

Responsabilidad Social Institucional (RSI)

Experiencias en el entorno de una emergencia política compleja

Drs. Enrique López-Loyo¹, (Coordinador y expositor), José Félix Oletta², Marino J. González R.³, José Francisco⁴, Marco Sorgi Venturoni⁵

Academia Nacional de Medicina (ANM) de Venezuela

RESUMEN

Las instituciones académicas en su contexto funcional deben estar comprometidas con una gestión socialmente responsable. La teoría de la Responsabilidad Social presenta cuatro dimensiones relacionadas con los beneficios, el desempeño político, las demandas sociales y los valores éticos. La RSI de la ANM venezolana asume y exige, desde una visión globalizada, articular las diversas partes de la institución en un proyecto de promoción social de principios éticos y de desarrollo social equitativo y sostenible. Ante la tragedia que vive Venezuela, en los últimos 3 años, donde la crisis humanitaria, dado el grado de complejidad y prolongación en el tiempo, ha evolucionado a una emergencia política compleja se identifican sus factores fundamentales, tales como la inseguridad alimentaria, las epidemias, los desplazamientos forzados, la conflictividad y violencia con víctimas mortales en número creciente, el empobrecimiento acelerado de la población y la falta de acceso a servicios básicos, insumos y medicamentos

esenciales. A partir de esta situación se plantea un modelo dinámico de RSI para afrontar los retos de la crisis con énfasis en la grave situación de la salud. Se analizan los aspectos más relevantes de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) que se realiza en forma consecutiva desde 2014 y que describe la realidad imperante en el país, lo que demuestra la dimensión de la tragedia que afronta Venezuela. Considerando cifras oficiales y extraoficiales de organizaciones no gubernamentales de gran credibilidad se describe la grave situación que plantean las enfermedades emergentes y reemergentes tales como la malaria, el sarampión, dengue, chikungunya y difteria. Mención aparte merece la situación de la salud materno-infantil y juvenil dada la vulnerabilidad de este segmento de la población, considerando, entre otros aspectos la alta mortalidad neonatal. Junto a la solicitud de retomar la senda de una gerencia de estado que responda a nuestra realidad nacional se plantea una estrategia de comunicación basada en la educación médica y comunitaria que haga operativa y exitosa esta propuesta de RSI, considerando, entre

Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina ALANAM

Celebración Cincuentenario de la ALANAM (1967-2017) Bogotá D.C., Colombia 23, 24 y 25 de noviembre de 2017.

¹ Médico Anatomopatólogo, Doctor de Ciencias Médicas, Expresidente de la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas, Individuo de Número ANM y Secretario de la Junta Directiva ANM 2016-2018.

² Médico Internista, Profesor Agregado de la Universidad Central de Venezuela y Exministro de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela.

³ Médico Cirujano, Doctor en Políticas Públicas. Profesor Titular de la Universidad Simón Bolívar y Miembro Correspondiente de la ANM.

⁴ Médico Pediatra, Doctor en Ciencias Médicas, Profesor de la Universidad Central de Venezuela e Individuo de Número de la ANM. Exdirector General del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela.

⁵ Médico Coloproctólogo, Doctor en Ciencias Médicas, Director del Diplomado en Investigación Biomédica de la ANM y Miembro Correspondiente de la ANM.

otros elementos nuestro proyecto de maestría y la promoción de doctorados de futuros Académicos Individuos de Número.

