial, baja implantación de las orejas, boca amplia, labio superior delgado (11).

En el caso de la carbamazepina, los hallazgos son hipoplasia ungueal, alteración del neurodesarrollo y anomalías craneofaciales tipo microcefalia, labio superior delgado, fisuras palpebrales inclinadas y antevertidas, epicanto, nariz pequeña, filtro largo y superficial, alas nasales hipoplásicas, barbilla pequeña y angular, columna prominente (11).

En el caso del ácido valproico, las anomalías craneofaciales son tipo epicanto, nariz pequeña antevertida, surco infraorbitario, deficiencia medial de la ceja, narinas antevertidas, filtro poco profundo y delgado, puente nasal superficial, labio superior grande y grueso, labio inferior pequeño y delgado, boca hacia abajo (11). Es importante en base a los defectos congénitos antes mencionados, sintetizar las anomalías más comúnmente encontradas en feto de madre epiléptica con exposición *in utero* a MAE (11) (Figura 1).

Alteraciones del neurodesarrollo

Dean y col. (26), encontraron que la prevalencia de alteraciones del neurodesarrollo es de 26 % en niños con exposición *in utero* y durante la lactancia a MAE y de un 10,8 % en los no expuestos. Un metaanálisis de Veroniki y col. (35) con respecto a la presencia de alteraciones en el neurodesarrollo con exposición *in utero* y durante la lactancia a MAE, que incluyó 5 100 niños en 29 estudios de cohorte que evaluaron 18 esquemas de tratamiento en cuanto al retraso en el desarrollo cognitivo, encontró que solamente el ácido valproico tuvo

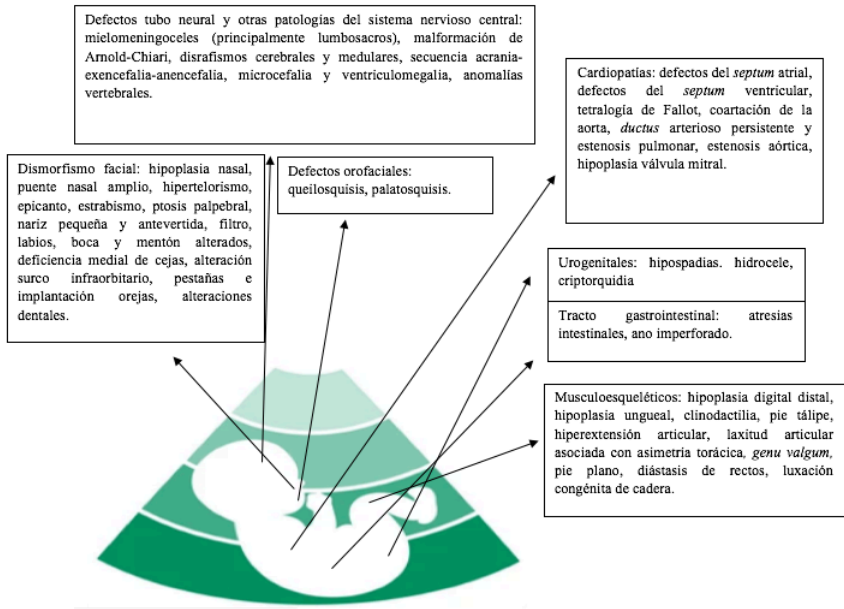


Figura 1. Defectos congénitos más comúnmente encontrados en feto de madre epiléptica con exposición *in utero* a MAE.

diferencia estadística significativa en comparación con el control con un aumento del riesgo de 7,4 veces.

En cuanto al diagnóstico de autismo y/o dispraxia (35), dicho metaanálisis incluyó 2 551 niños en 5 estudios de cohorte que evaluaron 12 esquemas de tratamiento, encontrando que en comparación con el control la oxcarbazepina aumentó el riesgo de diagnóstico de autismo y/o dispraxia 13,51 veces, el ácido valproico 17,29 veces, lamotrigina 8,88 veces y la combinación de lamotrigina y ácido valproico 132,7 veces.

Referente al retraso en el desarrollo psicomotor (35), dicho metaanálisis incluyó 1 145 niños en 11 estudios de cohorte que evaluaron

18 esquemas de tratamiento, encontrando que el ácido valproico aumentó el riesgo de diagnóstico de retraso en el desarrollo psicomotor en comparación con el control 4,16 veces, mientras que la combinación carbamazepina, fenobarbital y ácido valproico 19,12 veces.

Al evaluar el retraso en el lenguaje (35), dicho metaanálisis incluyó 509 niños en 5 estudios de cohorte que evaluaron 5 esquemas de tratamiento, encontraron que el ácido valproico aumentó el riesgo de diagnóstico de retraso en el lenguaje en comparación con el control en 7,95 veces.

En torno al trastorno de déficit de atención e hiperactividad (35), dicho metaanálisis incluyó 816 niños en 5 estudios de cohorte que evaluaron 7 esquemas de tratamiento, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa con el grupo control.

En lo concerniente a la presencia de convulsiones neonatales (35), dicho metaanálisis incluyó 1 estudio de cohorte que incluyó 72 niños comparando ácido valproico y lamotrigina, sin encontrar diferencias significativas

Por último, en cuanto a la discapacidad social (35), dicho metaanálisis incluyó 422 niños en 1 estudio de cohorte que evaluó 5 esquemas de tratamiento, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa con el grupo control.

Al comparar los resultados de Veroniki y col. (35), con los hallazgos del metaanálisis de Bromley y col. (36), llegaron a similares conclusiones, si bien, Bromley y col. (36) concluyeron que no había suficiente evidencia en cuanto a la presencia o ausencia de alteraciones en el neurodesarrollo con la exposición *in utero* o durante la lactancia a MAE de nueva generación como la lamotrigina y el levetiracetam. El uso de lamotrigina no fue relacionado con alteraciones del neurodesarrollo en la revisión de Bromley y Baker (37), así como no se encontraron alteraciones en el puntaje de coeficiente intelectual con lamotrigina en el estudio de cohorte de Baker y col. (38). Tampoco se encontraron riesgo de alteraciones del neurodesarrollo con levetiracetam (39). El uso de ácido valproico en monoterapia y la politerapia (aún con uso de MAE de nueva generación como lamotrigina) están asociados con el

mayor riesgo de presentar alteraciones del neurodesarrollo incluyendo menores puntajes de coeficiente intelectual (35,36).

Entre los factores limitantes de ambos metaanálisis está la falta de disponibilidad de datos en cuanto a edad materna, coeficiente intelectual materno y paterno, uso de alcohol y tabaco, falta de grupos controles o la asociación con otros factores de riesgo obstétricos, como es el caso del crecimiento fetal restringido, trastornos hipertensivos del embarazo o prematuridad, con efectos sobre el neurodesarrollo en gestantes con epilepsia, independientemente del uso del esquema de MAE empleado (35-43). Se debe tomar en cuenta que factores socioeconómicos, pueden favorecer las alteraciones del neurodesarrollo y dar falsas asociaciones con los MAE (11).

El estudio de Blotière y col. (43), no encontró evidencia de riesgo de alteraciones de neurodesarrollo con el uso de MAE, exceptuando el ácido valproico. El puntaje promedio de coeficiente intelectual de niños con exposición *in utero* a MAE los 6 años tiende a ser más bajo en comparación con los que no estuvieron expuestos (38). Se ha encontrado consistentemente disminución de puntaje promedio de coeficiente intelectual en niños con exposición *in utero* a ácido valproico promedio de hasta 10 puntos en comparación con otros MAE (38).

Respecto a las crisis epilépticas durante la gestación se ha encontrado evidencia contradictoria (11,44-46). Los estudios de Emery-Vajda y col. (44), mostró que los niños expuestos a convulsiones maternas durante el embarazo tienen un mayor riesgo de presentar alteraciones del neurodesarrollo, incluyendo retardo cognitivo. En otro estudio de Katz, Pacia y Devinsky (45), esta relación no fue evidente. Li y Meador (41), al igual que Oyen (46), reportan que madres con frecuentes crisis epilépticas durante la gestación de presentar alteraciones del neurodesarrollo.

Se ha planteado cambios en la lateralización del cerebro en base a una discreta disminución del porcentaje de niños con exposición a MAE *in utero* como el ácido valproico y la lamotrigina cuya mano dominante es la derecha, en relación a grupo control (86 versus 93 %), así como mayor tendencia a mediciones desfavorables en habilidades verbales en

comparación con habilidades no verbales (47). El coeficiente intelectual de niños a los seis años de edad con exposición *in utero* a MAE, tuvo mayor puntaje en aquellos que recibieron ácido fólico periconcepcional en comparación con aquellos que no lo recibieron (47-50).

En base a lo previamente reportado, es importante integrar sintéticamente la exposición de fetos de madre epiléptica expuestos a MAE *in utero* con el riesgo de defectos congénitos, los mecanismos de teratogenicidad propuestos y el riesgo de alteraciones del neurodesarrollo (Cuadro 1).

Cuadro 1. Integración de la exposición a medicamentos antiepilépticos de fetos de madre epiléptica, con los, mecanismos de teratogenicidad propuestos, riesgo de defectos congénitos y riesgo de alteraciones del neurodesarrollo.

Medicamento antiepiléptico	Mecanismos de teratogenicidad propuestos	Riesgo de defectos congénitos	Riesgo de alteraciones del desarrollo
Medicamento convencional o de nueva generación (evitar ácido vaprico)	Compuestos epóxidos	Defectos congénitos mayores (defectos del tubo neural, cardiopatías, que il o s q u i s i s , p a l a t o s q u i s i s urogenitales)	Retraso desarrollo cognitivo
	Deficiencia de folatos		Autismo y/o dispraxia
	Hipoxia/reoxigenación embrionaria		
Monoterapia o politerapia	Inducción de apoptosis neural	Defectos congénitos menores (principalmente dismorfismo facial y anomalías músculo esqueléticas)	Retraso en el desarrollo psicomotor
Dosis del medicamento antiepiléptico	Susceptibilidad genética		Retraso en el lenguaje
Medición de niveles plasmáticos del medicamento antiepiléptico	Discapacidad en la maduración fisiológica de las sinapsis neuronales	Dismorfismo facial	
Uso de ácido fólico 12 semanas preconcepcional o periconcepcional	Síndrome anticonvulsivante fetal	Síndrome anticonvulsivante fetal	Puntaje promedio más bajo de coeficiente intelectual
	Activación receptores GABA y/o Bloqueo receptores NMDA	Mculoesqueléticas) Dismorfismo facial	
Niveles plasmáticos de folatos	Cambios epigenéticos (trastornos neurosiquiátricos)	Síndrome anticonvulsivante fetal	Cambios en la lateralización del cerebro

CONCLUSIONES

La epilepsia representa un reto desde el período preconcepcional para el obstetra, debido al riesgo aumentado de complicaciones obstétricas que conllevan incremento de la morbimortalidad materna, fetal y perinatal. Amerita un control prenatal con énfasis en la vigilancia del patrón de crecimiento fetal y el cribado precoz de defectos congénitos, particularmente defectos mayores como los del tubo neural, cardiopatías, queilosquisis, palatosquisis y urogenitales. Los MAE convencionalmente se han relacionado con aumento marcado del riesgo de defectos congénitos y alteraciones del neurodesarrollo.

La dosificación de ácido fólico desde el período preconcepcional con medición de niveles plasmáticos de folatos, evitar el uso de ácido valproico, la monoterapia a la mínima dosis eficaz posible de MAE, preferiblemente de nueva generación como la lamotrigina o el levetiracetam, con mejor perfil de seguridad fetal, la medición de niveles plasmáticos de MAE, disminuyen la ocurrencia y gravedad bajo varios mecanismos de teratogenicidad propuestos de defectos congénitos, así como de alteraciones del neurodesarrollo.

En vista de la ausencia de guías clínicas para el manejo de la gestación en madre epiléptica en los protocolos nacionales para los cuidados prenatales y la atención obstétrica de emergencia, el mejoramiento del resultado perinatal para el feto expuesto a MAE *in utero*, en cuanto a la ocurrencia y gravedad de defectos congénitos y alteraciones del neurodesarrollo, pasa por la revisión crítica de la evidencia y la implementación de las recomendaciones en un trabajo integrado y dirigido del equipo de salud perinatal responsable de la atención de la madre epiléptica, que actúe desde el período preconcepcional con seguimiento a corto, mediano y largo plazo posterior al nacimiento.

DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la ausencia de conflictos de intereses durante la realización del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Méndez-Quijada J, Mata-Vallenilla J, Márquez A. Status epilepticus en el embarazo: un estudio en diez casos. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2008 [citado 16 de abril de 2023]; 68(3): 150-4. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300003&lng=es.
2. Méndez-Quijada J, Mata-Vallenilla J, Villarroel W. Estado epiléptico: dos episodios en un embarazo. Reporte de caso. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2006 [citado 16 de abril de 2023]; 66(3):197-199. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000300011&lng=es.
3. Sulbarán A, Ferrer-Ocando O, Arteaga de Vizcaíno M, Medina A. Evaluación clínica y conducta terapéutica en pacientes embarazadas con epilepsia. *Multiciencias* [Internet]; 2007 [citado 16 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/904/90470312.pdf>.
4. Etemad L, Moshiri M, Adel-Moallem S. Epilepsy drugs and effects on fetal development: Potential mechanisms. *J Res Med Sci*. 2012;17(9):876-881.
5. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Fondo de Población de Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Caracas: UNICEF [Internet]; 2013 [citado 16 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/media/801/file/Protocolos%20de%20atenci%C3%B3n.%20Cuidados%20prenatales%20y%20atenci%C3%B3n%20obst%C3%A9trica%20de%20emergencia.pdf>.
6. Hernández S, García-Penche I, Guirado L, Gómez O, Eixarch E, Carreño M, et al. Epilepsia y gestación. Barcelona, España: Hospital Clínic [Internet]; 2021 [actualizado 22 de julio de 2021; citado 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/epilepsia-y-gestacion.html>.

7. EURAP Study Group. Seizure control and treatment in pregnancy: observations from the EURAP epilepsy pregnancy registry. *Neurology*. 2006;66(3):354-360. doi: 10.1212/01.wnl.0000195888.51845.80.
8. Tangenelli P, Ragesta G. Epilepsy, pregnancy and major birth anomalies: An Italian prospective, controlled study. *Neurology*. 1992;42(Suppl 5):89-93.
9. Méndez-Quijada J, Faoro A, Fernández P, Borregales J. Status epilepticus en el embarazo. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Arch Venez Psiquiatr Neurol*. 1988;34:81-86.
10. Méndez-Quijada J, Faoro A, Juvinao N. Status epilepticus in pregnancy. A case report. *J Reprod Med*. 1990;35:289-291.
11. Vélez A, Ortiz P, Sandoval C. Problemas de los hijos de madres con epilepsia. *Acta Neurol Colomb*. 2005;21(1):73-81.
12. Lozano-Vidal M, Carmona Domínguez E. *Ginecol Obstet Mex*. 2023;91(2):109-118. doi: 10.24245/gom.v91i2.8453.
13. Lindhout D, Omtzigt JG. Teratogenic effects of antiepileptic drugs: Implications for the management of epilepsy in women of childbearing age. *Epilepsia*. 1994;35(Suppl4):S19-28. doi: 10.1111/j.1528-1157.1994.tb05952.x.
14. Kaaja E, Kaaja R, Hiilesmaa V. Major malformations in offspring of women with epilepsy. *Neurology*. 2003;60(4):575-579. doi: 10.1212/01.wnl.0000044157.28073.dc.
15. Jhaveri MS, Wagner C, Trepel JB. Impact of extracellular folate levels on global gene expression. *Mol Pharmacol*. 2001;60(6):1288-1295. doi: 10.1124/mol.60.6.1288.
16. Afshar M, Moallem SA, Baharara J, Takjo T. The protective role of folic acid on teratogenic effect of Carbamazepine in Balb/c mice. *J Gorgan U Med Sci*. 2010;12(3):1-9.
17. Zhu M, Zhou S. Reduction of the teratogenic effects of phenytoin by folic acid and a mixture of folic acid, vitamins, and amino acids: A preliminary trial *Epilepsia*. 1989;30(2):246-251. doi: 10.1111/j.1528-1157.1989.tb05462.x.

18. Schardein JL, Dresner AJ, Hentz DL, Petrere JA, Fitzgerald JE, Kurtz SM. The modifying effect of folinic acid on diphenylhydantoin-induced teratogenicity in mice. *Toxicol Appl Pharmacol.* 1973;24(1):150-158. doi: 10.1016/0041-008x(73)90190-7.51.
19. Sullivan FM, McElhatton PR. Teratogenic activity of the antiepileptic drugs phenobarbital, phenytoin, and primidone in mice. *Toxicol Appl Pharmacol.* 1975;34(2):271-282. doi: 10.1016/0041-008x(75)90032-0.52.
20. Hernández-Díaz S, Werler MM, Walker AM, Mitchell AA. Folic acid antagonists during pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med.* 2000;343(22):1608-1614. doi: 10.1056/NEJM200011303432204.
21. Gos MJ, Szepecht-Potocka A. Genetic basis of neural tube defects. II. Genes correlated with folate and methionine metabolism. *J Appl Genet.* 2002;43(4):511-524.
22. Azarbayjani F, Danielsson BR. Embryonic arrhythmia by inhibition of HERG channels: A common hypoxia-related teratogenic mechanism for antiepileptic drugs? *Epilepsia.* 2002;43(5):457-468. doi: 10.1046/j.1528-1157.2002.28999.x.
23. Dean JC, Moore SJ, Osborne A, Howe J, Turnpenny PD. Fetal anticonvulsant syndrome and mutation in the maternal MTHFR gene. *Clin Genet.* 1999;56(3):216-220. doi: 10.1034/j.1399-0004.1999.560306.x.
24. Jergil M, Forsberg M, Salter H, Stockling K, Gustafson AL, Dencker L, et al. Short-time gene expression response to valproic acid and valproic acid analogs in mouse embryonic stem cells. *Toxicol Sci.* 2011;121(2):328-342. doi: 10.1093/toxsci/kfr070.
25. Chang SI, McAuley JW. Pharmacotherapeutic issues for women of childbearing age with epilepsy. *Ann Pharmacother.* 1998; 32(7-8):794-801. doi: 10.1345/aph.17253.
26. Dean J, Hailey H, Moore SJ, Lloyd DJ, Turnpenny PD, Little J. Long term health and neurodevelopment in children exposed to antiepileptic drugs before birth. *J Med Genet.* 2002;39(4):251-259. doi: 10.1136/jmg.39.4.251

27. Fried S, Kozer E, Nulman I, Einarson T, Koren G. Malformation rates in children of women with epilepsy. *Drug Saf.* 2004;27(3):197-202. doi: 10.2165/00002018-200427030-00004.
28. Moore SJ, Turnpenny P, Quinn A, Glover S, Lloyd DJ, Montgomery T, et al. A clinical study of 57 children with fetal anticonvulsant syndromes. *J Med Gen* 2000;37(7):489-497. doi: 10.1136/jmg.37.7.489.
29. Weston J, Bromley R, Jackson CF, Adab N, Clayton-Smith J, Greenhalgh J, et al. Monotherapy treatment of epilepsy in pregnancy: Congenital malformation outcomes in the child. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11(11):CD010224. doi: 10.1002/14651858.CD010224.pub2.
30. Penovich PE, Eck KE, Economou VV. Recommendations for the care of women with epilepsy. *Cleve Clin J Med.* 2004;71(Suppl 2):S49-57. doi: 10.3949/ccjm.71.suppl_2.s49.
31. Knight R, Wittkowski A, Bromley RL. Neurodevelopmental outcomes in children exposed to newer antiseizure medications: A systematic review. *Epilepsia.* 2021;62(8):1765-1779. doi:10.1111/EPI.16953.
32. Veroniki AA, Cogo E, Ríos P, Straus S, Finkelstein Y, Kealey R, et al. Comparative safety of anti-epileptic drugs during pregnancy: A systematic review and network meta-analysis of congenital malformations and prenatal outcomes. *BMC Med.* 2017;15(1):95. doi: 10.1186/s12916-017-0845-1.
33. Gaily E. Minor anomalies and effects on psychomotor development associated with maternal use of antiepileptic drugs. In: Tomson T GL, Sillanpää M, Johannessen S, editors. *Epilepsy and Pregnancy*. Petersfield, England: Wrightson Biomedical Publishing; 1997.p.63-70.
34. Dean JC, Moore SJ, Turpenny PD. Developing diagnostic criteria for the fetal anticonvulsant syndromes. *Seizure.* 2000;9(3):233-234. doi: 10.1053/seiz.2000.0392.
35. Veroniki AA, Rios P, Cogo E, Straus S, Finkelstein Y, Kealey R, et al. Comparative safety of antiepileptic drugs for neurological development in children exposed during pregnancy and breast feeding: A systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open* 2017; 7(7): e017248. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017248.

36. Bromley R, Weston J, Adab N, Greenhalgh J, Sanniti A, McKay AJ. Treatment for epilepsy in pregnancy: Neurodevelopmental outcomes in the child. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(10): CD010236. doi: 10.1002/14651858.CD010236.pub2.
37. Bromley R, Baker G. Fetal antiepileptic drug exposure and cognitive outcomes. *Seizure.* 2017;44(1):225-231. doi: 10.1016/j.seizure.2016.10.006.
38. Baker G, Bromley R, Briggs M, Cheyne CP, Cohen MJ, García-Fiñana M, et al. IQ at 6 years after in utero exposure to antiepileptic drugs: a controlled cohort study. *Neurology.* 2015; 84(4): 382-90. doi: 10.1212/WNL.0000000000001182.
39. Bromley R, Calderbank R, Cheyne CP, Rooney C, Trayner P, Clayton-Smith J, et al. Cognition in school-age children exposed to levetiracetam, topiramate, or sodium valproate. *Neurology.* 2016;87(18):1943-1953. doi: 10.1212/WNL.0000000000003157.
40. Chen D, Hou L, Duan X, Peng H, Peng B. Effect of epilepsy in pregnancy on fetal growth restriction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;296(3):421-427. doi: 10.1007/s00404-017-4404-y.
41. Li Y, Meador KJ. Epilepsy and Pregnancy. *Continuum (Minneapolis, Minn).* 2022;28(1):34-54. doi: 10.1212/CON.0000000000001056.
42. Darmawan K, Panelli D. Contemporary management of epilepsy in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2023;35(2):87-93. doi: 10.1097/GCO.0000000000000844.
43. Blotière PO, Miranda S, Weill A, Mikaeloff Y, Peyre H, Ramus F, et al. Risk of early neurodevelopmental outcomes associated with prenatal exposure to the antiepileptic drugs most commonly used during pregnancy: A French nationwide population-based cohort study. *BMJ Open.* 2020;10(6):e034829. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034829.
44. Emery-Vajda F, O'Brien T, Graham J, Hitchcock A, Lander C, Eadie M. Preexisting illness, fetal malformation, and seizure control rates in pregnant women with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2020;103(PtA):106481. doi: 10.1016/j.yebeh.2019.106481.

45. Katz J, Pacia S, Devinsky O. Current Management of Epilepsy and Pregnancy: Fetal Outcome, Congenital Malformations, and Developmental Delay. *Epilepsy Behav.* 2001;2(2):119-123. doi: 10.1006/ebch.2001.0158.
46. Oyen N, Vollset SE, Eide MG, et al. Maternal epilepsy and offspring's adult intelligence: A population-based study from Norway. *Epilepsia* 2007;48(9):1731-1738. doi: 10.1111/j.1528-1167.2007.01130.x.
47. Meador KJ, Baker GA, Browning N, Cohen MJ, Bromley RL, Clayton-Smith J, et al. Fetal antiepileptic drug exposure and cognitive outcomes at age 6 years (NEAD study): A prospective observational study. *Lancet Neurol.* 2013;12(3):244-252. doi: 10.1016/S1474-4422(12)70323-X.
48. Meador KJ, Pennell PB, May RC, Brown CA, Baker G, Bromley R, et al. Effects of periconceptional folate on cognition in children of women with epilepsy: NEAD study. *Neurology.* 2020;94(7):e729-e740. doi: 10.1212/WNL.00000000000008757.
49. Herzog AG, MacEachern DB, Mandle HB, Cahill KE, Fowler KM, Davis AR. Folic acid use by women with epilepsy: Findings of the Epilepsy Birth Control Registry. *Epilepsy Behav.* 2017;72(1):156-160. doi: 10.1016/j.yebeh. 2017.05.007.
50. Ferrazzi E, Tiso G, Di Martino D. Folic acid versus 5- methyl tetrahydrofolate supplementation in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;253(1):312-319. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.06.012.

Propuesta de un modelo integral para la gestión de salud pública en Venezuela

*Trabajo que se presenta para incorporación como
Miembro Correspondiente Nacional, Número 10*

Dr. Saúl Peña Arciniegas

RESUMEN

La anarquía del sistema con la paralización del proceso de descentralización y el retorno a un sistema de salud pública centralizado en Venezuela, ha conllevado a la incapacidad de gestión institucional del ente rector en políticas de salud. Inexistencia de un modelo de gestión para la operacionalización de las políticas de salud pública en; como trabajadores de la salud y la vivencia día a día de la problemática del modelo de gestión de salud pública en Venezuela nos planteamos este trabajo de investigación, cuya finalidad es la creación de un modelo integral para la gestión de Salud Pública en Venezuela, orientado a la promoción y prevención, teniendo como base la salud pública integral, basados en principios orientados de equidad , acceso,

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXVIII.11>

Caracas abril 2021

calidad, y universalidad. Fortalecer el papel del ente rector a través de un modelo integral para la gestión de Salud Pública en Venezuela, participativo, descentralizado y coordinado. La creación de un modelo integral para la gestión de salud pública en Venezuela a lo largo de los años 2009 - 2011 ha sido sustentada por la firme convicción, compartida por quienes participamos en la tarea de elaborarlo, de que a fin de cuentas estamos ejerciendo como personas y como ciudadanos un derecho fundamentado en la dignidad del ser humano, principio axiológico que recoge nuestra constitución y que deriva de nuestra naturaleza autónoma y racional, que contribuye al libre desarrollo de la personalidad. Más allá del cumplimiento con una Tesis Doctoral, la expresión como derecho subjetivo, lo concebimos en su enfoque social y colectivo, en la posibilidad de que nuestras ideas sobre la salud pública y concretamente aquellas útiles para construir un sistema de salud, contribuyan al beneficio de la colectividad y al desarrollo de los presupuestos necesarios para la subsistencia del sistema democrático de gobierno, como son la formación de la opinión pública y el ejercicio del pluralismo democrático.

Descriptores: Sistema de salud, gestión en salud pública, funciones esenciales de salud pública, equidad, promoción de la salud, participación, SARSCOV-2

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud son respuestas político institucionales que una nación desarrolla para afrontar y resolver los problemas de salud y enfermedad de sus ciudadanos, por lo tanto, son una “construcción social” que responde a las concepciones teórico ideológicas que predominan en ese Estado, particularmente en relación con la salud y al papel que jugará el Estado en salud, por lo tanto, cada Estado construye un sistema de salud que responde a estas concepciones.

En este sentido, se evidencian a través de la historia, diferentes concepciones de la salud y por ende diversidad de modelos de sistemas de salud de un país, que responden a los criterios teóricos ideológico

de la época, así como, diferencias entre países en un mismo período de tiempo. La Teoría General de los Sistemas surge en el siglo XX con los trabajos de Ludwig Von Bertalanffy y constituye un esfuerzo de integración de las ciencias en un campo de doctrina común, Ferrer Véliz, año 1994.p.223. FUDECO. Venezuela Barquisimeto, entendiendo cómo sistema “un todo complejo y organizado, una reunión de cosas, de partes que forman un todo unitario, la idea de sistemas es sinónimo de métodos, orden, arreglo, es un conjunto de objetos junto con las relaciones entre ellos y sus atributos”. Los sistemas pueden estar formados por subsistemas interdependientes, los cuales pueden descomponerse en subsistemas, progresivamente menores hasta llegar a ser extremadamente simples y sencillos y, contrariamente desde un sencillo subsistema podemos construir un macro sistema. Un aspecto importante es la idea de un conjunto de elementos interconectados para formar un todo, ese todo presenta características y propiedades propias que no se encuentran en ninguno de los elementos aislados. Desde el punto de vista que se analice una organización puede ser un sistema o un subsistema.

Desde el surgimiento de esta teoría las organizaciones la han puesto en práctica, a fin de optimizar su funcionamiento, entre ellas el Sistema Nacional de Salud, con un criterio sectorial, reconociendo como cabeza a los Ministerios de salud, quienes deben coordinarse con otros sectores dentro de un esquema nacional e integral de planificación y coordinación económico social, en el que todos los organismos públicos y privados que tienen interés, o están dedicados a una actividad vinculada con la salud pública, unan esfuerzos a través de cierta uniformidad de procesos administrativos, métodos y técnicas para lograr objetivos programáticos plasmados en los programas de gobierno.

En este sentido, el sistema de salud ha sido definido como: “El área de programación específica de la Nación en función pública, en coordinación con el sector privado, en concordancia con las necesidades reales del individuo y las comunidades, en materia de promoción, defensa y restitución de la salud y de las normas legales que la consagran como derecho social”. Chaves (1981, p.).

Otros lo definen como “Un sistema social comunitario con características e identificación a través de: a) las estructuras o agencias e instituciones; b) un conjunto de funciones específicas; c) el personal identificado para cumplir dichas funciones; d) la ideología y la racionalidad que justifican la continuidad del sistema; e) los equipos y recursos materiales necesarios para llevar a cabo las actividades y f) las relaciones con otros sistemas de la comunidad”. La Pierre (1976, p.)

El sistema de salud es un sistema abierto, tiene un entorno con el cual se interrelaciona, permitiendo la entrada de insumos y la salida de un producto, eminentemente adaptativas a las condiciones del medio, del cual forman parte innumerables subsistemas. Es un sistema ubicado dentro de un campo social con una complejidad bastante grande, y con un objetivo que es el de producir servicios destinados al mejoramiento de la salud individual y colectiva. Chaves, (1981).

Este sistema abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud (4). Organización Mundial de la Salud. Primary Health Care: a Framework for Future Strategic Directions. Ginebra, 2003 (WHO/MNC/OSD/03.01). Es así como, el sistema de salud se puede conceptualizar, como las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud, comprende la atención a las personas y al entorno, hecho con la finalidad de promover, proteger y recuperar la salud, o de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, incluida el suministro de medios, recursos y condiciones para ello; pero también se refiere a las actuaciones ejercidas sobre factores determinantes generales de la salud, realizadas con el fin de mejorar la salud o facilitar su atención, independientemente de la naturaleza de los agentes públicos, sean estos estatales, no estatales o privados que lo realizan.

El sistema de salud entonces, debe ser entendido como algo más amplio que el sistema de atención a la salud, que tiene como componentes sociales a la sociedad civil y al mercado, al sector público no estatal y al propio Estado, en donde, la salud pública cubre una parte del sistema de atención en el sector privado, en el sector público no estatal y en el sector estatal. Pero además de eso, cubre aspectos externos al sistema

de atención que se involucran incluso en el área de la protección social y de salud.

La salud pública tiene un espacio en cada uno de estos ámbitos y los abarca, tanto privado, público no estatal, como estatal, y el entorno social tiene esa responsabilidad integral de la protección social, la protección social en su conjunto. No se debe tampoco confundir el sistema de salud con el sector salud; el sector salud es el conjunto de instituciones, es decir, de organizaciones formalmente organizadas en un régimen político, jurídico y administrativo, cuya finalidad principal es trabajar para la salud y de sus relaciones entre sí y con otras instituciones. Componen el Sector Salud los siguientes subsectores: público estatal, público no estatal, privado de interés público y privado relacionado con el mercado.

Algunas instituciones relacionadas con salud están adscritas a otros sectores y no están en el sector salud propiamente dicho, como el saneamiento básico ambiental, la producción de equipos e insumos de salud, la producción de medicamentos, la seguridad alimentaria, los seguros de salud, etc., ya que prevalece en esta organización y agrupación, la naturaleza de la organización productiva sobre el fin, como regla para pertenecer a un sector u otro.

El sistema de salud y el sistema de atención que lo compone, tienen como finalidad fundamental producir salud de la mejor manera posible en cada situación específica y constituye los ejes del proceso social de generación de salud, es decir, producir salud para las personas, pero especialmente para la población en su conjunto. La eficacia social del sistema es el principal indicador de desempeño del sistema de salud, es decir, la de salud de la población.

Sin embargo, no basta con ser eficaz y producir salud socialmente, sino que el sistema debe hacerlo generando satisfacción individual y sobre todo, satisfacción social. Es decir, el nivel de satisfacción constituye el segundo indicador de desempeño global de los sistemas de salud y de atención en salud. El sistema de salud entonces debe generar un producto social que es la salud de la población, pero respondiendo a las necesidades y a las demandas de la sociedad y de las personas, ya

que la satisfacción se evalúa en varios factores, como son: la calidad de la atención, definida por la capacidad de solución de los problemas y las formas de prestación, y la respuesta a las expectativas de salud de la población.

Los sistemas de salud tienen reconocidos valores y principios que todos hemos repetido y hemos valorado, como la equidad, la participación social, la eficiencia, la descentralización, la integralidad de la atención y la solidaridad. Y requiere de ciertos recursos y condiciones para su funcionamiento, como son: el liderazgo, la información, los recursos humanos, y la capacidad física, los conocimientos y la tecnología, y por supuesto, la financiación del sistema.

Con esos requisitos y con esos principios, hay unas funciones del sistema de salud claramente definidas, como son: la rectoría, el aseguramiento, la provisión de servicios, la compra y el financiamiento. Y en el ámbito de la rectoría, tenemos, la regulación, la armonización de la provisión de servicios, la conducción del sistema, la vigilancia del aseguramiento, la modulación de la financiación y las Funciones Esenciales de la Salud Pública. Estas son en general, las funciones y las características del sistema de salud.

El Proyecto de Trabajo de Incorporación se presenta estructurado en tres (3) capítulos que se describen a continuación: El capítulo I, denominado el problema, hace referencia a la situación problemática, interrogantes del estudio objetivos tanto general como específicos y a la justificación e importancia del estudio. En el capítulo II marco referencial, contiene los antecedentes del estudio internacionales y nacionales, referentes teóricos, bases legales. El capítulo III abordaje metodológico, está referido al diseño de la investigación, tipo de estudio, informantes claves, técnicas e instrumentos de recolección de los datos y plan de análisis de resultados.

“No hay mejor prueba del progreso de la civilización que el progreso del poder de cooperación.”

John Stuart Mill 1806-1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Situación Problemática

Desde la década de los ochenta se vienen realizando reformas de la gestión de salud en Latinoamérica y el Caribe, pasando por Venezuela, las cuales no se han logrado concretar, siendo Cuba uno de los países, donde el sistema de salud es universal, pero deficiente en los recursos que permita un financiamiento acorde a las necesidades de salud de la población conllevando a una deficiente gestión de salud. La anarquía del sistema con la paralización del proceso de descentralización y el retorno a un sistema de salud pública centralizado en Venezuela, ha conllevado a la incapacidad de gestión institucional del ente rector en políticas de salud, creando limitaciones para una gestión integral de salud, que inciden negativamente sobre los principios normativos del derecho a la salud, a saber: la universalidad, la equidad, la promoción, la integración social, la solidaridad y la participación, con la consiguiente prestación insuficiente de servicios de promoción de la salud y prevención.

Inexistencia de un modelo de gestión para la operacionalización de las políticas de Salud Pública en Venezuela. La descripción y el análisis del actual sistema de salud en Venezuela y el estado de salud de la población con énfasis en enfermedades emergentes y reemergentes documentado en la Ponencia Central de la LXIII Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Punto Fijo Estado Falcón (27 al 31 de octubre de 2008), cuyos males, sin duda, se han agravado en los dos últimos años, permite afirmar que estamos ante una situación compleja que afecta a todo el sistema. De manera general, el sistema de salud, tal como hemos señalado como investigadores presenta grandes limitaciones en las políticas implementadas, en su desempeño general, así como restricciones generales para garantizar el acceso universal a servicios y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y el logro de la equidad.

Las principales restricciones identificadas para la gestión general del sistema de salud en los últimos años y que motivan esta investigación son:

1. Limitaciones constitucionales para alcanzar un sistema moderno de salud. Apesar de que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 incorpora avances en el financiamiento de la salud y en la concepción de la salud como derecho, limita las posibilidades de reformas efectivas al considerar que los bienes y servicios públicos de salud con propiedad exclusiva del Estado. El Sistema de Salud está expuesto a serias amenazas determinadas por la aplicación de instrumentos jurídicos y decretos contrarios y violatorios de la Constitución, que influirán negativamente sobre los principios normativos del derecho a la Salud, a saber: la universalidad, equidad, promoción y participación. Estas decisiones tendrán efectos negativos sobre principios y valores del derecho a la vida en democracia, que involucra la salud de los venezolanos y afectarán negativamente la organización del Sistema de Salud, descentralizado y democrático que será sustituido por un sistema socialista centralizado, autoritario y no bien definido, si no se corrigen estas desviaciones.
2. Fracaso en la aprobación de la legislación específica: Luego de casi 10 años, y contando con el apoyo mayoritario en la Asamblea Nacional, el gobierno, sin justificación alguna no ha aprobado la ley Orgánica de Salud.
3. Incapacidad de gestión Institucional del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social y pérdida de la rectoría al permitir y facilitar la instalación y desarrollo de un sistema paralelo de salud (conducido por la Misión Médica cubana), que aumenta la fragmentación del sistema y no aplica los 14 programas integrados de salud del MPPS (Ministerio del Poder Popular para la Salud)
4. Caos y anarquía de la organización del sistema por abandono de las responsabilidades del MPPS en la conducción, modulación,

- desarrollo, regulación, control y evaluación del sistema intergubernamental de salud descentralizado y por la promoción e implantación simultánea de un modelo de salud centralizado.
5. Deficiente coordinación de las fuentes de financiamiento público del sistema y graves fallas en la planificación, determinación, asignación, uso, control y evaluación de los recursos, no enfocados en objetivos definidos por los principales determinantes de la salud y carencia de un plan de financiación basado en Cuentas Nacionales de Salud. Además, por la exclusión de fuentes privadas de financiamiento.
 6. Paralización del proceso de descentralización: Hasta 1998 se habían transferido los servicios de salud a 17 estados. El gobierno del presidente Chávez paralizó este proceso. Hoy tenemos 17 estados con “descentralización suspendida” y 7 estados conducidos directamente por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y la amenaza cumplida de centralización, impuesta mediante decretos de transferencia del sistema de salud de 4 estados al Ministerio del Poder Popular de la Salud y Protección Social.
 7. Prestación insuficiente de servicios de promoción de la salud y prevención; simultáneamente, desarrollo desordenado y no integrado de redes y niveles de servicios de asistencia médica con déficit grave de cobertura y acceso a las prestaciones por carencias crónicas de insumos, pobre calidad de los servicios e intervención simultánea de múltiples hospitales de la red pública de establecimientos mediante reparaciones insuficientemente planificadas y peor ejecutadas que colapsaron la capacidad de atención de los servicios.
 8. Ausencia de definición del conjunto de prestaciones de salud: El gobierno no ha propuesto el conjunto de prestaciones universales de salud. Como resultado, los ciudadanos no saben cuáles son los servicios de salud que recibirán con cargo al presupuesto público.
 9. Eliminación del Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI): Como resultado de esta decisión, 500.000 personas (entre niños

- menores de 6 años y mujeres embarazadas) dejaron de recibir servicios de salud y alimentos. Este factor ha influido en el aumento de la mortalidad materna, en la persistencia de 80 % de muertes evitables en menores de un año, y en el alto porcentaje de niños desnutridos en el grupo entre 2 y 6 años (26 %).
10. Interrupción de las estrategias de control de las enfermedades endémicas: En el inicio del gobierno, se interrumpieron las actividades de control contra la malaria y el dengue y se debilitó la capacidad de vigilancia epidemiológica y de respuesta. Como resultado, el aumento de los casos de malaria y dengue ya señalados y los peligros de aparición de enfermedades infecciosas emergentes y re emergentes.
 11. Insuficiente énfasis en la prevención del VIH-SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual. Se ha debilitado el enfoque preventivo, y se ha enfatizado el enfoque médico-curativo y de prevención secundaria. No se dispone de información oficial confiable sobre la magnitud de la epidemia y el impacto sobre la población.
 12. Debilitamiento del sistema de vigilancia epidemiológico y reducción de su capacidad de respuesta ante nuevas amenazas, como las enfermedades emergentes y re emergentes, agravadas por una política errada de suspensión de la divulgación del Boletín Epidemiológico Semanal, decisión arbitraria que debilita aun mas el sistema de salud, restringe la libertad de información y reduce las garantías para el disfrute del derecho a la salud.
 13. Pobre desempeño en el Plan Ampliado Nacional de Inmunizaciones cuyas bajas coberturas han facilitado la reaparición de brotes epidémicos de enfermedades transmisibles, controlables mediante vacunas como la parotiditis y el riesgo de aparición de otras con grave impacto epidémico como poliomielitis y difteria que fueron erradicadas hace muchos años. Entre éstas el sarampión que muestran las más bajas coberturas de inmunización en el Continente Americano, por debajo de Haití.

14. Escasez de políticas nacionales intersectoriales para el control de la violencia, los accidentes y uso ilícito y consumo de drogas de adicción, enfocados como grandes problemas de salud.
15. Ausencia de una estrategia general contra las enfermedades crónicas: La atención de los problemas crónicos (como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, los trastornos mentales), no ha contado con una estrategia ni programas integrados coherentes que hayan producido resultados. Agravándose en la Pandemia de la COVID-19.
16. Inexistencia de mecanismos de seguimiento de las condiciones de salud de la población: La última encuesta de hogares para la medición de las condiciones de salud la realizó la OCEI en 1998. En estos momentos el país no cuenta con mecanismos de monitoreo de los cambios en los problemas y servicios de salud.
17. Desviación de los esfuerzos de participación ciudadana en salud de base comunitaria, hacia intereses y objetivos político-ideológicos impuestos y tutelados por el poder del gobierno nacional con fines de dominación y hegemonía.
18. Política de Recursos Humanos carente de un plan basado en información confiable y con profundos desequilibrios de distribución, asignación, construcción y cooperación de equipos de trabajo en salud. Exclusión de centros académicos y de investigación, gremios y sociedades científicas en la planificación y desarrollo de los recursos humanos. Creación de un sistema paralelo de educación superior en salud no acreditado que no garantiza la calificación y competencia de egresados. Carencia de incentivos económicos y sociales y promoción directa e indirecta del ejercicio profesional precario y sus consecuencias: deserción y emigración profesional.
19. Pobre enfoque intersectorial de las políticas y estrategias de salud que limita la integración de las acciones destinadas a resolver los determinantes estructurales e intermedios de la salud y de la carga de morbilidad crónica, que están fuera del sector salud; que mejore la educación, las fuentes de trabajo, la calidad del

- ambiente, el agua potable, las excretas, la vivienda, la seguridad, el bienestar y el desarrollo.
20. Errada Política de relación y cooperación con organismos Internacionales y de acuerdos bilaterales de cooperación con otros Estados, que ha permitido la intervención directa de los primeros como operadores políticos del diseño de estrategias, proyectos y en la toma de decisiones sobre asuntos que exceden funciones asesoras. Implementación de modelos de salud impuestos y tutelados desde otros países, específicamente desde Cuba, que rompen los principios de la cooperación internacional en salud basados en el intercambio de experiencias, la reciprocidad, las evidencias y la empatía.
 21. Imposibilidad de cumplir la mayoría de las Metas del Milenio relacionadas con salud de acuerdo a los resultados de las tendencias y proyecciones de los indicadores epidemiológicos evaluados hasta 2006-2007. Entre las más prominentes: la mortalidad materna, y el control de las enfermedades endémicas.