Palabras clave: *Responsabilidad social. Crisis humanitaria- Epidemias.*

SUMMARY

Academic institutions in their functional context must be committed to socially responsible management. The theory of Social Responsibility presents four dimensions related to benefits, political performance, social demands and ethical values. The RSI of the Venezuelan ANM assumes and demands, from a globalized perspective, to articulate the different parts of the institution in a project of social promotion of ethical principles and of equitable and sustainable social development. Given the tragedy that Venezuela is experiencing, in the last 3 years, where the humanitarian crisis, given the degree of complexity and prolongation over time, has evolved into a complex political emergency, its fundamental factors are identified, such as food insecurity, epidemics, forced displacements, conflict and violence with increasing number of deaths, accelerated impoverishment of the population and lack of access to basic services, supplies and essential medicines. From this situation a dynamic RSI model is proposed to face the challenges of the crisis with emphasis on the serious health situation. The most relevant aspects of the National Living Conditions Survey (ENCOVI) that is carried out consecutively since 2014 and that describes the prevailing reality in the country are analyzed, which demonstrates the dimension of the tragedy facing Venezuela. Considering official and unofficial figures of highly credible non-governmental organizations, the serious situation posed by emerging and re-emerging diseases such as malaria, measles, dengue, chikungunya and diphtheria is described. Special mention deserves the situation of maternal and child health and youth given the vulnerability of this segment of the population, considering, among other aspects, high neonatal mortality. Along with the request to resume the path of a state management that responds to our national reality, a communication strategy based on medical and community education is proposed to make this RSI proposal operational and successful, considering, among other elements, our project of mastery and the promotion of doctorates of future Academics Individuals of Number.

Key words: *Social responsibility, humanitarian crisis, epidemics.*

I. Fundamentos de la Responsabilidad Social institucional (RSI).

El concepto de la Responsabilidad Social Corporativa o institucional surge en Estados Unidos a mediados del siglo XX, pero su mayor desarrollo fue en los años 70 introduciendo claramente el concepto de ética que se asocia con la caridad y la filantropía. Se planteó como una necesidad de las empresas de canalizar sus operaciones de carácter financiero hacia una acción social comprometida con el entorno en el que se desarrollan sus actividades.

Se identificaron rutas para lograr resultados más o menos homogéneos en su operatividad, sin embargo, el tiempo no ha dado una fórmula definitiva para la aplicación de estos principios que buscan devolver al entorno comunitario parte de los logros financieros exitosos de las corporaciones.

Se ha planteado que la diferencia entre una responsabilidad social que influye positivamente en la rentabilidad financiera y crea valor a la empresa es el diseño de la misma como una estrategia social relacionada con la estrategia económica (1).

La Responsabilidad Social de las empresas ha sido estudiada tanto desde el ámbito empresarial como desde el académico y sus enfoques son variados. Incluso dentro de la academia los aspectos que la definen son diversos. Tomando en cuenta las observaciones de Garriga y Melé (2004) existen cuatro grandes grupos de teorías dentro de las cuáles podría circunscribirse la responsabilidad social: las instrumentales, las políticas, las integrativas y las éticas. Sin embargo, un enfoque que ha ido tomando fuerza en los últimos años es darle un valor estratégico a la responsabilidad social a su vez alineada y en consonancia con la estrategia económica de las instituciones. En la práctica, cada teoría de la Responsabilidad Social presenta cuatro dimensiones relacionadas con los beneficios, el desempeño político, las demandas sociales y los valores éticos (2).

La responsabilidad social agrega un imperativo ético para hacer las cosas que mejorarán a la sociedad, y no aquellas que la podrían empeorar. Las instituciones académicas en su contexto funcional deben estar comprometidas

con una gestión socialmente responsable, ya que la formación humana y profesional es su propósito académico, así como la construcción de nuevos conocimientos está ligado a su propósito de investigación, y ambos constituyen sus principales actividades y por consiguiente son capaces de generar impactos específicos distintos a los generados por las empresas. Estos impactos, pueden ser reagrupados en cuatro rubros tales como los inherentes al funcionamiento organizacional, los educativos, los cognoscitivos y epistemológicos, y los de la sociedad y su desarrollo (3).

II. La Academia Nacional de Medicina de Venezuela y la Responsabilidad Social Institucional.

La Academia Nacional de Medicina de Venezuela (ANM) y otras corporaciones hermanas de América Latina, España y Portugal, enfrentan el reto de debatir y desarrollar sus modelos de Responsabilidad Social Institucional (RSI), impulsadas por presiones de la sociedad civil, del poder político, del mercado y de la situación cambiante del mundo globalizado, en escenarios de incertidumbre.

Siendo la ANM una corporación oficial, científica y doctrinaria que representa la ciencia médica nacional y una institución de utilidad pública, que puede actuar como cuerpo consultor en asuntos relacionados con las ciencias médicas y la salud pública (4), está obligada y comprometida con la RSI a partir de una dimensión ética de su organización; como lo fue, pionera y ejemplarmente desde su fundación.

El compromiso como corporación es mantenerse como factor de cambio social a partir de la visión holística de la ciencia médica, promoviendo la actividad docente que implica la educación médica continua, los procesos de investigación sobre la base de los requerimientos que impone la dinámica epidemiológica del país y las actividades de extensión que la organización sea capaz de impulsar al resto de los actores de nuestra sociedad.

Esta reflexión, renovada, sobre la Responsabilidad Social, que se inició en el mundo empresarial hace algunos años, comienza a debatirse ahora en el mundo académico y en otras instituciones de naturaleza no empresarial,

sin embargo, el estudio mundial sobre RSI tomó fuerza, luego que fue promovido por el Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Kofi Annan, en el marco del Foro Económico Mundial, celebrado en la ciudad Suiza de Davos en 1999, donde propuso a los empresarios suscribir un Pacto Mundial o Global que impulsara la Responsabilidad Social Empresarial en la comunidad internacional con miras a lograr un mundo sostenible dentro del marco de la globalización económica. El Pacto Global es una plataforma de diálogo, acción e interacción del sector privado con los gobiernos y la sociedad civil para la definición y desarrollo de una agenda global, nacional y local de desarrollo sostenible que declara 10 principios en 4 áreas fundamentales, a saber de los derechos humanos, el trabajo, el ambiente y la lucha contra la corrupción (5).

Sobre como practicar la RSI en una organización moderna no empresarial, de manera responsable y no como una mera receta cosmética, se han elaborado algunos ensayos (6). Así, la RSI se desarrolla en una institución cuando esta toma conciencia de sí misma. Toma en cuenta el entorno y el papel que juega la organización en ese entorno. Esta conciencia trata de ser global e integral incluyendo a todas las personas, como al ecosistema y debe fluir entre todos los elementos de la institución. Es una herramienta fundamental, que mejora la productividad, la calidad de gestión, mejora la información, produce mayor conocimiento, mejora la coordinación y la calidad; es un motor de innovación y fortalece la reputación y la credibilidad.

La toma de conciencia está ligada principalmente a una dimensión ética y al interés de hacer las cosas “bien”. Para que todos los beneficiarios internos y externos de los servicios de la organización estén “bien” Se trata de alinear la ética y la eficiencia institucional.

Las acciones institucionales y sus consecuencias, en diversos ámbitos, (sociales, científicos, laborales, económicos, ambientales), están definidas en principios y valores como parámetros de acción que voluntariamente asume, que responden a las exigencias y necesidades de todas las personas involucradas. Del diálogo entre los interesados y los afectados, por los servicios de la institución o de una anticipación

de los intereses de los afectados (5).

De esta forma, la ética institucional de la RSI que visualizamos en la ANM de Venezuela, es una ética al servicio de las personas y por demás responsable por las consecuencias de las acciones emprendidas. Está basada en los fundamentos internacionalmente reconocidos y requiere que ha de ser democrática y solidaria, producto del diálogo y del consenso entre todos los participantes y afectados. En igualdad de condiciones, y con el claro objetivo de reivindicar el respeto por los intereses individuales de cada uno. Una ética de la complejidad, que necesita de la visión holística y global de todos los aspectos en los cuales la organización participa. Una ética auto regulativa, que sirve a los intereses de todos y permite corregir permanentemente los errores y asegura la sostenibilidad y el equilibrio de la organización. Finalmente, obedece a exigencias de justicia (7).

En este enfoque, las responsabilidades institucionales de la ANM hacia la sociedad, dejan de ser solo apéndices de proyección social, es decir, de simple información o educación de la comunidad y permiten destacar la función central de orientación doctrinaria, de consulta y de servicio público que le son propias y sustantivas. Tampoco pueden ser productos de la moda o del marketing publicitario y menos del maquillaje externo que embellece la imagen institucional (5).

Por el contrario, su desempeño ético debe obedecer a un justo debate sobre los temas trascendentales del presente y el futuro, como la crisis del saber tecno-científico, hiperespecializado y fragmentado, la deshumanización de las prácticas profesionales, la crisis de valores, las crisis ecológicas y sociales a nivel mundial, los efectos globales que engendran y a la vez el significado social de la producción de conocimientos, y la formación profesional de líderes en el mundo del conocimiento. ¿Qué hemos aprendido de estas crisis, qué deberíamos aprender y qué debemos cambiar?