Como trabajadores de la salud y la vivencia día a día de la problemática por la inexistencia de un modelo de gestión de salud pública en Venezuela nos planteamos este trabajo de investigación, cuya finalidad es *Diseñar un modelo integral de gestión para la operacionalización de políticas de salud pública en Venezuela, en el contexto Latinoamericano y del Caribe*, orientado a la promoción y prevención, teniendo como base la salud pública, basados en principios orientados de equidad, acceso, calidad, y universalidad. Fortalecer el papel del ente rector a través de un Modelo Integral para la Gestión de Salud Pública en Venezuela, participativo, descentralizado y coordinado.

El *Diseño de un modelo integral de gestión para la operacionalización de políticas de salud pública en Venezuela, en el contexto Latinoamericano y del Caribe*, a lo largo del año 2010 - 2011 ha sido sustentado por la firme convicción, compartida por quienes participamos en la tarea de elaborarlo, de que a fin de cuentas estamos ejerciendo como personas y como ciudadanos un derecho fundamentado

en la dignidad del ser humano, principio axiológico que recoge nuestra Constitución y que deriva de nuestra naturaleza autónoma y racional, que contribuye al libre desarrollo de la personalidad. Más allá del cumplimiento con una Tesis Doctoral, la expresión como derecho subjetivo, lo concebimos en su enfoque social y colectivo, en la posibilidad de que nuestras ideas sobre salud pública y concretamente aquellas útiles para construir un sistema de salud, contribuyan al beneficio de la colectividad y al desarrollo de los presupuestos necesarios para la subsistencia del sistema democrático de gobierno, como son la formación de la opinión pública y el ejercicio del pluralismo democrático.

Interrogantes del estudio

¿Qué lineamientos teóricos pudieran considerarse en la fundamentación de un modelo integral de gestión en salud pública en Venezuela?

¿Cuáles son las percepciones que tienen los gerentes en cuanto a la gestión en salud pública en Venezuela?

¿Qué se entiende por gestión en salud pública?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) al definir la salud en 1946, en su Carta Constitucional, en términos positivos como: El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Gestión hace referencia a la acción y al efecto de gestionar, se trata por lo tanto de la concreción de diligencias conducentes a un deseo cualquiera, la gestión implica, Gobernar, dirigir, ordenar, disponer y organizar.

Gestión de Salud Pública según la OMS; Son los aportes a la gestión necesaria para la sustentabilidad de la Salud Pública como ciencia y arte esencial para la provisión de los servicios sociales básicos para la sociedad humana, para la familia y para la persona como individuo que participa de la vida ciudadana. Independientemente de la existencia o no de la salud pública como disciplina, en todas las sociedades, desde las más primitivas a las más complejas, se han dado prácticas de atención y cuidados más allá de la esfera de lo individual.

La salud pública, antes que una disciplina científica, fue y sigue siendo un ámbito de intervención social, en el que el subsistema científico encuentra su razón de ser.

Abordar su estudio desde esta perspectiva nos lleva a analizar, aunque sea de forma somera, las distintas acciones y actividades que bajo esta denominación se han venido realizando en nuestra sociedad y la filosofía subyacente en las mismas. En una primera etapa, las actividades asociadas con la salud pública se centraban fundamentalmente en el saneamiento del medio, el control sanitario de los establecimientos públicos, la vigilancia y prevención de las enfermedades transmisibles, etc. La idea que animaba esta forma de abordar los problemas colectivos de salud corresponde, claramente, a una concepción biologicista y negativa de la salud y a un modelo de organización social, en los estados modernos, centrado en la teoría neoliberal. Con la evolución de la sociedad hacia el estado del bienestar, la política social se orienta a garantizar un cierto nivel de vida a todos los ciudadanos a través de la intervención estatal en la vida económica y social. El estado se convierte en garante de los derechos sociales. Se desarrollan entonces los sistemas de protección social que, de forma incipiente, se habían puesto en marcha tanto en Inglaterra como en Alemania tras la revolución industrial.

Desde este modelo de estado social democrático e intervencionista, la salud es considerada uno de los derechos fundamentales de la persona, y entra a formar parte del capítulo de prestaciones sociales. Pero la concepción de la misma se encontraba, más que nunca, anclada en la enfermedad. La medicina reparadora se convierte en el eje de la actividad sanitaria pública. Tanto la industria como los estados necesitaban mantener su capital humano en condiciones de producir. La enfermedad se había convertido en un enemigo del capital y su atención en una de las reivindicaciones más sentida por los trabajadores. La organización y gestión de los servicios de asistencia sanitaria se erige en centro de atención de la actividad pública, aunque se sigue identificando la salud pública únicamente con las actividades de vigilancia epidemiológica y medioambiental, manteniéndose como

área marginal dentro del sistema. Estas funciones tradicionales de la salud pública eran desarrolladas directamente por la administración del Estado, mientras que la actividad asistencial, aunque regulada y controlada por él, era competencia de los sistemas de Seguridad Social.

¿Qué aspectos caracterizan a los sistemas de salud de los países Latinoamericanos y caribeños?

La Organización Mundial de la salud (OMS), señala que un sistema de salud es un conjunto de organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria (3). Una actividad sanitaria se define como todo esfuerzo desplegado en el ámbito de los servicios de salud personales o de los servicios de salud pública o bien en el desempeño de una actividad intersectorial, con el propósito de mejorar la salud humana (4).

En América Latina se construyeron sistemas de salud mixtos, con una mezcla de influencias conservadoras y progresistas, y se desarrollaron instituciones para la seguridad social dirigidos básicamente a la población trabajadora asalariada y para el resto de la población los Ministerios de Salud, dando lugar a sistemas duales que en la mayoría de los países se fragmentaron en múltiples instituciones para diversos segmentos de la población, esto llevó a inequidades en el acceso y en la distribución del financiamiento público (5).

En este orden de ideas, los sistemas de salud en América Latina, van desde sistemas segmentados con población segregada, es decir, cada tipo de población, según su capacidad de pago en diferentes instituciones, a sistemas de aseguramiento mixto regulado, donde las funciones están separadas, asignadas a diferentes estamentos y, donde la población está integrada. Además, se desarrollaron otros dos tipos de modelos: el de sistema de mercado atomizado, basado en una competencia libre de todos los estamentos y el de sistemas públicos integrados, basados en sistemas de aseguramiento universal público.

Es así, que en la actualidad los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, podrían clasificarse como: sistemas públicos integrados y sistemas de seguro de salud unificado, donde se ubican los sistemas del Caribe Inglés, Cuba y Costa Rica; el sistema de seguro de salud

unificado con el modelo de Brasil; los sistemas segmentados como los de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela; aunque algunos como el caso de Paraguay y República Dominicana, están transitando hacia sistemas de aseguramiento mixto, o hacia sistemas de mercado, y los sistemas de aseguramiento mixto regulado, representados básicamente por Chile y Colombia, ya que Uruguay se podría ubicar un poco hacia este lado por el modelo de prestación de servicios cooperativistas y Argentina un poco más hacia el sistema de mercado; por su modelo de prestación corporativo.

Es importante recalcar que, en las reformas propuestas por la mayoría de los países de la América Latina, la organización de los sistemas de salud se dirige hacia el aseguramiento universal de un conjunto de prestaciones básicas, una provisión mixta (público-privado), administración pública del financiamiento, regulación y rectoría estatal.

Sin embargo, en Venezuela, la oposición frente a los lineamientos internacionales de reforma, que han servido como bandera de resistencia política, han dirigido al sistema de salud hacia una tendencia organizacional distinta que en los restantes países andinos, pero no así en la situación real. En Ecuador, Perú, Bolivia, Colombia y República Dominicana, se tiende a configurar el mercado de los servicios médicos regido por las leyes de la oferta y la demanda (6).

En contraposición con sistemas anteriores, se encuentra Cuba, donde el Sistema Nacional de Salud es público y el Estado regula, financia y presta servicios de salud, sumado al hecho de que la salud se configura como un derecho social. Es así como se encontraron varias configuraciones de los servicios de salud en los países estudiados, que van desde un Sistema Nacional de Salud como el cubano, pasando por sistemas basados en el aseguramiento individual de un paquete de servicios como el colombiano y dominicano y, sistemas segmentados como el boliviano, ecuatoriano, peruano y venezolano. Estas configuraciones permiten evidenciar los diferentes grados de participación y control del Estado en las funciones de los sistemas (6).

Cuadro 1. Sistema de Salud en Venezuela y otros países en América Latina

Componentes	Bolivia Ecuador Perú Venezuela	Colombia República Dominicana	Cuba
Integración institucional	No	No	Si (SNS)
Articulación	No	Si	Si
Segmentación poblacional	Si	Si	No
Oferta/demanda	Oferta y Demanda	Demanda, Coexiste financiamiento a la oferta	Oferta
Bienes y servicios	Público y Privado	Mezcla Pública y Privada	Público
Fuente de financiamiento	Recaudo Fiscal (Subsector Público) Cotizaciones (Seguridad Social), Seguros Privados/gasto bolsillos(subsector privado)	Cotizaciones y Recaudo fiscal	Presupuesto estatal
Financiamiento y prestación	Público y privado	Financiamiento público Prestación mezcla pública y privada	Público
Aseguramiento (seguros públicos)	Seguros focalizados en población vulnerable (Excepto Venezuela)	Seguro Obligatorio (paquete de beneficios)	Todas las prestaciones
Principios de ingreso	Pobreza (Subsector público) Mérito Reconocido (Seguridad Social) Poder de Compra (Subsector Privado)	Pobreza Mérito Reconocido Poder de compra (para planes complementarios)	Ciudadanía
Modelo de atención	Curativo Reparativo	Curativo Reparativo	Basado en APS Médico y enfermera de familia
Cobertura	No universal	No universal	Universal

Fuente: Análisis comparativo de los sistemas de salud de la Región Andina y el Caribe (6).

Con respecto al tipo de seguros ofrecidos por el Estado, en el sistema de salud cubano se aseguran todas las prestaciones; en los sistemas de salud de Colombia y República Dominicana, el Estado ofrece un seguro nacional de salud que prioriza las necesidades de la población y además, coexisten planes complementarios de salud y medicina pre pagada, que funcionan a través de los seguros privados. En Bolivia, Perú y Ecuador el seguro público ampara a las poblaciones focalizadas por riesgo.

El único sistema considerado realmente universal es Cuba, que presenta una cobertura de 100 %. En el resto de países, la población sin acceso está entre un 20 % y un 30 %. En cuanto al aseguramiento, en Bolivia y Ecuador la población sin asegurar es cercana al 85 %, mientras que tanto, en Venezuela como en Colombia es del 35 % a 40 %, a pesar de las diferencias de organización de los servicios sanitarios en estos dos últimos países (6).

En conclusión, los países de América Latina y el Caribe no han logrado un sistema de salud de cobertura universal, equitativa y de calidad, sin embargo, todos los países reconocen la necesidad de introducir nuevas reformas en sus sistemas de salud. Estas abarcan desde los proyectos actuales para superar los problemas del sistema, como en Colombia, hasta la introducción del aseguramiento universal de un paquete de servicios, como en Ecuador; además, se incentiva la competencia entre el sector público y el privado por la prestación de servicios, como en Perú y Ecuador, y la focalización de población vulnerable, como en Bolivia y Perú (6).

En Venezuela el problema es más complejo, pues se vive en un contexto de transformaciones, no solo del sistema de salud, sino de todas las políticas sociales y económicas, que involucran los macro determinantes de la salud. Los pilares sobre los cuales se edificó en los últimos cincuenta años la producción social de la salud, la enfermedad y la atención de la salud en Venezuela, están en transformación (7), conllevando a una crisis del sistema de salud inadmisibles.

El sistema de salud cubano a pesar de ser considerado de cobertura universal, es de difícil comparación con otros países, pues el contexto

en el cual se encuentra es muy diferente. El tratamiento del tema de la salud por lo general se basa en el uso desproporcionado y poco auténtico de estadísticas y conceptos que rayan más en lo anecdótico que en sólidos argumentos de análisis. No existen instrumentos valederos para establecer comparaciones.

El sistema de salud en Cuba es disfuncional en tanto que una tiranía entronizada desde hace casi 50 años corrompe el hacer tanto como el ser social. Cuba tiene un cuerpo social enfermo, buena parte de esa enfermedad esta en esa dictadura prolongada, demasiado prolongada, que agobia a la Nación. De tal manera que la Salud concebida de forma integral como el bienestar físico, psíquico y social está imposibilitada de desempeñarse en Cuba en tanto la dictadura permanezca. Esto no se puede eludir, con independencia de que, en la realidad, a muy poca distancia de donde se vive hay siempre un médico en un consultorio, o que las estadísticas abrumen con datos optimistas; terriblemente manipulados y repetidos hasta el cansancio.

Una sociedad debe garantizar la plena libertad, el respeto a la dignidad y el desempeño creativo del hombre sin limitaciones a sus derechos; solo de esta forma está preparado para garantizar a todos, un cuidado de salud que provea el necesario bienestar físico psíquico y social; este último tan difícil de alcanzar en una dictadura prolongada. El sistema de salud entonces debe generar un producto social que es la salud de la población, pero respondiendo a las necesidades y a las demandas de la sociedad y de las personas, ya que la satisfacción se evalúa en varios factores, como son: la calidad de la atención, definida por la capacidad de solución de los problemas y las formas de prestación, y la respuesta a las expectativas de salud de la población.

Los sistemas de salud tienen reconocidos valores y principios que todos hemos repetido y hemos valorado, como la equidad, la participación social, la eficiencia, la descentralización, la integralidad de la atención y la solidaridad. Y requiere de ciertos recursos y condiciones para su funcionamiento, como son: el liderazgo, la información, los recursos humanos, y la capacidad física, los conocimientos y la tecnología, y por supuesto, la financiación del sistema. Con esos requisitos y con esos

principios, hay unas funciones del sistema de salud claramente definida, como son: la rectoría, el aseguramiento, la provisión de servicios, la compra y el financiamiento.

¿Cuáles son los principios orientadores de las políticas de salud pública del Estado venezolano?

Cualquier intento para incidir de manera positiva, significativa y perdurable en la realidad venezolana, en especial sobre la esfera social y en el sector salud, debe estar precedido por un amplio “Acuerdo Político y Social” en torno al diagnóstico de la situación del país y a los fundamentos del un proyecto de transformación nacional. En circunstancias de una democracia real, se entendería como la sana y natural competencia entre los distintos grupos políticos. En las circunstancias actuales, esta tarea resulta un reto muy difícil de alcanzar, dada la conflictividad política y social que afecta a todos los sectores del país, de intolerancia, de autoritarismo y hegemonía del gobierno nacional y de exclusión de las ideas diferentes a la de la revolución, empeñada en imponer un modelo socialista, autocrático; tales circunstancias han contribuido y contribuirán ineludiblemente a la persistencia de las desigualdades políticas, económicas y sociales que dificultan la cohesión social necesaria para mejorar las condiciones de gobernabilidad, y hacen imposible, por los momentos, lograr un pacto social que abarque todas las posiciones políticas. Tenemos, sin embargo, la convicción de que es el camino correcto y por eso hemos emprendido la tarea de elaborar estas ideas, como un primer paso de un rumbo lleno de incertidumbre.

La persistencia de las desigualdades, la pobreza, la exclusión y la pérdida de oportunidades de participación y libertades políticas, económicas y sociales, viene produciendo insatisfacción y grandes frustraciones para la población venezolana, en especial a los más pobres, resultados que no se corresponden con las obligaciones constitucionales del Estado, referentes a la satisfacción de los derechos sociales ni a la magnitud del gasto social permitido por el ciclo de bonanza económica, derivado de los ingresos petroleros de los últimos años. Se añaden

ahora, los desequilibrios de la crisis económica global que incidirán ineludiblemente sobre la continuidad y sostenibilidad de las políticas y planes sociales y de salud implementados desde la óptica exclusiva del gobierno.

A pesar de estas dificultades y restricciones se hace indispensable insistir en este momento en estimular el debate amplio entre los diversos sectores sociales y políticos para alcanzar acuerdos que permitan construir opciones para el desarrollo del país; acuerdos que recojan las experiencias exitosas y a la vez corrijan las desviaciones y errores del pasado, mediante propuestas viables, enmarcadas en la democracia, con elevado sentido de equidad y justicia social.

Un proyecto de esta naturaleza exige un nivel de democracia superior, de libertades que lo legitime, y que supere la —legitimidad— revolucionaria que exhibe el gobierno. Deberá ser inclusivo e incluyente, respetuoso de la alteridad, un “*proyecto vivo*”, inacabado, abierto a la discusión, que se perfeccione y contribuya progresivamente a la reconstrucción del tejido social con la más amplia participación de los sectores sociales, incluso aquellos que apoyan al gobierno. En fin, que haga sentir que la agenda desviada del proyecto de la actual gestión de gobierno, con todos sus errores, y deficiencias es parte del pasado.

La fusión del Ministerio de Salud con el Ministerio de la Familia (antiguo receptor institucional de la política de desarrollo social) condujo a la desaparición de ese sector. De esta forma el país carece de una red de protección social dirigida a los grupos más vulnerables, y ni siquiera aquella que se tenía en el pasado, con todo y sus naturales fallas, puede mostrarse (3). Por el contrario, esa red de atención social del pasado reciente ha tratado de ser sustituida, primero por la creación de un Fondo Único Social (FUS), que a la postre sólo ha significado una suerte de tesorería social, donde se concentraron recursos de algunos programas sociales, heredados de la administración pasada, más un conjunto de programas denominados como desestructurados, desde los cuales se reparten bienes y servicios según sean las demandas formuladas ante esta dependencia.

¿Cuáles son los fundamentos epistémicos, axiológicos y ontológicos necesarios para estructurar el modelo integral de gestión de salud pública en Venezuela?

Objetivos del Estudio

Objetivo General

Generar los lineamientos teóricos, que darán fundamento a un Modelo de Gestión Integral en Salud Pública en Venezuela.

Objetivos Específicos

1. Analizar los fundamentos epistémicos para estructurar el modelo integral de gestión para la salud pública en Venezuela, fundamentado en una perspectiva holística que integre el enfoque del liderazgo transformacional en contextos descentralizados.
2. Explicar las dimensiones del modelo integral para la gestión de salud pública en Venezuela, fundamentado en una perspectiva holística.
3. Describir las percepciones que tiene los gerentes, en relación a la gestión en salud pública en Venezuela.
4. Crear un modelo integral para la gestión de salud pública en Venezuela.

Justificación e Importancia del Estudio

¿Cómo es actualmente nuestro sistema de salud?

La descripción y el análisis del actual sistema de salud en Venezuela y el estado de salud de la población con énfasis en enfermedades emergentes y reemergentes documentado en la Ponencia Central de la LXIII Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Punto Fijo Estado Falcón (27 al 31 de octubre de 2008), cuyos males, sin duda, se han agravado en los dos últimos años, permite afirmar que estamos ante una situación compleja que afecta a todo el sistema. De manera general, el sistema de salud, tal como hemos señalado como investigadores presenta grandes limitaciones

en las políticas implementadas, en su desempeño general, así como restricciones generales para garantizar el acceso universal a servicios y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y el logro de la equidad.

Para el investigador este documento tomado como referencia la ponencia central sirve como instrumento de identificación de los problemas, reflexión y de proposición para construir opciones para el presente y futuro de la salud pública venezolana y latinoamericana.

Las principales restricciones identificadas para la gestión general del sistema de salud en los últimos años y que nos motivan para esta investigación son:

1. Limitaciones constitucionales para alcanzar un sistema moderno de salud. A pesar de que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 incorpora avances en el financiamiento de la salud y en la concepción de la salud como derecho, limita las posibilidades de reformas efectivas al considerar que los bienes y servicios públicos de salud con propiedad exclusiva del Estado. El Sistema de Salud está expuesto a serias amenazas determinadas por la aplicación de instrumentos jurídicos y decretos contrarios y violatorios de la Constitución, que influirán negativamente sobre los principios normativos del derecho a la Salud, a saber: la universalidad, equidad, promoción y participación. Estas decisiones tendrán efectos negativos sobre principios y valores del derecho a la vida en democracia, que involucra la salud de los venezolanos y afectarán negativamente la organización del Sistema de Salud, descentralizado y democrático que será sustituido por un sistema socialista centralizado, autoritario y no bien definido, si no se corrigen estas desviaciones.
2. Fracaso en la aprobación de la legislación específica: Luego de casi 10 años, y contando con el apoyo mayoritario en la Asamblea Nacional, el gobierno, sin justificación alguna no ha aprobado la ley Orgánica de Salud.

3. Incapacidad de gestión Institucional del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social y pérdida de la rectoría al permitir y facilitar la instalación y desarrollo de un sistema paralelo de salud (conducido por la Misión Médica cubana), que aumenta la fragmentación del sistema y no aplica los 14 programas integrados de salud del MPPS.
Caos y anarquía de la organización del sistema por abandono de las responsabilidades del MPPS en la conducción, modulación, desarrollo, regulación, control y evaluación del sistema intergubernamental de salud descentralizado y por la promoción e implantación simultánea de un modelo de salud centralizado.
5. Deficiente coordinación de las fuentes de financiamiento público del sistema y graves fallas en la planificación, determinación, asignación, uso, control y evaluación de los recursos, no enfocados en objetivos definidos por los principales determinantes de la salud y carencia de un plan de financiación basado en Cuentas Nacionales de Salud. Además, por la exclusión de fuentes privadas de financiamiento.
6. Paralización del proceso de descentralización: Hasta 1998 se habían transferido los servicios de salud a 17 estados. El gobierno del presidente Chávez paralizó este proceso. Hoy tenemos 17 estados con “descentralización suspendida” y 7 estados conducidos directamente por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y la amenaza cumplida de centralización, impuesta mediante decretos de transferencia del sistema de salud de 4 estados al Ministerio del Poder Popular de la Salud y Protección Social.
7. Prestación insuficiente de servicios de promoción de la salud y prevención; simultáneamente, desarrollo desordenado y no integrado de redes y niveles de servicios de asistencia médica con déficit grave de cobertura y acceso a las prestaciones por carencias crónicas de insumos, pobre calidad de los servicios e intervención simultánea de múltiples hospitales de la red pública de establecimientos mediante reparaciones insuficientemente

- planificadas y peor ejecutadas que colapsaron la capacidad de atención de los servicios.
8. Ausencia de definición del conjunto de prestaciones de salud: El gobierno no ha propuesto el conjunto de prestaciones universales de salud. Como resultado, los ciudadanos no saben cuáles son los servicios de salud que recibirán con cargo al presupuesto público.
 9. Eliminación del Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI): Como resultado de esta decisión, 500 000 personas (entre niños menores de 6 años y mujeres embarazadas) dejaron de recibir servicios de salud y alimentos. Este factor ha influido en el aumento de la mortalidad materna, en la persistencia de 80 % de muertes evitables en menores de un año, y en el alto porcentaje de niños desnutridos en el grupo entre 2 y 6 años (26 %).
 10. Interrupción de las estrategias de control de las enfermedades endémicas: En el inicio del gobierno, se interrumpieron las actividades de control contra la malaria y el dengue y se debilitó la capacidad de vigilancia epidemiológica y de respuesta. Como resultado, el aumento de los casos de malaria y dengue ya señalados y los peligros de aparición de enfermedades infecciosas emergentes y re emergentes.
 11. Insuficiente énfasis en la prevención del VIH-SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual. Se ha debilitado el enfoque preventivo, y se ha enfatizado el enfoque médico-curativo y de prevención secundaria. No se dispone de información oficial confiable sobre la magnitud de la epidemia y el impacto sobre la población.
 12. Debilitamiento del sistema de vigilancia epidemiológico y reducción de su capacidad de respuesta ante nuevas amenazas, como las enfermedades emergentes y re emergentes, agravadas por una política errada de suspensión de la divulgación del Boletín Epidemiológico Semanal, decisión arbitraria que debilita aun mas el sistema de salud, restringe la libertad de información y reduce las garantías para el disfrute del derecho a la salud.

13. Pobre desempeño en el Plan Ampliado Nacional de Inmunizaciones cuyas bajas coberturas han facilitado la reaparición de brotes epidémicos de enfermedades transmisibles, controlables mediante vacunas como la parotiditis y el riesgo de aparición de otras con grave impacto epidémico como poliomielitis y difteria que fueron erradicadas hace muchos años. Entre estas el sarampión que muestran las más bajas coberturas de inmunización en el Continente Americano, por debajo de Haití.
14. Escasez de políticas nacionales intersectoriales para el control de la violencia, los accidentes y uso ilícito y consumo de drogas de adicción, enfocados como grandes problemas de salud.
15. Ausencia de una estrategia general contra las enfermedades crónicas: La atención de los problemas crónicos (como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, los trastornos mentales), no ha contado con una estrategia ni programas integrados coherentes que hayan producido resultados.
16. Inexistencia de mecanismos de seguimiento de las condiciones de salud de la población: La última encuesta de hogares para la medición de las condiciones de salud la realizó la OCEI en 1998. En estos momentos el país no cuenta con mecanismos de monitoreo de los cambios en los problemas y servicios de salud.
17. Desviación de los esfuerzos de participación ciudadana en salud de base comunitaria, hacia intereses y objetivos político-ideológicos impuestos y tutelados por el poder del gobierno nacional con fines de dominación y hegemonía.
18. Política de Recursos Humanos carente de un plan basado en información confiable y con profundos desequilibrios de distribución, asignación, construcción y cooperación de equipos de trabajo en salud. Exclusión de centros académicos y de investigación, gremios y sociedades científicas en la planificación y desarrollo de los recursos humanos. Creación de un sistema paralelo de educación superior en salud no acreditado que no garantiza la calificación y competencia de egresados. Carencia de incentivos económicos y sociales y promoción directa e indirecta

- del ejercicio profesional precario y sus consecuencias: deserción y emigración profesional.
19. Pobre enfoque intersectorial de las políticas y estrategias de salud que limita la integración de las acciones destinadas a resolver los determinantes estructurales e intermedios de la salud y de la carga de morbilidad crónica, que están fuera del sector salud; que mejore la educación, las fuentes de trabajo, la calidad del ambiente, el agua potable, las excretas, la vivienda, la seguridad, el bienestar y el desarrollo.
 20. Errada Política de relación y cooperación con organismos Internacionales y de acuerdos bilaterales de cooperación con otros Estados, que ha permitido la intervención directa de los primeros como operadores políticos del diseño de estrategias, proyectos y en la toma de decisiones sobre asuntos que exceden funciones asesoras. Implementación de modelos de salud impuestos y tutelados desde otros países, específicamente desde Cuba, que rompen los principios de la cooperación internacional en salud basados en el intercambio de experiencias, la reciprocidad, las evidencias y la empatía.
 21. Imposibilidad de cumplir la mayoría de las Metas del Milenio relacionadas con salud de acuerdo a los resultados de las tendencias y proyecciones de los indicadores epidemiológicos evaluados hasta 2006-2007. Entre las más prominentes: la mortalidad materna, y el control de las enfermedades endémicas.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

Antecedentes del Estudio

Ponencia Central de la LXIII Reunión Ordinaria de la Asamblea de Federación Médica Venezolana, realizada en Punto Fijo Estado Falcón (27 al 31 de octubre 2008), Descripción y Análisis del actual sistema

de Salud en Venezuela y el Estado de Salud de la Población con énfasis en Enfermedades Emergentes y Reemergentes.

Ponencia Central de la LXIV Reunión Ordinaria de la Asamblea de Federación Médica Venezolana, realizada en Barinas Estado Barinas (26 al 30 octubre 2009), Sistema de Salud que Necesita Venezuela “Ideas para proponer un Sistema de Salud sustentado en el Desarrollo y protección Social, para combatir la pobreza y la exclusión en Salud”

Referentes Teóricos

Evolución del Sistema de Salud en Venezuela. Análisis comparativo con otros modelos de sistemas de salud

1.- Evolución del Sistema de Salud en Venezuela.

El 6 de enero de 1910, por decreto del Gobierno Nacional que presidía el General Juan Vicente Gómez, fue creada la Dirección de Higiene y Salubridad Pública adscrita al Ministerio de Relaciones Interiores, con el fin de brindar mayor atención a la salud del venezolano.

Con la experiencia adquirida en un año de funcionamiento, se estudia la necesidad de incorporarle un organismo técnico asesor, la Junta Directiva Central de Salubridad Pública, cuyo reglamento fue aprobado el 28 de enero de 1911, entrando a integrarla el 21 de febrero de ese mismo año los Doctores: Carlos Cebada como Director de Higiene, Eduardo Fernández como Jefe de la sección de Enfermedades Infecciosas, E. Mejer Hegel como Jefe de la sección de Químicos y Bacteriología, y Juan L. Cordero como Jefe de la sección de Estadísticas y Demografía.

El 13 de noviembre de 1911, el Presidente de los Estados Unidos de Venezuela General Juan Vicente Gómez, consideró “que a fin de hacer eficaces para la salud pública las medidas de higiene, se deben establecer con perfecto rigor científico y práctico, de modo regular y uniforme para todo el país”; decreta la Oficina de Sanidad Nacional que para su régimen y funcionamiento dependerá del Presidente de la República; el Ejecutivo Federal nombrará al Director y a la propuesta de ésta a los empleados técnicos y principales de la Oficina. El Director

hará los demás nombramientos del ramo con previa aprobación del Ejecutivo Federal.

El 21 de junio de 1912, el Congreso Nacional dictó la primera ley de Sanidad y es implantada y autorizado el ejecútase por el Presidente Juan Vicente Gómez el 3 de julio de ese mismo año.

Veinte años después de su creación comienzan a tomar forma los diferentes cambios estructurales dentro de dicho Ministerio, el primero de ellos el día 11 de agosto de 1930 y basado en la definición de la teoría de Carlos V. Finlay la cual cita que “La Higiene es la teoría, el conocimiento de los medios es prever las enfermedades y la Sanidad es la aplicación práctica de aquél conocimiento”, lo cual origina un cambio de nombre a la institución, de Higiene por la de Sanidad. De esta manera se crea así el nuevo Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría; el cual permaneció durante seis años, al que se asigna: La Sanidad Nacional con la Oficina Central, la Oficina Subalterna y Comisiones de Sanidad; que fungirán funciones de suprema inspección de los servicios sanitarios de las Municipalidades y las Obras Sanitarias (1). Archila Historia de la Sanidad en Venezuela. Caracas Imprenta Nacional. Tomo I, 1955.

El nuevo Ministerio fue conformado entonces por: la Dirección de Salubridad Pública, la Dirección de Agricultura y Cría y la Consultoría Jurídica. El gobierno nacional se vio en la necesidad de dividir este Ministerio, decretando así el 25 de febrero de 1936 la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, como entidad separada del de Agricultura y Cría, que se mantenía con una sola denominación desde 1930.

De acuerdo con el artículo No. 5 del decreto, el despacho entraría en vigencia el 1° de marzo del año 1936, fecha en que fue asignado el presupuesto de gasto y la competencia de cada una de las cuatro direcciones de acuerdo con la Reglamentación de la Ley de Ministerios de esa misma fecha. Las cuatro direcciones fueron: Gabinete, Salubridad, Asistencia Pública y Administración; además de un Consultor Jurídico y un Inspector Médico de Sanidad.

El decreto reglamentario de la Ley de Ministerios de fecha 1° de agosto de 1936 fijó entre las atribuciones del Ministerio de Sanidad y

Asistencia Social: “...las ramas de Sanidad Nacional, Higiene Pública, Medicina Social, Asistencia Social, Previsión Social, Seguro Social, encomendándose la dirección técnica de los Hospitales, Clínicas, Casas de Salud, Asilos, Manicomios, Beneficencias, Centros de Previsión y Disciplina Infantil, Puestos de Socorro, Sociedades Benéficas, Sanatorios e Institutos Residenciales Nacionales y la dirección técnica y administrativa de los Leprocomios, Institutos de Lucha contra el Cáncer y los Refugios Infantiles Nacionales” (1). Archila Historia de la Sanidad en Venezuela. Caracas Imprenta Nacional. Tomo I, 1955.

Una fecunda labor de muchos trabajadores y expertos en salud pública, encabezados e inspirados por el liderazgo del Dr. Arnoldo Gabaldón inició una lucha que cambió la historia de Venezuela. Se fundaron las bases conceptuales de una Política Sanitaria auténticamente venezolana basada en los principios de “Universalidad, Equidad e Integralidad”. Los programas de acción sanitaria con base en el conocimiento de situaciones reales de salud, fueron impulsados. Se introdujo importantes innovaciones como el uso de los indicadores de la mejoría del estado de salud, la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad temprana, indicadora de los efectos agresivos del medio ambiente, la desnutrición y la ignorancia y a la vez evaluadora del progreso de la labor sanitaria que no se hizo esperar. Muchas tareas debían ser acometidas, pero había claridad de que las acciones prioritarias debían ser enfatizadas en el campo de la profilaxis, tanto en la medicina preventiva como en el saneamiento ambiental. Había que estudiar y conocer bien la situación de los problemas de salud. Había que preparar al personal para resolver los problemas. Se debía hacer un ataque horizontal de los problemas sanitarios y sociales que abarcan la mayoría de nuestra población y por tanto que produjeran un beneficio mayor. No hacerlo conduciría a acciones estériles e inútiles (2). Gabaldón A. Una Política Sanitaria. Tomo I, XXVI, MSAS 1965.

Nuestros sanitaristas fueron pioneros del saneamiento ambiental en América Latina y se adelantaron más de 20 años a la Declaración del Alma Ata que enfatizó el saneamiento básico y el abastecimiento de agua como elementos esenciales en la conservación de la salud (3).

López Ramírez Tulio. El Ministro Arnoldo Gabaldón: Un lustro de progreso de la Salud Pública Venezolana en: Berti A.L; Arnoldo Gabaldón. Por eso, asume la construcción de acueductos rurales y en 1967 logra que Venezuela cumpla la meta y la sobrepasa de dar servicios de agua al 50 % de la población rural (4). Gabaldón A. Una Política Sanitaria I; 409.

Asimismo, inició el programa vigoroso de construcción de viviendas higiénicas para los campos, aplicando claros principios de equidad y justicia social (5), OP.Cit.4 UNA Política Sanitaria I; 445 estaba convencido de que una vivienda con requisitos mínimos para la conservación de la salud era en aquél momento la mejor acción sanitaria que podía emprenderse. “lo que se requiere es una verdadera revolución en cuanto a habitación de nuestros sectores obreros y campesinos Aspiramos a ver alojados a los sectores menos favorecidos económicamente de la población venezolana en una pequeña quinta, fundamentalmente diferente al rancho, capaz de servir de ambiente esperanzador de nuestras masas. Tal objetivo es posible si apartamos del programa toda demagogia” (5). OP.Cit.4 UNA Política Sanitaria I; 445 Los resultados fueron muy exitosos, hasta 1963, más de 100 000 habitantes del medio rural fueron alojados en viviendas sanas.

Simultáneamente, se hizo énfasis para la formación y perfeccionamiento del personal de salud para llevar a cabo eficientemente las tareas de la organización sanitaria, del equipo de trabajo y de la continuidad de las acciones y la formación de administradores de salud pública, de directores de hospitales, de ingenieros sanitarios, de especialistas en diferentes áreas. Para ese propósito influyó decisivamente en la formación de los docentes y de los estudiantes de las escuelas de medicina e ingeniería (6). Op 4 Una Política Sanitaria I 69-70.

Los logros alcanzados en 14 años, desde 1936 a 1950 en la lucha antimalárica fueron extraordinarios la tasa de mortalidad paso de 164 por 100 000 habitantes a 8,5 por 100 000 habitantes y 12 años después en 1962 fue de 0. En 1960, 418 842 Km cuadrados del territorio nacional habían quedado libres de malaria. De 108 municipios naturalmente

libres de la enfermedad se pasó a 430 en 1955 (7). A pesar de estos extraordinarios éxitos, Gabaldón y su ejército de sanitarios no se sentían satisfechos, se dedicaron al estudio y control epidemiológico de otros graves problemas de salud, la tuberculosis, la enfermedad de Chagas, la lepra, las diarreas, las neumonías, el tétanos infantil, las helmintiasis. También a ciertas causas de mortalidad a las cuales las autoridades sanitarias prestaban poca atención, tales como los homicidios, los suicidios y las muertes accidentales (8). En la época de los años sesenta del siglo pasado, Venezuela había entrado en una etapa de transición epidemiológica con predominio de enfermedades no transmisibles que habían de estudiarse mediante el enfoque de sus factores de riesgo, determinantes y facilitadores de su aparición sin abandonar los programas de control y atención de las enfermedades transmisibles, entre ellas las enfermedades metaxénicas y su enfoque de erradicación no siempre aceptado como política de salud (9). El mejoramiento de las condiciones de salud, facilitó el desarrollo del país, el crecimiento demográfico y una mayor expectativa de vida; pronto, los recursos del sistema público de salud se hicieron insuficientes para atender las crecientes demandas de asistencia exigidas por la sociedad. Los costes de la atención se multiplicaron, fue necesario ampliar la red de servicios ambulatorios y la construcción y dotación de numerosos hospitales a los que se sumó la contratación de una gran cantidad de personal que reclamaron justas y apremiantes solicitudes de aumento de sueldos y salarios que desde entonces se hicieron recurrentes. A pesar de estas dificultades, en 1966, Venezuela disponía de una amplia red de servicios ambulatorios y 13 711 camas de hospitalización operativas (8). Venezuela se situó entre los países de América Latina más avanzados en la calidad de los servicios médicos curativos, dotados con equipos modernos y atendidos por jóvenes médicos entrenados en los cursos de posgrado y estimulados oficialmente mediante múltiples oportunidades ofrecidas para su perfeccionamiento profesional. Comenzaron a percibirse desequilibrios en la parte del presupuesto destinado a la atención médico-hospitalaria cada vez mayor y mermó lo aplicado a medicina preventiva y saneamiento ambiental. Las

estrecheces económicas de los años setenta, a pesar de haber aumentado el presupuesto del ministerio se debieron a los gastos derivados al pago de personal, en desmedro del mantenimiento, la dotación y los insumos para la salud.

Las estrecheces económicas de esos años se acentuaron aun mas en la década de los años 80 y 90 mientras que los gastos derivados de los pagos de personal crecieron desproporcionadamente. Numerosas fueron las recomendaciones y exhortaciones del maestro Gabaldón para aplicar la contención de costes y para aumentar el cumplimiento y rendimiento en la ejecución de las labores (10,11). La multiplicación de tareas sanitarias en todo el territorio nacional estimuló la idea de coordinar los programas y las acciones que se realizaban en las diversas entidades territoriales. Con ese fin se creó la Región Sanitaria de Aragua el 2 de noviembre de 1945 y en 1958 la del estado Yaracuy (12). La experiencia de desconcentración no fue del todo satisfactoria por fallas en la coordinación, y el cumplimiento del compromiso de gestión y financiamiento a nivel de los estados.

Para superar estos problemas se crearon los Servicios Cooperativos de Salud Pública mediante convenios entre el Ministerio y las Gobernaciones, que disponían de programas de salud unificados (12). Estas experiencias constituyeron un ensayo de descentralización, estrategia actual que procura mejorar la calidad de los servicios en términos de oportunidad, equidad y eficiencia y una participación mas activa en la toma de decisiones de los niveles de gobierno regional y local y una mayor incorporación de la sociedad en la toma de decisiones con base a las necesidades y demandas locales. Son estos logros, resumidos en sabias palabras del maestro Gabaldón pronunciadas el 27 de julio de 1940 “Realizaciones del pasado, ruta del porvenir”, los que deben ser tomados en nuestras reflexiones como fuente de inspiración para nuestro trabajo, destinado a contribuir a las soluciones de los nuevos retos de la salud (13). Más adelante, en 1989 se dictó la ley Orgánica de Descentralización y Transferencia de Competencias (LODTC) y en 1998 se promulgó la Ley Orgánica de Salud. Los procesos de reforma y descentralización permitieron lograr avances modestos e insuficientes,

en beneficio de la salud pública, lo cual se debe profundizar, consolidar y fortalecer; para tal fin es necesario corregir los rumbos y reorientar los procesos. Esto logrará grandes e importantes cambios organizacionales en el ámbito central, regional, municipal y local, lo que implicará un cambio cultural profundo en la población venezolana, así como también en la diversidad de empleados y funcionarios públicos. En virtud de ese proceso de descentralización, cada Estado tiene Direcciones Generales Sectoriales.

Los sistemas de salud han sido abordados de diferentes formas. Los sistemas de salud pueden ser considerados como estructuras sociales complejas, de naturaleza heterogénea (1), que incluyen tanto sus unidades como sus interrelaciones (2). Sin embargo, para el análisis comparativo del sistema de salud venezolano con otros modelos de sistemas de salud, se utilizará la definición de la Organización Mundial de la salud (OMS), que señala que un sistema de salud es un conjunto de organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad.

Las reformas del sistema de salud realizadas hasta 1998 no dieron los frutos esperados, el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios seguían siendo deficientes e inequitativos. Las debilidades institucionales no habían sido superadas. El enfoque de —salud de las poblaciones— y los principios que inspiraron a los fundadores del MSAS, se habían desviado hacia servicios curativos ineficientes e insuficientes. Se debilitó la rectoría del sistema, se fragmentó y debilitó el financiamiento público y la prestación de servicios, estos crecieron y se hicieron más complejos, pero no solucionaron las necesidades sanitarias de la población ni los nuevos retos epidemiológicos. No se logró articular los esfuerzos del sector público y del sector privado (14). En el año 1999, el Gobierno de la República de Venezuela, cambió el nombre al Ministerio pasándose a llamar —Ministerio de Salud y Desarrollo Social, el cual fue producto de la fusión del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Ministerio de la Familia. En Gaceta Oficial No. 37.359 de fecha 8 de enero de 2002, según decreto No. 1.634 se dictó la reforma del decreto sobre Organización y Funcionamiento de la Administración Pública Central donde en el Artículo 10 se enumeran

las competencias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. De acuerdo al Decreto No. 3.753 de fecha 11 de julio de 2005 publicado en Gaceta Oficial No. 34.204 de fecha 31 de agosto de 2005 se dicta la reforma parcial del decreto sobre Organización y Funcionamiento de la Administración Pública Central, mediante el cual se decidió separar al Ministerio de Desarrollo Social en Ministerio de Salud y Ministerio de Participación Social. El 8 de enero de 2007, mediante la Gaceta Oficial No. 5.836, pasó el Ministerio de Salud a ser el Ministerio del Poder Popular para la Salud y para el 3 de marzo de 2009 según Gaceta Oficial N°. 39.130, Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social.