La RSI de la ANM venezolana asume y exige, desde una visión globalizada, articular las diversas partes de la institución en un proyecto de promoción social de principios éticos y de desarrollo social equitativo y sostenible, para promover la producción y transmisión de saberes responsables y contribuir con la formación

de profesionales y ciudadanos igualmente responsables.

Ante la tragedia que vive Venezuela, en los últimos 3 años, donde la crisis humanitaria, dado el grado de complejidad y prolongación en el tiempo, ha evolucionado a una emergencia política compleja (8) cuyos factores identificados, más importantes son:

1. Inseguridad alimentaria
2. Epidemias
3. Desplazamientos forzados (ver migración masiva al exterior superior al 1 % de la población)
4. Conflictividad y violencia con víctimas mortales en número creciente.
5. Empobrecimiento acelerado de la población y falta de acceso a servicios básicos, insumos, medicamentos esenciales.

En el curso de la grave crisis social, política y económica que presenta Venezuela la ANM ha puntualizado que existe una verdadera crisis humanitaria, agudizada particularmente en la situación de la salud. Se entiende por crisis humanitaria aquella situación en la que existe una excepcional y generalizada amenaza a la vida humana, la salud o la subsistencia. Tales crisis suelen aparecer dentro de una situación de desprotección previa donde una serie de factores preexistentes, tales como la pobreza, la desigualdad y la falta de acceso a servicios básicos, potenciados generalmente por el detonante de una catástrofe natural o humana, multiplican sus efectos destructivos (9). En el caso de nuestro país la implementación de un modelo político que limita todas las actividades de la vida nacional ha desencadenado esta lamentable situación sin precedentes en el ámbito iberoamericano.

A partir de esta difícil realidad, que afecta a toda la población del país, cobra mayor importancia el compromiso asumido por la ANM, en desarrollar su modelo de RSI, mediante muy diversas actuaciones. Su diseño ha sido inspirado por el modelo propuesto por el grupo de universidades chilenas denominado “Universidad construye país”, que comparte una visión integral de la RSI (10) y ha utilizado la matriz para formular y evaluar la calidad y la riqueza de las iniciativas

RESPONSABILIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL

de RSI, diseñada por la Dirección Académica de Proyección Social y Extensión Universitaria (DAPSEU) de la Pontificia Universidad Católica

del Perú (PUCP) (6) la cual consideramos aplicable para planificar algunas de las funciones propias de la ANM (Figura 1).



Figura 1. Modelo de RSI de la ANM de Venezuela.

Podemos identificar en el modelo, varias líneas de acción que se encuentran en desarrollo:

1. Gestión de calidad institucional.
2. Definición de la Calidad de formación académica de pre grado y posgrado y del ejercicio profesional.
3. Promoción y diseminación del conocimiento y de la investigación en seres humanos.
4. Educación, promoción y proyección social de las conductas saludables y los derechos ciudadanos, vinculados a la salud y la vida.

Asimismo, se han seleccionado las siguientes áreas o ejes temáticos:

1. Ayuda y asistencia humanitaria ante la crisis o emergencia compleja.

2. Desarrollo humano sostenible, calidad de vida y bienestar.
3. Desarrollo Económico, Generación de empleo digno.
4. Desarrollo tecno-científico sostenible y protección del medio ambiente.
5. Libertades, democracia, capital social y ciudadanía.
6. Desarrollo de capacidades y desarrollo cultural.
7. Retos éticos de la profesión médica.

En esta matriz colocamos varios de los productos de la RSI de la ANM, desarrollados en los últimos cinco años, o que están proceso de construcción.

Hemos elegido algunos ejemplos de ellos, para ilustrar en esta presentación, las respuestas de RSI de la ANM en el contexto de la emergencia política compleja venezolana. Específicamente, aquellos vinculados con la línea de acción 4, donde la educación médica comunitaria, juega un papel fundamental en el desarrollo humano sostenible, en la calidad de vida y en el bienestar de las personas, en áreas temáticas como: la crisis humanitaria, el desarrollo humano sustentable, calidad de vida y bienestar de la población y libertades, democracia, capital social y ciudadanía. (Cuadro 1).