2. Análisis comparativo con otros modelos de sistemas de salud.

Los sistemas de salud han sido abordados de diferentes formas. Los sistemas de salud pueden ser considerados como estructuras sociales complejas, de naturaleza heterogénea (1), que incluyen tanto sus unidades como sus interrelaciones (2). Sin embargo, para el análisis comparativo del sistema de salud venezolano con otros modelos de sistemas de salud, se utilizará la definición de la Organización Mundial de la salud (OMS), que señala que un sistema de salud es un conjunto de organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria (3). Una actividad sanitaria se define como todo esfuerzo desplegado en el ámbito de los servicios de salud personales o de los servicios de salud pública o bien en el desempeño de una actividad intersectorial, con el propósito de mejorar la salud humana (4).

En este sentido, en el mundo coexisten diversos modelos de sistemas de salud; en Europa después de la segunda guerra mundial, se consolidó la concepción de salud como derecho social y surgieron diferentes modelos de sistemas de salud, pero en todos, a pesar de sus diversas modalidades, el papel del estado era fundamental. En algunos casos orientados hacia sistemas de seguridad social, con cotizaciones y aportes de los trabajadores como en Alemania y Francia, en otros, con sistemas nacionales de salud, de financiamiento público por la vía de los tributos, como en los países nórdicos (5).

En América Latina se construyeron sistemas de salud mixtos, con una mezcla de influencias conservadoras y progresistas, y se desarrollaron instituciones para la seguridad social dirigidos básicamente a la población trabajadora asalariada y para el resto de la población los Ministerios de Salud, dando lugar a sistemas duales que en la mayoría de los países se fragmentaron en múltiples instituciones para diversos segmentos de la población, esto llevó a inequidades en el acceso y en la distribución del financiamiento público (5). En este orden de ideas, los sistemas de salud en América Latina, van desde sistemas segmentados con población segregada, es decir, cada tipo de población, según su capacidad de pago en diferentes instituciones, a sistemas de aseguramiento mixto regulado, donde las funciones están separadas, asignadas a diferentes estamentos y, donde la población está integrada. Además, se desarrollaron otros dos tipos de modelos: el de sistema de mercado atomizado, basado en una competencia libre de todos los estamentos y el de sistemas públicos integrados, basados en sistemas de aseguramiento universal público.

Es así, que en la actualidad los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, podrían clasificarse como: sistemas públicos integrados y sistemas de seguro de salud unificado, donde se ubican los sistemas del Caribe Inglés, Cuba y Costa Rica; el sistema de seguro de salud unificado con el modelo de Brasil; los sistemas segmentados como los de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela; aunque algunos como el caso de Paraguay y República Dominicana, están transitando hacia sistemas de aseguramiento mixto, o hacia sistemas de mercado, y los sistemas de aseguramiento mixto regulado, representados básicamente por Chile y Colombia, ya que Uruguay se podría ubicar un poco hacia este lado por el modelo de prestación de servicios cooperativistas y Argentina un poco más hacia el sistema de mercado; por su modelo de prestación corporativo.

Es importante recalcar que, en las reformas propuestas por la mayoría de los países de la América Latina, la organización de los sistemas de salud se dirige hacia el aseguramiento universal de

un conjunto de prestaciones básicas, una provisión mixta (público-privado), administración pública del financiamiento, regulación y rectoría estatal. Sin embargo, en Venezuela, la oposición frente a los lineamientos internacionales de reforma, que han servido como bandera de resistencia política, han dirigido al sistema de salud hacia una tendencia organizacional distinta que en los restantes países andinos, pero no así en la situación real. En Ecuador, Perú, Bolivia, Colombia y República Dominicana, se tiende a configurar el mercado de los servicios médicos regido por las leyes de la oferta y la demanda (6). En contraposición con sistemas anteriores, se encuentra Cuba, donde el Sistema Nacional de Salud es público y el Estado regula, financia y presta servicios de salud, sumado al hecho de que la salud se configura como un derecho social.

Es así como se encontraron varias configuraciones de los servicios de salud en los países estudiados, que van desde un Sistema Nacional de Salud como el cubano, pasando por sistemas basados en el aseguramiento individual de un paquete de servicios como el colombiano y dominicano y, sistemas segmentados como el boliviano, ecuatoriano, peruano y venezolano. Estas configuraciones permiten evidenciar los diferentes grados de participación y control del Estado en las funciones de los sistemas (6). Con respecto al tipo de seguros ofrecidos por el Estado, en el sistema de salud cubano se aseguran todas las prestaciones; en los sistemas de salud de Colombia y República Dominicana, el Estado ofrece un seguro nacional de salud que prioriza las necesidades de la población y además, coexisten planes complementarios de salud y medicina prepagada, que funcionan a través de los seguros privados. En Bolivia, Perú y Ecuador el seguro público ampara a las poblaciones focalizadas por riesgo. El único sistema considerado realmente universal es Cuba, que presenta una cobertura de 100 %. En el resto de países, la población sin acceso está entre un 20 % y un 30 %. En cuanto al aseguramiento, en Bolivia y Ecuador la población sin asegurar es cercana al 85 %, mientras que tanto, en Venezuela como en Colombia es del 35 % a 40 %, a pesar de las diferencias de organización de los servicios sanitarios en estos dos últimos países (6).

En conclusión, los países de América Latina y el Caribe no han logrado un sistema de salud de cobertura universal, equitativa y de calidad, sin embargo, todos los países reconocen la necesidad de introducir nuevas reformas en sus sistemas de salud. Estas abarcan desde los proyectos actuales para superar los problemas del sistema, como en Colombia, hasta la introducción del aseguramiento universal de un paquete de servicios, como en Ecuador; además, se incentiva la competencia entre el sector público y el privado por la prestación de servicios, como en Perú y Ecuador, y la focalización de población vulnerable, como en Bolivia y Perú (6). En Venezuela el problema es más complejo, pues se vive en un contexto de transformaciones, no solo del sistema de salud, sino de todas las políticas sociales y económicas, que involucran los macro determinantes de la salud. Los pilares sobre los cuales se edificó en los últimos cincuenta años la producción social de la salud, la enfermedad y la atención de la salud en Venezuela, están en transformación (7), conllevando a una crisis del sistema de salud inadmisibles. El sistema de salud cubano a pesar de ser considerado de cobertura universal, es de difícil comparación con otros países, pues el contexto en el cual se encuentra es muy diferente. El tratamiento del tema de la salud por lo general se basa en el uso desproporcionado y poco auténtico de estadísticas y conceptos que rayan más en lo anecdótico que en sólidos argumentos de análisis. No existen instrumentos valederos para establecer comparaciones.

El sistema de salud en Cuba es disfuncional en tanto que una tiranía entronizada desde hace casi 50 años corrompe el hacer tanto como el ser social. Cuba tiene un cuerpo social enfermo, buena parte de esa enfermedad esta en esa dictadura prolongada, demasiado prolongada, que agobia a la Nación. De tal manera que la Salud concebida de forma integral como el bienestar físico, psíquico y social está imposibilitada de desempeñarse en Cuba en tanto la dictadura permanezca. Esto no se puede eludir, con independencia de que, en la realidad, a muy poca distancia de donde se vive hay siempre un médico en un consultorio, o que las estadísticas abrumen con datos optimistas; terriblemente manipulados y repetidos hasta el cansancio. Una sociedad debe

garantizar la plena libertad, el respeto a la dignidad y el desempeño creativo del hombre sin limitaciones a sus derechos; solo de esta forma está preparada para garantizar a todos, un cuidado de salud que provea el necesario bienestar físico psíquico y social; este último tan difícil de alcanzar en una dictadura prolongada.

II. ¿Cómo es actualmente nuestro Sistema de salud?

La descripción y análisis del actual Sistema de Salud en Venezuela y el Estado de salud de la población con énfasis en Enfermedades Emergentes y Reemergentes se presentó con motivo de la Ponencia Central de la LXIV Reunión de la Federación Médica Venezolana presentada en Punto Fijo Estado Falcón, en el año 2008, cuyos males se han agravado en los últimos años, permite afirmar que estamos en presencia de una situación extremadamente compleja que afecta a todo el Sistema.

En líneas generales el sistema, como se ha señalado presenta grandes limitaciones en las políticas implementadas, en su desempeño general, así como restricciones estructurales para garantizar el acceso universal a servicios y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y el logro de la equidad. En tiempos pretéritos propusimos, que más allá de describir la dura realidad del sistema, los documentos elaborados sirvieran como instrumentos de identificación de los problemas, reflexión y de proposición para construir alternativas para el presente y futuro. Se detectaron importantes restricciones que justifican sin duda alguna esta investigación científica.

III. Políticas Sociales y Sistema de Salud

Cualquier intento para incidir de manera positiva, significativa y perdurable en la realidad venezolana, en especial sobre la esfera social y en el sector salud, debe estar precedido por un amplio “Acuerdo Político y Social” en torno al diagnóstico de la situación del país y a los fundamentos del un proyecto de transformación nacional. En circunstancias de una democracia real, se entendería como la sana y natural competencia entre los distintos grupos políticos. En las

circunstancias actuales, esta tarea resulta un reto muy difícil de alcanzar, dada la conflictividad política y social que afecta a todos los sectores del país, de intolerancia, de autoritarismo y hegemonía del gobierno nacional y de exclusión de las ideas diferentes a la de la revolución empeñada en imponer un modelo socialista autocrático; tales circunstancias han contribuido y contribuirán ineludiblemente a la persistencia de las desigualdades políticas, económicas y sociales que dificultan la cohesión social necesaria para mejorar las condiciones de gobernabilidad, y hacen imposible, por los momentos, lograr un pacto social que abarque todas las posiciones políticas.

Tenemos, sin embargo, la convicción de que es el camino correcto y por eso hemos emprendido la tarea de elaborar estas ideas, como un primer paso de un rumbo lleno de incertidumbre. La persistencia de las desigualdades, la pobreza, la exclusión y la pérdida de oportunidades de participación y libertades políticas, económicas y sociales, viene produciendo insatisfacción y grandes frustraciones para la población venezolana, en especial a los más pobres, resultados que no se corresponden con las obligaciones constitucionales del Estado, referentes a la satisfacción de los derechos sociales ni a la magnitud del gasto social permitido por el ciclo de bonanza económica, derivado de los ingresos petroleros de los últimos años. Se añaden ahora, los desequilibrios de la crisis económica global que incidirán ineludiblemente sobre la continuidad y sostenibilidad de las políticas y planes sociales y de salud implementados desde la óptica exclusiva del gobierno.

A pesar de estas dificultades y restricciones se hace indispensable insistir en este momento en estimular el debate amplio entre los diversos sectores sociales y políticos para alcanzar acuerdos que permitan construir caminos alternativos para el desarrollo del país; acuerdos que recojan las experiencias exitosas y a la vez, corrijan los errores y desviaciones del pasado, mediante propuestas viables, enmarcadas en la democracia, con elevado sentido de equidad y justicia social. Un proyecto de esta naturaleza exige un nivel de democracia superior, de libertades que lo legitime, y que supere la legitimidad revolucionaria que exhibe el gobierno. Deberá ser inclusivo e incluyente, respetuoso

de la alteridad, un “proyecto vivo”, inacabado, abierto a la discusión, que se perfeccione y contribuya progresivamente a la reconstrucción del tejido social con la mas amplia participación de los sectores sociales, incluso aquellos que apoyan al gobierno. En fin, que haga sentir que la agenda desviada del proyecto de la actual gestión de gobierno con todos sus errores, y deficiencias es parte del pasado.

Creemos firmemente en estas ideas y estamos dispuestos a proponer acciones para que se hagan realidad a pesar de todas las dificultades y obstáculos; que el rumbo que marque este esfuerzo sea el de la paz, la convivencia, la solidaridad, que se supere la confrontación estéril y el disenso que debe ser parte del pasado y sea sustituido por la conciliación, la tolerancia y el respeto, condiciones necesarias para ponernos de acuerdo y construir una agenda social y de salud que tenga como prioridad la reducción de la pobreza y la desigualdad, iniciativa que esté provista de acciones a corto plazo y políticas públicas perdurables a mediano y largo plazo, para atender las incertidumbres y los retos del presente y del futuro.

Situación actual de las políticas Sociales en Venezuela La preocupación por lo social de la actual administración no parece manifestarse en los hechos, en la evidencia empírica de sus errores, sino en un encaramiento de tipo voluntarista y militante que le exige tanto a los objetos como a los sujetos de la política social un compromiso político a favor del régimen (1). Así la atención a los grupos o poblaciones especiales (o en pobreza) pretende privilegiar la atención de —problemas concretos y específicos—, acción esta que se implementa bajo la rúbrica de —la emergencia social estructura La política social (más allá de la tradicional), al menos hasta el presente, ha estado orientada a la atención de los síntomas de la pobreza, de modo que se trata de una política “asistencialista” y de poca discriminación o focalización de los beneficiarios de la misma, con un criterio de reparto de bienes o servicios de manera indiscriminada, y siempre insuficiente, desconociendo las diferencias regionales, entre lo urbano y lo rural, e incluso sin considerar la posible heterogeneidad existente en las barriadas de las principales ciudades del país.

La política social de la actual administración no ha hecho sino profundizar los problemas que tradicionalmente venía arrastrando el sector, ellos son: (1) a) De carácter estratégico: 1) Indefinición en cuanto a los objetivos de la política social, así como de los medios para alcanzarlos. 2) Inestabilidad de las políticas que se emprenden. Cada nuevo funcionario que toma posesión de una dependencia del sector pretende renovar o reemplazar los programas o proyectos que ejecuta. Esta falta de continuidad ya no sólo va atada al cambio de gobierno sino al de funcionarios dentro del mismo régimen. 3) Ausencia de evaluaciones de cualquier tipo, bien sea de impacto o de gestión. Por lo tanto, el sector, sus gerentes y decisores actúan bajo la lógica de la política ciega. b) Para con el beneficiario:

- 1) Insuficientes servicios sociales en cantidad (cobertura) y baja calidad de los mismos. El Estado en Venezuela mantiene importante déficit de atención social en áreas básicas (2-4) como lo son la atención a los niños, las embarazadas, los escolares, la inserción social del joven y la seguridad social.
- 2) Por la forma como se prestan los servicios sociales en el país, es decir, el carácter monopólico y estatal de su suministro, no existe la posibilidad de que el beneficiario incida o contribuya en la cantidad o calidad de estos servicios.
- 3) El deterioro de los servicios sociales y su inestabilidad hacen que los niveles de vida y, lo más importante, la posibilidad de cambiar favorablemente en el futuro, dependan casi exclusivamente de los atributos y particularidades de cada individuo y sus familias. Las oportunidades que brindan los servicios sociales en Venezuela son cada vez más escasas. c) Organizacionales: 1) Aumento de la atomización del sector, producto de la multiplicidad de instancias existentes y otras creadas recientemente, lo cual conduce al solapamiento de las responsabilidades por institución. 2) Lo anterior genera una mayor anarquía organizacional, la pérdida de impacto de las políticas y la ausencia de rectoría en el sector. 3) La importancia cobrada por la dimensión voluntarista de la

política social ha politizado el sector, lo que ha traído como consecuencia: - El desplazamiento del recurso humano técnico y capacitado por otro político y militante. - Un excesivo uso o —cobro político— de las acciones del sector, con lo cual se exacerbaban los vicios clientelares de la política social. - El estímulo a la participación comunitaria en la ejecución y definición de la política social, pero bajo una lógica de militancia política o adhesión partidista como condición.

El grado de institucionalidad de la política social venezolana se ha venido deteriorando desde hace algún tiempo. No obstante, los avances que se habían logrado, no sólo por medio de las transferencias tecnológicas implícitas en los programas de apoyo a los ajustes macroeconómicos y el desarrollo de proyectos con los organismos multilaterales, sino también y muy especialmente en cuanto a la participación social y desarrollo institucional del gobierno en sus distintos niveles, se han visto afectados de manera considerable dado el proceso de desinstitucionalización que siguió al inconcluso proceso constituyente y los subsiguientes episodios de inestabilidad política. Así, los cambios institucionales introducidos por la actual administración no han hecho sino profundizar, como hemos dicho, los problemas de carácter estratégico, organizacionales y de impacto sobre los beneficiarios. La fusión del Ministerio de Salud con el Ministerio de la Familia (antiguo receptor institucional de la política de desarrollo social) condujo a la desaparición de ese sector. De esta forma el país carece de una red de protección social dirigida a los grupos más vulnerables, y ni siquiera aquella que se tenía en el pasado, con todo y sus naturales fallas, puede mostrarse (3). Por el contrario, esa red de atención social del pasado reciente ha tratado de ser sustituida, primero por la creación de un Fondo Único Social que a la postre sólo ha significado una suerte de tesorería social, donde se concentraron recursos de algunos programas sociales, heredados de la administración pasada, más un conjunto de programas denominados como desestructurados, desde los cuales se reparten bienes y servicios según sean las demandas formuladas ante esta dependencia.

La otra red sustituta de lo que pudiera haber existido en el pasado ha sido la de la Fuerza Armada Nacional por medio de un programa social denominado Plan Bolívar 2000, cuyos criterios de atención y modos administrativos dejan mucho que desear desde el punto de vista de la transparencia de sus políticas. De hecho, este Plan tiene hoy día varias averiguaciones abiertas en la Contraloría General de la República (3). A partir de 2003, la red de atención social se estructuró mediante la implementación de las Misiones. El paralelismo administrativo de las Misiones se replicó en una estructura de atención separada de los sistemas públicos existentes, que llegó a visualizarse como un sistema integrado en sí mismo para atender el conjunto de necesidades de los sectores excluidos y consolidar en su interior los valores y símbolos de la revolución. A partir de esa lógica, las Misiones comenzaron a expandirse en términos de atención para la población que ya estaba cubierta y, en consecuencia, también se extendieron en el tiempo, sobre pasando las condiciones previstas inicialmente para una actividad de carácter temporal y extraordinaria. Esta expansión se llevó a cabo por dos vías: por una parte, agregando a la atención inmediata la entrega de servicios y, por otra, ampliando los niveles de atención para que la población cubierta pudiera proseguir dentro del sistema y las unidades de éste tuvieran como llenar los requerimientos de atención sin tener que acudir a los servicios públicos tradicionales (4).

La expansión de las Misiones requirió infraestructura, equipamiento y personal. Además, en 2004, se creó en el presupuesto una partida para el Programa Especial Social. Luego los fondos se multiplicaron mediante la aprobación de créditos adicionales a cargo de ingresos provenientes del Impuesto al Débito Bancario y recursos del BANDES y luego intensivamente recursos provenientes de excedentes de ingresos petroleros solicitados a PDVSA. Los recursos fluyeron mediante diversos Fondos: FONDESPA, Fonendógeno y FONDEN. La implantación de un nuevo orden socialista, entre 2005- 2008 se sustentaría con la creación de los Consejos Comunales, nuevas Misiones, y el Segundo Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 para la construcción del Socialismo del Siglo XXI (5). Para ese

propósito el presidente avanzó en la revolución social que dejaría de ser democrática para ser socialista. Esa intención se concreta mediante el Proyecto Nacional Simón Bolívar o —los cinco motores— y en la propuesta de reforma constitucional negada en 2007. La reforma declaraba “...construir un nuevo orden con preeminencia del ser social colectivo, (para lo cual) es necesario superar los obstáculos generados por las relaciones sociales capitalistas, manifestados en la imposición de los intereses de las minorías por encima de los intereses del poder originario, la concentración de la propiedad en pocas manos, la dificultad política para democratizar el poder, una institucionalidad que propicia el establecimiento de un cuerpo burocrático amparado en una superestructura ideológica que mantiene a nuestro pueblo encadenado a la miseria, alienado y alejado de su propia realidad” (6). En esta fallida propuesta quedó claramente expresado el concepto de las Misiones como un sistema de administración paralela no sometible a control institucional. En esta propuesta la administración pública quedaba dividida en dos categorías:

1. La burocracia tradicional, que deja de estar al servicio de los ciudadanos como lo dispone la Constitución de 1999 y pasa a ser un instrumento de los poderes públicos cuyos órganos más importantes son el poder nacional, con mayores competencias y atribuciones y un nuevo poder popular cuyos representantes no son elegidos por voto integrado por organizaciones nacidas en el orden socialista: comunidades, comunas, consejos comunales, consejos obreros, consejos campesinos y consejos estudiantiles, entre otras.
2. Las Misiones, “constituidas por organizaciones de variada naturaleza, creadas para atender a la satisfacción de las más sentidas y urgentes necesidades de la población, cuya prestación exige de la aplicación de sistemas excepcionales, e incluso experimentales, los cuales serán establecidos por el Poder Ejecutivo mediante reglamentos organizativos y funcionales” (7) y las cuales no estarían sometidas a los controles de la Constitución ni de las leyes, como si lo está la burocracia tradicional.

La propuesta de reforma cambiaba el concepto público de la administración del Estado, colocaba sus instituciones bajo el mando de los órganos del poder revolucionario y no al revés, a los órganos de gobierno bajo el control de las instituciones y las leyes; y elevaba las Misiones a una categoría especial de administración en las que pueden experimentarse tanto nuevos sistemas de programas o servicios como de normas, leyes y pautas de organización territorial, social y económica, a voluntad del Poder Ejecutivo. Resultados de las Misiones De todas las Misiones, Barrio Adentro y Mercal fueron las que lograron mayor alcance territorial y poblacional, porque actuaron sobre las dos esferas de más alto déficit institucional en las estructuras de bienestar social del país y por su penetración en las zonas donde viven los sectores de menores recursos. El gobierno afirma que ambas Misiones cubren entre 60 % y 70 % de la población venezolana. En la primera, la cobertura sería de 17 millones de personas. Las encuestas (WDC-UE 2006 (8,9) y Datanálisis (10) indican por el contrario que en su punto más alto de expansión la Misión BA pudo haber llegado al 30 % de la población (7,2 millones de personas) en 2004. Mientras que Mercal alcanzó 53 % a finales de 2006. El resto de las Misiones no superó el 3 % de cobertura (4).

Entre 2004 y 2007 la Misión BA decreció a una cobertura de 22 % y Mercal a 46 % en 2007 y 43 % en 2008. Desde el año 2008 en adelante el declive de cobertura de la Misión Barrio Adentro fue reconocida por el presidente del Colegio Médico Metropolitano y Ex Coordinador del Posgrado de Medicina Integral Comunitaria y por el presidente de la Sociedad Bolivariana de Medicina Integral (11), y en julio de 2009 por el propio presidente de la República. Primero se redujo el número de profesionales de salud y luego en 2008, el 65 % de los recursos financieros para cubrir los gastos de las Misiones (12). Las principales fallas y deficiencias de la Misión BA han sido detalladas en la Ponencia Central de la FMV de 2008 (13), D'Elía y Cabezas (4) y Díaz Polanco (9). Después de 5 años de haberse puesto en práctica, el sistema paralelo de atención social, las Misiones, muestran un gran debilitamiento que explica la caída de sus coberturas. La disponibilidad

de recursos financieros no creció al ritmo de expansión decretado por el presidente de la República, con el consiguiente incumplimiento de metas y expectativas no satisfechas de las comunidades. Además del bajo rendimiento y rezagos financieros, el sistema enfrenta severas dificultades de carácter institucional que han ido aumentando con el tiempo (4). La persistencia de estas dificultades hace pensar que no es una crisis del sistema, sino un declive de las estructuras paralelas que se soportan sobre el mecanismo de las Misiones y, que se agravaron con la reducción de los recursos de financiamiento a partir de 2008 y 2009, esta vez, como consecuencia de la crisis financiera y por la fragilidad de garantizar estos recursos que se encuentran fuera del presupuesto nacional, que pudieran hacer insostenible el sistema paralelo de atención social (13,9).

En resumen Los planteamientos en el sector social con relación a la articulación de las políticas sociales y económicas, el mejoramiento de los mecanismos de información, transparencia y rendición de cuentas, así como en la participación de la sociedad civil en la ejecución y formulación de las políticas públicas, aguardan por la superación de mucho de los vicios pasados que no han sido superados, a lo que se agregan los introducidos en el presente, tales como: a) La definición del papel específico asignado a la política social, ya que éste no puede ser el de —sacar a la población de la pobreza o —mejorar la calidad de vida por medio de la satisfacción de las necesidades que planteen las comunidades. No sólo porque el Estado venezolano no dispone de los recursos financieros o los procedimientos administrativos y la fortaleza institucional para —echarse al hombro a los pobres, sino que de hacerlo se incurriría en la más absoluta práctica clientelar y paternalista sin precedente alguno en la región. b) La imprecisión o ausencia de un objeto claro de la política social, lo cual impide que pueda diseñarse un esquema institucional coherente.

En cualquier caso, y suponiendo que el objeto de la política social se mantuviese bajo algunas lógicas aceptadas, tal como aquella que le asigna a la acción pública ser un instrumento redistributivo para incrementar las dotaciones de capital social, humano y físico. c)

La ausencia de especificación de ciertos mínimos de atención social que constituirían las metas iniciales del sistema, así como de los parámetros desde los cuales permitir una efectiva rendición de cuentas y contraloría social de la gestión. d) La profundización en estrategias de aniquilación de los procesos de descentralización de la política, así como la participación libre de la sociedad civil, independientemente de su vinculación partidista o su lealtad al régimen. e) La carencia de un organismo rector de la política social con alta competencia técnica, es una necesidad fundamental para el país y su gobierno. La ausencia de esta instancia organizacional ha hecho que, se carezca de una política definida que pueda ser, entre otros aspectos, interlocutora de su similar en el área económica. Este ente, concentraría el monitoreo de las acciones a fin de superar la lógica de la política ciega y en consecuencia intuitiva que hasta ahora ha caracterizado al sector.

De manera que resulta muy difícil hacer propuestas (desde un punto de vista técnico y no político) sobre la base de una política social inexistente y, lo que es peor, frente a unos gobernantes marcados por la soberbia revolucionaria que les sesga e impide escuchar a cualquiera que no sea percibido como de ellos. Así, y aún cuando lo dicho puede ser duro, hay suficiente evidencia de que lo anterior es cierto, de lo contrario, ¿cómo explicar que el país entre a un programa de ajuste cambiario y fiscal con características recesivas sin que ello lleve apareado un programa social?

Una última palabra, por lo antes expuesto, así como por las particularidades de inestabilidad política que padece el actual gobierno, parece poco factible proponer reformas tendientes a construir una red de protección social eficaz, eficiente y sostenible. De igual forma, se hace difícil evaluar y propiciar la complementariedad de las políticas de un sector cuya administración se autodefine como abierta y desestructurada. Por otra parte, la partidización del sector no es vista por el actual régimen como un mal, sino por el contrario, como un vínculo de organización social necesario, de allí que es improbable cualquier planteamiento tendiente a la despoltización de las políticas sociales, tal y como ello se entiende en el resto de la región.

En síntesis, resulta difícil hacer proposiciones en la medida en que los criterios más generales no estén al menos medianamente formulados, y en consecuencia resulta impropio realizar propuestas de carácter específico, ya que, como hemos dicho, de lo que se trata es de hacer o definir cuál es la política social. Todo parece indicar que, en Venezuela, estamos en presencia de un modo distinto de hacer política social, la cual se fundamenta en la profundización de lo que normalmente la literatura especializada considera como inadecuado. Curiosamente, ello es presentado por los actuales gerentes y decisores sociales como un nuevo paradigma de gestión social, prototipo de política, cuyos resultados están todavía por verse (1).

Enfoque General de la Estrategia Social

La estrategia social, centrada en erradicar la pobreza, atender a los más vulnerables y crear oportunidades para todos, para el desarrollo de los ciudadanos, de las familias y del país, es concebida como uno de los ejes centrales del “Acuerdo Político y Social”. Entendemos a los determinantes de las condiciones de vida de la población y de la salud como factores complejos, estrechamente vinculados y a la pobreza como un fenómeno social multivariado, y en consecuencia, sus soluciones deberán ser de carácter integral, que articulen políticas económicas y sociales duraderas. El empobrecimiento progresivo de muchos venezolanos en los últimos 30 años, está vinculado, entre otras razones, con la pérdida del empleo productivo, por lo tanto, una de las claves fundamentales para superar la pobreza consiste en transformar las condiciones de baja productividad del mercado laboral del país. Por el lado de la demanda, deberán crearse las condiciones y niveles de inversión pública y privada para promover el sector formal de la economía. Se requerirá crear un clima de estabilidad política, seguridad jurídica, y recomposición de la gobernabilidad perdida, así como de un conjunto de reformas económicas e institucionales, que hagan atractiva la inversión de capitales públicos y privados, nacionales y foráneos. La generación de empleo productivo, que remunere al trabajador de

modo tal que le permita satisfacer sus necesidades y aspiraciones desde el primer empleo; la formalización del trabajo junto con estrategias de acceso al crédito, tecnología y capacitación para incrementar el nivel de productividad del sector informal, deberán ser medidas complementarias.

La generación de empleo como medida económica es necesaria pero no suficiente. El trabajador deberá disponer de atributos productivos requeridos para acceder a las oportunidades de desarrollo de una economía en crecimiento. Tales atributos son: capacidades, habilidades, destrezas, conocimientos e información obtenidos mediante la educación por períodos entre 12 y 16 años. Se trata también de trabajadores y sus familias con acceso a la salud, que puedan disfrutar de una vida larga y saludable, que dispongan de una vivienda digna, de un ambiente sano y seguro y que dispongan de un sistema de protección social que les permita enfrentar las contingencias de accidentes, enfermedad, vejez y desastres naturales. La calidad de la vida en libertad y en democracia es uno de los componentes esenciales para el desarrollo social. El propósito de la estrategia social es que todos los venezolanos tengan las condiciones de capital humano necesarias para acceder a los empleos y las oportunidades productivas. Será necesario actuar de manera primordial sobre el enorme déficit de atención social que produce desigualdad social, mediante políticas que atiendan problemas de la población en términos de acceso a los servicios (inequidades) y enfrentar los problemas de calidad que confrontan los diversos sectores del área social como la educación, la vivienda, el ambiente y la salud.

Se requerirá de políticas sociales de transición para atender a las víctimas del empobrecimiento de los últimos 30 años, grupos de familia cuyos jefes son mayores de 35 años, de nivel educativo inferior a sexto grado y de estrato socioeconómico bajo, trabajadores urbanos y rurales que requerirán subsidios directos o programas de reconversión laboral que les permitan participar del desarrollo. La eliminación de las barreras generadoras de desigualdad, facilitará la inserción de importantes sectores sociales al crecimiento económico, al desarrollo social sostenible y al bienestar.

4. Una estrategia para el progreso económico y la equidad.

Una estrategia para el progreso económico y la equidad debe cubrir las reformas de instituciones, nuevas reglas, y la implementación de estrategias económicas y sociales para el acceso al empleo digno y la seguridad social; el acceso a diversas formas de capital (el acceso a formas no tradicionales de gestión de las empresas, a la propiedad de la tierra y al financiamiento para apalancar las elevaciones de productividad el mejoramiento del hábitat; la educación como medio de acumulación de capital humano; y las redes de solidaridad social y cooperación económica como capital relacional)

La pobreza es un problema global que afecta a toda la sociedad e impide su desarrollo y no solo a los pobres, por lo tanto, el combate a la pobreza exige una estrategia amplia que vaya mas allá de la aplicación de una política social o de programas sociales focalizados destinados a reducir la pobreza, que resultan por sí solos insuficientes. Se requiere la acción conjunta de políticas económicas, reformas institucionales y la creación de un clima de paz y gobernabilidad. La política social es concebida como la prestación de un conjunto de servicios sociales (educación, salud, nutrición, vivienda propia, ambiente, seguridad social) que permita la acumulación de capital humano, social y físico a individuos, familias y colectividades. - Para lograr los efectos en las situaciones de transformación de la pobreza se requerirá de la participación de todos: agentes económicos, políticos y culturales y aun de aquellos que no forman parte de los grupos en pobreza. El Estado deberá ejercer efectivamente su obligación y la responsabilidad de garantizar los derechos sociales consagrados en la Constitución y las leyes. De modo que el producto de las políticas y programas, (como bienes y servicios sociales) sea destinado a satisfacer necesidades con un fuerte influjo redistributivo por la existencia de desigualdades de acceso y calidad para aquellos más pobres, que por sí mismos no tienen la capacidad de acceso del mercado. El logro de estos derechos es responsabilidad del Estado, pero “con la participación de las familias y la sociedad...” y de manera progresiva.

El Estado como actor social no tiene la exclusividad para atender la pobreza, el Estado no es el único agente necesario para lograr la transformación de situaciones indeseables o problemáticas. Las restricciones que se oponen a su acción derivan de la complejidad social y de los avances de una sociedad modernizada como la venezolana, así como de un conjunto de restricciones financieras e institucionales que también se aplican a otros actores sociales como la acción privada. Si bien esta interdependencia existe, el Estado tiene la obligación indelegable y la competencia sustantiva de desempeñar funciones “negativas”, restrictivas, destinadas a impedir acciones que promueven la pobreza, y que por el contrario contribuyan a reducirla, por ejemplo: garantizar la estabilidad política (con base a la legitimidad del sistema, el sistema de representación y la canalización de representación); el estado de derecho: (la calidad del sistema y las instituciones y mecanismos regulatorios), el funcionamiento y regulación mediante reglas claras del mercado y la paz social.

El abandono progresivo de estas funciones, la omisión negligente de estas garantías y obligaciones deberá cesar inmediatamente. Las funciones “positivas” o sociales, suponen la promoción de acciones por parte de grupos sociales, materializadas mediante políticas redistributivas que aumentan el capital humano. Por ejemplo: prestación de servicios sociales (Educación, Salud y Saneamiento Ambiental, Infraestructura, Vivienda, Seguridad Social y Atención a Grupos Específicos). Los productos de estas funciones son necesarios para reducir los niveles de pobreza, pero no suficientes.

IV. Protección Social, Salud en el Desarrollo y Manejo Social de Riesgos. Caminos para combatir la pobreza y la exclusión en salud.

1.- Los sistemas de protección social están estrechamente relacionados con los modelos de desarrollo que históricamente se han consolidado en cada nación. Estos de manera implícita o explícita han determinado la política social y dentro de ella la política de salud. La protección social (PS) se ha expresado en programas y sistemas de

seguridad social y en políticas sociales para disminuir la pobreza y la inequidad, dependiendo de la trayectoria de cada país. En América Latina (AL) durante las últimas décadas se han implementado propuestas y modelos teóricos para construir sistemas de protección social. Diversos análisis han señalado que la PS está determinada por los modelos de desarrollo y por las reformas del Estado y sus posibilidades de financiación. Asimismo, está condicionada por decisiones supranacionales y factores exógenos coyunturales que llevan a implementar determinadas políticas económicas y sociales. Venezuela atraviesa un complejo momento político y social en donde se están produciendo cambios acelerados que afectarán el diseño de un sistema de protección social y en donde se pretende mediante mecanismos autoritarios imponer un sistema político diferente a la democracia, contrario a los valores y principios cardinales de la Constitución y con marcada influencia del modelo cubano. Las contradicciones de este modelo con el espíritu de la constitución nacional están produciendo importantes dificultades para el diseño, aprobación e implementación de un sistema de protección social que se desplaza entre visiones antagónicas.

La ausencia de un consenso sobre el modelo de desarrollo del país, las políticas, las líneas de reforma estructural del estado y las posibilidades de su financiación, junto con las características históricas propias del sistema venezolano de protección social, nos llevan en este punto a examinar primero la complejidad del problema, y a reconocer que no existen modelos puros de PS (1), en cuanto son abstracciones ideales que en la práctica presentan variadas características basadas en diversas teorías y enfoques. Históricamente, la PS se implementó en Venezuela, como en otros países latinoamericanos bajo esquemas asistenciales, de seguros y seguridad social (2), encontrándose allí “algunos de los más antiguos, fuertes y complejos mecanismos de ingeniería política en el campo de la protección social (...) comparables a los sistemas europeos...” (3). La Organización Internacional del Trabajo OIT, la Organización de los Estados Americanos OEA, la Organización Panamericana de la Salud OPS y la Asociación Internacional de la

Seguridad Social AISS, la impulsaron durante el siglo XX, valorando la cooperación nacional e internacional para lograr sus fines, como fue la creación de institutos de seguros sociales, siguiendo el original modelo Bismarckiano (1883-1989). La PS se renovó en el marco de la seguridad social, después del replanteamiento de los conceptos clásicos de los Seguros Sociales.

Este cambio obedeció a las ideas de Beveridge a finales de 1942, posterior a la II Guerra Mundial. Así, la seguridad social, inspirada en principios universales de solidaridad, equidad y justicia social, rescató la responsabilidad estatal y de la sociedad en la PS y se erigió como derecho fundamental. La PS debe entenderse de manera amplia e integral, no sólo limitada al enfoque de riesgo y aseguramiento como actualmente ocurre, (4) para ajustarse al rezago económico de los países. Debe incluir todas aquellas variables de orden económico, político y social que garanticen la salvaguardia en eventos adversos que pudieran causar detrimento a la salud, al empleo, al bienestar y a la calidad de vida de las personas, y basarse en criterios de equidad y justicia social. Así, la OPS y la OIT propusieron la estrategia de la Extensión de la PS para las Américas (EPSS) como una “poderosa herramienta destinada a combatir la exclusión en salud” (5), la cual, aunque se supone ha ocupado espacios en las agendas de los gobiernos y de los organismos internacionales, no ha logrado aun su carácter prioritario en la política social (6). Por su importancia central, a este tema dedicaremos una sección completa de este capítulo.

La Agenda de Salud para las Américas para el período 2008-2017 proporciona un conjunto conciso de principios y de áreas de acción que tienen como fin orientar la planificación estratégica de “todas las organizaciones interesadas en la cooperación en salud con los países de las Américas” (7).

Una de las 8 áreas de acción de la Agenda es: • “Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad”. La agenda concuerda con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y con el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS. Se sustenta en los principios de la salud como un derecho humano, la universalidad,

el acceso y la inclusión, la solidaridad panamericana, la equidad en materia de salud, y la participación social. Su visión es lograr una Región de las Américas más sana y más equitativa, en la que cada persona, cada familia y cada comunidad tengan la posibilidad de lograr su máximo potencial.

2. Modelos de Desarrollo

Los modelos de desarrollo se originan en la forma como una sociedad organiza sus recursos materiales y sus instituciones para buscar el progreso y la satisfacción de necesidades de todos sus miembros, articulado con su historia, su cultura, su producción económica, su tradición jurídico política y sus posibilidades de adelanto científico y tecnológico (8). Considera la extensión de capacidades y complejidades de la sociedad y de los individuos, para ofrecerles mejores posibilidades de satisfacer sus necesidades y aspiraciones (9) Franco, (10) destaca tres modelos que vivió AL en el siglo XX como: a) crecimiento hacia fuera, b) sustitución de importaciones y c) modelo post-ajuste. Estos modelos estuvieron separados por fechas importantes para el desarrollo económico: la crisis económica de 1929 y la crisis de la deuda externa en los años 80. Otros autores reconocen diferentes modelos de desarrollo a través de la historia. Aquí se describen algunos de ellos. Aunque en nuestros países no se desarrolló suficientemente el Estado de Bienestar como en los países europeos, se expone porque gran parte del debate actual en la región y en nuestro país, se enfoca en la discusión entre Estado de Bienestar y modelo Neoliberal. Por la época bienestarista, más bien la política social en los países de AL se debatía entre el modelo basado en la Sustitución de Importaciones y el Desarrollista.

Modelo Keynesiano y Estado de Bienestar. Este modelo, centrado en la teoría general de la ocupación, el interés financiero y el dinero, se ocupa de agregados como ingreso, consumo, ahorro e inversión, más que de la determinación de precios, que hace parte principal de la teoría económica (11). Señala la importancia de las variaciones en el nivel de producción y empleo como movimientos equilibradores de la economía para igualar la inversión y el ahorro, determinándose así el nivel de

equilibrio de la renta nacional total y de la producción nacional. Reconoce que las tasas de ocupación son indicadores de prosperidad en las naciones y que la falta de ingresos compromete seriamente la conservación de la vida y el desarrollo humano (12). El Estado de Bienestar surge como la forma de un Estado Social de garantizar estándares mínimos de ingreso, alimentación, salud, vivienda educación y seguridad social a cada ciudadano, sin discriminación alguna, como derecho político “fruto de las luchas sociales que acompañaron los procesos de industrialización y modernización en las sociedades modernas” (13). Fleury y Molina (1) lo reconocen como respuesta al proceso de desarrollo de sociedades capitalistas industrializadas y a sus consecuencias, con el fin de lograr estabilidad y seguridad en un nuevo contexto de solidaridad social.

Modelo basado en la Sustitución de Importaciones En su momento fue muy promisorio para la modernización y el progreso de nuestro país y de otros países de la región y surtió sus efectos sobre altas tasas de crecimiento, mejores oportunidades de empleo y la posibilidad de que muchos pudieran superar sus niveles de pobreza. Sin embargo, el modelo mostró sus primeras señales de postración en la década de los 70 y la región comenzó a perder competitividad en el mundo, generando pérdida de oportunidades para exportar, altos índices de inflación y la consecuente “crisis de la deuda” de los 80 (14), caracterizada por la caída de las tasas de crecimiento, aumento del desempleo, deterioro de salarios, crecimiento de la pobreza y la desigualdad.

Modelo Neoliberal Se caracteriza por las diversas formas de interacción de los individuos (ciudadanos que automáticamente adquieren la connotación de clientes) en amplios mercados donde los bienes, servicios y valores sociales se convierten en mercancías, con vendedores privados cuyo único interés es la rentabilidad económica bajo el principio de la libre competencia. En este modelo, el consumidor tiene la opción de elegir de acuerdo con su capacidad de compra, pues parte del supuesto de que todos los individuos tienen ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades en un mercado que les ofrece una variada gama de bienes y servicios.

Hayek y Friedman, fundan sus principios en la libertad individual y la desigualdad en una franca crítica al Estado benefactor (15), por

considerar que “la desigualdad es el motor de la iniciativa personal y la competencia de los individuos en el mercado que corrige todos los males económicos y sociales”. El carácter del neoliberalismo es el individualismo en tanto que el individuo liberal es considerado una isla fundamentada en sí misma, centrado en la defensa de sus derechos como individuo, a la vida, a la libertad y a la propiedad (12). Para sus defensores, “el sistema de precios permite que los individuos cooperen pacíficamente durante breves momentos, mientras que el resto del tiempo cada quien se ocupa de sus propios asuntos” (15), y en consecuencia, según Hayek “en la sociedad moderna y compleja es preciso recurrir al mercado y a la iniciativa individual” (12). En Venezuela y otros países de AL, su expansión se dio en los años 80 a partir de la aplicación de reformas de ajuste económico promovidas por el BM y el Fondo Monetario Internacional, convertidas en recetas para superar el déficit público y estabilizar las economías en esta región (Consenso de Washington) (16-18). Modelo Económico de Planificación Central Ha sido propio de la antigua Unión Soviética, Europa Occidental y China y experimentado por iniciativas socialistas en AL (19) como Cuba y Nicaragua, donde el Estado propietario de los recursos disponibles en la economía decide cómo organizar la producción, tipo de industrias y asignación de recursos, así como la combinación de tecnología con los recursos disponibles. Sus logros en la primera mitad del siglo XX fueron muy significativos tanto en lo ambiental como en la seguridad y el progreso social: aumento de producción e industrialización, garantía de acceso a servicios de educación, salud, vivienda y empleo para grandes poblaciones, y distribución equitativa de ingresos y de servicios sociales.

No obstante, por los años 70 comenzó un proceso de estancamiento y deterioro obligando al Estado a emprender reformas de economía de mercado (20). Los rasgos fundamentales de este modelo inspiran las propuestas radicales del gobierno Nacional contenidas en las Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social para el período 2007 – 2013. Se han planteado otros modelos alternativos y estrategias de desarrollo tales como el desarrollo sustentable impulsado por la ONU,

la teoría del Desarrollo a Escala Humana propuesta por Max Neef y el modelo de transformación productiva con equidad de la CEPAL, pero no logran su aplicación de manera consistente (39).

3. Enfoques de Protección Social

Aquí se exponen algunos de los enfoques que desde distintas perspectivas se han aplicado en AL durante más de medio siglo. Entre ellos, se identifican tres modelos de PS para la región: seguridad social, seguro social y asistencia social, relacionados por algunos con Estado de Bienestar, Estado Liberal - Sustitución de Importaciones y modelo Neoliberal, respectivamente (1). La Seguridad Social Se entiende como “el conjunto de medidas previsivas dirigidas a garantizar a los habitantes de un país los medios económicos para lograr condiciones mínimas de comodidad, salud, educación y recreación, así como las providencias contrarriesgos inherentes a la vida humana, como desempleo, enfermedad, invalidez parcial o total, vejez, oportunidad de educación y problemas de salud mental” (21). Debe pactarse en una política redistributiva (1). En los países europeos incluye además: el pleno empleo, acceso universal a educación, redistribución del ingreso, regulación de relaciones laborales y de condiciones de trabajo, fomento de organizaciones de autoayuda y de negociación entre empresarios y trabajadores. Otras regiones del mundo apenas han alcanzado parcialmente, y más tarde, algunos de estos mecanismos de protección (22,23). El Seguro Social Resulta de la aplicación estratégica de una política de seguridad social al amparo de los principios de solidaridad y universalidad (24) y no como un proceso aislado.

Entre sus estrategias está el aseguramiento, definido como “el conjunto de transacciones mediante las cuales el pago de un monto determinado permite recibir otro pago si ocurren ciertos eventos” (25). Por ello, sólo cubre una parte de los riesgos naturales de la vida. No alcanzan a mantener las condiciones mínimas del bienestar, se limitan a cubrir la enfermedad y algunos riesgos económicos, sin garantizar los derechos sociales, pues sólo responden a las demandas surgidas de la industrialización. La Asistencia Social “Mecanismo mediante el cual

las previsiones financieras corren a cargo del tesoro público. Dirigidas a la porción económicamente más débil de la sociedad, a personas que no pueden contribuir a una caja de previsión, o que, pudiéndolo hacer, todavía no han sido incorporadas a ellas” (21). Adicionalmente, otras dos formas de PS aplicados en AL se han basado en la asistencia social: las Redes Mínimas de PS y el Manejo Social del Riesgo (2) propias del post ajuste estructural. Redes Mínimas de PS (RMPS).

Surgen como programas asistenciales para los más pobres y vulnerables en respuesta a “la crisis económica y los programas de ajuste estructural que agravaron la pobreza y provocaron protestas en algunas ciudades” (22) viéndose amenazada la estrategia neoliberal. Hacia la década del 80, la mayoría de países latinoamericanos entraron en la tónica de las RMPS, con un enfoque descentralizador y participativo, y algunos con énfasis en inversión social. Su finalidad no era más que viabilizar políticamente el ajuste estructural (2) para mejorar la eficiencia de algunos ministerios. De acuerdo con Mesa Lago (22), en AL surgieron varios tipos de RMPS tales como los programas de acción social (PAS), en Costa Rica y México; los Fondos de Emergencia Social (FES) en Argentina, Bolivia, Colombia, El Salvador, Perú y Uruguay; los Fondos de Inversión Social (FIS) en Bolivia y Chile. Su financiación ha sido con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), del BM y de la Agencia Interamericana de Desarrollo (AID), entre otros. En Venezuela podríamos citar los programas de la Agenda Venezuela en los años 90. Tales Redes, caracterizadas por su ánimo mitigador y paliativo, no lograron la protección amplia de la seguridad social integral (26) ni alcanzaron a enfrentar todas las dimensiones del riesgo. Según Ana Sojo, (25) surgen como una propuesta global de política social con una combinación público-privada, en la cual las responsabilidades estatales en materia de bienestar social se circunscriben al combate contra la pobreza y el aseguramiento contra los riesgos adquiere una dimensión individual, desvirtuando el carácter solidario de la seguridad social. Manejo Social del Riesgo Esta propuesta del Banco Mundial define la PS como “intervenciones públicas para asistir a personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y proporcionar apoyo a

quienes se encuentran en la extrema pobreza” (4). Tal estrategia debe dirigirse especialmente a los menos favorecidos, a los que Carlyle Guerra de Macedo llama “los sin ingreso, sin vivienda, sin educación, sin salud, (...) y especialmente los sin poder” (27).

Este enfoque se basa en que todas las personas, hogares y comunidades son susceptibles de múltiples riesgos naturales y antrópicos altamente relacionados con la pobreza. El Banco, identifica como actores involucrados a individuos, comunidades, ONG, gobiernos y organismos internacionales (4), pero no a los grandes poseedores de riqueza, lo cual deja sin opciones de lograr los propósitos de superación de la pobreza, mejoramiento de las condiciones de vida y equidad. Varios países americanos (Canadá, México, Colombia y Chile) han ganado amplia experiencia en la última década en la Protección Social sustentada en el Manejo Social de Riesgo (28). Este punto será ampliado en la sección 7 de este capítulo.

4. Evolución de la Protección Social en Venezuela

La PS en Venezuela y en otros países de LA ha estado condicionada de manera diversa no sólo por el modelo de desarrollo sino también por el régimen político, los aspectos financieros y las falencias administrativas que han afectado los mecanismos de seguridad social. Esto se ilustra con los casos de Brasil y Colombia donde el determinante principal es la búsqueda de legitimidad política. La PS hace parte de los sistemas de mediación y articulación entre lo político y lo económico (29). De ahí la diversidad entre países y las tipificaciones de PS. Mesa Lago (30) clasifica los países de la región en pioneros, intermedios (entre los cuales se encuentra nuestro país) y tardíos de acuerdo con el momento en que se establece la seguridad social y su desarrollo posterior (siglo XX, hasta los años 80). Diferencia mecanismos financieros, de gestión y de equidad social dentro de la misma clasificación, según antigüedad de programas, cobertura poblacional, carga salarial y económica, equilibrio financiero y aspectos demográficos, etc. El 9 de octubre de 1944 se iniciaron las labores del seguro social venezolano; fueron los primeros pasos en la conformación del Estado de Bienestar (Welfare

State). A pesar del tiempo transcurrido, Venezuela sigue siendo uno de los países más atrasados de América Latina en materia de previsión social. La baja cobertura y la inviabilidad financiera del sistema han sido sus dos problemas fundamentales. La variabilidad antes anotada ha traído distorsiones, de orden micro y macroeconómicas, en los modelos y tipificaciones descritas en la PS dependiendo de las relaciones del Estado con la sociedad en cada caso, y de su conflictividad interna. Su desarrollo tampoco fue armónico en los países y hacia los años 80, el 90 % del gasto se concentraba en programas de pensiones, enfermedad-maternidad y el 10 % restante en riesgos profesionales, desempleo y asignaciones familiares. En los últimos 30 años, Venezuela y otros países de AL entraron en procesos de reforma variando los mecanismos de PS en pensiones, salud y otros servicios sociales (31) pero a pesar de las especificidades de los distintos modelos se dio una tendencia única de reforma neoliberal.

Otros análisis (32) demuestran diferencias en las configuraciones de sistemas de salud en AL, dependientes del modelo de Estado y del modelo de desarrollo: así, se da el sistema nacional de salud de Cuba, donde prevalece un modelo de desarrollo basado en la planificación centralizada; en contraste, sistemas basados en el aseguramiento individual en Colombia y República Dominicana, países en los cuales se impone el Modelo Neoliberal; y como casos intermedios, los sistemas segmentados en Venezuela, Bolivia y Ecuador, países que arrastran el rezago de modelos desarrollistas de la época previa a la reforma del Estado. Fue a partir de 1989, con la implementación del primer programa de ajuste macroeconómico, cuando en Venezuela aparece el concepto de los programas compensatorios focalizados en las poblaciones vulnerables, para compensar los efectos negativos de las políticas de ajuste.

Estos programas eran diferenciados y complementarios al sistema de prestación de servicios sociales. Mediante estos programas se transferían servicios, dinero y bienes a hogares en situación de pobreza, para tratar de reforzar sus ingresos y detener el desmejoramiento de su calidad de vida (33). Abarcaban 5 áreas: Nutrición, Educación,

Protección Social, Vivienda e Infraestructura y Empleo y Seguridad Social. Muchos de los programas no llegaron a ser implementados, otros arrancaron tardíamente, o chocaron con otras acciones del sector público y competían con ellas o se solapaban, estimulando la falta de cooperación entre diversas instancias gubernamentales.

Estos problemas y numerosas deficiencias técnicas y de diseño, contribuyeron a generar una opinión negativa acerca de los programas compensatorios que fueron tildados de “asistencialistas y paternalistas. En 1996 se estableció en el país un segundo plan de ajuste macroeconómico “La Agenda Venezuela” cuyo componente de compensación social quedó conformado por el diseño y ejecución de 14 programas sociales. Esta vez, los programas se ejecutaron mediante instituciones del Ejecutivo y no en organismos paralelos; se destinaron recursos nacionales para no depender de los recursos de las multilaterales y se usaron redes de desarrollo local y participaron los gobiernos regionales y subregionales; se mejoraron los sistemas de focalización y asignación de recursos sin superar todos los errores en la ejecución. A los programas se les aplicó evaluación de gestión financiera, pero fueron insuficientes las evaluaciones de impacto.

El agravamiento de la crisis del IVSS y la necesidad de resolver el problema de los pasivos laborales, tanto en el sector público como en el privado, fueron algunos de los factores que impulsaron la reforma de la Seguridad Social de 1998, estrategia que consistió en la aprobación de una Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral y de leyes complementarias, dependiendo de los diferentes fondos (pensiones y salud, entre otros), así se aprobó la Ley del Subsistema de Salud, mediante una habilitación del Congreso al Poder Ejecutivo. Numerosas críticas se hicieron a esta Ley, entre ellas: persistencia de la fragmentación de la financiación pública de salud; fragmentación de las competencias de coordinación financiera del MSAS en tres instancias de administración central; introducción de mecanismos de competencia regulada en el financiamiento y en la prestación de servicios públicos de salud en desproporción de la capacidad institucional del Ministerio en las áreas de información, contabilidad de costos, regulación financiera y

determinación de prestaciones sanitarias; conflictos operativos entre las nuevas estructuras financieras y el proceso de descentralización de servicios, entre otras observaciones. El nuevo gobierno a partir de febrero de 1999 revirtió el proceso de la Reforma de la Seguridad Social, que incluía la eliminación del IVSS, y se modificó la Ley Orgánica de Seguridad Social, sin un marco de políticas destinadas a corregir los errores del manejo de esta institución. La legislación adicional de las leyes de los Subsistemas de la Seguridad Social no fue aprobada y se detuvo desde hace 10 años todo avance en materia de seguridad social obligatoria.

5. La Protección Social en Venezuela en la última década

Al asumir funciones el nuevo gobierno en 1999 el presidente Chávez decidió atender lo que llamó la —Emergencia Social—. Activó un plan de emergencia social en áreas de nutrición y salud; además un plan de empleo rápido mediante el mejoramiento, reparación y remodelación de infraestructura urbana en los sectores populares y centros educativos. La coordinación fue asignada por regiones a los comandantes de guarniciones de las Fuerzas Armadas; fue el Plan Bolívar 2000. La segunda tarea consistió en la reforma del sector social. Se concentraron las acciones sociales en dos ministerios (Educación, Cultura y Deportes y Salud y Desarrollo Social). Por otra parte, se creó el Fondo Único Social que agruparía la coordinación y financiamiento de la red de protección social del Estado (33). Hasta 2003, la nueva Constitución de 1999, el Plan de Desarrollo Económico y Social 2001 – 2007 y el Plan Estratégico Social del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, orientaron desde el punto de vista programático la acción social del gobierno. La Constitución no solo define los derechos y servicios sociales que deben ser garantizados, sino que especifica como deben ser prestados esos servicios. Esto hace más rígido cualquier plan social de acción. El segundo documento establece algunos principios que resultan muy importantes para lo que podría ser la implementación de un sistema de protección social: La universalidad, que asegura la

protección a todos. La equidad —darle a cada quien según su necesidad y pedir de acuerdo a su capacidad.

La participación, dotar de poder a los ciudadanos para que actúen efectivamente en todas las esferas de la acción social. La corresponsabilidad, la garantía de los derechos sociales no es responsabilidad exclusiva del Estado sino de la sociedad, comunidad y de los ciudadanos. No obstante, esta declaración de principios, la aplicación en la práctica del Plan encontró insuperables obstáculos conceptuales e ideológicos al desechar acciones dirigidas a sectores excluidos para erradicar la pobreza, o hacer distinciones entre diferentes grupos sociales, se descartó la selectividad de los beneficiarios de los servicios básicos ya que todos tienen derecho a su disfrute. Se descartó la protección de grupos vulnerables y la focalización. La universalidad se aplica con la lógica de —todo para todos y esta concepción utópica choca rápidamente con la realidad y con la aspiración de equidad y distribución del ingreso que el propio gobierno dice auspiciar (33). La política social es, por excelencia, la política de redistribución progresiva del ingreso y, para lograr ese objetivo, es necesario distinguir entre los distintos sectores sociales. Tal perspectiva normativa le ha traído al gobierno obstáculos insalvables y problemas a la hora de realizar reformas dentro del sector, tales como la seguridad social, la cual no ha logrado avanzar - después de 10 años - entre otros, por la perspectiva univesalística que hace inviable desde el punto de vista financiero a la reforma (34). El Plan Estratégico Social del Ministerio de Salud y Desarrollo Social trató de conciliar sin éxito, los programas de atención a la población excluida heredados de las administraciones pasadas, junto con el lineamiento esbozados por el nuevo Plan Nacional. En consecuencia, terminó siendo un listado de tareas del Viceministerio de Desarrollo Social (33).

Las reformas propuestas se habían quedado a medio camino, nuevas iniciativas convivían con antiguos programas sociales.

La ausencia de rectoría, la falta de coordinación, la superposición de funciones, la multiplicidad de instituciones, hizo que la atención social

se limitara al campo de la asistencia social por medio de operativos en localidades y barriadas urbanas organizados con escaso orden por instituciones del Estado: El Proyecto País del Ministerio de la Defensa, El Ministerio de Salud y Desarrollo Social: red de atención en salud, SENIFA, responsable del programa de Hogares de Cuidados Diarios y el FONVIS. El Fondo Único Social (FUS) primero adscrito al MSDS y luego a la Secretaría de la Presidencia, y al Ministerio de Finanzas, perdió la capacidad de concentrar toda el área de desarrollo social o las acciones de los programas sociales de protección y pasó a ser un organismo auxiliar para la transferencia de ingresos y desembolsos a organismos del sector público. La Fundación Pueblo Soberano, adscrita a la Presidencia de la República se encarga de tramitar las solicitudes de ayuda social personales o institucionales al Ejecutivo Nacional. Finalmente, el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, además de administrar la red de escuelas públicas, se dedican a la atención nutricional de los escolares por medio del Programa de Alimentación Estratégico concentrado en las escuelas Bolivarianas o de tiempo completo (33). Superada la inestabilidad e ingobernabilidad política de 2002 y comienzos de 2003 el gobierno rediseñó la política social como medio para hacer frente al vacío que dejó la virtual desaparición de los programas sociales de los últimos 10 años y la pobre ejecución de los nuevos programas.

En 2003, con la ayuda del gobierno de Cuba, nacieron las primeras Misiones que mantuvieron el perfil de protección social pobremente institucionalizado, voluntarista y mesiánico y vinculado personalmente al presidente de la República. Las misiones tienen por objeto atender problemas específicos del sistema de prestación de servicios sociales, especialmente en lo referido al ataque del déficit crónico de atención social. Han sido una mezcla de acciones dirigidas a atenuar problemas y carencias que tiene la población de los sectores populares, especialmente en el área educativa, nutricional y de asistencia en salud a la población de menores recursos. Sin embargo, las Misiones no pueden mostrar un impacto significativo en el sentido de presentar avances sociales sostenidos en materias como la reducción de los índices de morbi-

mortalidad, elevar los años de escolaridad, reducir la mortalidad materna e infantil, aumentar el empleo productivo y de calidad, o, finalmente producir el desarrollo social requerido para elevar el nivel de vida de la población. Ello es así, porque aun suponiendo que esta política social termine dando los frutos esperados, si no se atienden los déficit de atención, es decir, si estas misiones no forman parte de un plan integral de superación de la pobreza, su efecto será coyuntural y concentrado en algunas consecuencias pero no en las causas del problema (33). Un conjunto importante de objeciones han sido analizadas por expertos a los fines de introducir cambios y recomendaciones para que los programas mejoren sustancialmente (33).

Los lineamientos del Plan de Desarrollo Económico y Social 2001 – 2007 fueron sustituidos en las Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social para el período 2007 – 2013, (<http://www.gobiernoenlinea.ve>) aprobadas el 13 de diciembre de 2007. Este nuevo Plan pretende imponer por la fuerza a Venezuela la construcción del Socialismo del Siglo XXI, por voluntad del gobierno (a pesar de haber sido negada la reforma constitucional el 3 de diciembre de 2007).

El modelo social distinto al establecido en la Constitución se lograría a través de las siguientes directrices: a. “La Suprema Felicidad Social: A partir de la construcción de una estructura social incluyente, un nuevo modelo social, productivo, humanista y endógeno, se persigue que todos vivamos en similares condiciones, rumbo a lo que decía el Libertador: “La Suprema Felicidad Social”. b. Las bases de las políticas de la construcción de una nueva estructura económica y social incluyente están contenidas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en las tradiciones de lucha del pueblo venezolano y en la voluntad política del actual gobierno de avanzar hacia la construcción del Socialismo. c. Las relaciones sociales de producción del Socialismo están basadas en formas de propiedad social, que comprenden la propiedad autogestionaria, asociativa y comunitaria; permaneciendo formas de propiedad individual y pública. d. La estructura social está conformada por un entramado de relaciones sociales permanentes y recurrentes que, ordenadas jerárquicamente en cuanto al poder, la riqueza,

el conocimiento y el prestigio, determinan situaciones diferenciadas en la satisfacción de las necesidades sociales y en la distribución de la riqueza y del ingreso. e. La estructura social de Venezuela está en proceso de transición hacia una formación económico social más incluyente, porque el Gobierno está ejecutando, especialmente con las Misiones, un proceso de inclusión social masivo y acelerado, financiado por la nueva forma de utilizar la renta petrolera, lo que ha permitido avanzar en la cobertura y la universalización en la satisfacción de necesidades de identidad, alimentación, salud, educación, vivienda y empleo. f. A la diversidad biológica, de edad, étnica y de género se le han sobrepuesto históricamente desigualdades sociales, reproducidas por un Estado al servicio de los intereses del capital en detrimento del trabajo, que han contribuido al aumento de las limitaciones en las capacidades individuales y colectivas, requeridas para el disfrute de los derechos humanos y sociales.

La política de inclusión económica y social forma parte del sistema de planificación, producción y distribución orientado hacia el Socialismo, donde lo relevante es el desarrollo progresivo de la propiedad social sobre los medios de producción, la implementación de sistemas de intercambios justos, equitativos y solidarios contrarios al capitalismo, avanzar hacia la superación de las diferencias y de la discriminación entre el trabajo físico e intelectual y reconocer al trabajo como única actividad que genera valor y, por tanto, que legitima el derecho de propiedad. Todo orientado por el principio de cada cual según su capacidad, a cada quien según su trabajo. g. La satisfacción de las necesidades sociales está vinculada con el sistema de producción-distribución de bienes y servicios, porque sólo en la medida en que los trabajadores en Venezuela contribuyan con la producción de la riqueza social según sus capacidades, con el desarrollo de sus potencialidades creadoras, aumentan las probabilidades de satisfacer las necesidades sociales. El principio “a cada quien según sus necesidades” se basa en la calidad de la satisfacción, comenzando por satisfacer las necesidades sociales básicas y superar las brechas y déficit persistentes. h. La inclusión social adquiere su más elevado desarrollo cuando el modo

de atención es personalizado para los grupos sociales en situación de máxima exclusión social y está orientada hacia el autodesarrollo de las personas, las comunidades y sus organizaciones, lo cual implica prácticas democráticas, responsables y autogestionarias por parte de los involucrados. i. El modo de producción capitalista no sólo estratifica a los seres humanos en categorías sociales irreconciliables, sino que impone un uso irracional y ecológicamente insostenible de los recursos naturales. j. El capitalismo ha socavado las condiciones de la vida en la Tierra. El impacto de las actividades humanas ha superado con creces la capacidad de carga del planeta, y son precisamente los pobres los que más se ven afectados por la degradación ambiental. k. El desarrollo del capitalismo ha generado una profunda desigualdad entre el campo y la ciudad, impulsando la concentración desordenada e insostenible de la mayor parte de la población en grandes ciudades y el abandono del campo. Es necesario equilibrar las relaciones urbano-rurales y crear un nuevo modelo de ciudades socialistas planificadas e integradas de manera sostenible con la naturaleza.” La orientación de Políticas y Planes del Sistema de Salud, fueron enmarcados por el MPPS en el ámbito de este documento. Los planes de salud fueron desarrollados en la línea estratégica. La suprema felicidad social. Estas orientaciones están vinculadas íntimamente a la visión del Estado Socialista que fue rechazada por el pueblo venezolano el 3 de diciembre de 2007 y que el Ejecutivo pretende aplicar a pesar de ser contrarias y violatorias de la Constitución Nacional.

6. La extensión de la protección social en salud (EPSS)

Es una poderosa herramienta de política pública destinada principalmente a combatir la exclusión en salud. Se estima que en América Latina y el Caribe unos 100 millones de personas no están cubiertas por los sistemas de salud existentes y unos 240 millones de personas no están protegidas por esquemas de seguridad social o por seguros privados de salud (5). La EPSS “es la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y

demandas de salud, mediante el adecuado acceso a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”. El análisis de las experiencias tenidas hasta ahora señala que las intervenciones más eficaces en el combate a la exclusión son de naturaleza múltiple y requieren articularse con criterios de sostenibilidad financiera, de aseguramiento solidario y con un modelo coherente de atención (5). Desde 1999, la OPS y la OIT han estado trabajando conjuntamente en el tema y suscribieron un memorando de entendimiento.

Como parte del mismo se comprometieron a desarrollar en los próximos años una iniciativa regional que promueva y establezca un proceso sistemático de análisis, diagnóstico, identificación de soluciones y ejecución de las acciones pertinentes encaminada a apoyar a los países miembros en sus esfuerzos destinados a reducir la exclusión en salud, así como a fortalecer sus capacidades institucionales para extender la protección social en salud. La propuesta incluye un componente regional de desarrollo de metodología e instrumentos, de entrenamiento, de investigación, de intercambio de experiencias y de recomendaciones de prácticas exitosas. Asimismo, contempla un componente de país destinado a apoyar la defensa de esta causa, el acompañamiento del diálogo social, y el apoyo a la implementación de los planes nacionales que se deriven del proceso. Las principales características de dicha iniciativa se presentan en este documento con el propósito guiar la construcción de acuerdos para corregir la exclusión y la falta de acceso en salud y enfocar las reformas del sistema de salud orientados hacia el concepto de la extensión de la protección social en salud. Antecedentes y Justificación.

A pesar de las reformas emprendidas en los sistemas de salud durante los últimos quince años, en la actualidad un porcentaje importante de los habitantes de los países de América Latina y el Caribe se encuentran excluidos de los mecanismos de protección social frente al riesgo de enfermar o las consecuencias de estar enfermos. Sin embargo, la exclusión de la protección social en salud no suele encontrarse en la lista de temas prioritarios de la agenda nacional e

internacional de la política social ni de las agendas de salud de los países de la Región. Las reformas sectoriales de salud no se han concentrado en este campo más que de manera indirecta y fragmentaria. Las estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud constituyen un conjunto de intervenciones públicas que se conocen comúnmente como “extensión de la protección social en salud” (EPSS). La EPSS comprende no sólo estrategias para incluir a los excluidos; también abarca estrategias destinadas a mejorar las condiciones de acceso a la atención de salud para aquellos que, a pesar de estar afiliados a algún sistema de protección social, lo están de manera incompleta o inadecuadamente (5). La lucha contra la exclusión en salud a través de la EPSS se enmarca dentro de los mandatos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OPS/OMS. La meta principal de la OIT es promover oportunidades para que las mujeres y los hombres puedan obtener trabajos decentes y productivos, en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana. Uno de los objetivos estratégicos para lograr el trabajo decente es mejorar la cobertura y la eficacia de la protección social para todos, incluida la protección social en salud. Para la OPS/OMS, la lucha contra la exclusión en salud se relaciona directamente con su mandato de reducir las inequidades en el acceso a los servicios de salud y en su financiamiento.

Asimismo, esta lucha se inscribe dentro de las tareas que la Organización ha definido como prioritarias para lograr el acceso universal a los servicios que permita alcanzar la meta de la salud para todos. En respuesta a la necesidad de extender la protección social en salud en las Américas, en 1999, la OIT y la OPS lanzaron una iniciativa regional para apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros en este campo. Ese año se firmó un memorando de entendimiento entre ambas organizaciones, el cual establece un marco de cooperación para formular y ejecutar una iniciativa conjunta destinada a promover la extensión de la protección social en la salud en América Latina y el Caribe. En noviembre de 1999, en la Ciudad de México, la OIT y la OPS organizaron una reunión regional tripartita (de gobiernos, empleadores y trabajadores) sobre Extensión de la protección social en salud a grupos excluidos en

América Latina y el Caribe. La reunión, que agrupó a los interesados clave, tuvo como objetivo establecer la necesidad de apoyar los países en sus esfuerzos para extender la seguridad social en la atención de salud al sector informal y a las poblaciones excluidas.

Sobre la base de las recomendaciones de esa reunión, la OIT y la OPS se comprometieron a ejecutar una iniciativa regional que promueva y establezca un proceso sistemático de análisis, diagnóstico, identificación de soluciones y ejecución de las acciones pertinentes, encaminada a reducir la exclusión en salud en los países de la Región y a fortalecer las capacidades institucionales de los países miembros para extender la protección social en salud (6). El concepto de extensión de la protección social en salud Las estrategias de protección social en salud destinadas a eliminar la exclusión en salud son intervenciones públicas orientadas a garantizar el acceso de los ciudadanos a la atención a la salud digna y efectiva y a disminuir el impacto negativo tanto económico como social de sucesos personales adversos —como las enfermedades o el desempleo— o generales —como los desastres naturales— sobre la población o sobre los grupos sociales más vulnerables. En este contexto, se puede definir la protección social en salud “como la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo, o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”. Aquellos grupos de la sociedad que no pueden hacer uso de esta garantía constituyen los excluidos en salud (5). La EPSS abarca un conjunto de mecanismos destinados a procurar que la población tenga acceso a la protección y al cuidado de su salud mediante la asignación de recursos de diverso origen y no sólo por las medidas que toma directamente el Estado para asegurar la atención de salud por medio de la prestación pública de servicios.

De este modo, la protección social se entiende como la garantía por parte del Estado de un derecho exigible por parte de los ciudadanos, y no como una función de tipo asistencial, que podría ser administrada

con criterios discrecionales. Son tres las condiciones que se deben cumplir para que la EPSS pueda funcionar en la práctica como una garantía, a saber: Acceso a los servicios: es decir, que exista la oferta necesaria para la provisión de servicios de salud y que las personas puedan tener acceso física y económicamente a ellos; Seguridad financiera del hogar: que el financiamiento de los servicios de salud no constituya una amenaza para la estabilidad económica de las familias ni para el desarrollo de sus miembros; Dignidad en la atención: que la atención de salud se provea con calidad y en condiciones de respeto a las características raciales, culturales y económicas de los usuarios, definidas mediante un proceso de diálogo social. Estas tres dimensiones son imprescindibles y la ausencia de una o más de ellas determina alguna forma de exclusión en salud. La pobreza y la exclusión en salud La pobreza es una de las condicionantes más importantes de la exclusión en salud. Aun cuando ambas no son idénticas se superponen. La pobreza no sólo impide - en ausencia de sistemas de protección social- el acceso a las prestaciones de alto costo, sino que además los pobres viven y trabajan en ambientes que los exponen a mayores riesgos de enfermar y morir. Entre otras cosas, estos riesgos están directamente relacionados con una menor disponibilidad y calidad de los alimentos, con la ausencia de vivienda adecuada, con el hacinamiento y con la escasez de espacios apropiados de recreación.

Las enfermedades transmisibles se concentran en los pobres. Las enfermedades y lesiones tienen costos directos (en prevención, curación y tratamiento) y costos de oportunidad (pérdida de días de trabajo o escuela) que dependen de la duración y gravedad de la incapacidad y que, a menudo, profundizan la condición de pobreza. La pobreza tiene efectos aún más devastadores sobre las personas: genera dificultades en las llamadas —capacidades básicas de funcionamiento de las personas; deteriora la calidad de vida, acorta la esperanza de vida y origina el —círculo perverso de la exclusión: familia pobre, educación incompleta, desocupación, pobreza.

Este círculo interactúa con otros círculos perversos como el de: falta de acceso a servicios básicos, enfermedad, dificultades laborales

o deserción escolar; o el de: delincuencia, imposibilidad posterior de encontrar trabajo, reincidencia, marginalidad. Todo ello profundiza y perpetúa la situación de exclusión en salud (5,14,33). La EPSS constituye un arma importante en la lucha contra la pobreza y en el desarrollo de un mayor grado de cohesión social en los países miembros. No sólo es un eje de política social de carácter netamente incluyente, sino que se traduce en un salario social que otorga seguridad social en salud y mejora las condiciones de vida. La mejora en el acceso a los servicios de salud posibilita que los miembros de la familia tengan un mejor estado de salud y puedan optar al desarrollo productivo que les permitirá salir de la pobreza. Escasez de camas hospitalarias. La exclusión en salud: su magnitud y dificultades para su medición. La medición de la exclusión en salud es compleja ya que se trata de un problema multicausal. Hay diversas maneras de medir la exclusión y ninguna de ellas da cuenta del fenómeno en toda su dimensión. La exclusión se puede medir directamente por medio de encuestas de población, pero estas tienden a ignorar parte de la población excluida (como la población rural, pobre o que habita en lugares de difícil acceso) o no indagan adecuadamente las diferentes dimensiones del tema. Debido a ello, habitualmente se utilizan mediciones indirectas basadas en las causas de exclusión. Fuente: Niveles de exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe, OIT/OPS, México, 1999.

Estas cifras se refieren a estimaciones globales y resultan útiles para tener una idea acerca de la magnitud de la exclusión en la Región en términos generales. Sin embargo, no ponen de relieve las enormes diferencias que existen entre los países y en el interior de ellos. Asimismo, los datos no arrojan información referente a la exclusión por razones culturales, de empleo o por factores asociados a la calidad de la atención, al sexo o a la edad. Con todo, se ha estimado que alrededor de 20 % a 25 % de la población total de la Región (alrededor de 100 a 150 millones de personas), se encuentra excluida de la atención de salud, de acuerdo a alguna de estas mediciones. La extensión de la protección social en salud y los sistemas de salud El ámbito en el que

tiene lugar la satisfacción de las demandas de salud de la población es la prestación de servicios. No obstante, la red de provisión es sólo la parte más visible de un conjunto complejo de instituciones, normas y valores que tienen que ver con la rectoría, el financiamiento y el aseguramiento, que condicionan considerablemente el funcionamiento de la red de provisión. Es decir, la organización de los sistemas de salud no es neutral respecto de la exclusión en salud, sino que constituye un elemento determinante de ella.

En general, se puede afirmar que hay cuatro factores asociados a una baja capacidad de respuesta de los sistemas: a) La segmentación o coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y prestaciones, generalmente compartimentalizados, que cubren diversos segmentos de la población, por lo general determinados por su nivel de ingreso o su capacidad para contribuir. Habitualmente se manifiesta en un subsistema público deficiente y mal atendido - frecuentado por los pobres e indigentes - y en un sector privado - con más recursos y orientado al cliente - concentrado en los segmentos más ricos. Entre ambos se sitúan los sistemas de seguro social que cubren a los trabajadores formales y a sus dependientes. Este tipo de organización genera y profundiza las desigualdades en el acceso y el financiamiento de los servicios de salud. b) La fragmentación o existencia de muchas entidades no integradas dentro de un mismo subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción en el sistema en su conjunto y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas atendidas por los diversos subsistemas. La suma de segmentación más fragmentación conduce con frecuencia a dobles y triples coberturas dentro del mismo grupo familiar, con la consiguiente ineficiencia en la asignación de recursos. c) El predominio del pago directo parcial o total en el punto de atención o en el gasto en medicamentos que determina que la posibilidad de recibir la atención de salud requerida depende parcial o totalmente de la capacidad de pago de cada persona. Este tipo de financiamiento determina un alto grado de inequidad en el sistema y una alta proporción de gasto de bolsillo lo que revela la falta de protección. d) Rectoría débil o poco

desarrollada, que impide el establecimiento de reglas del juego justas en la relación entre el usuario y el proveedor de servicios y adolece de una formulación explícita insuficiente de los conjuntos básicos de prestaciones garantizadas por los diferentes esquemas de aseguramiento.

Causas de la exclusión A pesar de que en la mayoría de los países de la región la legislación vigente consigna el derecho de todos los ciudadanos a algún tipo de cobertura de salud, en la práctica esto dista de ser así. En América Latina y el Caribe cerca de 218 millones de personas carecen de protección contra sus riesgos de enfermar, mientras que alrededor de 107 millones no tienen acceso a los servicios de salud por razones geográficas. La exclusión en salud tiene su origen en tres dimensiones.

1. La primera dimensión son los problemas de acceso

Estos problemas son de tres tipos: Falta de acceso a las prestaciones asociadas con el suministro de bienes públicos (como agua potable o vacunas); Falta de acceso a los servicios individuales de atención de salud, en general, o a algunas de ellas en particular; Falta de acceso a un sistema de protección contra los riesgos económicos y sociales de enfermar. En todos estos casos, la exclusión suele relacionarse con alguna de las siguientes causas o con todas: Déficit de infraestructura adecuada, ya sea para la provisión de atención de salud individual o colectiva (es decir, inexistencia de establecimientos de salud, falta de cobertura funcional de programas de salud pública); Existencia de barreras que impiden el acceso a la atención de salud, aunque haya la infraestructura adecuada. Estas barreras pueden ser geográficas, (transporte, carreteras), económicas (incapacidad de financiar la atención de salud) y culturales (modelos de atención inapropiados). Pueden estar determinadas por la situación contractual o de empleo (desempleo, informalidad del empleo), o por la estructura de los sistemas (los sistemas con alto grado de segmentación muestran mayores grados de exclusión), o por la falta de modelos de atención basados en un enfoque intercultural.

2. La segunda dimensión son los problemas en materia de financiamiento

Se refieren particularmente a la ausencia de mecanismos solidarios. Ningún hogar debe contribuir con más de una proporción aceptable de sus ingresos totales (que evite el empobrecimiento o la indigencia) para tener acceso a los servicios de salud. Además de las consideraciones éticas que sustentan la solidaridad en el financiamiento, la necesidad de contar con un financiamiento solidario se funda en las pruebas de que el costo de los servicios constituye un obstáculo al acceso (en particular, para los más pobres), representa un costo de oportunidad elevado para mantener o desarrollar el bienestar de la familia (particularmente con respecto a evitar o superar la condición de pobreza), y es altamente regresivo (es decir, los hogares más pobres, se ven obligados a costear más de su bolsillo que los menos pobres, en ausencia de un sistema adecuado de cobertura).

3. La tercera dimensión es la de la dignidad en la atención

Se refiere a aspectos que no están relacionados con la utilización ni con el financiamiento, y que se juzgan elementales para la satisfacción de las legítimas aspiraciones de los miembros de la sociedad. Incluye, entre otras dimensiones, el respeto a las tradiciones y culturas de los grupos sociales de características étnicas distintas de las de la mayoría. Este factor conduce también al fenómeno de la autoexclusión; es decir, personas que teniendo derecho y acceso a servicios, prefieren no utilizarlos por estos motivos. Tienen que ver con esta dimensión de la exclusión, factores como el idioma, las creencias o la sensación de un trato inhumano o poco respetuoso de los pacientes. Estrategias para la extensión de la protección social en salud Revisión de intervenciones pasadas La información disponible muestra que en América Latina y el Caribe, no se han llevado a la práctica, en la magnitud necesaria, estrategias con el objetivo específico de reducir la exclusión en salud. La década de los setenta y la mitad de los ochenta vio crecer las políticas y programas de ampliación de la cobertura de servicios de salud, sobre todo a áreas rurales marginales, especialmente a partir de

la formulación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud y de la Reunión de Alma Ata en 1978.

Las políticas desplegadas durante los últimos 15 o 20 años en la mayoría de los países han estado más bien orientadas a contener costos y disminuir el gasto en salud, como consecuencia de las restricciones financieras y presupuestarias, producto de las crisis económicas. Con todo, los esfuerzos han ido más dirigidos hacia algunas tareas de focalización y de incremento de la oferta, pero no tanto a la definición creciente de esquemas de aseguramiento en salud garantizados públicamente. No obstante, las intervenciones llevadas a la práctica, que de alguna manera han contribuido a reducir la exclusión, se pueden agrupar en varias categorías:

1. Experiencias de establecimiento de regímenes especiales de seguro social sin esquema contributivo

Se han practicado en varios países y están orientados a satisfacer las demandas de grupos especiales de población (madres, ancianos), sectores productivos (cultivadores de caña de azúcar y de café) o a temas específicos que se ha decidido priorizar (atención materno infantil). Estas experiencias tienen éxito en el corto plazo y efectivamente logran incorporar a los grupos excluidos a quienes van dirigidas. Su principal dificultad radica en la falta de sustentabilidad, ya que generalmente son financiadas por recursos extraordinarios (como préstamos de las instituciones financieras internacionales) y no se integran adecuadamente con otras actividades sectoriales. Una vez terminada la cooperación financiera, usualmente se abandonan o se diluyen al no haberse previsto la asignación presupuestaria regular para el futuro.

2. Esquemas de seguro voluntario con subsidio gubernamental

Permiten que algunos grupos excluidos se conviertan en derechohabientes de un esquema de seguridad social pero, sin cumplir con todos los requisitos de afiliación. En este sentido, rompen con una de las características de exclusión de los sistemas de seguridad social. Esta modalidad resuelve la problemática de la población excluida en la medida en que la autoridad pública esté dispuesta a seguir financiando

el proceso. En caso de que la provisión de servicios a este grupo sea diferente de los regímenes ordinarios del seguro social, resulta una modalidad inequitativa y puede ser percibida así por parte de los derechohabientes.

3. Expansión limitada de la oferta

En este caso se trata de prestar servicios específicos a ciertos grupos poblacionales focalizados. Hay una amplia gama de experiencias en el continente que indican que esta modalidad puede contribuir a hacer ingresar a los servicios a una población que estaba excluida por diversas razones, y que puede resultar exitosa en el corto plazo. Las principales desventajas de este tipo de estrategia son la posible falta de sustentabilidad financiera y la falta de coherencia con las otras prestaciones de servicios.

Al mismo tiempo, estas intervenciones suelen realizarse sin un esfuerzo mayor de consulta, por lo que tal vez no reflejen las necesidades reales o percibidas de atención de la población considerada.

4. Sistemas comunitarios de protección social

Su principal característica es la gestión directa por los usuarios potenciales. En las Américas, las experiencias generalmente se refieren a comunidades en tales niveles de exclusión que no tienen otra alternativa, dada la ausencia de mecanismos de protección social en salud. Para tener éxito, estos sistemas requieren de una adecuada integración con los otros sistemas públicos, a los que suelen comprar servicios. Otro problema es el impacto de las enfermedades de alto costo (por ejemplo, el SIDA), las cuales pueden agotar rápidamente las reservas financieras. Los casos exitosos observados en la Región reflejan situaciones en que se ha logrado articular bien estos sistemas con los servicios públicos y combinar distintas fuentes de financiamiento, a la vez que se respeta la participación comunitaria en los procesos de decisión.

5. Desarrollo gradual de sistemas unificados

Suelen combinar un subsistema público, al cual tiene acceso con exclusividad la mayoría de la población y un subsistema privado complementario (seguros privados de salud), que simultáneamente puede tener acceso a los servicios del sistema público. Esta modalidad

combina diversas fuentes de recursos (impuestos generales de los tres niveles de gobierno, impuestos especiales y contribuciones). Las principales limitaciones están asociadas a la carencia de recursos y a la garantía de acceso a los niveles más complejos de la atención de salud, que generan la necesidad de poner en marcha procesos de construcción de redes integradas de servicios a nivel regional y microregional. Un ejemplo de esta modalidad es el Sistema Único de Salud del Brasil.

6. Manejo Social de Riesgo La Protección Social y la Salud cimentadas en el manejo social de riesgo

La protección social generalmente definida como medidas del sector público para proveer seguridad a las personas (seguridad de ingreso, y de otros bienes), ha sido tema de análisis de los planificadores y diseñadores de políticas públicas. La experiencia de las crisis financieras ocurridas en las últimas décadas demostró que si no se cuenta con medidas de protección de ingresos y programas de redes de protección social adecuados (políticas de mercado laboral activo, previsión y asistencia social), los individuos son muy vulnerables cuando el PIB cae de manera drástica, los sueldos disminuyen o aumenta el desempleo. Hay un creciente interés en el mundo político para disponer de orientaciones para mejorar las condiciones sociales de las personas incluyendo el suministro de la protección social en tiempos normales y en períodos de crisis y de tensiones (35). Los países en vías de desarrollo tienen escasos recursos públicos y es poco lo que pueden gastar en proveer seguridad de ingresos a la población que tiene altos niveles de pobreza e inseguridad de ingresos, en los mercados laborales formales y en los cada vez mayores mercados informales.

Esta escasez de recursos financieros no permite aliviar la pobreza, el desempleo debido a ajustes estructurales, a la aplicación de políticas erradas, a la globalización y al creciente número de ancianos necesitados. El concepto tradicional de Protección Social, orientada hacia medidas públicas de respuesta (previsión, intervenciones de mercado laboral) hace demasiado énfasis en el sector público, en costos y gastos netos y pasa por alto sus potenciales efectos positivos en el desarrollo económico. La

protección social diluida en programas sectoriales, merma el significado de la protección social. El enfoque tradicional de la protección social, ofrece escasa orientación para una perspectiva estratégica destinada a la reducción efectiva de la pobreza y de las personas que pueden participar en procesos de crecimiento y desarrollo. Los programas de protección social tradicionales aplicados en los países en desarrollo han tenido éxito moderado en mitigar la pobreza y han encontrado resistencia de los gobiernos para ser adoptados. Nueva definición de Protección Social. Por todas estas razones han surgido nuevas propuestas que desarrollan una nueva definición y un marco conceptual llamado “Manejo Social de Riesgo”. Esta propuesta busca desarrollar un mejor diseño de programas de la protección social como un componente de la estrategia para la reducción de la pobreza (4) Esta nueva definición de la protección social, la entiende como acciones públicas para:

- a) Asistir a las personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo de riesgo.
- b) Proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza.