III. El entorno social imperante en Venezuela. Aportes de instituciones académicas a las políticas públicas: el caso de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) en Venezuela (11-13).

INTRODUCCIÓN

El aporte de las instituciones académicas ha sido esencial para la modernización de los países de América Latina. La confluencia de esfuerzos entre universidades, centros de investigación y academias, ha permitido el desarrollo de nuevas ideas y la adaptación de otras a las realidades de nuestros países. A pesar de estos avances, es también notorio que se debe promover aún más la vinculación entre las instancias que generan conocimientos de manera sistemática, y aquellas que deben coordinar las políticas públicas y la asignación de recursos en las sociedades. Es por ello de especial importancia analizar las experiencias de alianzas académicas que han permitido la generación y difusión de conocimientos sobre

Cuadro 1

Matriz de iniciativas y proyectos de RSI
Academia Nacional de Medicina, Venezuela

Línea de acción/eje temático	Gestión de la calidad institucional	Formación de pre y posgrado Práctica profesional	Divulgación y producción de conocimientos	Proyección social
Ayuda humanitaria	s	b	c	d
Desarrollo humano sostenible, calidad de vida y bienestar	s	b	c	d
Desarrollo económico. Empleo digno	s	b	c	d
Desarrollo Tecnocientífico sostenible. Protección del ambiente	s	b	c	d
Libertades, Democracia, Capital social y ciudadanía	s	b	c	d
Desarrollo de capacidades, Desarrollo cultural	s	b	c	d
Retos éticos de la profesión médica	s	b	c	d

Áreas consideradas en el documento presentado en la reunión de ALANAM

problemas públicos, y de esta manera colocar en la agenda pública las dimensiones y particularidades de estas situaciones para que se promueva la implementación de políticas públicas adecuadas.

En esta sección de la ponencia se analizará la experiencia de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) realizada anualmente a partir de 2014, a través de la alianza de especialistas de tres universidades (Universidad Central de Venezuela, Universidad Católica Andrés Bello, Universidad Simón Bolívar) y de la Fundación Bengoa. A continuación, se analizarán las principales características de esta experiencia, a saber, 1. Identificación del problema de investigación, 2. El contexto en el cual se realiza la investigación, 3. Las condiciones que favorecieron la implementación de la alianza, 4. El proceso de trabajo, 5. Los resultados obtenidos, y 6. El impacto de la investigación.

El problema de investigación. Venezuela ha experimentado en las dos primeras décadas del siglo XXI uno de los procesos de destrucción institucional y productiva más grandes ocurridos en el mundo. En estos momentos la economía se encuentra en el cuarto año seguido de recesión económica. Especialistas y organizaciones internacionales han catalogado esta recesión como la más grande experimentada en América Latina en toda su historia. Paralelo a esta caída de actividad económica, el país padece el cuarto año seguido con la mayor tasa de inflación del mundo, la más alta en 25 años en América Latina, y con riesgo creciente de convertirse en hiperinflación. Estas monumentales restricciones económicas tienen efectos tremendos en las condiciones de vida de la población, y se enmarcan en un gran retroceso en las capacidades democráticas del país.

Todo lo anterior coexiste con una gran opacidad en el manejo de la información sobre condiciones de vida, elaborada y suministrada por organismos públicos. En consecuencia, la calidad de las políticas públicas decrece en la medida que las condiciones sociales empeoran. Por esta razón, especialistas de universidades y centros de investigación del país deciden en 2014, integrarse en un equipo con el propósito de diseñar y realizar una encuesta de condiciones de vida con representatividad nacional que generara información y permitiera plantear alternativas de

política en la actual situación del país.

El contexto de la investigación.

La medición de las condiciones de vida de la población a través de encuestas de hogares por muestreo se ha realizado en las últimas tres décadas en muchos países del mundo. Estas encuestas ya constituyen una práctica común. Organismos como el Banco Mundial y la UNICEF las han utilizado sistemáticamente para apoyar a los gobiernos en la toma de decisiones relacionadas con las condiciones de vida.

En Venezuela estas encuestas se realizaron en la última década del siglo pasado. Se realizaron cuatro encuestas (llamadas “Encuesta Social”) en 1991, 1992, 1993 y 1998. Estas encuestas formaron parte de las actividades de monitoreo de programas sociales y estaban bajo la responsabilidad de la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI). Desde esa época no se realizaban en el país estas encuestas. Y es por ello que el equipo de investigadores decidió adoptar esta metodología de medición como la base para la generación de información social.