Esta definición y el marco conceptual del manejo de riesgo social contemplan:

1. Presenta la Protección Social como una red de protección y a la vez como un trampolín para los pobres. Debería existir una red de protección para todos con programas que ofrezcan a los pobres la capacidad de salir de la pobreza y retomar un trabajo lucrativo.
2. Visualiza la protección social no como un costo, sino más bien como una inversión en formación de capital humano. Un elemento clave de este concepto implica ayudar a las personas pobres a mantener el acceso a los servicios sociales básicos, evitar la exclusión social y resistir las estrategias de superación que tengan efectos negativos irreversibles durante efectos adversos.
3. Se centra menos en los síntomas mas en las causas de la pobreza, proporcionando a los pobres la oportunidad de adoptar actividades

de mayor riesgo, de mayor rentabilidad, y evitando mecanismos informales poco eficientes y poco equitativos para compartir riesgos.

4. Considera la realidad. En la población mundial actual de 6 mil millones de personas, menos de una cuarta parte tienen acceso a programas formales de protección social y menos de 5 % puede confiar en sus propios activos para mantener con éxito el riesgo. La eliminación de la brecha de pobreza mediante transferencias fiscales está mas allá de la mayoría de los países.

El Manejo Social de Riesgo (MSR). Se basa en la idea fundamental de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes, ya sean estos naturales (terremotos, deslizamientos, inundaciones, pandemias, enfermedades) o producidos por el hombre (desempleo, deterioro ambiental, guerra). Estos eventos afectan a las personas, comunidades, regiones de una manera impredecible o no se pueden evitar, por lo tanto, generan y profundizan la pobreza (4). La pobreza tiene relación con la vulnerabilidad, ya que los pobres habitualmente están mas expuestos a riesgos, pero al mismo tiempo, tienen poco acceso a instrumentos adecuados de manejo del riesgo. En consecuencia, el suministro y selección de instrumentos adecuados para el MSR se convierte en un medio importante para reducir la vulnerabilidad y proporciona un medio para salir de la pobreza.

Por ello se debe encontrar un equilibrio entre disposiciones de MSR (informales, de mercado y públicas) alternativas y estrategias de MSR (prevención, mitigación, superación de eventos negativos) y encontrar los correspondientes instrumentos de manejo en términos de oferta y demanda. Este enfoque de reconocer el manejo de riesgo para las poblaciones pobres, junto a la disposición de otorgarle voz y potenciar sus capacidades para la creación de oportunidades son partes esenciales del Informe de Desarrollo Mundial 2000-2001 (35).

La aplicación del marco de manejo de riesgo va más allá de la protección social, ya que muchas intervenciones públicas (como políticas

macroeconómicas sólidas, un buen ejercicio del poder y acceso a la atención de salud y educación básica) ayudan a reducir o mitigar los riesgos y, en consecuencia, la vulnerabilidad. También amplía el marco de aplicación de la protección social, según su definición tradicional, extendiéndolo más allá de la entrega estatal de instrumentos de manejo de riesgo y atrayendo la atención hacia prestaciones informales y de mercado y sobre su eficacia y repercusión en el desarrollo y el crecimiento. Instaurar y usar instrumentos apropiados de MSR para enfrentar las diferentes formas de riesgo de manera efectiva y eficiente es importante porque ellos 1. Mejoran el bienestar individual y social en un entorno estático 2. Contribuyen al desarrollo y crecimiento económico desde una perspectiva dinámica y 3. Operan como ingredientes cruciales para reducir la pobreza de manera efectiva y duradera. Elementos de nuevo marco conceptual La definición amplia de la Protección Social está centrada en el concepto de Manejo Social de Riesgo (intervenciones públicas para asistir a individuos, hogares y comunidades a fin de manejar el riesgo en mejor forma y por otra parte, prestar apoyo a los pobres en situación crítica) (4).

Esta definición combina los instrumentos tradicionales de la protección social bajo un esquema unificador (intervenciones en el mercado laboral, programas de seguro social, redes de protección social). Su objetivo va más allá de entregar instrumentos para manejar el riesgo por parte del sector público y abarca acciones para mejorar los instrumentos de manejo de riesgo basado en el mercado y externo a él (informales). El concepto de MSR trasciende la nueva definición de la Protección Social y abarca políticas de manejo de riesgo, por ejemplo, para garantizar la seguridad alimentaria y políticas económicas que reducen los impactos macroeconómicos. Por otra parte, la definición de la Protección Social va más allá del MSR e incluye medidas para apoyar a los pobres en condiciones críticas. Los elementos del MSR son los siguientes:

1. Estrategias de Manejo de Riesgo (reducción, mitigación y superación de eventos negativos).

2. Sistemas de Manejo de Riesgo por Nivel de Formalidad (informales, de mercado y proporcionadas o gestionadas por el sector público).
3. Actores en el Manejo de Riesgo (individuos, hogares, comunidades, ONG instituciones de mercado y gobiernos, Organizaciones Internacionales y la comunidad internacional).

El desafío principal que enfrentan nuestros países en el nuevo milenio es “garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios, y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades” (48). Algunos de los mecanismos promovidos para reorientar los sistemas de salud en este camino son: Definición de los objetivos nacionales en salud en consonancia con las necesidades de la población y en especial de los grupos postergados; mecanismos de integración de las redes de provisión de la seguridad social y el ministerio de salud para reducir la fragmentación en la provisión de servicios; introducción de un plan único de salud integrado y garantizado a toda la población, independiente del tipo de seguro, del tipo de proveedor y de la capacidad contributiva del usuario, con el objeto de disminuir la segmentación en el aseguramiento y mejorar la equidad; uso de herramientas para el análisis de la equidad y la exclusión en salud, con la consideración de elementos económicos, sociales étnicos, culturales y de género en la definición de los planes; creación de servicios de atención primaria orientados hacia la familia; análisis del desempeño en las funciones de salud pública como elemento central para la formulación de políticas sanitarias; fortalecimiento de la función rectora y del liderazgo de las autoridades de salud; mecanismos para la conducción de la planificación sectorial e intersectorial con diversos actores del sistema; mecanismos de control y fiscalización de los diversos actores del sistema en la producción de servicios y productos; incorporación

de la discusión de la salud en los procesos de diálogo social destinado a definir y estimular la plataforma productiva del país; la inserción de las políticas de salud en el marco institucional mas amplio del sistema de protección social junto con el ingreso, el empleo, el trabajo, la vivienda, la educación , la seguridad y el ambiente (45).

V Principios Orientadores en Salud Pública.

“Las actividades Sanitarias por si mismas no tienen ningún valor, pues la acción que no esté gobernada por una filosofía no conduce a buenos fines.....” **“La presentación de trabajos científicos en el seno de una sociedad esta dirigida por lo común a contribuir con nuevos conocimientos en el campo que dicha sociedad actúe.”** Palabras pronunciadas por el Dr. Arnoldo Gabaldón el 27 de Agosto de 1955 con motivo del acto de de Instalación de la Sociedad Venezolana de Salud Pública Seccional – Aragua (1). Enaltecer el avance del hombre en la transitoriedad de su existencia, no es mas que colocar un grano de arena, que al ser humedecido por las generaciones venideras de profesionales de la medicina, nos permitan darle las gracias por el brío y constancia en el estudio de la Salud Pública, cediéndonos a los ya trajinados, el deseo de entrar en el mar de la quietud placentera.

Se hace por tanto, imprescindible, crear una línea de horizontes donde la disertación, percepción y actuación ética se consoliden y donde los conceptos aquí emitidos no cambien su tonalidad y sea solo la buena voluntad en forma sencilla y transparente, el objetivo para el logro de una paz entre los humanos, nos corresponde en este momento señalar la importancia de algunos principios orientadores, que por ser utilizados por los Hacedores de la Salud Pública, en las diferentes aulas del conocimiento, entre ellas, las escuelas de medicina, crean la necesidad de hacer un esfuerzo para conceptualizarlos, no sin antes estar claro que el solo ejercicio teórico, no es mas que un juego de marionetas, de aquellos que pretendan desentrañar el conocimiento en Salud Pública, sin permitirlo llevar a la práctica en su campo de trabajo.

1. Equidad en Salud.

- a. Equidad como concepción religiosa. Para ello acudimos al Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia, (2) donde significa:
 - 1) Igualdad de ánimo.
 - 2) Bondadosa templanza habitual; propensión a dejarse guiar, o a fallar, por el sentimiento del deber o de la conciencia, mas bien que por las prescripciones rigurosas de la justicia o por el texto terminante de la ley.
 - 3) Justicia natural por oposición a la letra de la ley positiva.
 - 4) Moderación en el precio de las cosas que se compran, o en las condiciones que se estipulan para los contratos.

En este sentido, nos permitimos indicar que “la Templanza como una de las cuatro Virtudes Cardinales, (Prudencia, Justicia, Fortaleza y Templanza) consiste en moderar los apetitos y el uso excesivo de los sentidos, sujetándolos a la razón”, también como “la capacidad para discernir lo bueno de lo malo”, ello nos enmarca dentro de la concepción teológica cristiana, que asentándose sobre una de la varillas del abanico de posibilidades al querer conceptualizar la equidad, le da mayor claridad a esta noción. Desde esta perspectiva consentimos al decir que las diferentes religiones han estado pendientes u observando en sus propuestas el ideal de la equidad, aun cuando los logros sean escasos, y sus esfuerzos largos en milenios.

b. La equidad como valor social.

Esta planteado como un principio al momento de diseñar las políticas públicas en un país democrático, que involucren al hombre y su entorno social, debiendo considerarse como valor en todas su acepciones y connotaciones, por ello se hace imprescindible destacar la equidad como norma que rige el proceso creativo, pues tiene que ver con la justicia social que es el fin último que perseguimos al momento de planificar un sistema sanitario, que beneficiaría al país y sus comunidades, en la observancia del máximo respeto hacia los seres humanos que allí conviven. Vista así, la equidad como valor social

insistimos, pueden existir ángulos de visión diferente, pero será de justicia social si el deseo y conocimiento del autor de la propuesta y los beneficiarios de la misma consideran es justo. Por otra parte la Equidad en Salud Pública durante algún tiempo se designó como la oportunidad de acceso a los servicios de salud, quedando por fuera el componente de saneamiento ambiental básico y mas aun las diferentes formas de acción colectiva, que han intentado conseguir una reorganización social que les permita mediante la participación activa institucionalizar sus ideas para el logro de la Equidad en todos sus ámbitos (3). Bien es sabido, que las definiciones que hagamos de estrategias de focalización y de universalidad al momento del diseño de dicho sistema deben guardar coherencia con la propuesta inicial, pudiendo sensibilizarnos hacia una corriente de pensamiento y transitar por el vector de la inequidad, al no actuar con el suficiente conocimiento de lo propuesto, y mas aun no tener claro el concepto de equidad.

Por ello, estamos de acuerdo en mostrar que la disminución de las brechas que separan grupos poblacionales, guarda profunda relación con los Determinantes en Salud por una parte y el asumir la Equidad como Valor Social por el otro. En este orden de ideas el Profesor Economista César Sanabria, Director de Instituto de Investigaciones Económicas de la UNSMS, Perú, puntualiza, las pautas básicas para el entendimiento de la equidad en salud y ellas serian: “la búsqueda de la disminución de las diferencias evitables en las condiciones de salud de la población y además, el que la población debe recibir la atención en función de las necesidades” (4). Bajo estas vertientes, la responsabilidad del Estado en cuanto a la cobertura de servicios y financiación debe estar garantizada y por la otra, la responsabilidad individual de los integrantes de una población como parte del agregado social, fortalecido como base. Toda esta conceptualización se encuentra respaldada por lo ya señalado por la Organización Panamericana de la Salud (5).

c. La Equidad en Salud como concepto multidimensional

Teniendo en consideración lo señalado anteriormente, estudiaremos la Equidad en Salud como concepto multidimensional como lo refieren algunos autores entre ellos el Profesor Amartya

Sen (6), quien considera que “la ideología desde donde se aborde la equidad va en relación al análisis de la Inequidad en Salud. Por ende, los demócratas enfatizarán la equidad como un derecho político a preservar, el liberal lo englobará en todo el contexto de libertades que debe conservar el hombre y el conservador como un derecho a poseer la salud vista como la propiedad.” Por otra parte, señala la importancia que tiene para el planificador en salud la evaluación de los procesos sociales que ha vivido y que vive la comunidad, pues, las variables que intervengan pueden producir cambios de las acciones para el logro de resultados favorables y por último, la asignación adecuada de recursos financieros al sector, movería la balanza entre equidad e inequidad.

d. La Equidad y el Turno Equitativo

Desde la década de mil novecientos noventa y teniendo como principal exponente a Alan Williams se engasta el termino de —Turno Equitativo al considerar que “todos tenemos derecho a un cierto grado de realización en el juego de la vida y de que cualquiera que no alcance ese grado ha sido mutilado por ella en referencia a la equidad, mientras que cualquiera que lo supere no tendrá motivos para quejarse cuando se acabe su tiempo” (7). En este orden de ideas, no se refiere exclusivamente a equidad en salud sino al término más amplio en el desarrollo de la humanidad, en término de proceso de vida, es decir, la justicia social en el tiempo de su vida. Debemos por otra parte diferenciar, en relación con el concepto muy utilizado en Salud Pública que se refiere a —La esperanza de vida al nacer que concuerda a los determinantes que se agrupan en torno al binomio salud –enfermedad y que horizontaliza a los integrantes de una región, al señalar por ejemplo, que la esperanza de vida al nacer es de 80 años para determinada población. En tanto que el turno equitativo se refiere al logro de la plenitud de la vida, por haber podido desarrollar sus capacidades.

e. La Equidad en Salud y la Globalización.

La globalización en su última etapa, definida al fortalecimiento del ser individual a fin de que pueda apoderarse de los retos venideros, asume también la Integración Multidimensional, que cambia la dinámica Sanitaria mundial, pues, existen y se nos plantean riesgos sin precedentes,

eventos totalmente desconocidos, que sin ninguna pausa científica, se ha intentado accionar enfrentando estos desafíos de forma anárquica en muchos casos, ya que la creación de un nuevo método de investigación social está en continua evaluación y son las inequidades las que primero aparecen en el mapa de caracteres comunicacionales, siendo que la telemática ha creado una vía directa entre las pequeñas comunidades de electores en un país democrático y la voluntad política de un gobierno. Por tanto, cobra mayor importancia “Hacer la aldea global” (8). La asunción de los riesgos en las tomas de decisiones, compromete tanto al pequeño centro poblado como a las grandes urbes en concordancia con las funciones de los ministerios de salud; pero, es el reconocimiento de la amenaza compartida, su dimensión y su historicidad, el haber podido subyugarla, lo que al final es lo que nos señalará si hemos actuado con equidad. Las —Metas del Milenio sirven como referencial en el cumplimiento de la normativa internacional y al realizar un somero análisis de los países en vías de desarrollo, los que viven conflictos bélicos, o los azotados por epidemias de agentes desconocidos, más aún los que viven por debajo del umbral de pobreza (9). Podemos afirmar que la Equidad es el gran desafío que enfrenta el mundo globalizado.

f. Equidad y Educación para la Salud

Como educación para la salud se designa a las oportunidades de aprendizaje planificadas concientemente con vistas a facilitar los cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada. Con la anterior definición, enfatizamos la primera línea de abordaje, en considerar que la templanza como determinante que diferencia lo sano de lo enfermo y promociona los valores que nos lleven al logro del bienestar, serían, por ende, los pilares de la planificación en educación a todos los niveles de escolaridad y de actividades extramuros a toda la población; otro de los desafíos del devenir sanitario (10).

1. Acceso a la Salud.

Acceso significa, según el Diccionario de la Lengua Española: (11)

- 1.-Acción de llegar o acercarse.
 - 2.-Ayuntamiento o cópula carnal.
 - 3.-Entrada o paso.
 - 4.-Entrada al trato o comunicación con alguno.
 - 5.-Arrebato ó exaltación.
- En nuestro caso de la Salud, debemos

diferenciar entre Acceso a los Servicios de Salud y la Accesibilidad a los Servicios de Salud desde el ámbito de la Salud Pública.

a. Acceso a los Servicios de Salud.

En cuanto al Acceso a los Servicios de Salud nos referimos al comportamiento del Individuo, en este asunto se evalúa su conducta, en su primero y sucesivos contactos con alguno de los servicios que integran el sistema sanitario, no involucra solamente a la atención médica (en ambulatorios y hospitales) sino que compromete al resto de los Determinantes en los cuales se apoya el Sistema. En este caso, cobra importancia la geodemografía de una población, la red de servicios de la comunidad estudiada, el uso y las costumbres de esa población en relación a Vida Saludable. El Acceso a los Servicios de Salud cobra un valor subjetivo, toda vez que la percepción individual puede estar empañada por la emocionalidad o la satisfacción individual, consideraciones a tomar en cuenta al momento de realizar cualquier estudio.

b. Accesibilidad a los Servicios de Salud

Se define como la táctica operacional, que procedente de una estrategia en el diseño de la política pública en salud, es utilizada por los gobiernos para transferir a los ciudadanos, servicios de salud acorde a las necesidades y a las disponibilidades financieras con que cuenta el ente central. La responsabilidad del Estado democrático es incrementar la eficiencia y la eficacia de los servicios, con el fin de disminuir las brechas que separan la atención sanitaria en los diferentes estados o provincias. La Accesibilidad a los Servicios de Salud se encuentra íntimamente ligada a la Estrategia de Atención Primaria en Salud, como compromiso de los diferentes gobiernos, para el logro de la Universalidad de la Asistencia Sanitaria, importa, además, el desarrollo Económico y Social de las comunidades. En fin, la Accesibilidad tiene que ver más con lo ofertado a la población por uno o varios de los componentes del sistema sanitario, que con los cambios de los indicadores de salud que se produzcan en dicha comunidad objeto de la aplicación de esta táctica.

c. Accesibilidad y Grupos de Población

En un trabajo de investigación monitorizado por el Dr. Mauricio Olavarría en Chile en el año 2005 sobre Acceso a la Salud (12), siendo la unidad de análisis: el individuo, se concluyo: -Que los pobres (incluidos los indigentes) y los casi pobres, presentan menor probabilidad de acceder a los servicios de salud, cuando lo necesitan en eventos de enfermedad o de accidente. -Que los hombres y los menores de 40 años son probablemente más sanos, pero enfrentan mayor dificultad para acceder a la atención en salud. Por último, con este trabajo se pudo mostrar en Chile, que aun cuando sus indicadores de Salud son favorables, tienen serias dificultades para acceder a la atención en salud, en especial en términos de calidad y oportunidad de los servicios entregados a la población. Por lo anterior, señalamos que la estandarización de los indicadores de salud y mas aun, de la accesibilidad a los servicios de salud en países con diferente desarrollo socio económico, nos plantea la interrogante de la metodología empleada a objeto de comparar, por ejemplo, la mortalidad materna vinculada con un acceso no oportuno a los servicios, en distintas regiones del continente.

Es menester entonces, dejar claro en cada propuesta de planificación, cuando la variable a ser intervenida corresponde a un deseo de la población o necesidad sentida, (acceso) y una intervención de la misma variable u otra de carácter técnico científico del ente rector de la salud del Estado, (accesibilidad), en fin, lo deseable sería que ambas confluyeran tanto en el diseño de políticas saludables como en su implementación.

2. Calidad en Salud. Significa según la Real Academia de la Lengua: (13) 1.-Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, peor o mejor del restante de una especie. 2.- En sentido absoluto, buena calidad, superioridad, o excelencia. 3.-Carácter, genio, índole. En consideración a lo anterior, nos atrevemos a señalar que la Calidad en Salud Pública puede ser definida como: (14) “Calidad es un objetivo cualificado y cuantificado, es decir, una meta, del grado de eficacia, efectividad y eficiencia de un Sistema Sanitario al aplicar Políticas Públicas Saludables”. Vertientes de la Calidad en Salud Pública Se describe por tanto una vertiente

horizontal que mide el grado de desarrollo del sistema y que al medirlo se relaciona con la cobertura programática hacia una localidad, una entidad federal o el ámbito nacional, así, la expansión, como objetivo de un proyecto, pudiera arrancar con una focalización hasta hacer la cobertura universal dentro del estado. Mide el número total de la población sometida a riesgo de enfermar o también al no disfrute de una vida saludable, entre otros aspectos, imprime a los ministerios de Salud el grado de desconcentración, centralización o descentralización que le dan a su gestión, siendo el objetivo ya señalado, la propuesta de variar la imagen actual por una imagen-objetivo a un futuro cualificable.

Por otra parte, la que llamaremos vertiente vertical, mas conocida hoy en día y que tiene que ver con el ámbito de la estandarización, donde se presupone la elaboración de pautas y procedimientos construidos y consensuados por un grupo de expertos dentro de la organización del sistema, sean por ejemplo ambulatorios u hospitales, y que además, compromete los avances tecnológicos y científicos de la atención prestada en forma directa a los usuarios de dicha organización, sin que tenga responsabilidad sobre el resto del sistema, aun cuando a la larga tenga que ver con la sustentabilidad del mismo.

Comparativamente: - La primera vertiente se utiliza más en Salud Pública Internacional, pues se vincula con el grado de compromisos adquiridos por un gobierno en el contexto de las Naciones Unidas, por ejemplo —Salud para todos en el Año 2000. - La segunda vertiente, muestra mas el grado de experticia que tienen los proveedores de la atención médica, donde los programas de la Acreditación deben cumplir los pasos de: 1.- Elaboración de los estándares razonables, es decir, ser validados para cada nivel organizacional por sus expertos. 2.- Difusión de los estándares acordados, por toda la comunidad organizacional. 3.- Evaluación del estamento organizacional seleccionado, teniendo clara conciencia en los evaluadores que el estándar no acordado, no puede entrar en el programa de acreditación. 4.- Evaluación propiamente dicha con la propuesta de correcciones consensuadas. En fin, sea que se evalúe la calidad como un objetivo de la Política Pública de un gobierno en términos de cobertura, o sea, como meta a cumplirse por

una parte del sistema sanitario tendientes a elevar el nivel cultural de una organización, en ambos casos debemos considerar: - La Eficacia, es decir la utilización de métodos adecuados y tecnología actualizada en la prestación de un servicio, ello nos muestra el grado de proyección a futuro del sistema y sus integrantes. - La Efectividad o grado de cobertura programática y el resultado o impacto que se obtiene en la aplicación en el combate a daños. - La eficiencia, en cuanto a la productividad o beneficio que todo el sistema y sus usuarios ostentan con la aplicación de recursos financieros procedentes del tesoro de la nación, sean, por gastos impositivos del fisco o las erogaciones en salud que realizan los particulares.

3. Universalidad

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua: (15)

1) Entraña la calidad de Universal 2) Que pertenece o se extiende a todo el mundo, a todos los países, a todos los tiempos. 3) Lo que por su naturaleza es apto para ser predicado de muchos. 4) Comprende hacer universal una cosa ó generalizarla mucho. La universalidad es uno de los conceptos que ha exigido con mayor urgencia, una constante redefinición en cuanto a su aplicación en Salud Pública, dependiendo tal definición del sistema de valores sociales que los gobiernos han involucrado; pues su total independencia conceptual ha sido difícil de delimitar. Así, para 1975, con motivo del Congreso para la Formulación de Políticas de Salud, reunido en Santiago de Chile, los miembros integrantes de la Organización allí reunidos, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo y otros, al referirse al Concepto de Política, enuncia: “los procesos sociales que conducen a la toma y ejecución de decisiones a través de las cuales se adoptan autoritativamente valores para toda la sociedad”. En este sentido, la política de salud ha estado en un continuo social, así lo expresaban en ese entonces, los miembros de la Organización Panamericana de la Salud (16). El 21 de noviembre 1986 se firma en Ottawa la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud el Objetivo “Salud para Todos en el Año 2000”, siendo el compromiso explicitado de eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas y además

tomar medidas contra las desigualdades, en términos de Salud, que resulten de las normas y prácticas de esas sociedades (17). Por otra parte, se firma en Santa Fe de Bogotá el 12 de noviembre de 1992, la Declaración Internacional de Promoción de la Salud, donde se enfatiza en la búsqueda de condiciones que respondan por el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, imprimiéndole a “sectores importantes de la población mundial, el no haber logrado satisfacer las necesidades básicas que garanticen las condiciones dignas de vida”.

El mismo documento enfatiza que la transformación del sector salud, significa garantizar el acceso a los servicios (18). Todas las anteriores propuestas se encuentran ampliadas, en la Carta del Caribe del 4 de junio de 1993 y las subsiguientes, donde los entes gubernamentales asumen el compromiso de la Universalidad en materia de salud pública (19).

Ahora bien, asistidos por el derecho de la experiencia a opinar en esta área, contemplamos el concepto de Universalidad como principio rector en el quehacer de la humanidad, que como tal es inmutable, no transferible a otro ser viviente y que arranca y se consustancia desde la concepción del ser humano, que lo hace partícipe desde el seno materno a formar parte de ese todo global que compromete al lugar y tiempo donde vivimos. Por ende, como principio que rige la existencia, ninguno de sus integrantes puede quedar excluido de lo que es su pertenencia, es decir, ser un ser humano. En este ámbito de ideas, nos permitimos acotar que la Doctrina Integralista como base y cimiento de la Salud Pública, viene cobijando desde sus inicios a todos los habitantes de nuestro país (20). Pero ha sido necesario emprender una ardua tarea de convencimiento a algunas autoridades que han confundido la responsabilidad que como mandantes poseen con la perversa focalización de los programas, en estratos sociales solicitantes. Es menester, por tanto, enfatizar que la Universalidad es un Principio, que corre en el riel de todo el diseño de las políticas públicas, que, junto con otros, por ejemplo, la equidad, enmarcan o delimitan las líneas estratégicas de la Política Sanitaria actuante. Debemos, por otra parte, estar prestos a considerar que, de no existir Democracia en nuestros países, los principios éticos y morales

que acompañan a los Hacedores de la Salud Pública, quedarían sin asta donde enarbolar su bandera, pero, solo la perseverancia hará permanente la lucha por la superación de la pobreza, como el próximo reto de la Salud Pública, considerando la Universalidad como el camino y norte de la inclusión social.

VI. Componentes del Sistema de Salud

1. El sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud (1) OMS. Informe de la Salud Mundial, 2000. Por sistema de atención sanitaria, en cambio, entendemos las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos. (2) Este capítulo esta dedicado a describir y no a prescribir los componentes principales del sistema de salud, como sistema social, en su concepción actual y las tendencias, con el propósito de que responda a los retos del mundo contemporáneo y a las necesidades de salud del presente y del futuro.

La configuración y los componentes del sistema de salud deberán estar orientados al logro de los de sus objetivos: —Mejorar y proteger la salud, ofrecer respuestas equitativas y responder adecuadamente a las expectativas legítimas y crecientes, de salud de la población”. Componentes del Sistema de Salud centrado en la gente 1.-Gobernanza y Rectoría 2.- Talento Humano 3.- Financiación 4.- Productos y Tecnología 5.- Provisión 6.- Información. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), los objetivos finales, básicos o intrínsecos de los sistemas de salud son: mejorar la salud de la población, ofrecer servicios adecuados a los usuarios, ofrecer seguridad financiera en materia de salud (1).

El primer objetivo persigue mejorar el nivel de salud posible para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que supone contar con un sistema de salud efectivo. El sistema de salud tiene la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente las desigualdades en salud de aquellos menos privilegiados. En este sentido el sistema de salud debe ser equitativo. Gobernanza y Rectoría

Información Recursos Humanos Comunidad Provisión Financiación
Productos y Tecnología.

El segundo objetivo: los sistemas de salud deben además ofrecer un trato adecuado a los usuarios, lo que significa ofrecer servicios de salud en un marco de respeto a la dignidad de las personas, su autonomía y preservar la confidencialidad de sus datos. Esto es válido para todos los servicios de salud (promoción, prevención y asistencia médica). El trato adecuado supone también el respeto a los derechos del paciente, entre ellos, elegir su médico, disponer de servicios, oportunos, suficientes, adecuados y de calidad para la atención. El sistema de salud debe ser respetuoso.

El tercer objetivo básico es garantizar la seguridad financiera del usuario, lo que implica la existencia de sistemas de financiamiento de los servicios de salud, es decir, esquemas en los que la proporción del gasto en salud de los hogares, respecto a su capacidad de pago sea igual para todos, que la capacidad de pago no sea una barrera para el acceso a los servicios y que proteja a la población de gastos excesivos por motivo de salud, especialmente aquella parte de la población sin recursos financieros suficientes. El sistema de salud debe ser justo. Hay otros objetivos importantes de los sistemas de salud, como la disponibilidad de insumos, el acceso y la utilización de los servicios y, el uso eficiente de los recursos, entre otros. Son objetivos instrumentales, porque contribuyen a alcanzar los objetivos fundamentales del sistema (1). El sistema de salud debe ser eficiente. Si hay una responsabilidad crucial del sistema de salud consiste en estrechar las brechas de equidad sanitaria - principio fundamental de la atención primaria -, un criterio para evaluar las estrategias de formación de personal, la información sanitaria, las estrategias de financiación y otros aspectos debe ser la consideración de hasta qué punto esas estrategias favorecen la equidad.

El refuerzo mutuo de la pobreza y la mala salud es un fenómeno cada vez mejor conocido, y la evidencia de que los recursos, los esfuerzos y los resultados se distribuyen desigualmente y de forma poco equitativa no hace más que crecer. Los estudios de incidencia del beneficio muestran de manera sistemática que las personas que viven en

la pobreza reciben menos de la parte proporcional que les corresponde de los fondos públicos para la salud en comparación con las clases acomodadas (3,4). Pero la renta no es el único factor determinante. La pobreza es fundamentalmente una situación en la que los individuos carecen de la capacidad necesaria para satisfacer sus necesidades, colmar sus aspiraciones y participar plenamente en la sociedad (5), de modo que la falta de empoderamiento político y de educación, factores fuera del sistema de salud, también contribuyen a excluir a las personas de la atención sanitaria. La discriminación por razón de género, raza o etnia alimenta considerablemente las desigualdades en salud y en el acceso a los servicios de atención sanitaria. Las políticas que mejoran los indicadores sanitarios agregados de un país no siempre son justas o favorables a la equidad. En los países que han logrado mejorar los resultados sanitarios y reducir la inequidad, las políticas de desarrollo de los sistemas de salud han tenido que «ir contra corriente», con el objetivo explícito de contrarrestar la tendencia de atender primero a los sectores acomodados (6,7).

Como quiera que esté configurado el sector sanitario de un país, si se desea conseguir resultados pro equidad, es fundamental que el gobierno instaure una rectoría eficaz de todo el sector de la salud, incluidas las funciones de supervisión, monitoreo y ejecución de las políticas de salud articuladas con otras políticas sociales. El desarrollo de los sistemas de salud basados en la atención primaria (8) varía de un contexto a otro. En algunos casos se necesitan urgentemente programas orientados a grupos de población específicos para conseguir resultados pro equidad, mientras que en otros casos la prioridad es reforzar en general el conjunto de sistemas. También es posible combinar esos dos enfoques. Los objetivos del sistema de salud se alcanzan mediante el proceso complejo de la articulación, complementación y desempeño de las funciones o componentes: la rectoría y gobernanza, los recursos humanos, el financiamiento, la información, la provisión, los productos y tecnologías y la participación de la comunidad.

2. La participación de la comunidad “La promoción de la salud es realizada por la gente y junto con ella, sin que se le imponga ni se

entregue. Amplía la capacidad de las personas para actuar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud” (Declaración de Yakarta. OMS)

2.1. La atención primaria continúa siendo potencial de cambio y más que nunca tenemos necesidad de respuestas efectivas y eficientes ante las nuevas necesidades socio-sanitarias. Tenemos necesidad de vínculos potentes entre los actuales recursos sanitarios de atención primaria y los sociales, porque las nuevas maneras de organizarse la comunidad, la movilidad social, las nuevas tecnologías, y, las nuevas formas de enfermar precisan servicios de salud integral e integrada con los sociales. Los profesionales sanitarios estamos muy acostumbrados a trabajar por programas y proyectos sectoriales, con una duración determinada en el tiempo y que responden a necesidades concretas. Desde esta perspectiva, los recursos que se ponen a disposición de tal o cual programa están relacionados al grado de necesidad que se detecte en el sector salud.

Por otra parte, las comunidades nos exigen diseñar estrategias asociativas e interactivas; con el fin de promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciar la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas y necesidades. Es por ello, que hoy más que nunca necesitamos integrarnos y desarrollarnos en las diferentes actividades comunitarias; es un proceso continuo de implicación y compromiso con la comunidad para mejorar sus condiciones sociales y calidad de vida, que tiene inicio en un momento determinado pero que no tiene fin. La presente idea pretende aportar al debate sobre el tema, avanzando en algunas proposiciones conceptuales desarrolladas a partir de la revisión y análisis de la bibliografía consultada y experiencias locales, con el propósito de colaborar con insumos para la elaboración de un modelo de Promoción de la Salud desde y para la Comunidad.

Es importante señalar que no es conveniente apresurar este proceso. El objetivo debe ser la participación como instrumento para fomentar la autonomía de la comunidad y mejorar sus condiciones de vida, con real y democrático protagonismo de los ciudadanos.

2.2. Algunas consideraciones previas para el diseño de una política en salud con enfoque promocional.

La promoción de la salud, para ser eficaz, requeriría una combinación de estrategias a diferentes niveles, además de la inclusión de una variedad de sectores y acciones individuales, grupales (actividades de educación y adiestramiento de trabajadores, así como los grupos de autoayuda y apoyo); organizacionales (incluirían aspectos tanto sociales como físicos del entorno de las personas. Abarcan programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, a la seguridad laboral, en relación a los cambios ambientales, entre otros); comunitarias (vistas como procesos empleados por los promotores y los educadores sanitarios para ayudar a que las comunidades identifiquen metas o problemas comunes, movilicen recursos y formulen y ejecuten estrategias para alcanzar sus metas. Estas acciones incluyen el desarrollo de la localidad, para aumentar el sentido de identidad de la comunidad; la planificación social, que recalca la solución racional de los problemas; la acción social, para aumentar la capacidad de resolución de problemas de las comunidades) y; gubernamentales (como aquellas en las cuales los gobiernos desempeñan una función primordial, como la promoción de la colaboración intersectorial e interdisciplinaria o las propias legislaciones, entre otras) (1). En este contexto, en primer término, el sector, necesita promover un cambio paradigmático para poner límites claros y objetivos entre salud y enfermedad. Un aporte importante en este sentido lo constituye la Declaración de Alma Ata, en la que se plantea que la salud es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud” (2).

Asimismo, el sector debe desarrollar de manera amplia la propuesta de Promoción de la Salud como: “... el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (3). La promoción de la salud

“abarca campos y enfoques diversos, aunque complementarios, entre los que se incluyen: la educación, la información, la comunicación social, la legislación, la formulación de políticas, la organización, la participación de la población, y la búsqueda de una reorientación de los servicios de salud. ...La promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud, sino que constituye un quehacer intersectorial” (4). Otro arquetipo que es importante modificar lo constituye: el concepto de promoción tiende a confundirse con el de prevención, situación que se da, principalmente, porque los límites prácticos de cada uno de ellos tienden a complementarse y/o a superponerse. Las estrategias específicas de promoción de salud, comienzan o incluyen acciones de prevención de enfermedades, de este modo, en su implementación concreta, suelen ser responsabilidad de un mismo servicio. Sin embargo, persiguen lograr niveles distintos de salud. La promoción lo hace desde la perspectiva de una salud positiva y de bienestar; en cambio, la prevención lo hace situando su punto de vista en la enfermedad. De lo anterior se infiere que la promoción en salud da cuenta del tema desde una perspectiva mayor que involucra los distintos aspectos que inciden o determinan la salud: medio ambientales, higiénicos, culturales, relacionales, etc. y que incluye a la prevención. Igualmente, el sector salud necesita considerar que la participación comunitaria es el —proceso de intervención de la población en la toma de decisiones para satisfacer sus necesidades de salud, el control de los procesos y la asunción de sus responsabilidades y obligaciones derivadas de esta facultad de decisión” (5). Un concepto clave para el éxito de las políticas de participación comunitaria es el de empoderamiento el que se define como: “Un proceso de acción social que promueve la participación de las personas, las organizaciones y las comunidades hacia el logro de un mayor control individual y comunitario, de una mayor eficacia política, de una mejor calidad de la vida comunitaria y de la justicia social” (6). También, debemos contemplar el concepto más amplio de participación ciudadana que se refiere a —procesos sociales, económicos, políticos y culturales, a través de los cuales los actores sociales de una determinada región intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines,

se unen para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones” (7). Por último, encontramos en concepto de Determinantes Sociales de la Salud: “... se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas... Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos de bienestar y salud... Influyen tanto la buena salud como las brechas de salud entre los grupos sociales, es decir, las inequidades en salud” (8).

3. La Rectoría y Gobernanza La Rectoría es definida como —La función de un gobierno responsable del bienestar de la población al que le preocupan la confianza y la legitimidad con que la ciudadanía considera sus actividades” (1). Los gobiernos deben ser los rectores de los recursos nacionales, manteniéndolos y mejorándolos para beneficio de la población. En materia de salud, esto supone en última instancia hacerse cargo de la gestión cuidadosa del bienestar de los ciudadanos. La rectoría en materia de salud es la esencia misma del buen gobierno. Esto significa establecer el sistema de salud mejor y mas equitativo que sea posible. La salud de la gente siempre debe ser una prioridad nacional, y la responsabilidad correspondiente del gobierno es continua y permanente. Por su parte, los ministerios de salud tienen que asumir gran parte de la función rectora de los sistemas de salud. La política y las estrategias sanitarias tienen que incluir la prestación de servicios financiados públicamente y privadamente. Sólo así será posible que los sistemas de salud en su totalidad puedan orientarse a lograr metas favorables al interés público. La rectoría abarca las tareas de definir la visión y la dirección de la política sanitaria, ejercer influencia por medio de la reglamentación y la defensa de la causa y reunir información y utilizarla. En el ámbito internacional la función rectora supone influir en las investigaciones y la producción mundiales para alcanzar objetivos sanitarios. También significa proporcionar una base de datos probatorios a fin de guiar los esfuerzos del país encaminado a mejorar el desempeño del sistema de salud. La rectoría prela e influye sobre todas las funciones del sistema para alcanzar las metas. Para

lo cual deberá estar presente en todos los niveles del sistema de salud a fin de alcanzar los mejores resultados. La función rectora exige tener capacidad de visión, usar la información y ejercer la influencia desde el ministerio de salud para supervisar, guiar la realización y el desarrollo de las acciones sanitarias en nombre del gobierno. Algunos aspectos de la rectoría deben ser asumidos exclusivamente por el gobierno, por ejemplo, el ejercicio de las competencias sustantivas; otras serán compartidas con otros niveles de gobierno o con sectores de la sociedad. La coherencia y la uniformidad de las acciones deben ser logradas mediante la corresponsabilidad intersectorial y la participación promovida desde el ente rector. La rectoría puede ser ejercida desde otros sectores para el control y el mejor uso de los bienes y recursos financieros destinados a los mejores beneficios en cuanto a la salud.

La rectoría en salud tiene una dimensión internacional relacionada con los compromisos de salud global y los intercambios internacionales de experiencias, conocimientos, tecnologías e información.

Nuevas dimensiones de la función de rectoría son exigidas a los ministerios de salud, que ya no pueden hacerlo todo, las nuevas y acuciantes demandas de salud de la población ponen a prueba la eficacia de la rectoría y la obligan a desarrollar nuevas competencias para darle rumbo al sistema, para modular la participación de nuevos actores, para supervisar y servir de contralor de nuevas acciones y estrategias que cumplan con los objetivos de las políticas de salud (2). La función rectora deberá discernir cuidadosamente lo que ha de promover de lo que ha de restringir, tomando en cuenta los diversos intereses entre los distintos actores. La rectoría debe ocuparse no solo de verificar el cumplimiento de metas y objetivos, sino de desarrollar una amplia visión de futuro en función general del interés público ante nuevos riesgos de salud para la sociedad. La acción normativa propia de la rectoría, no deberá estar restringida a la elaboración de reglas escritas, decretos, reglamentos y ordenanzas sino desarrollar su capacidad para vigilar su aplicación. La acción rectora debe reforzarse mediante estrategias para mejorar la información, para conciliar y negociar alianzas y apoyos de diversos grupos y de generar incentivos para el logro de las metas.

Estas estrategias deberán crecer en la misma medida que la autoridad se traspasa, se comparte, se delega y se descentraliza a otros actores del sistema. En misma medida la rectoría central se va independizando de la lógica de “mando y control” y promueve una acción rectora armónica y coherente entre los responsables de un sistema intergubernamental con base comunitaria cuyos atributos y competencias deberán estar bien definidos. La corrupción del sistema y el incumplimiento tolerado de las normas, y la ausencia de sanciones son debilidades que la rectoría debe enfrentar con determinación y liderazgo porque dañan la moral institucional y hacen más inequitativo el financiamiento de la salud y distorsiona las prioridades sanitarias. Hay que establecer las reglas y hacerlas cumplir. La autoridad coercitiva deberá estar presente para impedir las violaciones de las normas, para velar por la competencia leal, la garantía del acceso y la calidad; la protección de los consumidores contra la comercialización fraudulenta de servicios y productos.

El diálogo entre los actores debe ser propiciado por el ente rector. El gobierno no solo ha de ver bien para desempeñar debidamente su función rectora, sino que también ha de escuchar. Los grupos de diversos sectores hacen valiosos aportes al proceso de formulación de políticas y de redacción de normas y reglamentos y pueden evaluar mejor como los participantes de cada sector pueden coadyuvar a alcanzar las metas de políticas públicas en salud sin menoscabo de las personas más necesitadas.

Una mejor rectoría exige hacer hincapié en los procesos de coordinación, consulta y comunicación basada en pruebas científicas. Para superar los grandes obstáculos, para mejorar el desempeño, es preciso que conozca el panorama completo de lo que está sucediendo. Los compromisos de gestión compartida de programas intersectoriales con otros ministerios, forma parte de las líneas de acción integrada de políticas sociales y es más efectiva como acción conjunta de gobierno. Mucho se puede aprender del intercambio de prácticas con otros sectores nacionales e internacionales de gobierno que hayan modificado sustancialmente las funciones públicas. La comunicación oportuna de las decisiones, estrategias, del progreso logrado, de las metas y de los

obstáculos encontrados es una capacidad necesaria que debe contar el ministerio. Una oficina de medios y estrategias de comunicación adecuadas sirve de enlace entre diferentes sectores y otros actores de la sociedad y se ocupan de las relaciones con el público. También facilita los mecanismos de consulta necesaria para formular o aplicar políticas o para promover la causa para influir en otras dependencias. La rectoría para formular políticas y dirigir su aplicación debe conseguir el apoyo de todos los interesados para la viabilidad de las políticas y depende del poder de los participantes, de su postura, de la seriedad de su compromiso y de su número (3). El término Gobernanza, difundido desde los años 90, parece traducir la conciencia de un cambio de paradigma en las relaciones de poder. En un sistema de gobierno democrático, la legitimidad proporcionada al gobierno por las urnas, de un modo parecido se busca renovar constantemente con la “buena calidad” de su ejercicio o gobernanza, medida por los modernos métodos de la demoscopia. Gobernanza es el concepto de reciente difusión para designar a la eficacia, calidad y buena orientación de la intervención del Estado, que proporciona a este buena parte de su legitimidad en lo que a veces se define como una “nueva forma de gobernar” en la globalización del mundo posterior a la caída del muro de Berlín (1989). También se utiliza el término gobierno relacional. La gobernanza es una noción que busca -antes que imponer un modelo- describir una transformación sistémica compleja, que se produce a distintos niveles -de lo local a lo mundial- y en distintos sectores -público, privado y civil. Que promueve un nuevo modo de gestión de los asuntos públicos, fundado sobre la participación de la sociedad civil a todos sus niveles (nacional, local, regional e internacional) (4).

Según el DRAE es el arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía (5). El concepto aplicado al gobierno de un sistema de salud moderno le da mayor legitimidad; esta no se consigue sólo con eficacia y eficiencia, sino que es también fundamental el elemento democrático en el que se subsumen la transparencia, la

rendición de cuentas o la participación. La eficacia y la eficiencia son valores propios del utilitarismo económico y de la gestión, aunque, situados en un contexto político, quedan totalmente impregnados de la influencia de la dimensión política. Con todo, las organizaciones públicas se ven abocadas a adoptar estrategias de actuación mediante la incorporación de innovaciones en la acción pública. Ciertamente, estas innovaciones, su forma y contenido, dependen de la coordinación del aparato administrativo con otros actores privados y con los ciudadanos. En gran medida la gobernanza consiste sobre todo en la confluencia y difícil equilibrio entre la eficiencia y la participación democrática (6). El concepto, que tiene su origen en la tradición de la escuela norteamericana sobre estudios de administración pública, ha sido importado por Europa al advertir la necesidad de nuevas técnicas e instrumentos para conseguir una gestión política estratégica que combine las iniciativas e intereses de la sociedad, el Estado y el mercado. Según la Comisión sobre Gobernanza Global, la gobernanza es “la suma de las múltiples maneras como los individuos y las instituciones, públicas y privadas, manejan sus asuntos comunes. Es un proceso continuo mediante el que pueden acomodarse intereses diversos y conflictivos y adoptarse alguna acción cooperativa. Incluye las instituciones formales y los regímenes con poder para imponer obediencia, así como arreglos informales que las personas y las instituciones han acordado” (7). La Comisión Europea (8) en su Libro Blanco sobre la Gobernanza Europea (2001) también proporciona una definición: “Reglas, procesos y conductas que afectan el modo como se ejerce el poder a nivel europeo, particularmente en lo que se refiere a la apertura, la participación, la responsabilidad, la efectividad y la coherencia.” La reflexión en pro de una mayor inclusividad va ganando terreno, siendo la participación ciudadana uno de los puntales del nuevo estilo de gobernanza. Sin embargo, la implementación de instrumentos y procesos participativos es todavía un reto enorme.

Uno de estos esfuerzos para crear una medida de gobernanza que sirva para comparar los países a nivel internacional es el proyecto Worldwide Governance Indicators (WGI) (indicadores de gobernanza

a través del mundo) (9), desarrollado por los miembros del Banco Mundial y del Instituto del Banco Mundial. El proyecto publica indicadores globales e individuales para más de 200 países en seis dimensiones de la gobernanza: voz y rendición de cuentas, estabilidad política y falta de violencia, efectividad gubernamental, calidad de la regulación, estado de derecho, control de la corrupción. La evolución de los indicadores de gobernanza en Venezuela desde 1996 hasta 2008 muestran una reducción progresiva y significativa de cada una de las categorías hacia los mas bajos percentiles en los últimos 10 años. Venezuela se ha situado también en los más bajos percentiles a nivel mundial al compararse con otros países.

Para completar los Worldwide Governance Indicators, a nivel macro y transversales respecto a los países, el Instituto del Banco Mundial desarrolló estudios sobre la gobernanza llamados World Bank Governance Surveys (10), herramientas de valoración de gobernanza a escala de un país que intervienen a nivel micro o infra-nacional y usan informaciones recogidas de los mismos ciudadanos de un país, la comunidad de negocios y trabajadores del sector público para diagnosticar las vulnerabilidades de la gobernanza y sugerir enfoques concretos para luchar contra la corrupción. Un nuevo Índice de Gobernanza Mundial (IGM) (11) se ha desarrollado y está a disposición para mejorarlo a través de participación pública. Los temas siguientes, en forma de indicadores e índices compuestos, han sido elegidos para formar parte del IGM: paz y seguridad, estado de derecho, derechos humanos y participación, desarrollo sustentable, desarrollo humano. En síntesis, la gobernanza es un proceso de dirección competente de los recursos del sistema de salud, del desempeño, del estímulo de la participación de los actores con la meta de mejorar la salud, en una forma transparente, auditable, equitativa, eficiente y que responda a las necesidades de la gente. Las funciones claves de la gobernanza son:

1. Información y capacidad de análisis.
2. Formulación de políticas y planificación.
3. Participación social y capacidad de respuesta del sistema.

4. Accountability o rendición de cuentas.
5. Capacidad regulatoria.

Uno de los problemas de los países latinoamericanos, entre ellos el nuestro, es la debilidad institucional, esto repercute sobre las posibilidades reales del desarrollo. En este contexto, se ha vuelto un tema prioritario la redefinición de los roles institucionales y el fortalecimiento de las funciones indelegables, sustantivas del Estado, entre ellas, la salud pública y la protección social de los grupos de población vulnerables o excluidos. En consecuencia, los países procuran fortalecer y consolidar su capacidad de supervisar el sistema de salud y de disponer efectivamente de las competencias necesarias para promover la salud y negociar con otros sectores que interactúan con el sistema de salud (12). No ha sido fácil llegar a una definición operativa de rectoría en el campo de la salud, puesto que este concepto a menudo se superpone al de gobernanza. Según la OMS, el Estado tiene la capacidad y la obligación de responsabilizarse por la salud y el bienestar de los habitantes y de ejercer la dirección del sistema de salud en su conjunto, y esa responsabilidad de gobernanza ha de ejercerse en tres aspectos fundamentales: aportar una visión y liderazgo al sistema de salud; recolectar y utilizar información y conocimientos; y ejercer influencia mediante la regulación y otros mecanismos.

El organismo internacional también hace hincapié en que el grado de capacidad y desempeño del Estado para ejercer la gobernanza del sistema de salud afectará decisivamente todos los resultados (13,14). Por otro lado, la OPS/OMS utiliza el término “rectoría del sistema de salud” para referirse a la gobernanza del sistema de salud. En tal sentido, y en respuesta a la Resolución CD40.R12 (15) 52, sobre la rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial, en el período 2001-2005 la OPS/OMS abordó el proceso de desarrollo del concepto y la práctica de la rectoría en salud como un aspecto prioritario e intrínseco al proceso de modernización del Estado. Se promovió así un profundo debate e intercambio sobre la conceptualización, ámbito de acción y

mecanismos para el fortalecimiento de la capacidad rectora en salud. Actualmente se considera que la función rectora en salud es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables, es competencia del gobierno, y la ejerce la autoridad sanitaria nacional (1,13,14,16). Las dimensiones de la rectoría sectorial comprende seis grandes áreas de responsabilidad y de competencia institucional que incumben a la autoridad sanitaria: conducción, regulación, aseguramiento, financiamiento, provisión de servicios y funciones esenciales de salud pública (15).

4. La fuerza de trabajo La fuerza de trabajo en Salud puede ser definida como el amplio grupo de personas dedicadas a promover, proteger y mejorar la salud tanto en el sector público como en el privado. Incluye el personal dedicado a las actividades de salud pública de servicios no personales, a la prevención de enfermedades, a los servicios de promoción de la salud, a la investigación, a la gerencia y a los servicios de apoyo (1). La fuerza de trabajo es un elemento clave de los sistemas sanitarios, fundamental para hacer progresar la salud. La atención sanitaria es una industria de servicios basada fundamentalmente en el capital humano. Los profesionales de la salud personifican los valores esenciales del sistema: previenen enfermedades y mitigan los riesgos, curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, son el vínculo humano entre el conocimiento y la acción sanitaria (2).

Para superar los escollos que obstaculizan el logro de los objetivos nacionales en materia de salud es fundamental formar suficientes trabajadores sanitarios, competentes, motivados y bien respaldados. El número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres. Además, se ha comprobado que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con los resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. A la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de personal durante las reformas del sector sanitario (2). El mismo informe define a los

trabajadores sanitarios como “toda aquella persona que realiza acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud.” Los determinantes de la fuerza laboral se ubican en: 1. Las necesidades sanitarias (demografía, carga de morbilidad, epidemias) 2. Sistema de Salud (financiación, tecnología, preferencia de los consumidores) 3. Contexto (mercado de trabajo y educación, reformas del sector público de salud, globalización). Mientras que los retos lo hacen en: 1. Las Cifras (escasez, excesos). 2. Combinación de aptitudes (equilibrio de los equipos sanitarios). 3 Distribución (interna, urbana-rural) migración. 4. Condiciones de Trabajo (compensaciones, incentivos no financieros, seguridad en el lugar de trabajo). Nuestro país como muchos otros enfrenta enormes retos en relación a los recursos humanos en salud. Una aproximación a esta situación fue elaborada y analizada en el documento de la Ponencia Central de la Asamblea de la FMV realizada en Punto Fijo (27 al 31 de octubre de 2009) (3). Una síntesis de este análisis se presentó en el capítulo III de este documento. Los aspectos descriptivos de la fuerza de trabajo en Venezuela se resumen en: En nuestro país se está llevando a cabo una serie de transformaciones complejas que no podrán ser viables si además de considerar los aspectos estructurales y financieros no se toman en cuenta aquellos relacionados con el desarrollo de los Recursos Humanos, que son el factor crítico de cualquier proceso de cambio.

El primer anteproyecto de Ley Orgánica de Salud propuesto y aprobado en primera discusión en 2002 y después desechado contenía al menos 12 artículos con implicaciones directas para la iniciación de procesos de definición e implementación de políticas sobre el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (por ejemplo: calidad de atención, protocolos de diagnóstico y tratamiento, regulación vigilancia, fiscalización y control de la práctica de profesionales y técnicos, recertificación profesional, creación y actualización del sistema nacional de información en salud, identificación y definición de las características de los trabajadores, sistemas de incentivos, principios éticos, obligaciones códigos y normas de la gestión de personal, definición y revisión de las políticas de formación de personal. Además de las disposiciones legales debía cumplirse un proceso de

definición de políticas explícitas de desarrollo de y la elaboración de un Plan Estratégico Recursos Humanos, para fortalecer áreas débiles o que no están implementadas. En enero de 2004 en MSDS inauguró el Programa Red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud y Desarrollo Social. Los datos producidos por este Programa no estuvieron disponibles al momento de elaborar esta Ponencia y el Programa al parecer fue descontinuado. La información dispersa en diferentes fuentes hasta 2003 fue recopilada por Serrano CR Consultora de OPS-OMS. Estrategia de Cooperación con los Países (4). La disponibilidad de profesionales de salud para 1999, de acuerdo con los datos de la Dirección de Contraloría Sanitaria era:

Cuadro 2. Tasas de algunas categorías de personal por población. 1998.

Categorías de Personal	1998	Tasas X 10.000 Hbts
Médicos	47 763	20,55
Enfermeras Graduas Lic. y TSU	21 185	9,11
Odontólogos	13 318	5,73
Farmacéuticos	8 377	3,60
Nutricionistas	1 056	0,45
Bioanalistas	2 402	0,03

Fuente: MSDS. Dirección de Contraloría Sanitaria, División de Registro de Profesionales 199.

Según información proporcionada por la Academia Venezolana de Medicina (1998) con datos de la Federación Médica Venezolana (1997), de los 47 957 médicos existentes 23 704 (49,4 %) eran médicos generales o no especialistas y 24 253 (50,6 %) eran médicos especialistas. La distribución de los profesionales del área de la medicina varía mucho en función del eje de mayor desarrollo económico: Distrito Metropolitano

tiene una tasa de 60 médicos por 10 000 habitantes, Miranda 34,9, Zulia 20, Lara y Mérida tienen 19 por 10 000 habitantes, mientras que Delta Amacuro, Amazonas, Apure, Barinas, Monagas, Portuguesa, Sucre y Yaracuy tienen tasas por debajo de 10 médicos por 10 000 habitantes. La inequitativa distribución de este recurso humano medida a través del índice de Gini, cuyo valor es de 0.23, el 45 % de los médicos se encuentran atendiendo a los 4 estratos de la población de los estratos socio-económicos más bajos, y 55 % de los médicos se encuentran atendiendo a la población del estrato socio-económico con mayores ingresos (4).

En cuanto a las categorías de los médicos con calidad de especialistas la mayor frecuencia estaba constituida por la especialidad de medicina interna con un 15.8 %, cirugía con un 12,9 %, gineco-obstetricia con un 7,6 %, pediatría con un 6,5 %, y las otras especialidades tienen una proporción de 7,7 %, e incluye a los especialistas en Salud Pública (4). La disponibilidad actual de recursos humanos formados en Salud Pública comprende los siguientes niveles: Especialidad, Maestría, Cursos Medios Diversificados y Técnicos Superiores. No existe un registro de los profesionales formados en el área de la salud pública en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Existen 4 Sociedades Científicas que los agrupan: de Salud Pública, de Higienistas, de Administración Hospitalaria y de Epidemiología, pero tampoco cuentan con información completa, pues no todos los sanitaristas están afiliados. Solamente se pudo obtener un número aproximado a través de la información proporcionada por las instituciones formadoras de estos recursos, quedando fuera de la apreciación todos aquellos que se formaron antes de 1985 y los que se formaron en países fuera de Venezuela, lo que nos permite dimensionar un error entre 15 % y un 20 % en la cantidad de disponibilidad de este recurso (4). En los 15 años comprendidos entre (1986 a 2001) se formaron los siguientes tipos de profesionales: a nivel de Maestría suman 132 profesionales; los egresados de los cursos de Especialización en Salud Pública alcanzan a un número de 754 profesionales. De los 886 profesionales formados en Salud Pública con nivel de especialidad y maestría un 77,4 % son

médicos, 6,9 % son ingenieros o arquitectos, un 3,7 % son bioanalistas, microbiólogos o biólogos, y el 12 % restante tienen otras profesiones de formación inicial. Se observa un gran predominio de formación en el área médica, sugiriendo una debilidad de la interacción entre disciplinas para el abordaje de la salud pública. El número de recursos humanos formados en Salud Pública a nivel de post-grado bajo la modalidad de Curso Medio Diversificado (540 horas) es de alrededor de 3 083 profesionales, comprendidos en las siguientes menciones: salud pública general, epidemiología, administración sanitaria, administración hospitalaria, bioestadística, investigación en salud, y educación para la salud. Es interesante hacer notar que esta modalidad constituye una excelente estrategia para fortalecer la base de competencias en salud pública de los profesionales de la salud (4). (La fuente de la información fue una encuesta directa a las instituciones formadoras realizada por OPS/OMS, 2001) (4).

El número de trabajadores que estaban empleados, en 1996, en el entonces Ministerio de Sanidad, era de 124 104 trabajadores (1,4 %) de la PEA -Población Económicamente Activa- dentro del mercado de trabajo) (5). Para 1998, la cantidad de personal empleado fue, según información de la Dirección de Recursos Humanos (1998) de 111 353 empleados (6). Esta información fue calculada con base en la nómina de 1995 de los 17 estados descentralizados y con información de fuente primaria de los otros 6 Estados que permanecen bajo la dependencia del MSDS. Para el mismo año, en el IVSS se reportó 51 561 personas trabajando, lo cual suma un total de 162 914 funcionarios trabajando en los dos principales empleadores del sub-sector público. Esta cifra representa un 1,7 % de la PEA total dentro del mercado de trabajo. No existe información centralizada disponible sobre el personal de salud de las otras instituciones del sub-sector público en salud. Relacionando la disponibilidad total de algunos profesionales para 1998, con el número de personal que se encuentra trabajando en el MSDS y el IVSS, podemos observar que en estas dos instituciones del subsector público se encuentran ocupados un 46,8 % de médicos, un 38,3 % de las enfermeras y un 17 % de odontólogos (4). Las proporciones para

las otras categorías de profesionales no se pueden cuantificar pues no se encontró información disponible. Tomando en cuenta la distribución desigual de los médicos, que es la única categoría profesional sobre la que tenemos información, se puede suponer que la desigualdad e inequidad en la distribución de las diferentes categorías de personal es muy grande. Los Estados más pobres son los que proporcionalmente tienen menor cantidad de personal de salud (4). No se tiene información sistematizada y actual sobre el mercado de trabajo en salud, pero se puede realizar una aproximación sobre su composición para la categoría de personal profesional: en el subsector público, M.S.D.S., e I.V.S.S., el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, y los sistemas de atención de salud de los ministerios de Finanzas, Defensa, Relaciones Interiores y Justicia, Ambiente, Energía y Minas, que se calcula podría llegar a un 60 % del mercado laboral. Un 40 % a un 50 % de los cargos podrían estar dentro del sub-sector privado (4).

En cuanto a la Gestión de personal de salud existía una Ley de Carrera Administrativa y un Manual de Cargos emitida en 1994, que se aplicaba a todos los trabajadores de los sub-sectores públicos. No existían disposiciones ni un manual de cargo específico para el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Todas las instituciones del subsector público tenían sus propias adaptaciones de clasificación de cargos y sus propias escalas salariales.

Mediante Decreto No. 1553, del 13 de noviembre de 2001, el Ejecutivo Nacional aprobó el decreto con fuerza de Ley sobre el Estatuto de la Función Pública. No se tiene información de que las instituciones estén adaptando esta ley para fines de la Gestión del Personal en cada uno de los Sectores. A partir del año 2001, no se ha podido conseguir información sistematizada, en relación con las diferentes escalas salariales y remuneración en los diferentes subsectores que conforman el Sector Salud. Sobre la Organización de los trabajadores, conflictos y negociación colectiva, no se tiene información sistematizada sobre estos aspectos. Un estudio del Centro de Información, Documentación e Investigación en Enfermería (CIDEN) denunciaba que la mayoría de los hospitales públicos en Venezuela, dispone de 1 enfermera por cada 40

pacientes hospitalizados mientras que las normas de la OMS establecen que debe haber 1 por cada 8 pacientes. En las unidades de cuidados intermedios se estimó en 8 pacientes por cada enfermera e idealmente esta relación debía ser de 2 pacientes por enfermera. En la Unidades de Cuidados Intensivos se encontró 2 a 3 pacientes por enfermera, cuando debe haber una por cada paciente (7). El mismo estudio estimó que en el sector público existía un déficit de 18 700 profesionales de enfermería y que 20 % de las profesionales activas estaban en condiciones legales de jubilación por lo que el déficit real se proyectaría a 23 000 profesionales (7). La controversia sobre los Recursos Humanos en Venezuela se multiplicó en 2003 con la incorporación masiva de presuntos médicos cubanos y otros profesionales de salud que formarían parte del sistema paralelo de salud pública Barrio Adentro. Decisión del Gobierno Nacional que se tomó sin una adecuada consulta de los actores del sistema ni análisis sustentado en evidencias sanitarias suficientes que la justificaran. También es verdad que a pesar de que Venezuela disponía para esa fecha de un número de profesionales que superaba con creces los índices internacionales, la densidad de profesionales de salud en Venezuela hasta 2003, era superior a 3,3 por cada 1 000 habitantes (un valor de 2,5 por 1 000 habitantes es el límite de densidad necesario para lograr la cobertura de actividades de atención primaria) y la paradoja es que con ese volumen de profesionales, Venezuela no alcanzaba las coberturas aceptables para la atención de los partos y para la vacunación de los niños contra el sarampión que si lograban países con una densidad de profesionales similares o menores a las de nuestro país (8).

El gobierno argumentó falazmente que estos médicos tenían un perfil de formación y práctica en las que el personal médico venezolano no estaba preparado ni interesado. En 2003, el Plan Barrio Adentro disponía de 990 profesionales cubanos en los barrios de Caracas. Al convertirse el plan en misión nacional, aumentaron significativamente los médicos de 2 400 a 10 169 y en agosto de 2 004 a 13 084, junto con otro tipo de personal asistencial en odontología, optometría y enfermería, según datos de la Coordinación Nacional de Atención Primaria del

MSDS, 2004. Para ese momento solo había 24 médicos venezolanos y 543 odontólogos. Las enfermeras sumaban 2 526 (7). Retos de los Sistemas de Salud De una manera general, los retos más comunes que confrontan los sistemas de salud de todos los países son (1):

1. La insuficiencia de recursos humanos que desarticula los establecimientos de asistencia y los servicios de salud públicos y privados.
2. La distribución desigual hacia el interior del país, con desplazamiento de los profesionales de los territorios rurales hacia los urbanos.
3. El desplazamiento de los profesionales desde el sector público hacia el sector privado (con o sin fines de lucro).
4. La búsqueda de empleos fuera del sector salud.
5. La migración profesional hacia otros países.
6. La corrupción en la gestión de recursos humanos.

Los factores que contribuyen a estos fenómenos son múltiples: entorno social y político adverso, pobre inversión en oportunidades de formación, entrenamiento, bajo salario y congelamiento de salarios, ausencia de incentivos laborales, sobrecarga de trabajo, pobres condiciones del ambiente laboral (infraestructura, escasa tecnología, seguridad, y apoyo de la comunidad). El sector público muestra numerosas puestos de trabajo vacantes, rápida rotación de personal, fuga de profesionales calificados. Paradójicamente, se puede encontrar desempleo, fallas en la gerencia de recursos humanos y de reclutamiento. El mercado internacional de profesionales calificados, es de una gran demanda por las insuficiencias de los países ricos y de las organizaciones internacionales. Varias preguntas contribuyen a mejorar el desempeño de la fuerza de trabajo en salud: ¿Existen formas de incrementar rápidamente el número disponible de trabajadores calificados para intervenciones selectivas de salud? ¿Cuáles son los incentivos que estimulan a los trabajadores de salud a aceptar y permanecer en zonas rurales o remotas? ¿Cuáles son los estímulos y prácticas que hacen que los trabajadores de la salud tengan un mejor

desempeño? ¿Cómo pueden ser más efectivos los equipos de trabajo?
¿Qué acciones mejoran la moral y la motivación de los trabajadores y pueden implementarse a corto plazo?

¿Cuáles son las estrategias de largo plazo que deben ser aplicadas para fortalecer los recursos humanos y cuándo deben ser introducidas?

Para responder estas preguntas se requiere un amplio conocimiento de los múltiples factores que influyen en el desempeño de la fuerza de trabajo. La dinámica del mercado de trabajo local y mundial refleja el desarrollo y la fuerza de factores sociales, económicos, tecnológicos, científicos, sociodemográficos y políticos, en adición a la influencia de las necesidades de salud, tanto para la demanda como para la oferta de profesionales de la salud. Esta dinámica, también incluye las regulaciones para el ejercicio profesional, patrones culturales y el tiempo necesario para formar nuevo personal calificado y revelan la complejidad del mercado de trabajo de los profesionales de la salud (1,8). Los mercados de trabajo nacionales son influidos por las tendencias mundiales, los profesionales de salud responden muy sensiblemente. Mercado de Laboral de los trabajadores de la Salud. Una representación simplificada de la dinámica compleja del mercado de trabajo de los profesionales de la salud, destaca la masa laboral disponible y su desempeño, el flujo de entrada y el flujo de salida del mercado laboral. Diagrama simplificado del mercado laboral en salud. Estos son los puntos primarios de entrada para la gerencia de los recursos humanos en salud. La Gestión del Flujo de Entrada Tradicionalmente es concebida como el elemento fundamental para una política de Recursos Humanos y representa la oportunidad para incrementar o reducir el número de profesionales de la salud entrenados. Los asuntos críticos relacionados con la educación y entrenamiento son el número y tipo de profesionales necesarios para atender los requerimientos del sistema y de la sociedad, los mecanismos de selección, los mecanismos de entrenamiento y adquisición de competencias y habilidades. La certificación y calidad de las instituciones educativas, entre otros. La coordinación de las políticas de educación y de salud entre los entes

gubernamentales y la universidad es clave para garantizar la cantidad y calidad del recurso humano (1).

Otros canales para aumentar el flujo de entrada de profesionales son los incentivos y facilidades para estimular el retorno de los profesionales que migraron. Este grupo humano puede representar un gran reto de gerencia por su volumen y diversidad y es un mecanismo para dar respuesta rápida a las necesidades de salud, pero requiere planificación a mediano y largo plazo.

Nuestro país deberá atender una situación particular y muy compleja, simultánea e inédita de flujo masivo de entrada y flujo masivo de salida de recursos humanos generada a partir de 2003, con la creación de la Misión Barrio Adentro. Por un lado, se ha producido la emigración de más de 3 000 profesionales clasificados hacia el exterior, la jubilación de numerosos profesionales de sector público de la salud y a la vez la —inmigración de miles de profesionales cubanos no certificados para atender actividades de asistencia médica principalmente ambulatoria y de atención primaria. A esta situación se agrega la formación de más de 20 000 profesionales de la salud en instituciones de educación superior paralelas, con planes de estudios no acreditados y deficientes que se incorporarán masivamente al mercado de trabajo después de 2009 (3). La Gestión de Flujo de Salida Las principales causas de flujo de salida son: oportunidades de empleo en el exterior más satisfactorias, migración hacia el sector privado y a otras actividades de empleo, fin de la vida profesional, discapacidad y muerte. Las pobres condiciones de salud y seguridad en el trabajo, el deterioro de las infraestructuras, las carencias de insumos, equipos, tecnología y medicamentos, impulsan el flujo de salida precoz de la fuerza de trabajo. Las políticas de aplicación de jubilaciones precoces y de jubilaciones de oficio impactan el tamaño de la fuerza de trabajo. La realidad de la globalización hace que el mercado de trabajo internacional, con atractivos de ingresos, mejores honorarios, condiciones de trabajo, tecnología y calidad de vida, produzcan fuertes flujos de recursos humanos desde los países pobres y en desarrollo hacia los países desarrollados. Esto produce una compleja

situación con implicaciones sociales y políticas, que se manifiesta por el derecho de las personas a emigrar y las necesidades de salud de la población en los países con menos recursos que son desatendidas y estos países terminan por subsidiar la formación y el entrenamiento de profesionales calificados en beneficio de los países desarrollados (1,8). Los mecanismos para prevenir la emigración profesional (pago de entrenamiento por servicios posteriores, restricciones legales y otros no han dado suficientes resultados), la mejor forma de evitar la emigración profesional es mejorar las condiciones de trabajo, los incentivos y los ingresos del personal de salud en los países en desarrollo (1).

La Gestión de la Masa Laboral. La motivación, la cobertura y la competencia La gerencia de la masa laboral deben estar enfocadas a contribuir de la mejor forma posible al desempeño del sistema de salud y a los resultados en salud. La cobertura toma en cuenta la distribución física y geográfica y la integración de equipos profesionales equilibrados y a la vez comprometidos con los objetivos y necesidades de salud de la población. Los objetivos motivacionales se refieren a un conjunto de incentivos económicos y no económicos y al cumplimiento de compromisos institucionales para garantizar la salud y la seguridad de los trabajadores de la salud. La competencia se refiere a la adquisición de las destrezas y habilidades profesionales, la posibilidad de perfeccionamiento y ascenso profesional, así como la de adquirir atributos de liderazgo. Los responsables de la administración pública y privada de salud deberán gestionar, la motivación, los incentivos, la competencia y la cobertura de manera interrelacionada para asegurar que los servicios personales de salud respondan a las necesidades de salud de la población (1,8).

Los objetivos de la gestión de los recursos humanos de la salud incluyen:

1. Suplir los equipos de trabajo apropiados a las necesidades del sistema.
2. Desarrollar sistemas para gestionar el desempeño.
3. Proveer el personal administrativo y gerencial para apoyar los servicios.

4. Integrar los procesos de educación, entrenamiento y servicios.
5. Colocar a los Recursos Humanos como un pilar principal para la planificación, gerencia y desarrollo del sistema de salud y cumplimiento de la Metas del Milenio.

Para poder avanzar en una política de Recursos Humanos se deberá fortalecer la información completa sobre la fuerza de trabajo, reactivar el observatorio de recursos humanos, definir estrategias sustentadas en las necesidades de atención de salud de la población y evaluar el mejoramiento de las condiciones de trabajo digno para los profesionales de la salud. Diseñar los programas de estudios por competencias, fomentar el crecimiento de la cantidad y la calidad del mercado de trabajo, asegurar la disponibilidad de puestos de trabajo y definir las condiciones de salud y seguridad laboral (1). Adicionalmente deberán corregirse los vicios del sistema, la corrupción, el clientelismo y las nóminas fantasmas. Los indicadores necesarios para describir la evolución y el progreso de la fuerza de trabajo son amplios e incluyen áreas como la educación, el entrenamiento, la ocupación, el rendimiento, y los productos del sistema de salud (1,9). Algunos indicadores que deben ser monitorizados son: Disponibilidad de recursos humanos, configuración de equipos de competencias complementarias, desgaste por migración, distribución por sectores y áreas de trabajo, producción y capacidades por nivel. Distribución por género y localización. Productividad de los proveedores, costos de producción y eficiencia. Los objetivos del decenio de los Recursos Humanos 2006-2015 (10), que pueden servir de orientación para orientar los objetivos nacionales para el desarrollo de los recursos humanos en salud, a fin de atender las prioridades nacionales de salud, el acceso a servicios de salud de calidad y nos permitan cumplir con las Metas del Milenio son:

1- Políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud y a los cambios en los sistemas de salud. 2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes

regiones y acorde a las necesidades de salud de la población. 3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud para garantizar atención a la salud para toda la población. 4. Asegurar condiciones de empleo y de trabajo adecuadas, relaciones laborales justas y asegurar ambientes de trabajo saludables. 5. Mecanismos de interacción entre instituciones de formación y servicios de salud para adecuar la formación de los trabajadores de la salud a un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población. Los Retos de los Sistemas de Recursos Humanos en salud son: (11)

1. Un imperativo del presente en las políticas de salud es mejorar el desempeño de los sistemas de salud en términos de equidad, universalidad, calidad, efectividad y eficiencia.
2. Los trabajadores de salud constituyen el elemento esencial de los sistemas de salud.
3. Hay creciente, aunque poco sistemática evidencia, de que las condiciones de empleo y de trabajo se han deteriorado en los últimos años.
4. Se requieren políticas e instituciones sostenibles para mejorar dichas condiciones y asegurar una mejor contribución del personal a los resultados sanitarios de los sistemas de salud
5. El paradigma de Trabajo Decente ofrece un marco de política pública para avanzar en ese sentido.

Entendemos como trabajo decente: Trabajo productivo y seguro
Con respeto por los derechos laborales
Con ingresos adecuados
Con protección social
Con diálogo social, libertad sindical, negociación colectiva y participación. El trabajo decente sintetiza las aspiraciones que todos tenemos en nuestra vida laboral: oportunidades e ingresos, ejercicio de derechos, participación y reconocimiento estabilidad familiar, desarrollo personal, justicia e igualdad de género. La FMV, en conjunto con los colegios médicos del país ha buscado el diálogo con los entes gubernamentales para lograr mejorar esta situación, en pro de la paz laboral y solventar la situación económica de los médicos

del sector público. En los últimos 7 años ha sido imposible lograrlo con el gobierno nacional. Actualmente la finalidad primordial es, promover oportunidades para que los hombres y mujeres del mundo puedan conseguir un trabajo decente productivo, en condiciones de libertad, equidad y dignidad humana y es la mejor forma de garantizar la seguridad, acceso a la asistencia médica e ingreso. Esta elección reflejará sus valores sociales, culturales, su historia y el nivel de desarrollo económico (12). 5. La Financiación Los gastos en atención de salud van en aumento en todo el mundo (1) según el Informe de salud mundial del año 2000. La evolución y características del gasto en salud en Venezuela fue sintetizada en la ponencia de la FMV en 2008 (2). El considerable aumento del gasto en salud ha impulsado la búsqueda de modalidades de financiamiento para los sistemas de salud, con miras a que la falta de medios económicos no sea un impedimento para el acceso de la persona a los servicios de salud. Facilitar este acceso ha sido una piedra angular de los modernos sistemas de financiamiento de la salud ya que la función principal del sistema de salud es proveer servicios a la población. El propósito fundamental del financiamiento es contar con fondos para lograr que todas las personas tengan acceso a servicios eficaces de salud pública y de atención sanitaria personal y simultáneamente establecer incentivos financieros adecuados a los proveedores, para mejorar la calidad de los servicios. De esta forma se reduciría o eliminaría la posibilidad de exclusión de las personas que no tienen capacidad de pago por los servicios o de que se empobrezcan si tienen la necesidad de usar los servicios de salud. Para lograr el acceso a los servicios de salud son necesarias tres funciones interrelacionadas del financiamiento: Recaudación de Ingresos, Mancomunación de recursos (pooling) y Compra de Intervenciones.

No es sencillo lograr la interacción de estas tres funciones para proteger financieramente a la gente de la manera mas justa posible. Requiere poner en práctica arreglos técnicos, organizativos e institucionales y la participación de muchos actores para que la interacción de esas funciones proteja efectivamente a las personas. Pasa también por establecer incentivos que motiven a los actores del sistema,

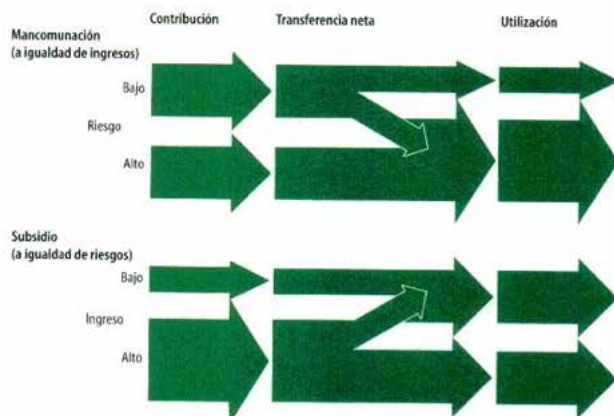


Figura 1. Funciones y Objetivos de la Financiación.

a los proveedores de servicios a mejorar el estado de salud y la capacidad de respuesta del sistema. Las funciones a menudo estuvieron integradas en una sola institución o lo que es más frecuente ahora, la tendencia a separarlas, especialmente entre quienes financian y quienes prestan los servicios. La recaudación de Ingresos es el mecanismo mediante el cual el sistema de salud obtiene fondos de diversas fuentes: fondos públicos, recaudaciones, empresas, donaciones, aportes personales. Las formas de recaudación son: los impuestos generales, las contribuciones obligatorias a seguros obligatorios (vinculadas al sueldo y casi nunca al riesgo), contribuciones voluntarias a seguros de salud privados (usualmente vinculadas con el riesgo), donaciones y pago de bolsillo o pago directo del usuario.

Los países con sistemas de salud más equitativos, el pago directo del usuario es bajo. Una medida de la inequidad del sistema de salud es que el pago directo del usuario supere más del 50 % de los gastos totales del sistema de salud. En Venezuela los pagos directos del usuario en servicios de salud superan ampliamente este valor (3).

Cuando el sistema depende financieramente de los impuestos generales, el cobro lo hace el ministerio de finanzas y la asignación de fondos al ministerio de salud se hace mediante la aprobación del presupuesto nacional. Por lo general, en los planes de seguro social obligatorio y de seguros privados voluntarios, la recaudación de los ingresos y la mancomunación de recursos se integran en una organización y en un proceso de compra. La mancomunación es el proceso de acumulación y administración de los ingresos en un fondo común, de tal forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria lo compartan todos los miembros del fondo y no lo corra cada contribuyente individual. Dentro del sistema de salud, la mancomunación se conoce como la “función de aseguramiento”, tanto si el aseguramiento es explícito (la persona que suscribe un plan deliberadamente) como si es implícito (las coberturas de servicio financiadas con ingresos procedentes de impuestos) (1). La finalidad principal de la mancomunación es compartir el riesgo financiero que entrañan las intervenciones sanitarias cuya magnitud y necesidad es incierta. Por ello, se distingue del cobro (o pago directo), modalidad según la cual las personas siguen costeadando sus riesgos de salud con dinero de su propio bolsillo o de sus ahorros. Cuando la gente paga esos gastos totalmente de su bolsillo no se produce mancomunación. Muchas de las intervenciones de salud pública y ciertas prestaciones como los exámenes médicos de carácter preventivo, que no entrañan incertidumbre o cuyo costo es bajo, los recursos pueden ir directamente del cobro a la compra. La mancomunación reduce la incertidumbre tanto para los ciudadanos como para los proveedores. Al aumentar y estabilizar la demanda y la corriente de recursos financieros, los fondos comunes pueden aumentar la probabilidad de que los pacientes estén en capacidad de pagar los servicios y de que un volumen mayor de servicios estimule nuevas inversiones por parte del proveedor. La compra es el proceso mediante el cual se paga a los proveedores con recursos financieros mancomunados para que presten un conjunto especificado o no especificado de intervenciones de salud (1). La compra pasiva supone ceñirse a un presupuesto predeterminado o sencillamente pagar

las facturas cuando se presentan. La compra estratégica supone una búsqueda continua de la mejor forma de lograr el máximo rendimiento del sistema de salud decidiendo qué intervenciones deben comprarse, cómo y a quién. Es decir, escoger las intervenciones con miras a obtener el mejor rendimiento tanto para las personas como para la población en su totalidad, por medio de la contratación selectiva y los planes de incentivos.

Tradicionalmente, la mayoría de los debates sobre políticas relativas al financiamiento de los sistemas de salud se centran en torno a las repercusiones que puede tener el financiamiento público, en comparación con el privado, sobre el desempeño del sistema. Queda suficientemente claro la importancia del financiamiento público en materia de intervenciones de salud pública (1). No obstante, cuando se trata de atención sanitaria personal (atenciones médicas), la dicotomía público-privado no es lo más importante para determinar el desempeño del sistema de salud, sino la diferencia entre pago anticipado y pago directo del bolsillo del usuario. En consecuencia, el financiamiento privado, especialmente en países en desarrollo como el nuestro, equivale fundamentalmente a pagos efectuados por el usuario o a contribuciones que se hacen con fondos comunes pequeños, voluntarios, y que suelen estar sumamente fragmentados. En cambio, el financiamiento público o privado obligatorio (procedentes de la tributación general o de contribuciones a la seguridad social) siempre está asociado con pagos anticipados y con fondos comunes de gran tamaño. La organización del financiamiento público repercutirá en cuatro factores clave para el desempeño del financiamiento del sistema de salud: el nivel de pago anticipado, el grado de distribución del riesgo, el monto de los subsidios a las personas de menores recursos y la compra estratégica de servicios (1). Los sistemas de salud en los que las personas tienen que pagar de su propio bolsillo una parte sustancial del costo de los servicios, harán que el acceso a los servicios se restrinja solo a quien pueda pagarlo y excluirá a los miembros más pobres de la sociedad (4,5). Algunas intervenciones sanitarias importantes para el bien público no recibirían financiamiento si el usuario tuviera que pagarlas (6) y

deben ser aseguradas por el gasto público. La equidad en cuanto a la protección contra el riesgo financiero requiere el nivel más alto posible de separación entre el financiamiento (contribuciones) y la provisión (utilización). Esto es particularmente cierto para intervenciones que tienen un costo elevado en relación con la capacidad de pago de la familia. El pago anticipado es la piedra angular del financiamiento equitativo de un sistema de salud (1).

El pago anticipado además de proteger contra la exclusión y la barrera económica de acceso a los servicios, hace posible la distribución del riesgo financiero entre los miembros de un fondo común. El financiamiento individual proveniente del pago directo no permite compartir el riesgo. Debe por lo tanto existir el pago anticipado para que sea posible lograr un verdadero acceso a la atención personal de costo elevado.

El nivel de pago anticipado está determinado por el mecanismo predominante de recaudación de ingresos que se utilice en el sistema. Los impuestos generales permiten la separación máxima entre financiamiento (contribuciones) y utilización, mientras que si los pagos son de bolsillo no hay separación. La tributación general como fuente principal de financiamiento de la atención sanitaria exige una excelente capacidad recaudadora de las contribuciones o de los impuestos, (capacidad que se ha ido incrementando exitosamente en Venezuela en los últimos 10 años), pero también mediante el desarrollo de una economía bien estructurada y sin inflación, condición que por el contrario se viene deteriorando y reduce sus aportes mediante gravámenes generales, a la vez que predomina el sector informal de la economía que no aporta contribuciones al fisco. Además, el mecanismo de recaudación de ingresos exige una elevada capacidad organizativa e institucional del sistema, que permita ir unificando en forma progresiva los diversos fondos, garantizar los subsidios para la asistencia de salud de las personas sin recursos, reducir las dobles contribuciones y proveer servicios de calidad a todos los usuarios. La mancomunación de recursos es la forma principal de repartir riesgo entre los participantes. Aun cuando haya un alto grado de separación entre contribuciones y utilización,

el pago anticipado por sí solo no garantiza un financiamiento justo si se hace únicamente en forma individual, es decir, mediante servicios de prepago como cuentas de ahorro individuales destinadas a pagar servicios médicos. En este caso los usuarios tendrían acceso limitado a los servicios una vez que se agoten los ahorros.

Aunque el pago anticipado y la mancomunación representan un mejoramiento considerable con respecto al financiamiento que depende del pago directo por el usuario, no tienen en cuenta la cuestión de los ingresos. Como resultado de la formación de grandes fondos comunes, la sociedad se beneficia de las economías de escala, de la ley de los grandes números y de los subsidios cruzados de las personas de bajo riesgo a las de alto riesgo. La mancomunación por sí misma permite la nivelación de las contribuciones entre los miembros del fondo común, independientemente del riesgo financiero de cada uno que va asociado con la utilización de los servicios. Las sociedades interesadas en la equidad no son indiferentes de quien subsidia a quien. Por lo tanto, el financiamiento de la salud, además de ofrecer la opción de los subsidios de bajo a alto riesgo (que ocurrirá en toda mancomunación, a menos que las contribuciones estén relacionadas con el riesgo), debería lograr que esos subsidios no fueran negativos. El sistema de salud debe intentar repartir el riesgo y subsidiar al pobre mediante diversas combinaciones de arreglos organizativos y técnicos (7). Los subsidios cruzados relacionados con el riesgo y con el ingreso pueden darse entre los miembros del mismo fondo común, o bien por medio de subsidios gubernamentales otorgados a un sistema con uno o varios fondos comunes. En la práctica, la subvención cruzada por riesgo y por ingreso se da mediante una combinación de mancomunación y subsidios gubernamentales. Los subsidios cruzados pueden existir también entre miembros de fondos comunes diferentes, cuando existe un sistema de mancomunación múltiple (8-10), mediante mecanismos explícitos de nivelación de riesgos y de ingresos. Este tipo de fondos permite a los afiliados tener diferentes perfiles de riesgo y de ingreso y requieren mecanismos compensatorios para evitar que las organizaciones mancomunadas seleccionen a las personas de poco riesgo y excluyan

a los pobres y a los enfermos. También deben existir mecanismos de nivelación o de compensación de asignaciones del gobierno central a los estados para reducir las diferencias en el riesgo y los ingresos de estados descentralizados.

Las funciones de recaudación, mancomunación, compra y prestación de los servicios suponen corrientes de recursos financieros que van desde las fuentes a los proveedores por conducto de una variedad de organizaciones que realizan una o varias tareas. La creación de múltiples fondos pequeños facilita la fragmentación y hace menos eficiente el sistema. Es preferible por diversas razones técnicas crear las condiciones para establecer organizaciones mancomunadas lo mas grandes posibles. La mancomunación de fondos en cualquiera de sus configuraciones es superior al financiamiento del bolsillo del usuario (1). Los fondos único nacionales por ser los consorcios mas grandes posibles y como organizaciones que no están en competencia, pueden considerarse como las formas más eficientes de organizar la mancomunación. Con ello se evitan la fragmentación y todos los problemas de competencia, pero también se renuncia a las ventajas de la competencia. La mancomunación y la compra están integradas en la mayoría de las modalidades de organización del sistema. La asignación de los fondos obtenidos de la mancomunación a la compra tiene lugar en la organización por medio de la elaboración de presupuestos.

Sin embargo, existen experiencias destinadas a separar funciones, de tal manera que los recursos de una organización mancomunada se asignan a compradores por medio de la capitación ajusta según el riesgo (11,12). Para ayudar a identificar los puntos clave de fortalecimiento de la financiación de los sistemas de salud se han desarrollado algunas guías de orientación útiles (13,14) 6. La Información Los sistemas de salud para tomar decisiones son críticamente dependientes de la disponibilidad oportuna de datos e información. En teoría, el sistema de información en salud debería generar, analizar y diseminar datos para permitir la toma de decisiones basadas en evidencias (pruebas). En la práctica, los sistemas de información en salud en países como el nuestro son débiles y fragmentados e incapaces

de atender las necesidades de quienes toman decisiones. Se reconoce que una gran variedad de información en salud es necesaria, dada la complejidad y naturaleza de la organización del sistema. Un enfoque sencillo define: las dimensiones de las demandas de información – el tipo de datos necesarios – las herramientas y los métodos disponibles para generar la información, y el uso y aplicaciones como son usados los datos. Diferentes datos son usados en diferentes formas y a diferentes niveles del sistema de salud (1).

A niveles superiores, los datos son usados estratégicamente con el propósito de orientar y diseñar políticas, definir y coordinar estrategias, ordenar prioridades, regular el sistema; mientras que a niveles intermedios para gestionar planes y programas. Los niveles básicos los emplean operacionalmente para proveer acciones y servicios de salud. El desarrollo del sistema de información del sistema de salud ha sido definido mediante El Consenso de la Estructura Técnica, elaborado por el Health Metrics Network (2). Por el lado de la demanda de información, los dominios del sistema de información en salud requerirían enfocar:

1. Los determinantes de salud (socio-económicos, ambiental, de comportamiento, genética y biológica).
2. Los escenarios legales y de la naturaleza en que se desenvuelve el sistema de salud.
3. Los “inputs” o entradas o insumos del sistema de salud y de los procesos relacionados que incluyen políticas, organización, infraestructuras de salud, equipos, recursos humanos y financieros, costos, y el sistema de soporte de información.
4. Los desempeños, o procesos del sistema de salud tales como disponibilidad, calidad y uso de la información en salud y los servicios.
5. Los resultados “outputs” (mortalidad, morbilidad, discapacidad, el bienestar, los brotes epidémicos, el estado de salud de la población, la carga de enfermedad).

6. Las inequidades en los determinantes, la cobertura y el uso de los servicios, los datos demográficos básicos como la población, sexo, estatus económico y localización geográfica, entre otros.

Sistema de Información en Salud y sus componentes en el Sistema de Salud (1). Por el lado de la oferta de información, una configuración de métodos de generación de datos debe estar disponible, incluyendo los datos de los establecimientos de salud, los procesos administrativos, las encuestas de servicios, los censos, los registros vitales, las cuentas nacionales de salud y la información sobre investigación en salud.

Ajustar los datos y los indicadores con las herramientas más apropiadas y costo-efectivas para generarlos es una función esencial del sistema de información, pero no siempre es un proceso directo o automático. Pueden surgir discrepancias cuando los diferentes métodos de recolección son usados para producir el mismo indicador.

El Consenso de estructura Técnica de Información (2) define los estándares específicos del país en concordancia con los estándares mundiales. Las capacidades y los procesos necesarios distribuidos en tres niveles, para cada nivel se asignan elementos específicos para los cuales existen estándares mínimos. Los dos primeros niveles incluyen elementos relacionados con: recursos, entradas y procesos y constituyen las piezas fundacionales del un sistema de información en salud que funcione. El tercer nivel se refiere a los resultados reales en términos de disponibilidad, calidad y utilización de los datos en las actividades de salud. La evaluación del sistema de información en salud requiere un amplio análisis de su orientación, capacidad técnica y de procesamiento, las necesidades de inversión y desarrollo, la estandarización de los sistemas y procesos y los instrumentos de monitoreo y evaluación. Finalmente, la evaluación de uso, calidad y acceso a la información (2).

Poco podemos decir acerca del estado del sistema de información en salud en nuestro país, o acerca de la calidad y consistencia de los datos y el desempeño del sistema, porque la información sobre su

estructura, equipamiento y desempeño no está disponible ni es revelada por las autoridades de salud. No obstante, serias objeciones se han hecho por las dificultades y obstáculos para que la información pública en manos de los funcionarios de salud este al alcance del público (3). Información que responde a datos de muy diversas áreas del sistema de salud. Muy significativa ha resultado la suspensión arbitraria de información epidemiológica, al dejarse de divulgar el Boletín Epidemiológico Semanal que se produjo ininterrumpidamente durante 60 años; inicialmente desde julio de 2007 hasta diciembre de 2007, luego durante todo el año 2008 y nuevamente durante todo el año 2009 (4); esta restricción arbitraria de información fue protestada públicamente sin ningún tipo de respuesta oficial y constituye una negación al derecho de acceso a la información pública en manos de las autoridades. Esta situación ha sido recogida en el III Ronda del mecanismo de seguimiento de la implantación de la Convención Interamericana contra la Corrupción de la Sociedad Civil en Venezuela. Transparencia Venezuela (4). La omisión de información en salud por parte de las autoridades debilita el sistema de vigilancia epidemiológica, y la capacidad del sistema para ofrecer respuestas oportunas ante peligros de salud que afectan a la población, y es una violación al derecho de información pública como parte del derecho de opinión e información.

Los retos del presente y el futuro por una información en salud, de calidad, se han hecho mas evidentes por las exigencias impuestas para el cumplimiento de las Metas del Milenio, que ponen de manifiesto la necesidad de obtener datos de calidad, enfocados en algunas áreas prioritarias de acuerdo con su importancia y significado de salud pública. Para cumplir este reto se requiere un elevado compromiso institucional para recolectar los datos primarios, desarrollar mejores procedimientos analíticos, proveer fuentes de datos explícitos y auditables (5-7). La Provisión de Servicios y Productos La Organización Mundial de Salud define la provisión de servicios como la forma en que los recursos son combinados para ofrecer una serie de intervenciones o acciones en salud (1). Incluye los servicios de salud pública y los servicios de asistencia sanitaria (asistencia médica personal). Además, las

plataformas para las acciones de salud, los establecimientos públicos y privados, las redes de servicio, los niveles de atención a todo lo largo del sistema, desde las comunidades, los hogares, los servicios ambulatorios y los centros de hospitalización.

Referencia (2) Proveer servicios eficientes, equitativos y de buena calidad, y permitir que la población acceda a ellos es una de las tres funciones cardinales del sistema de salud. Es quizás la mas reconocida por la gente porque encarna el propósito del sistema y su grado de implementación afecta directamente la capacidad para mantener la salud y prevenir las enfermedades tanto a nivel individual como de la comunidad mediante los servicios de salud, el trabajo de los profesionales sanitarios, las intervenciones y las tecnologías. Los servicios de salud se definen como: servicios entregados por personal de salud en forma directa, o por otras personas bajo supervisión de estas, con los propósitos de: Promover, mantener y/o recuperar la salud. Minimizar las disparidades tanto en acceso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población (3). Los servicios de atención de salud incluyen tanto los servicios personales como los colectivos, es decir, responden tanto a las necesidades de los individuos como de la población. Cubren todos los niveles de atención y abarcan desde las actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad hasta los tratamientos curativos y paliativos, la rehabilitación y la atención a largo plazo. Comprende también los servicios físicos, mentales, odontológicos y oftalmológicos. La oferta de servicios de salud comprende: Existencia concreta de servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población objetivo, tanto a nivel individual como colectivo, en las condiciones de las personas y del ambiente. Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos La demanda de servicios por su parte abarca: El requerimiento formal (explícito) de servicios de salud. El uso: La demanda respondida a través de la oferta de servicios, respecto a una población objetivo y en un período determinado. El acceso: Probabilidad de obtener atención de salud cuando se requiere. Niveles de los Servicios de Salud Según el nivel de atención, se clasifican en

primarios, secundarios y terciarios. Estos niveles se definen por el tipo de servicios prestados, el grado de complejidad y la capacidad para tratar diversos problemas y enfermedades. La definición de nivel primario, nivel secundario y nivel terciario suele caracterizar la infraestructura del sistema de servicios, en particular las instalaciones. La atención de emergencias en todos los niveles, sin embargo, comúnmente no está bien desarrollada y se han aplicado pocos programas para reforzarla, por ejemplo, la articulación con servicios pre-hospitalarios. El Acceso a los Servicios Se entiende por acceso a los servicios la posibilidad de tener atención cuando se la necesita. Mientras que la accesibilidad se refiere al grado en que los servicios médicos alcanzan un nivel aceptable para la población y responden a sus necesidades. En última instancia, se manifiesta en la posibilidad de utilización de los servicios de salud por grupos de población que a priori podrían suponerse desfavorecidos (4). La accesibilidad se ve afectada por las características del sistema de prestación a los individuos y a las comunidades (5). El acceso a una fuente regular de atención, aumenta la probabilidad de que las personas reciban los servicios médicos adecuados y, a su vez, obtengan mejores resultados de salud (6). Los cambios en la situación de salud requieren la reorientación de los servicios, tradicionalmente centrados en lo curativo, para que refuercen las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, traten tanto las enfermedades crónicas como las agudas y respondan a la creciente amenaza de los problemas de salud relacionados con el abuso de sustancias y la violencia, entre otros.

La evaluación y promoción del acceso a los servicios equitativos médicos necesarios es una función esencial de salud pública (7) y está incluido en las estrategias para ampliar el acceso y la cobertura, en las políticas de reforma de los sistemas de salud de la región (8). Por ejemplo incrementar los centros de atención primaria y orientar la prestación de un conjunto de prestaciones básicas a poblaciones con limitado acceso o grupos vulnerables, como embarazadas, niños y ancianos o etnias indígenas, mediante paquetes de servicios tales como: intervenciones nutricionales a la madre y al niño, promoción de auto cuidados a la familia y a la comunidad, mayor suministro

de servicios y subsidios a la familia para que puedan aumentar el consumo de alimentos. Un estudio reciente en América Latina y el Caribe reveló que 27 % de la población carece de acceso permanente a servicios básicos de salud, 30 % no tiene acceso a la atención debido a barreras económicas y 21 % a barreras geográficas (9). El acceso Integral El acceso integral se sustenta en la existencia de condiciones de cobertura efectiva como la: Disponibilidad, Eliminación de barreras, (geográficas, culturales, económicas y sociales) Oportunidad (momento y tiempo) Aceptabilidad (satisfacción y respeto) Contacto y uso real (primer contacto u otro) Servicios apropiados y efectivos (procedimientos y niveles) Por ejemplo: atención materna, neonatal, anticoncepción, atención calificada del parto, cuidados de emergencia obstétrica y neonatal, con base a protección social. La protección social garantiza la provisión y el acceso integral a los servicios en términos de: oportunidad, calidad, dignidad e independiente de la capacidad de pago. Incluye: cobertura de servicios de salud, cobertura para toda la población y solidaridad financiera. Los determinantes para el acceso a los servicios de salud se manifiestan antes de usar los servicios: (10) Se debe sentir la necesidad de la atención (dolor, convencimiento, riesgo de muerte). Se debe creer en su eficacia (confianza en el proveedor). Se debe tener la habilidad para obtenerlos (disponibilidad de ingresos o seguro, tiempo, transporte). Las barreras de acceso desde la oferta de los servicios, se pueden identificar a la entrada, al interior y a la salida. Referencia (10). Mientras que las barreras de acceso a los servicios desde la demanda pueden vincularse con las características de origen de los usuarios, la habilidad para demandar servicios, las necesidades sentidas, a la utilización de los servicios de acuerdo con sus características y a la satisfacción de los usuarios por los servicios percibidos. Referencia (10). Los factores que influyen en el acceso son múltiples y se relacionan con múltiples características locales, en el entorno de los servicios, (externas) y también hacia el interior de los servicios de salud. Estos factores pueden constituir barreras de acceso a los servicios que por su naturaleza son de tipo económico, de tipo cultural y de tipo geográfico; por lo general estas barreras se

combinan y aumentan la exclusión de grupos importantes de la población, especialmente en los más pobres. Referencia (11).

Los factores que interactúan en el entorno de los servicios de salud, lo hacen de una manera compleja y cuando actúan en forma de barreras al acceso, se presentan como necesidades no percibidas, como demandas de salud contenidas y no satisfechas lo que produce la inequidad de los servicios. Calidad de los Servicios de Salud Donabedian definió la calidad como “la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar los riesgos en forma proporcional. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios” (12,13). La calidad de la atención consta de dos componentes: la dimensión técnica y la dimensión interpersonal (14). El Instituto de Medicina (IOM) de Estados Unidos más recientemente definió la calidad como “la medida en que los servicios de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados esperados en la salud y son coherentes con el conocimiento profesional actual”.

Los servicios médicos de alta calidad se definen como seguros, eficaces, centrados en el paciente y oportunos (15,16). Atención segura se refiere a no causar a los pacientes daños derivados de una prestación cuyo objetivo es ayudarlos. Atención eficaz se refiere a aplicar prácticas o procedimientos médicos acordes con los conocimientos científicos disponibles a todos los individuos y comunidades que puedan beneficiarse de ellos, absteniéndose de brindarlos a quienes probablemente no se benefician (es decir evitar la subutilización y la sobretutilización). La atención centrada en el paciente, establece una asociación entre los profesionales y los pacientes para garantizar que las decisiones referidas a la atención respeten los deseos, necesidades y preferencias de estos últimos. Así debería generarse una satisfacción mayor entre los usuarios. Esta estrecha asociación ha de asegurar también que los pacientes y sus familiares reciban la información y el apoyo necesarios para adoptar decisiones y participar en su propio cuidado. Además de ocuparse principalmente de la enfermedad o los

sistemas orgánicos, la atención centrada en el paciente tiene en cuenta tanto las dimensiones psico-sociales y culturales de la enfermedad como el contexto familiar y de la comunidad. Esta concepción de la prestación de salud, ha inspirado la elaboración de contratos sociales explícitos de atención de los pacientes, como el Contrato Social de los Médicos Internistas de Venezuela (17). Por atención oportuna se entiende, no solo minimizar los retrasos innecesarios en la obtención de la atención sino también proveer atención coordinada entre los diferentes prestadores y establecimientos y entre todos los niveles de atención, desde los cuidados preventivos hasta los paliativos.

Mejorar y garantizar la calidad en lo que atañe a los servicios de salud personales y públicos es una de las funciones esenciales de la salud pública pero probablemente una de las menos desarrolladas (18). Varios países han desarrollado e implantados procedimientos para la acreditación de establecimientos de salud, la mayoría centrados en los hospitales; entre ellos no está el nuestro (19). Desde el punto de vista de la calidad, la equidad es un valor que atraviesa todas las modalidades de los servicios médicos y se refiere a la distribución de servicios de calidad entre todos los grupos poblacionales, mas en función de la necesidad que de otros criterios no vinculados con la salud en forma inherente, como el grupo étnico, la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico o la cobertura del seguro médico. La cobertura universal y el acceso igualitario a la atención son los elementos fundamentales de un sistema de salud equitativo. El segundo aspecto que debe orientar los servicios de salud de alta calidad es la eficiencia en la asignación de los recursos y en el suministro de los servicios con el objeto de evitar el uso ineficiente de los recursos y sacar máximo provecho de los recursos utilizados (20). Modelo de Atención de Salud Se refiere al contenido de la atención de salud y las características principales de la interacción entre el prestador y el usuario de los servicios. Incluye: la pertinencia de la oferta de servicios con respecto a las necesidades y demandas de los usuarios y la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios; la orientación de los servicios respecto a las personas, familias y comunidad. Con el rol de estos respecto a su auto cuidado.

Finalmente, con el nivel de interacción de los servicios. En general, los modelos basados en la atención primaria se han enfocado a lograr una mejor adecuación en la prestación de servicios y las necesidades y demandas de atención por parte de la población, haciendo hincapié en la atención ambulatoria y mejorando el acceso y la equidad. No podemos referirnos a un modelo dominante único de prestación de servicios de salud, si bien existen varias tendencias (8). Uno de los cambios más consistentes es el cambio de la atención del paciente internado, fundamentalmente en hospitales, a la atención ambulatoria especializada, incluye el uso de la cirugía ambulatoria, los hospitales diurnos y la atención domiciliaria a fin de reducir los costos.

Servicios integrados de salud. Estos modelos se refieren a las redes de atención de salud inter organizacionales que articulan la dimensión clínica, funcional, normativa y sistémica y coordinan los servicios de salud en el espacio y en el tiempo. Tiene la capacidad y recursos necesarios para abordar la mayoría de los problemas de salud de una población en varias etapas del ciclo de vida (21-24). Los servicios están integrados horizontal y verticalmente, lo primero permite articular establecimientos, hospitales o servicios al mismo nivel de atención. La integración vertical, articula los servicios con los prestadores a lo largo de la secuencia de atención, por ejemplo; hospitales, servicios de atención ambulatoria, consultorios médicos, hogares de ancianos. El sistema de servicios integrados permite: 1. Un sistema integrado de información en salud, con registro único que incluye la historia clínica, utilización de servicios y procedimientos. 2. Ausencia de duplicación innecesaria de procedimientos diagnósticos y laboratorio. 3. Acceso directo y sencillo al proveedor del primer nivel de asistencia. 4. Acceso a distintos niveles de asistencia, con capacidad de resolver un conjunto específico de problemas de salud. 5. Información de paciente sobre las opciones de tratamiento y participación en las tomas de decisiones en un plano de igualdad con los profesionales de salud. 6. Seguimiento periódico. 7. Asesoramiento y apoyo para los autos cuidados, para aumentar la autonomía de los enfermos y para hacer uso informado del sistema de salud. Se han puesto en práctica muchos

modelos integrados de atención de salud sobre una base experimental o piloto en zonas y poblaciones geográficamente restringidas a nivel local o regional. En 2005 se inició un plan integración de servicios de salud en el área metropolitana de Caracas y que fue descontinuado y no se conocen sus resultados.

La integración de la población involucra la disponibilidad y la oportunidad en el acceso, garantiza el flujo de los usuarios a lo largo de todos niveles de atención y complejidad para asegurar la continuidad de cuidados y desarrolla mecanismos de referencia y contrarreferencia, entre los distintos servicios de salud y, cuando se requiera, a otros servicios sociales. Referencia (22) Los componentes de los sistemas integrados de servicios de salud son: (22)

1. La gestión colaborativa del cuidado.
2. La gestión de riesgos poblacionales.
3. La gestión de puntos de atención a la salud.
4. La gestión clínica.

El proceso de construcción de redes no es automático y no puede ser masivo; requiere una serie de pasos progresivos que van madurando desde el reconocimiento de los actores y la mutua aceptación, hasta la asociación para compartir proyectos y objetivos sobre la base de la confianza.

Las tendencias del modelo de atención Las principales tendencias son: 1. Balance entre los servicios personales y los servicios de salud pública; servicios curativos y de fomento y prevención. 2. La orientación familiar y comunitaria de los servicios 3. La promoción del auto cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad 4. La búsqueda de la integralidad de los servicios para mejorar los servicios, eliminar la segmentación de población recursos y oferta y la fragmentación. En nuevo modelo debe ser: integral, continuo y longitudinal. Las estrategias para enfrentar la segmentación y la fragmentación, requieren la combinación de acciones de coordinación interinstitucional y de integración de operaciones. Para la coordinación interinstitucional es necesario fortalecer la rectoría y la conducción de la política sectorial.

Por su lado, la integración de operaciones combina la gestión de redes integradas de servicios y la integración de programas en el sistema (23).

La continuidad de esta política y la progresividad de su estrategia, permitiría pasar de la segmentación y la fragmentación actual a la integración de los servicios en red. El proceso en su etapa avanzada alcanzaría sucesivamente, la integración del sistema de salud, la integración con el sistema de protección social y finalmente la integración intersectorial de los subsistemas sociales. Referencias (22,23).

Desafíos para el desarrollo de los modelos de prestación de servicios médicos de alto rendimiento Algunos de los desafíos mas comunes incluyen: rápido aumento de costos de los servicios, insuficiencia de servicios, acceso desigual a los servicios, escasa eficiencia técnica, bajo nivel o falta de indicadores para medir efectividad y rentabilidad de los servicios prestados, calidad insuficiente, bajos niveles de satisfacción del usuario y participación social en la salud (25). Un análisis de situación en relación con la atención hospitalaria muestra que (9): Se atribuye excesiva importancia a la atención altamente especializada y al uso de tecnologías costosas. Los hospitales y servicios muestran concentración en zonas urbanas. Se amplía cada vez mas la brecha entre la demanda y la oferta de servicios. Existe un desequilibrio en la distribución de pacientes entre los hospitales del sector público y privado basado en razones financieras. Faltan sistemas de gestión suficientemente desarrollados. No se cuenta con sistemas de control de calidad vinculados a los procedimientos hospitalarios especialmente para los de complejidad mediana y alta. Hay discontinuidad de los servicios por fallas en los proveedores. Además, interrupciones por defectos de integración y coordinación de los servicios. Por otra parte, la mayoría de los modelos de prestación de servicios de salud tradicionales pusieron el acento en los servicios de atención individual más que en los servicios de salud pública; en la atención curativa más que en la preventiva y en los servicios centrados en enfermedades específicas.

El Modelo de Organización y Gestión Consiste en la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados y gestionados con el objeto de lograr las metas propuestas y facilitar su

función colectiva. Las tendencias actuales son: (22,23) Organización de los servicios con base en la atención primaria de salud. Definición de una base poblacional dar prioridad a los grupos poblaciones más vulnerables El énfasis en el cuidado ambulatorio y más allá de los ambientes clínicos tradicionales.

La descentralización de los servicios Gestión enfocada en la calidad y en los resultados Organización y gestión de sistemas de servicios de salud integrados. Referencias (22,23) Los desafíos que plantean la organización y la administración del sistema asistencial incluyen:

1. Conocimiento insuficiente de la situación de salud y de las necesidades de atención de la población atendida y en especial la población vulnerable.
2. Una articulación débil o inexistente entre los niveles de atención, debido a sistemas ineficientes de información y de derivación o referencia.
3. La centralización de la administración y de la toma de decisiones.
4. La falta de diferenciación entre la prestación de servicios de salud, la financiación y el aseguramiento.
5. La administración de los servicios en función de los aportes y recursos, más que de los procesos y los resultados.
6. La escasa participación social que suele limitarse al ámbito de las consultas más que a la gestión y diseño de los servicios.
7. Diseño de los servicios sin tomar en cuenta los principios éticos básicos de la atención en salud.

Las recomendaciones para mejorar o desarrollar modelos de administración adecuados han sido sugeridas: (9)

1. La descentralización de la administración de hospitales y la autonomía de gestión.
2. La descentralización de los servicios en general.
3. La revisión del sistema de financiamiento.
4. El afianzamiento de la coordinación interinstitucional para generar redes de servicios integrados y otorgar prioridades en los servicios prestados en redes.

5. La definición de criterios de calidad y la ejecución de programas de garantía de la calidad y de mejoramiento de la calidad.
6. La definición y el establecimiento de incentivos y de otros mecanismos para motivar al personal de salud.
7. La capacitación y educación continúa del personal técnico y administrativo.

La descentralización de la administración y de la provisión de servicios sigue siendo uno de los componentes principales de los cambios del sistema de salud, especialmente aquellos sustentados sobre la estrategia de atención primaria de la salud. El desarrollo y la creación de capacidades para la gestión de los servicios.

La capacidad se define como la habilidad que tienen las personas, las organizaciones y los sistemas de atención para desempeñar sus funciones principales. De nada vale formular principios y buenas intenciones en las prestaciones de salud, si no se desarrollan las capacidades para desempeñar sus funciones principales. Se refiere al apoyo financiero, a la creación de equipos médicos, al desarrollo de los recursos humanos, al fortalecimiento de los conocimientos y destrezas, necesarios para gestionar la atención médica. Estas destrezas incluyen:

1. La habilidad para evaluar las necesidades e identificar desigualdades en el acceso y la prestación de atención.
2. El diseño de un plan para reducir estas desigualdades mediante la creación de capacidades.
3. La definición de estrategias y medidas específicas.
4. El desarrollo de habilidades para controlar y evaluar los procesos y los resultados obtenidos (26).

Por otra parte, los factores clave para la creación de capacidades gerenciales incluyen:

1. Reconocer la importancia de desarrollar las destrezas necesarias para administrar el cambio.
2. Garantizar el desarrollo de las destrezas necesarias para la

- administración básica de los servicios y tomar conciencia de la importancia de la cultura organizativa.
3. Reconocer la presencia de barreras externas al sistema de prestación de servicios (factores políticos, legales y regulatorios).
 4. Crear las capacidades por etapas y no intentar todos los cambios al mismo tiempo.

Control de los Servicios de Salud y Medición del Desempeño El principio fundamental de una administración eficaz de los servicios de salud es la disponibilidad de información oportuna y precisa para el análisis, la notificación, el control y la medición del desempeño. Para la toma de decisiones es esencial contar con un sistema de información gerencial flexible, con financiamiento adecuado, sometido a revisiones y actualizaciones periódicas, y sostenible. Estas son herramientas básicas para la planificación estratégica, así como para la administración de lo cotidiano de los servicios de salud.

Para el diseño del sistema eficaz de información gerencial se requiere: (27) Vinculación con objetivos específicos basados en evidencias para lograr mejoras. Uso de medidas para evaluar el progreso de los servicios de salud tales como: acceso, calidad (seguridad, eficacia, enfoque centrado en las personas, oportunidad de la atención, buena coordinación) equidad y eficiencia. Es fundamental utilizar métodos que generen información para el análisis de la productividad, el desempeño y el uso de los recursos, a fin de cumplir los objetivos institucionales, negociar contratos para la provisión de servicios, incrementar la rendición de cuentas, controlar el desempeño institucional y mejorar las prácticas de administración. (28,29) 8. Las Nuevas Tecnologías en Salud La Organización Moderna e Innovadora Si los hombres se reúnen en comunidades es, entre otras cosas, por la necesidad de solucionar problemas de naturaleza compleja, que son irresolubles por la acción individual (1). En la sociedad, estos problemas complejos son canalizados a través de instituciones o sistemas sociales capaces de resolver una necesidad compleja determinada. Así, el sistema educativo procura lograr el saber, el sanitario tiene como objeto alcanzar la salud,

el judicial la justicia, el sistema económico o productivo la creación de riqueza, y así otras necesidades de naturaleza compleja. Para Katz y Kahn, las organizaciones son sistemas sociales abiertos en constante intercambio con el medio que les rodea, del cual obtiene los recursos materiales, humanos, informacionales, financieros, metodológicos y maquinarias necesarias para alimentar (insumos) los procesos de transformación internos cuyos resultados (productos) serán aportados a la sociedad. Se distribuyen esas tareas principales entre organizaciones que generalmente se especializan en una función única, pero que de modo complementario contribuyen en otros campos (2). En el intercambio con la sociedad, las organizaciones (como sistemas abiertos) sobreviven mientras son capaces de mantener su negentropía, es decir, incorporar en todas sus formas mayores volúmenes de energía de los que envían al ambiente como producto. La organización más eficiente y eficaz será aquella que en los procesos de transformación de sus insumos a productos logran adquirir y almacenar un superávit energético frente a sus competidores menos eficaces. La consecuencia es el crecimiento organizacional y el incremento en la capacidad de supervivencia (3).

Esto es válido tanto para organizaciones lucrativas como organizaciones sin fines de lucro (beneficio social) (4). Asimismo, se aplica tanto a organizaciones públicas como privadas. De la valoración y aceptación de sus resultados (productos o servicios) por parte de la Sociedad, dependerá el destino de las organizaciones. Unas permanecerán en el tiempo, pero otras desaparecerán. De acuerdo a ello, los productos y/o servicios serán adquiridos o justificados por sus usuarios, que tienen la libertad de seleccionar entre las diferentes opciones (bienes o servicios sustitutos) existentes en el mercado. La escogencia se realiza con base en el valor percibido por ellos que satisface sus necesidades. En esto consiste la Calidad. Bill Creech, establece en su libro: *The Five Pillars of TQM* (5) que: — el producto (o servicio) es el punto focal para los propósitos y logros de la organización. Pero, la Calidad en el producto es imposible sin la calidad en el proceso. A la vez, la Calidad en el proceso no es posible sin la organización correcta. La organización correcta no tiene sentido si no tiene un buen liderazgo.

El fuerte compromiso en la organización, de abajo hacia arriba es el pilar que soporta todo el resto. Cada pilar depende de los otros cuatro, y si uno es débil todos lo serán. La producción de bienes y servicios de calidad frente a los usuarios, depende de la posibilidad de añadir valor a los productos a lo largo de los procesos de transformación que tienen lugar en la organización. Los conocimientos, herramientas, equipos y técnicas de trabajo utilizadas por una organización en la entrega de su producto o servicio, es lo que se conoce como tecnología, y está estrechamente ligado a la aplicación del conocimiento científico. (6) La ventaja competitiva de las organizaciones reside en la posibilidad de diferenciarse a través del valor agregado de sus productos y servicios, mediante el proceso de innovación (7) y adaptarse a los cambios que se producen en el entorno organizacional (8). Sistemas Inteligentes Interactivos, Informados y comunicados. Pero, el proceso de adaptación a los cambios del entorno organizacional y la generación de ideas innovadoras sólo es posible cuando existen sistemas de comunicación e información que faciliten el intercambio entre los diversos grupos y niveles existentes en la organización, y entre esta y el ambiente que la rodea. Hoy es ampliamente reconocido que la tecnología de información puede ser un medio valioso de ganar ventaja competitiva (9).

Un análisis crítico de un hospital revela a una de las más complejas estructuras de la sociedad moderna. La razón de esto, a través de la historia, es que los hospitales han tenido que realizar funciones complejas diferentes e incrementables: para recuperar, mantener e incrementar los estándares de salud de los seres humanos. Para llevar a cabo sus diferentes funciones, un hospital está estructurado, por una parte, en forma directa, por políticas y principios (top-down) que implican la formación de sectores a cargo de actividades bien definidas, y por otro lado, a través de una forma relacional, el desarrollo de una cultura que le es propia. El resultado es una estructura marcadamente compleja y conflictiva la cual tiene la finalidad de asegurar el trabajo integrado de su cuerpo organizacional en la provisión de servicios de salud, pero es caracterizada por una cultura asociada con la fragmentación del poder y la disputa de espacio. A la luz de la dialéctica organizacional entre

la integración ideal para la provisión de los servicios de salud y la fragmentación real jerárquica del poder, los hospitales son un ejemplo clásico en lo que Mintzberg (1994) llama organizaciones profesionales, cuyo análisis requiere motivaciones especiales, incentivos y cuidado, etc., los cuales son mecanismos para orientación y coordinación, que apoyan las estrategias administrativas y de toma de decisiones, y se revelan así mismas como espacios culturales considerables con ajuste mutuo de motivaciones y compatibilidad de intereses. La definición funcional de una organización hospitalaria considera al hospital como un sistema social abierto, donde otros subsistemas técnicos están también en operación y está representado por el conocimiento especializado y por las habilidades profesionales tales como médicos, enfermeras, psicólogos, nutricionistas y otros. Como resultado, ninguna persona o grupo es totalmente responsable por el éxito o la calidad de la experiencia de conjunto del paciente, ya que los profesionales son responsables de parte del proceso, y no existen mecanismos de rendición de cuentas (responsabilidad) en el ciclo total. Las comunicaciones y las nuevas tecnologías de información en salud, pueden contribuir a enfrentar el reto de integrar a los diferentes grupos en el sistema sanitario, conformando redes de trabajo al interior de la organización (intra-organizacionales) y con otras organizaciones (inter-organizacionales). El flujo efectivo de la información permite a los integrantes de la organización, coordinar acciones y generar las innovaciones necesarias para adaptar oportunamente y en forma efectiva a la organización a las turbulencias que surgen en el ambiente que les rodea.

Pero, ello exige una interacción más estrecha en la interfaz hombre-máquina, o interfaz hombre-computadora, que facilite la usabilidad de las nuevas tecnologías (10), y por lo tanto un desarrollo de aspectos relativos a la ingeniería cognoscitiva, de manera de mejorar el uso de los equipos de salud, a la vez de lograr mayor precisión diagnóstica y terapéutica, y la atención oportuna y adecuada de los pacientes. La historia clínica y el examen físico de un paciente permanecen como las piedras angulares de medicina clínica. Sin una historia y el reconocimiento físico adecuados para sugerir un posible diagnóstico

diferencial, las investigaciones subsiguientes del paciente pueden ser interminables e inútiles. El valor de la evidencia obtenida del paciente durante la consulta clínica se incrementa en cada consulta posterior; nosotros reunimos información que nos ayuda a establecer una relación con nuestros pacientes, generar diagnósticos, estimar pronósticos, e iniciar y vigilar continuamente (monitorear) la respuesta a la terapia de nuestros. Generar diagnósticos es un proceso iterativo que incluye el acopio de información y la formulación de hipótesis. La adquisición de datos puede empezar con la queja principal (motivo de consulta), la historia de la presente enfermedad, de la historia clínica pasada, y de los hallazgos del examen físico. La información recolectada en cualquier etapa en el examen clínico puede ser suficiente para generación de una hipótesis y un diagnóstico parcial (impresión diagnóstica) que impulse a la acción. Con cada nuevo dato, el diagnóstico considerado, y sus probabilidades relativas, pueden cambiar. Así, podemos considerar a los componentes de la historia y el examen físico como pruebas diagnósticas individuales, de los cuales se obtiene una información secuencial que ayudan a normar o descartar diagnósticos específicos.

Al igual que con las pruebas de diagnóstico de laboratorio, al considerar las habilidades y destrezas clínicas relevantes como pruebas diagnósticas, debemos comprender sus propiedades de fiabilidad y exactitud, y el uso adecuado de los cocientes de probabilidades (LRs) (11). Se mejora la fiabilidad y calidad de los registros de salud a través del registro continuo y la conformación de bases de datos que permitan establecer las relaciones necesarias para la toma de decisiones en salud. La mayoría de las personas tienen la información sobre su salud en muchos lugares diferentes — en casa, en donde su médico o en las oficinas del terapeuta, y dondequiera ellos han sido hospitalizados. Un registro personal de salud (RPS) puede ayudar a mantener toda esta información en un lugar, haciéndolo más fácil de encontrar y compartir con otros, como especialistas o miembros de la familia.

Un RPS también puede hacer una gran diferencia en el momento de una emergencia médica. Los hospitales generalmente sólo necesitan unos pocos datos clave para darle el más rápido y mejor cuidado en

cualquier emergencia. Si usted tiene un RPS, usted puede establecer permisos especiales y/o contraseñas para permitir otros tener acceso para que ellos puedan disponer de esta información crítica rápidamente —esta información básica puede salvar su vida. Los puntos clave a recordar acerca de Registros Personales de Salud (RPS):

Usted (usuario) controla la información de la salud en su RPS. Si su RPS está basado en internet, usted puede lograr el acceso a él en cualquier lugar y tiempo, y fácilmente compartirlo con otros si así usted lo desea;

Usted puede actualizar cierta información de la salud para asegurarse que permanece al día;

Usted podrá utilizar herramientas para obtener información sobre sus condiciones de la salud y aprender aquellos efectos que debe esperar de las medicinas que usted toma;

Usted puede aún pudiera solicitar que le renueven una prescripción, el esquema de citas, o enviar un correo electrónico a su médico con ciertas clases de RPS;

Usted puede mantener información en su RPS que podría ayudar en una situación de emergencia, y limitar el acceso al RPS sólo para este propósito* (12).

Sistemas de Salud más Seguros El informe de noviembre de 1999 del Institute of Medicine (IOM), titulado *Errar es humano: Construyendo un sistema de seguro de salud*, ha centrado mucha atención en la cuestión de los errores médicos y la seguridad de los pacientes. En el informe se indica que hasta 44 000 a 98 000 personas mueren en los hospitales cada año como resultado de los errores médicos. Aún utilizando la estimación más baja, esto haría de los errores médicos la octava causa de muerte en este país (Estados Unidos de América) —mayor que los accidentes de vehículos de motor (43 458), el cáncer de mama (42 297), o el SIDA (16 516). Unas 7 000 personas por año se calcula que mueren a causa de los errores de medicación por sí sola —alrededor del 16 por ciento más que el número de muertes atribuibles a lesiones relacionadas con el trabajo (13).

Los errores médicos son responsables por los daños en hasta 1 de cada 25 pacientes hospitalizados. Se estima que 48 000-98 000 de los pacientes mueren a causa de los errores médicos cada año. Se estima un costo de más de 5 millones de dólares al año a causa de errores en la atención de la salud en un gran hospital universitario, y el costo relacionado a medidas de atención de la salud prevenibles \$ 17 a \$ 29 mil millones cada año de la economía. La investigación de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ha demostrado que los errores médicos pueden resultar los errores más frecuentes de los errores sistémicos—de la organización de la prestación de atención de salud y de cómo se proveen los recursos en el sistema de prestación de servicios. Los errores pueden ocurrir en cualquier punto del sistema de atención de salud, las investigaciones apoyadas por AHRQ ha revelado: Errores de medicación Errores Quirúrgicos Las imprecisiones de diagnóstico Fallas en el Sistema Esta investigación sobre los problemas sistémicos lleva a los investigadores a la conclusión de que cualquier esfuerzo para reducir los errores médicos en una organización requiere cambios en el diseño del sistema, incluida la posible reorganización de los recursos por los altos directivos (14). Mejorando la Seguridad del Paciente Seguimiento (Monitoreo) Computarizado de seguimiento EAD Recordatorios generados por el computador para Seguimiento de Pruebas Protocolos normalizados (15). Una atención sanitaria de calidad depende de la disponibilidad de datos de calidad. La pobre documentación, los datos inexactos, y la falta de comunicación puede dar lugar a errores e incidentes adversos.

Los registros electrónicos de salud de alta calidad (Ehr) debería ser una herramienta de toma de decisiones basada en la evidencia. Los Registros Electrónicos de Salud (RES) pueden tener un impacto positivo en la calidad de la atención, en la seguridad del paciente, y la eficiencia; sin embargo, sin el contenido preciso y adecuado, en una forma útil y accesible, estos beneficios no se harán realidad. Mejorar la calidad de la electrónica de datos requiere una mayor atención a la normalización de procedimientos de documentación. Las definiciones estandarizadas de datos, contenido, estructura, y el establecimiento

de puntos de control de la calidad en todo el proceso de captura de datos son necesarios para reforzar la interoperabilidad de los sistemas sanitarios (16). La tecnología de la información de salud (Health IT) permite la gestión completa de la información médica y su intercambio seguro entre los consumidores y proveedores de servicios de atención de la salud. El amplio uso de la tecnología de la información de salud (TIS) permitirá:

- Mejorar la calidad de la atención de la salud.
- Prevenir los errores médicos.
- Reducir los costos de atención de la salud.
- Disminuir el papeleo.
- Expandir el acceso a atención a bajo costo.

La interoperabilidad del sistema de información de salud (TIS) mejorará la atención individual de los pacientes. Así mismo, ofrecerá muchos beneficios a la salud pública, incluyendo:

La detección temprana de brotes de enfermedades infecciosas en el país.

Mejora del seguimiento del manejo de enfermedades crónicas.

La evaluación comparativa de la atención de la salud con base en el valor conseguido de la recolección de datos de identificación de precios e información de calidad (17) (auditoría de servicios) (18).

Esta visión de la TIS implica un sistema de atención de la salud que pone las necesidades del paciente primero, es más eficiente, y es costo-efectivo. Esta visión está basada en los siguientes principios:

La información médica acompañará a los usuarios de forma tal que estén en el centro de su propio cuidado.

Los usuarios estarán en capacidad de escoger a los médicos y hospitales con base en los resultados que estarán disponibles de su desempeño clínico.

Los médicos tendrán una historia médica completa de sus pacientes, sistemas de pedidos o solicitudes computarizados, y recordatorios electrónicos.

Las iniciativas de mejoramiento de la calidad medirán la competencia en la industria de la provisión de servicios de la salud basada en el desempeño y la calidad.

La vigilancia de la salud pública y el bioterrorismo serán integrados a la perfección dentro de la atención.

La investigación clínica se acelerará y la vigilancia post-comercialización (post-servicio) será expandida.

Para el Coordinador Nacional de Tecnología de Información de Salud de Estados Unidos: — En conjunto, estos principios revolucionarán la atención de la salud, la harán más centrada en el usuario, y mejorarán la calidad y la eficiencia de la atención de la salud en los Estados Unidos (19). Apoyo de las Nuevas tecnologías para la implantación de un Sistema de Salud en Venezuela. El deterioro del sistema de los servicios de salud en Venezuela margina cada vez más a la población, impidiendo el acceso a servicios de calidad y bajo costo. El ejercicio profesional cada vez es más inseguro, al no contar el médico con apoyo técnico adecuado para las decisiones diagnósticas y terapéuticas que comprometen el destino de sus pacientes (20). Ello impone la implantación de un nuevo modelo de gestión del sistema de servicios de salud, que con el concurso de las nuevas tecnologías de la información y comunicaciones pueda:

Apoyar a los profesionales de la salud para un ejercicio más eficiente, eficaz, seguro en el lugar de trabajo.

Mejorar el acceso a servicios de calidad y bajo costo a la población

Asegurar la calidad de los servicios evitando los errores médicos que puedan afectar a los usuarios.

Realizar auditoría de servicios y acreditación de profesionales para optimizar la atención de la salud.

Vigilar la salud pública y tomar las acciones pertinentes para evitar la aparición de enfermedades emergentes y re-emergentes, y controlar las endemias existentes.

Garantizar la gestión de la atención de enfermedades crónicas y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Fortalecimiento institucional a través de la capacitación profesional y técnica continúa y la promoción de las innovaciones que permitan a la organización sanitaria responder a los cambios y requerimientos de la sociedad.

Facilitar la integración de redes de atención, que permitan dar respuesta a las necesidades complejas de salud individual y comunitaria.

Facilitar los canales de participación a los usuarios y a las comunidades organizados para participar como sujetos y no simples objetos del sistema progresivo de atención.

Permitir la descentralización eficiente y eficaz de los servicios de salud para mejorar la atención del individuo y comunidades en sus propias localidades, y de esta manera apoyar el desarrollo del país.

Integrar al país en el concierto de las naciones, aprovechando los beneficios de la globalización de los conocimientos.

Facilitar la interacción entre los usuarios y los proveedores de servicios de la salud facilitando la información y evitando de esta manera la gran asimetría del mercado de servicios de salud, origen de las iniquidades existente.

Mejorar la eficiencia de los programas de salud en la lucha contra las enfermedades que afectan la salud pública.

Optimizar la asignación de recursos en el sistema de atención de salud.

Mejorar la competitividad del sistema de servicios nacional en comparación al resto de los países, y establecer mecanismos de cooperación e intercambio tecnológico.

Abrir canales de participación que aseguren la contribución de profesionales y técnicos al mejoramiento de los servicios de salud.

Permitir el desarrollo de un liderazgo que pueda ayudar a motivar a los miembros de la organización sanitaria a alcanzar los objetivos propuestos, a través de una comunicación continua y efectiva.

Facilitar la gobernanza (21) (transparencia, consenso, responsabilidad, equidad e inclusión, efectividad y eficiencia, contraloría social), la administración de los servicios y el liderazgo del sistema de servicios de atención para alcanzar los objetivos de salud.

Desarrollar la investigación clínica, básica y administrativa para mejorar los procesos realizados en los componentes del sistema sanitario y así asegurar servicios de alto valor.

Base Legales

- ✓ Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela 30 DE diciembre 1999 G.O 36.860: Capítulo V De los Derechos Sociales y las Familias Artículo 83, La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 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 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.

Artículo 85, El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las

cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Artículo 86, Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

- ✓ Ley Orgánica de Salud G.O N° 36579 del 11 de noviembre 1998 Título III De los Servicios de Salud. Capítulo I

Promoción y Conservación de de la Salud Artículo 25.- La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo. El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud, a los fines de garantizar la elevación del nivel socioeconómico y el bienestar de la población; el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud, la superación de la pobreza y la ignorancia, la creación y conservación de un ambiente y condiciones de vida saludables, la prevención y preservación de la salud física y mental de las personas, familias y comunidades, la formación de patrones culturales que determinen costumbres y actitudes favorables a la salud, la planificación de riesgos laborales y la preservación del medio ambiente de trabajo y la organización de la población a todos sus niveles. Artículo 26.- El Ministerio de la Salud por medio del Reglamento de esta Ley establecerá la obligación de los gobernadores y alcaldes de desarrollar el sistema de información del Registro Nacional de Salud, a fin de conocer las condiciones de salud de la población, propiciar la participación ciudadana y orientar los programas de promoción y conservación de la salud.

- ✓ Decreto 5836 Gaceta Oficial 38.596 del 28 enero del 2008 y 6201 en la G.O 38976 18 de julio de 2008. Mediante estos decretos se ordena y dispone de la recentralización y transferencia de los servicios de salud del Distrito Metropolitano, paso preliminar para construir el nuevo Sistema Público Nacional de Salud
- ✓ Decreto N° 5.077 del 22 de diciembre de 2006. Publicado en G.O N° 38.591 del 26 de diciembre de 2006. **CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES Artículo 1.** El presente Reglamento Orgánico tiene por objeto determinar la estructura organizativa y funcional del Ministerio de Salud, así como establecer la distribución de las funciones correspondientes a

las distintas dependencias que lo integran. La designación de personas en masculino tiene en las disposiciones del presente Reglamento un sentido genérico, referido siempre, por igual a hombres y mujeres. **Artículo 2.** El Ministerio de Salud estará integrado por: el Despacho del Ministro, los Despachos de los Viceministros de Redes de Servicios de Salud, de Redes de Salud Colectiva, de Recursos para la Salud, y demás dependencias administrativas señaladas en este Reglamento y en el Reglamento Interno

CAPÍTULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO

Diseño de la Investigación

Modelo Epistémico

Desde esta perspectiva, el enfoque epistemológico de esta investigación es el cualitativo según Martínez (1999) es aquella que trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. Se pretende en esta investigación realizar un estudio exhaustivo acerca de los Lineamientos Teóricos que darán fundamento a un modelo de gestión integral de gestión en salud pública en Venezuela.

En torno al paradigma cualitativo, Padrón (1992), señala que se requiere del enfoque fenomenológico interpretativo y que su base es igual a la inducción. Interpretando al autor, refiere que este enfoque es un método que entiende al mundo del hombre, mediante una interpretación de las situaciones cotidianas.

En este sentido el enfoque fenomenológico, según Husser (1962), manifiesta que todo el mundo natural, está constantemente a la mano del ser humano y como realidad para la conciencia, reduce la fuente del significado y la existencia del mundo de la experiencia, coloca la acción en el contexto para comprenderla y explicarla.

Esta investigación está en correspondencia con el paradigma cualitativo, se apoya en los métodos fenomenológico, hermenéutico y dialéctico, en la cual, con el método fenomenológico, se busca interpretar y comprender la realidad, y con los otros métodos, el hermenéutico y dialéctico, se abordan en esta investigación porque permiten enfocar la realidad partiendo desde la perspectiva interna del sujeto que las vive y las experimenta.

Tipo de Estudio

De campo, cualitativa, descriptiva, documental y fenomenológica

Informantes Claves

En esta sección de la investigación se requiere la idea de cuál aspecto, estructural o simbólico humano, se le quiere dar respuesta, es por ello que se revisara la lectura pertinente al tema para posteriormente profundizar la búsqueda.

Selección de la muestra. En el campo de la Salud Pública son muchos los informantes claves para el objeto de estudio dentro de un contexto socio cultural y científico.

En este sentido, en la presente investigación el estudio corresponde a un connotado talento humano con experticia en el área científica, política y de salud pública entre ellos Ex Ministros de Salud, Ex Jefe de la Cátedra de Administración de Hospitales de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, Ex Director Representante de la Oficina Panamericana de la Salud en Venezuela. Por ello cabe señalar que el método cualitativo abordado en esta investigación amerita de una estricta selección de sujetos informantes de manera sistemática, la información se recogerá aplicando las técnicas de observación, y la entrevista con los instrumentos guión de observación, guión de entrevista para un total de siete informantes claves.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En relación con las técnicas, Arias 1997, manifiesta que las técnicas de recolección de datos, son las distintas formas o maneras de obtener información. A los objetos de recabar la información de esta investigación se aplicarán dos (2) técnicas a la observación y la entrevista no estructurada. La primera contribuirá a la recolección de información que ayude a comprender la realidad de la situación que se estudia. De allí que la observación de las Instituciones del Sistema de Salud conlleve al establecimiento de una percepción basada en el conocimiento del mismo de forma idónea para iniciar las entrevistas y describir e interpretar el modelo de gestión gerencial que se está llevando a cabo.

La entrevista no estructurada, según diferentes autores, consiste en una especie de interrogatorio el cual las preguntas se les formulan en nuestro caso a los informantes claves de manera intencionada, de manera individual e informal, ya que se realizan en situaciones diversas hacia cuestiones más precisas. Cabe señalar que en esta investigación se desea conocer las opiniones de los Ex Ministros en sus diferentes gestiones gubernamentales y Ex Director Representantes de una Organización Internacional basado en sus experiencias en nuestro país y otros países para completar la información, con la finalidad de lograr que estos actores participen en la definición de las acciones necesarias para el diseño de los Lineamientos Teóricos que darán fundamento a un modelo de gestión integral de gestión en salud pública en Venezuela.

Validez y Confirmabilidad

Referencias Epistemológicas

En este caso, de la situación problemática, no es ambigua y describe en forma precisa el objeto de estudio de la investigación, incluye proposiciones y especificaciones formales a ser comprobadas, es de suma importancia la solución del problema; ya que, es de interés para los expertos, en el campo de la Gerencia de Salud Pública. Para lo cual, fue indispensable encontrar un punto de apoyo, especialmente

para problemas de investigación, en el plano social del área del Sistema de Salud Pública.

Por esta razón, se decidió sustentar esta investigación desde las perspectivas epistemológicas, en una reflexión epistémica de las ciencias sociales que pretende dar una investigación rigurosa, que permita asegurar la validez y legitimidad de la misma, y para responder al posicionamiento epistémico de los investigadores. El paradigma incluye dos modelos, de esquemas intelectuales o marcos referenciales dentro de los cuales, se inscriben los investigadores para explicar la realidad, basándose en la creencia de la esencia propia del objeto de conocimiento, una que incluye un planteamiento epistémico para el método a usar y la otra posición epistémica para el contenido.

En relación con el método, el enfoque investigativo está basado en el paradigma positivista de la teoría constructivista, cuyo fundamento epistemológico hermenéutico, dialéctico socio histórico, basado en una lógica deductiva con hipótesis, con apoyo de la teoría de un modelo de las investigaciones cualitativa - cuantitativa y en relación al contenido posee una esencia interpretativista que surge en ciencias de gestión al considerar que los métodos seguidos por las ciencias naturales para el estudio de la realidad social; ya que, los investigadores deben recoger la información que describa tanto los datos y hechos objetivos como los significados de los paradigmas de la sociología fenomenológica, y centran los postulados de la “interpretación subjetiva”; ya que, los investigadores deben recoger la información para describir tanto los datos y hechos objeto de estudio como los significados subjetivos que desencadenan el comportamiento. En este campo, subjetivo no sería sinónimo de sesgo o inestabilidad, sino que hace referencia al significado del sujeto humano observado, la interpretación subjetiva debe ser entendida en el sentido de que todas las interpretaciones científicas del mundo pueden hacer referencia al significado subjetivo de las acciones de los seres humanos de donde la realidad social de donde proviene; ya que la naturaleza de la realidad depende entre el sujeto y el objeto de hipótesis intencionalista, la generación del conocimiento, se realiza por medio de la interpretación de la investigación formulada en términos de

las motivaciones de los actores, y el camino del conocimiento científico predomina la comprensión, el valor del conocimiento es ideográfica y el criterio de validez se genera por la empatía; ya que, genera una relevancia de la experiencia vivida por los actores y que la solución del problema será de gran importancia para todos los involucrados.

Referencias Ontológicas

La descripción y el análisis del actual del sistema de salud en Venezuela y el estado de salud de la población con énfasis en enfermedades emergentes y re emergente que presentamos con motivo de la Ponencia Central de la LXIII Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Punto Fijo, estado Falcón (27 al 31 de octubre de 2008), cuyos males, sin duda, se han agravado en el último año, permite afirmar que estamos en presencia de una situación extremadamente compleja que afecta todo el sistema.

En líneas generales, el sistema confronta, tal como hemos señalado, grandes limitaciones en las políticas implementadas, en su desempeño general, así como restricciones estructurales para garantizar el acceso universal a servicios y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y el logro de la equidad.

Se propuso hace un año, que, más allá de describir la dura realidad del sistema, el documento de la Ponencia sirviera como instrumento de identificación de los problemas, reflexión y de proposición para construir alternativas para el presente y el futuro.

Referencias Axiológicas

Los sistemas de salud tienen reconocidos valores y principios que todos hemos repetido y hemos valorado, como la equidad, la participación social, la eficiencia, la descentralización, la integralidad de la atención y la solidaridad. Y requiere de ciertos recursos y condiciones para su funcionamiento, como son: el liderazgo, la información, talento humano, y la capacidad física, los conocimientos y la tecnología, y por supuesto, la financiación del sistema. Con esos requisitos y con esos principios, hay unas funciones del sistema de salud claramente definida, como son:

la rectoría, el aseguramiento, la provisión de servicios, la compra y el financiamiento. Y en el ámbito de la rectoría, tenemos, la regulación, la armonización de la provisión de servicios, la conducción del sistema, la vigilancia del aseguramiento, la modulación de la financiación y las Funciones Esenciales de la Salud Pública. Estas son en general, las funciones y las características del Sistema de Salud.

Plan de Análisis de Resultados

En este aspecto se refiere al análisis situacional contextualizado consistente en la descripción de los resultados más relevantes obtenidos durante la captación de la información para la investigación. Luego de aplicar las técnicas de observación a través de guía de observación y de la técnica de la entrevista. Esta información obtenida se categorizará y se clasifica por orden de importancia de manera que pueda ser utilizada para su correspondiente interpretación, la cual dará paso a la teorización y así responder a los objetivos planteados en el estudio.

Entre otras cosas, el abordaje de la información se realizará con procedimientos interpretativos de la comunicación que se obtenga de los informantes claves dentro de los sujetos de estudio y el contexto. Mediante la cual seguirá de un procedimiento riguroso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS POR SECCIONES

I. Introducción. Conceptos básicos y definiciones del sistema de salud.

1. Ferrer Véliz E. Teoría General de los Sistemas y los Complejos Ambientales. Pag 120. FUDECO. Venezuela. Barquisimeto. 1994.
2. Chaves M. Salud y Sociedad. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Traducción 2°. Edición Portuguesa. ULA. Mérida. 1981.
3. La Pierre JW. El análisis de los sistemas políticos, p:3845. Edit. Península, Barcelona 1976.

4. Organización Mundial de la Salud. Primary Health Care: a Framework for Future Strategic Directions. Ginebra, 2003. (WHO/MNC/OSD/03.01)

II. Evolución del Sistema de Salud en Venezuela. Análisis comparativo con otros modelos de sistemas de salud.

1. Evolución del Sistema de Salud

1. Archila R. Historia de la sanidad en Venezuela., Caracas: Imprenta Nacional; Tomo I, 1955.
2. Gabaldón A. Una Política Sanitaria. Tomo I, XXVI, MSAS 1965.
3. López Ramírez Tulio. El ministro Arnoldo Gabaldón: un lustro de progreso de la Salud Pública Venezolana en: Berti A.L: Arnoldo Gabaldón. Testimonios de una vida al servicio de la gente. Ediciones de la Cámara de Diputados del Congreso de la República de Venezuela. Caracas, Venezuela. 1997.p.101.
4. Gabaldón A. Una Política Sanitaria I; 409.
5. Op. Cit. 4 Una Política Sanitaria I; 445.
6. Op. Cit. 4 Una Política Sanitaria I 69-70.
7. Berti A.L: Arnoldo Gabaldón. Testimonios de una vida al servicio de la gente. Ediciones de la Cámara de Diputados del Congreso de la República de Venezuela. Caracas, Venezuela. 1997.p.65.
8. República de Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Memoria y Cuenta. Año 1963. Exposición. Ministro Arnoldo Gabaldón. Caracas.
9. Op.Cit. 4 Una Política Sanitaria. I;I 297-298.
10. Op. Cit 4 Una Política Sanitaria. I; 241.
11. Op. Cit. 4 Una Política Sanitaria. II; 465
12. Op. Cit. 3 El ministro Arnoldo Gabaldón: un lustro de progreso de la Salud Pública Venezolana 117-119.

13. Oletta López JF. Hacia un Contrato Social de la Salud. Conmemoración del 62° Aniversario de la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, 20 de marzo de 1998.
14. González MJ. ¿Cuáles son los acuerdos que requiere el sistema de salud? 2006. En: Venezuela: un acuerdo para alcanzar el desarrollo. Equipo Acuerdo Social 2006.p.173-203. Publicaciones UCAB, Caracas.

2. Análisis comparativo con otros modelos de sistemas de salud.

1. Campos P, Sáenz J, Sánchez M. Análisis comparados de sistemas sanitarios. En: Salud Pública. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 1998.p.819-845.
2. Frenk J. La transición de la atención a la salud. En: Innovaciones de los sistemas de salud: una perspectiva internacional. Ciudad de México: Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Silanes, Academia Nacional de Medicina; 1995.
3. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la región Andina. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe; Washington DC: OPS; 2003.
4. Granados R, Gómez M. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. Revista de Salud Pública. 2002;2:97-120.
5. Feo O. Reflexiones sobre el Sistema Público Nacional de Salud. IneoSalud / Sistema Público Nacional de Salud.
6. Gómez D. Análisis comparado de los sistemas de salud de la Región Andina y el Caribe. Rev Salud Pública. 2005;7(3):305-316.
7. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la región Andina. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe; Washington DC: OPS; 2003.

III. Cómo es actualmente nuestro Sistema de Salud

1. Federación Médica Venezolana. Ponencia Central —Diagnóstico del Sector Salud en Venezuela. Estudios de las Enfermedades Emergentes y Reemergentes. Punto Fijo. Estado Falcón. 2008.

IV. Políticas Sociales y Sistema de Salud

1. España L.P. La Política Social de Venezuela: volver a lo básico. Observatorio Venezolano de la Seguridad Social. 2004. <http://www.eumed.net/oe-vess/lit/lpe.htm>
2. Riutort M. —La Pobreza en el Trienio 1999-200, IIES-UCAB. Revista Temas de Coyuntura, N° 45, junio 2002.
3. Equipo Acuerdo Social. En: Venezuela. Un Acuerdo para alcanzar el Desarrollo. Equipo Acuerdo Social 2006. Caracas, Venezuela. Publicaciones UCAB.
4. D'Elía Y, Cabeza LF. Las Misiones Sociales en Venezuela. 2008. ILDIS-CONVITE, pp1-15. Caracas.
www.ildis.org.ve/website/.../uploads/PolycymisionesYolanda.pdf
5. Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social para el período 2007 – 2013, <http://www.gobiernoenlinea.ve>
6. Propuesta de Reforma Constitucional. Exposición de Motivos, 2007.
7. Propuesta de Reforma Constitucional. Artículo 141. 2007.
8. WDC-UE 2006. World Development Consultants- Unión Europea 2006. Salud Pública, hábitos de vida y consumo de drogas en la República Bolivariana de Venezuela. I. Encuesta epidemiológica a hogares. Informe Final, Caracas.
9. Díaz Polanco J. Salud y Hegemonía en Venezuela: Barrio Adentro, continente afuera. CENDES-UCV, Caracas. 2008.p.73-97.
10. Datanálisis. Encuesta Nacional Ómnibus, Caracas. 2004-2007.
11. de Angelis Areinamo S. La Misión Barrio Adentro se vino abajo. Últimas Noticias. 2 La Vida. 25 de enero de 2008.

12. Petróleos de Venezuela redujo en 65 % asignaciones a Misiones. Los pilares de los Programas Sociales recibieron mucho menos dinero. El Universal, Cuerpo 1, p 12, Caracas 19-9-2008.
13. Situación del Sector Salud. Estudio de las Enfermedades Emergentes y Re emergentes. Federación Médica de Venezuela. Ponencia Central de la Reunión de la Asamblea General, Punto Fijo, 27 al 31 de octubre de 2008

V. Protección Social, Salud en el Desarrollo y Manejo Social de Riesgos.

1. Fleury S, Molina C. Modelos de Protección social. En: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington: INDES; 2002.p.3-6.
2. Franco A. El Auge de la Protección Social. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2005;23(1):135-147.
3. Fleury S. Estado sin ciudadanos. Seguridad Social en América Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial S A; 1997.p.212.
4. Holzmann R, Jorgensen S. Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Rev Fac Nac Salud Pública 2003;21(1)73-106. Disponible: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/79020/Fall2001/elearning/fall2001/readings/pdfpapers/manejo.pdf>.
5. OPS-OIT. Ampliación de la protección social en salud: una iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Internacional del Trabajo. Washington DC; 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/csp26-12-s.pdf>.
- 6 . OPS, OMS, ASDI. Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No 1 Extensión de la Protección Social en Salud. Washington, D.C.: La Organización; 2003.
7. OPS. La Agenda de Salud para las Américas para el período 2008-2017. 3 de Junio 2007 <http://www.paho.org>

8. Cardona A. Economía, salud-enfermedad y modelos de desarrollo. En: Carlos E, Rosa S, Gloria G (compiladores). *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología y Cultura; 1993.p.156.
9. Agudelo C. Desarrollo y Salud. *Revista de Salud Pública* 1999;1(1):18.
10. Franco R. Los paradigmas de la política social en América Latina. En: Alcaldía de Medellín (compiladora). *Políticas Públicas y Gestión Social: Una Mirada desde la Gerencia Social*. Medellín: Municipio de Medellín; 1997.p.19-34.
11. Schwartz P. El comercio internacional en la historia del pensamiento económico. IUDEM Documento de Trabajo 2001-3.p.35-40 [Internet]: Disponible en: www.ucm.es/info/iudem/2001-3.pdf
12. Musgrove P. Relaciones entre la salud y el desarrollo. *Bol Ofic Sanit Panam.* 1993;114(2):118-119.
13. Sarmiento L. La política social en dos escenarios futuros. En: Rojas MC, Delgado A (compiladoras). *Política social, desafíos y utopías. Memorias del Seminario internacional nuevas tendencias en política social*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1997.p.289-313.
14. Rey de Marulanda N. *América Latina: pobreza y desigualdad durante 50 años de reformas económicas y sociales*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo/ Instituto Interamericano para el Desarrollo Social; 2000.p.6-7.
15. Friedman M. *Libertad de elegir*. Barcelona: Ediciones Grijalbo; 1980.p.61.
16. CLAD - Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo-. *Una Nueva Gestión Pública para América Latina*. Documento preparado por el Consejo Científico del CLAD. Disponible en: http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/UNPAN00016_1 Consultado 1/05/2004.
17. Williamson J. *Latin American Adjustment: how much has happened?* Washington DC: Institute for International Economics; 1990.p.738.
18. Gentili P. El Consenso de Washington y la Crisis de la Educación en América Latina. En: Álvarez F, Santesmases AJ, Muguerza J, Pastor J,

- Rendueles G, Varela J (compiladores). *Neoliberalismo vs. Democracia*. Madrid: La Piqueta; 1998.p.122.
19. Cardona J. El concepto de salud enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. *Rev Centroam Administ Púb*. 1987;(12):103-136.
 20. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1996. De la planificación centralizada a la economía de mercado. Washington, DC; 1996.p.133-148.
 21. Zúñiga M. *Seguridad Social y su Historia*. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 1963.p.19.
 22. Mesa-Lago C. *Desarrollo social, Reforma del Estado y de la seguridad social al umbral del siglo XXI*. Serie Políticas Sociales N° 36 CEPAL/ELAC. Santiago de Chile: 2000.
 23. Martínez D, Vega ML. *La globalización gobernada. Estado, sociedad y mercado en el siglo XXI*. Madrid: Editorial Tecnos (Grupo Anaya); 2001.
 24. Titelman D, Uthoff A. El papel del aseguramiento en la protección social. *Rev CEPAL*. 2003;81:103-122.
 25. Sojo A. Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. *Rev CEPAL*. 2003;80:121-140.
 26. Beveridge W. *Las bases de la seguridad social*. México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
 27. Guerra C. La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano. *Rev CLAP*. (Caracas) 2000;(19):6.
 28. Echeverri C. Del Pluralismo Estructurado a la Protección Social. *Rev Geren Polít Salud*. 2003;(5):107-116.
 29. Le Bonniec Y. Sistemas de protección social comparados: Colombia, Brasil y México. *Rev Salud Púb*. 2002;4(3):203-239.
 30. Mesa-Lago C. *Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina*. CEPAL. 1985.

31. Gómez-Camelo D. Análisis comparativos de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. *Rev Salud Púb.* 2005;7(3):305-316.
32. Grassi E, Hintze S, Neufeld MR. Políticas Sociales y Sujetos de Derecho. Una Comparación entre las políticas educativas a nivel primario, el subsector de obras sociales y las políticas de asistencia alimentaria. *Cuadernos Médico Sociales.* 1995;72(62):62-76.
33. España LP. La política de inclusión social. En: Venezuela. Un acuerdo para alcanzar el desarrollo. Capítulo 2. Equipo Acuerdo Social. Caracas: Publicaciones UCAB; 2006.p.92.
34. Villasmil R. Documentos del Proyecto Pobreza. Caracas: (UCAB)-ACPES-USB; 2002;3:57-84.
35. Banco Mundial. Informe de Desarrollo Mundial 2000-2001. *Attacking poverty*, Washington D.C. 2000. www.worldbank.org/poverty/wdpoverty
36. Holzmann R, Jorgensen S. Social protection as social risk management: conceptual underpinnings for the social protection sector strategy paper, Washington D.C. Banco Mundial, 1999 Documento de Análisis 9.904.
37. Sinha S, Lipton M. Undesirable fluctuations, risk and poverty: A review. Washington D.C. 1999.
38. Kambur R. World Development Report 2000: poverty and development: An overview of the work program. Washington D.C. 1998.
39. Mejía Ortega L, Franco Giraldo A. Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. *Rev Salud Pública.* 2007;9(3).
40. Madies C, Chiarvetti S, Chorny R. Aseguramiento y Cobertura: dos temas críticos de las reformas de la salud. *Rev Panam Salud Púb.* 2000;8(1-2).
41. Villasmil R. El subsistema de pensiones de la seguridad social. En: Venezuela. Un Acuerdo para alcanzar el Desarrollo. Equipo Acuerdo Social. Caracas, Venezuela. Publicaciones UCAB. 2006;8:281-299.
42. Mesa-Lago C. Atención de salud para los pobres de América Latina. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Fundación Interamericana; 1992. (Publicación científica 539).
43. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 1998.

44. Organización Panamericana de la Salud, Organización Internacional del Trabajo. Síntesis de estudios de casos de micro seguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe. Informe presentado en la Reunión Regional Tripartita, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999, en México, D.F.
45. Organización Panamericana de la Salud. Informe de Salud de las Américas. Volumen I, Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud. 2007.p.321.
46. Organización de Naciones Unidas. Metas del Milenio. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
47. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA58.33. Ginebra: OMS; 2005.
48. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CSP 26.R19. Washington, DC, OPS; 2002.
49. MSDS/OPS. Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas 2006.
50. Diagnóstico del Sistema de Salud. Análisis de las enfermedades emergentes y re emergentes. FMV, Ponencia Central de la Asamblea LVIII, Punto Fijo, estado Falcón, 27 al 31 de octubre de 2008. Capítulo III. Políticas Nacionales de Salud.
51. Díaz Polanco J. Salud y hegemonía en Venezuela: Barrio Adentro, continente afuera. Caracas: Cendes, UCV; 2008:74-84.

VI. Principios Orientadores en Salud Pública.

1. Gabaldón A. Palabras pronunciadas el 27 de agosto de 1955 con motivo del acto de de Instalación de la Sociedad Venezolana de Salud Pública Seccional Aragua. Salud Pública. 1955;1(4).
2. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima Segunda Edición, 2001. <http://buscon.rae.es/draeI>
3. Suárez JM . Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el Siglo XXI. Primer Congreso de Medicina y Salud UNAM,

- Ciudad de México, 22-24 abril, 2009. Disponible en: www.mex.ops-oms.org/.../equidad/universalidadequidadsalud_0409.pdf
4. Sanabria Montañez C. Inequidad en la Política de Salud del Perú. Perspectivas. 2000. Rev Fac Ciencias Económicas. V (16) 107-128. UNSMS. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/16/pdf/inequidadpolitica.pdf>.
 5. OPS. Cuaderno Técnico N° 46 1997. OPS-CEPAL: Salud Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe.
 6. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Pública, May/June 2002;11(5):302-309. ISSN 1020-4989.
 7. Williams A. If we are going to get a fair innings, someone will need to keep the score! En Barer ML, Getzen TE, Stoddart GL, editors. Health, health care and health economics. New York: Wiley; 1998.p.330.
 8. McLuhan M, Power BR The Global Village (Oxford University Press) 1989.
 9. ONU. Metas del Milenio www.un.org/spanish/millenniumgoals/
 10. Frías Osuna A. Salud Pública y Educación para la Salud. Barcelona, España: Elsevier- Masson. 2000.p.409-420.
 11. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima Segunda Edición, 2001. <http://buscon.rae.es/drae/>
 12. Olavarría Gambi M. Acceso a la salud en Chile. Acta bioeth. [revista en la Internet]. 2005 [citado 2009 Ago 31]; 11(1):47-64. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2005000100006&lng=es.doi:10.4067/S1726-569X2005000100006.
 13. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima Segunda Edición, 201. <http://buscon.rae.es/drae/>
 14. Guix Oliver J. Calidad en Salud Pública. Gac Sanit. 2005;19(4):325-332.
 15. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima Segunda Edición, 2001. <http://buscon.rae.es/drae/>

16. Guerra de Macedo C. Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Formulación de Políticas de Salud. Santiago de Chile. Chile Julio. 1975.
17. Declaración de Ottawa. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1 Ottawa, 21 de noviembre de 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1 www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
18. Declaración Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fe de Bogotá 9 al 12 de noviembre de 1992. OPS/ Ministerio de Salud de Colombia. www.cepis.org.pe/bvsdeps/fulltext/DeclaracionBogota.pdf
19. Carta del Caribe para la promoción de la Salud 4 de junio de 1993. Promoción de la Salud. Una Antología. OPS. www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/CaribbeanCharterSp.PDF
20. Quintero García, Pedro. La doctrina integralista de salud pública / Academia Nacional de Medicina; Federación Médica Venezolana. X Congreso Venezolano de Ciencias Médicas: Memoria; vol. 2. s.l, Miguel Ángel García, mayo 1987.p.569-575. Congreso Venezolano de Ciencias Médicas, 10, Caracas, 6-11 mar. 1983.

VII. Componentes del Sistema de Salud 1. Introducción

1. OMS. Informe de la Salud Mundial, 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra www.who.org
2. OMS. Informe de la Salud Mundial, 2003. Forjemos el Futuro. www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index7.html
3. Gwatkin D. Who would gain most from efforts to reach the Millennium Development Goals for health? An inquiry into the possibility of progress that fails to reach the poor. Washington, DC, Banco Mundial, 2002 (HNP Discussion Paper).
4. Victora CG. The impact of health interventions on inequalities: Infant and child health in Brazil. Poverty, inequality and health: an international perspective Oxford, Oxford University Press, 2001:125-136.

5. Kunst AE, Houweling T. A global picture of poor-rich differences in the utilisation of delivery care. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 2001;17:297-317.
6. Sen A. *Capability and well-being. The quality of life* Oxford, Oxford University Press; 1993:330-353.
7. Victora CG. Applying an equity lens to child health and mortality: More of the same is not enough. *Lancet*. 2003;362:233-241.
8. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la OPS. La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. *Rev Panam Salud Púb.* 2007;21(2/3):73-84.

2. La participación de la comunidad

1. OPS, Promoción de la Salud: Mejoramiento del estado de salud de la mujer y promoción de la equidad. Comité ejecutivo del Consejo Directivo. 13ª reunión, Washington D.C., 1993.
2. OMS Atención Primaria en salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre atención Primaria. Alma Ata. Ginebra, 1978.
3. WHO, Ottawa Charter of Health Promotion. Health and Welfare Canada. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.
4. Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la OPS (1990).
5. Participación de la comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud. OMS, serie Informes Técnicos, 809, Ginebra; 1991.
6. OPS, Promoción de la Salud: Mejoramiento del estado de salud de la mujer y promoción de la equidad. Comité ejecutivo del Consejo Directivo. 13ª reunión, Washington D.C.
7. IAES “Dr. Arnoldo Gabaldon”. La participación y la construcción de ciudadanía. 2005.
8. OPS. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2005.
9. OPS. Respuestas de políticas e intervenciones sobre los determinantes sociales de salud. 2009.

3. La rectoría y gobernanza

1. Saltman R.B, Ferrousier-Davis O. On the concept of stewardship in healthy policy. Bull of the World Health Organization. 2000;78(6):732-739.
2. Osborn D, Gaebler T Reinventing government. Reading, Massachussets: Addison Wesley; 1993.
3. Reich M. En: Diagnostic approaches to assessing strategies, weaknesses and change of health systems. Washington, DC: Economic Development Institute. The World Bank, 1998. (Flagship Module 2).
4. Gobernanza. <http://es.wikipedia.org/wiki/Gobernanza>
5. Diccionario de la Real Academia Española DRAE, 22^a Edición. <http://buscon.rae.es/draeI/>
6. Iglesias A. Gobernanza y redes de acción pública: La planificación estratégica como herramienta de participación en el Cuarto Seminario Internacional sobre Gobierno y Políticas Públicas. 1. Julio 2005. <http://laip.sinaloa.gob.mx/>
7. Commission on Global Governance, 1995:2.
8. La Comisión Europea. El Libro blanco: La gobernanza europea http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2001/com2001_0428es01.pdf
9. Worldwide Governance Indicators (WGI) http://info.worldbank.org/governance/wgi/sc_country.asp
10. World Bank Governance Surveys <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/WBI/EXTWBIGOVANTCOR/0,,contentMDK:20726148~pagePK:64168445~piPK:64168309~theSitePK:1740530,00.html>
11. Índice de Gobernanza Mundial (IGM) <http://www.world-governance.org/spip.php?rubrique45&lang=es>
12. Roses M. Steering Role of the Ministries of Health: Challenges for the 21st Century. Keynote address at the Hospital Governance Workshop for Ministres of Health and Permanent Secretaries of the Organization of Eastern Caribbean States, Bridgetown, Barbados, November. 2003:5-6.
13. WHO. Report on the WHO meeting of experts on the stewardship function of health systems. Meeting on the stewardship function in health systems. (HFS/FAR/STW/00.1). Geneva, Switzerland, 10-11 september, 2001.

14. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva: WHO; 2002.
15. OPS. La rectoría de los ministerios en los procesos de reforma sectorial. XL Consejo Directivo de la OPS. Resolución CD40.R12 l. Washington, DC OPS; 1997.
16. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Regional. 2007;I:362.

4. La fuerza de trabajo

1. WHO. Strengthening the health workforce: A draft technical framework. Montreaux Meeting, 4-6 April. 2005.
2. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2006. Por la Salud. Panorama General. <http://www.who.int/whr/2006/es>
3. Diagnóstico del Sistema de Salud. Estudio de las Enfermedades Emergentes y Re emergentes. Ponencia Central de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, 27 al 31 de octubre de 2008, Punto Fijo, Estado Falcón.
4. Serrano CR. Informe de Situación sobre Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Venezuela. OPS/OMS. Estrategia de Cooperación con los Países. Representación en Venezuela. Septiembre de 2001. Revisado en octubre de 2003. www.ops-oms.org
5. Cartaya, V. Empleo, Productividad e Ingresos, Venezuela 1990-1996. MSAS. 1999.
6. MSAS. Dirección de Recursos Humanos (1998).
7. PROVEA. Informe Especial. El derecho a la salud en el proyecto bolivariano. Caracas 2005.
8. Human Resource for Health and development. A Join Learning Inicitive. 2004. <http://www.fas.harvard.edu/~acgei/health.htm>
9. Human Resources for Health. Toolkit for Monitoring Health Systems Strengthening. WHO. October, 2008.

10. Llamado a la Acción de Toronto. 2006-2015. Hacia una década de los Recursos Humanos en Salud. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos-
11. Brito Quintana P. Desafíos y Problemas de la Gestión de Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales. Observatorio de los Recursos Humanos en Salud en las Reformas Sectoriales. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS/OMS, CEPAL, OIT, 2000 www.observatoriorh.org
12. Machado O. Trabajo Decente, Federación Médica Venezolana, abril, 2009.

5. La financiación

1. Informe de la Salud Mundial, OMS, 2000. www.paho.org
2. Diagnóstico del Sistema de Salud. Estudio de las Enfermedades Emergentes y Re emergentes. Ponencia Central de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, 27 al 31 de octubre de 2008, Punto Fijo, Estado Falcón.
3. PROVEA. Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela 2007. Situación del Derecho en el campo de la Atención Sanitaria. www.derechos.org/ve
4. Gertler P, Van der Gaag J. The willingness to pay for medical care: evidence from two developing countries. Baltimore, Maryland. The Johns Hopkins University Press; 1990.
5. Bitran R, McInnes DK. Demand for health care in Latin America: lesson from Dominican Republic and El Salvador. Washington DC, Economic Development Institute of the World Bank, 1993.
6. Musgrove P. Public and Private roles in health theory and financing patterns. Washington DC: The World Bank 1996, (World Bank Discusión paper N° 339)
7. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovate model for health system reform in Latin America. Health Policy 1997;41(1):1-36.

8. World Bank. Argentina facing the challenge of health insurance reform. Washington, DC: The World Bank; 1997. (LASHD ESW Report 16402 AR).
9. Baeza C, Cabezas M. ¿Es necesario el ajuste de riesgo en los mercados de seguros de salud en América Latina? Santiago de Chile. Centro Latinoamericano de Investigaciones para Sistemas de Salud (CLAISS); 1999.
10. Van der Ven WP, et al. Risk-adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands. *Health Affairs*. 1994;13(5):120-136.
11. Londoño JL: Pluralismo Estructurado en los servicios de salud: la experiencia colombiana. *Rev Análisis Económico*. 1996;11(2).
12. Titelman D, Utthoff A. The health care and reform of health system financing. Santiago, Chile: ECLA; 1999.
13. Improving health systems financing in low income countries. Montreaux Challenge. WHO. Making Health Systems Work. Reports of the Initiative. 2005-2006 Geneva. www.who.int/management/montreaux/en/
14. WHO. Economics and Financial Management: What to do District Managers need to know? Working Paper N° 6. 2006, Geneva. www.who.int/management/strengthen/en/index2.html

6. La información

1. Assessing the National Health Information System. Health Metric Network 2009. <http://www.who.int/healthmetrics/tools/hisassessment/en/index.html>
2. Framework and Standards for Country Health Information Systems. HMN, jan 2008. www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200802.pdf
3. Transparencia Venezuela. Situación del Acceso a la información en Venezuela, Año 2008, Caracas, noviembre de 2008. www.transparenciavenezuela.org
4. III Ronda del mecanismo de seguimiento de la implantación de la Convención Interamericana contra la Corrupción de la Sociedad Civil

- en Venezuela. Transparencia Venezuela, página 21, Caracas, agosto de 2009. www.transparenciavenezuela.org
5. Murray CJ. Towards good practice for health statistics: Lessons from the Millennium Development Goal health indicators. 2007;369(9564):862-873.
 6. Graham. WJ, Ahmed S, Stanton C Abou-Zahr C, Campbell OMR. Measuring maternal mortality: An overview of opportunities and options for developing countries. BMC Medicine 2008, 6:12doi:10.1186/1741-7015-6-12, <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/6/12>

7. La provisión de servicios y productos

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Health Managers Tool Kit: Clinical Service and Quality. Disponible en: <http://www.who.int/management/quality/assurance/en/index.html>
2. Bengoa R, Katar R, Key P, Leatherman S Rashad Massoud R, Saturno P 2006 Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems, WHO, 2006. Disponible en: <http://www.who.int/management/quality/assurance/en/index.html>
3. OPS/OMS 2003; Modificado de IOM 1996.
4. Institute of Medicine. Guidance for the National Healthcare Disparities Report. Washington, DC: National Academic Press.
5. Aday LA. At risk in America: The Health and Health Care Needs of vulnerable populations in the United States. 2nd edition. New Cork: John Wiley & Sons Inc.; 2001.
6. Institute of Medicine: Care without coverage: too little, too late. Washington, DC; National Academic Press, 2002.
7. OPS. La salud Pública en las Américas: Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington DC; OPS, 2002 (Publicación Científica y Técnica N° 589).
8. OPS. Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Informe Final Vol 1 (THS/OS/04/1), Washington, DC OPS, 2003

9. OPS. Estudio Regional sobre asistencia hospitalar e ambulatorial especializada en América Latina e Caribe. (TSH/OS/04/2). Washington, DC; OPS, 2004.
10. Restrepo Zea JH, Echeverri López ME, Vásquez Velásquez J, Rodríguez Acosta SM. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud: teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Económicas; 2006.
11. Ruales J. Elementos críticos de la organización del modelo de prestación para mejorar el acceso y utilización de los servicios de salud OPS – CIESS Curso Desafíos de la protección social en salud para la población materno-infantil: equidad, acceso y resultados en salud. México, DF, 23 a 27 de abril 2007.
12. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring the definition of quality and approaches to its assessment. Vol II. The criteria and Standard of quality. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982.
13. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly; 1966;44:166-203.
14. Donabedian A. The criteria and Standard of quality. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982.
15. Institute of Medicine. Envisioning the national health care quality report. Washington, DC; National Academic Press; 2001.
16. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. Washington, DC: DC; National Academic Press; 2001.
17. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Declaración de Maracaibo. Contrato Social de la Salud, 24 de Mayo de 2007. <http://www.svmi.web.ve/documentos/contrato.html>
18. PAHO. Major trends in health legislation in the english-speaking Caribbean 2001-2005, Washington, DC: OPS; 2006.
19. PAHO. Análisis of health sector reform: region of the Americas. Latin América and the Caribbean Health Sector Reform Initiative Series N° 12. Washington, DC; PAHO, 2004.

20. European Observatory on Health Systems and Policies. Glossary. Disponible en: <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage>
21. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(Supl 2):S331-S336.
22. Mendes, EV. A gestão dos Sistemas de Serviços de Saúde no Século XXI. Minas Gerais, octubre 2004.
23. OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Organización Panamericana de la Salud 2008. Disponible en: <http://www.lachealthsys.org/>
24. Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB, Morgan KL. Building integrated systems: The holographic organization. *Healthcare Forum J*. 1993;36(2):20-26.
25. Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo. Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya. 2007.
26. Milen A. What do we know about capacity building?
An overview of existing knowledge and good practice. WHO, 2001. Geneva.
27. Institute of Medicine. Performance measurement: accelerating improvement. Washington, DC: National Academic Press, 2006.
28. WHO. Issues in health information 3. Integrating equity into health information systems. 2006 OPS.
29. Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud. Informe de Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, 2007. Washington, DC. 2008 OPS.

8. Las nuevas tecnologías en salud

1. Edición Original: ca. 330 AJC. Edición Electrónica: 2007. <http://www.laeditorialvirtual.com.ar/>

2. Katz D, Kahn RL. Psicología social de las organizaciones. Biblioteca de Ciencias de la Administración. Editorial Trillas. 1985;5:128-129.
3. Katz D, Kahn RL. Psicología social de las organizaciones. Biblioteca de Ciencias de la Administración. Editorial Trillas; 1985;6:176-184.
4. Harvard Business Review on Nonprofits. Harvard Business School Press. Boston, MA.; 1999:29-36.
5. Creech, Bill: The Five Pillars of TQM. How to make total quality management work for you: Plume/ Penguin. 1995;12:496-525.
6. Bartol K, Martin D. Management: glossary. Irwin-McGraw-Hill; 1998:718.
7. Bartol K, Martin D. Management: Irwin-McGraw-Hill; 1998;11:369.
8. Brown, Sh., Eisenhardt, K. Competing on the edge: 111. Harvard Business School Press. Boston, MA.; 1998.
9. Bartol K, Martin D. Management: Irwin-McGraw-Hill; 1998;19:616-629.
10. The Human-Machine Interface (HMI). Internacional Engineering Consortium. <http://www.iec.org/online/tutorials/hmi/index.asp>
11. Hatala R, Smieja M, et al. An Evidence-Based Approach to the Clinical Examination. J General Internal Med. 1997;12(3).
12. Medicare. Personal Health Records. <http://www.medicare.gov/PHR/LearnMoreAboutPHR.asp#PHRPrivate>
13. Medical errors. Scope of the Problem. An Epidemic of errors. Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>
14. Reducing Errors in Health Care. Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>
15. Reducing Errors in Health Care. Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>
16. Assessing and Improving EHR Data Quality. American Health Information Management Association
17. Health Information Technology. <http://healthit.hhs.gov>

18. Norma NTC- ISO 9001 versión 2000 en el capítulo 8 Medición Análisis y Mejora, numeral 8.2
19. Vision for Health IT. Health Policy Comite (a Federal Advisory Comité. <http://healthit.hhs.gov>
20. El Sistema de Salud que necesita Venezuela. Anteproyecto de la Ponencia Central de la LXIV Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica. Enero de 2009
21. United Nations. Economic.