La implementación de la primera encuesta (en 2014) partió de la premisa de que todas las fases de la investigación debían ser realizadas por las universidades y centros que forman parte de esta alianza académica. Con lo cual es muy probable que sea la primera experiencia en este tipo de encuestas que se encuentra completamente bajo responsabilidad de los investigadores, centros y universidades participantes. En 2015 se acordó que la encuesta se realizaría anualmente. Ya se han realizado tres encuestas (2014, 2015 y 2016), y se encuentra en campo la cuarta versión correspondiente al año 2017.

Condiciones para la consolidación del proyecto.

La iniciativa de la primera ENCOVI (2014) se pudo desarrollar con éxito por la influencia de al menos cuatro factores. El primero de ellos fue la posibilidad de concertar esfuerzos de un equipo de cerca de 15 especialistas, de seis centros especializados. Estos especialistas contaban con experiencia de investigación de muchos años en

sus respectivas áreas. Muchos de ellos habían trabajado juntos en proyectos previos. De manera que la integración del equipo fue rápida y fluida. El segundo factor está vinculado con el hecho de que el equipo de investigadores contó con el apoyo de las respectivas instituciones de afiliación, con lo cual se facilitó la difusión del proyecto como un esfuerzo múltiple y mancomunado.

El tercer factor está asociado con la metodología de investigación seleccionada. Esto es, a pesar de ser una investigación compleja, las etapas son fácilmente identificables y las fases y productos están muy definidos. De esta manera el trabajo de cada sub-equipo se puede articular con la marcha general del proyecto. El cuarto factor determinante fue contar con los recursos para financiar la realización de las cuatro encuestas hasta la fecha.

El proceso de la investigación.

La implementación de la investigación se ha realizado en las cuatro ediciones de las ENCOVI de acuerdo con las siguientes etapas:

- (1) Definición del cuestionario. Las ENCOVI tienen un cuestionario que abarca preguntas en las siguientes áreas: pobreza y programas sociales, alimentación, seguridad ciudadana, empleo, salud, educación, pensiones, vivienda y servicios, vulnerabilidad ambiental. En cada una de estas áreas los investigadores encargados elaboran la propuesta de preguntas. El número total de preguntas ha variado entre 100 y 110. Luego de la elaboración de las preguntas por cada área se procede con la revisión del cuestionario hasta acordar la versión final. Al año siguiente se revisa el cuestionario introduciendo los cambios que se consideren adecuados. El diseño y revisión del cuestionario se realiza entre los meses de abril y mayo de cada año.
- (2) Prueba del cuestionario. El trabajo de campo de las ENCOVI ha sido realizado por el Centro de Investigaciones Sociales (CISOR). Luego de acordar el cuestionario se realiza la prueba para conocer si las preguntas son percibidas adecuadamente por el entrevistado y verificar la secuencia de la entrevista. Con esta información se realiza un informe del

trabajo de campo que es conocido por los investigadores para incorporar los cambios necesarios. La prueba del cuestionario se realiza entre los meses de junio y julio.

- (3) Trabajo de campo y procesamiento de la encuesta. Estas dos fases se realizan en un período que ha oscilado entre 3 y 4 meses (entre julio y noviembre de cada año). En las dos primeras ENCOVI el número de hogares fue cerca 1 500 con un total aproximado de 6 000 personas. En la ENCOVI 2016 la muestra fue ampliada a casi 6 000 hogares con 26 000 personas.
- (4) Análisis y difusión. Luego de cumplida la fase de procesamiento y revisión, se entrega a cada sub-equipo la totalidad de la base de datos. Cada sub-equipo prepara el análisis respectivo para la presentación de los resultados a principios de cada año, en un evento realizada en alguna de las universidades. En esta oportunidad se invita a los medios de comunicación o se organiza una sesión exclusiva con ellos. También se colocan los resultados en la página web del proyecto. A partir de ese momento, los investigadores son invitados a los medios para informar en detalle sobre los hallazgos.
- (5) Publicación. Se prepara un capítulo de cada área para incluirse en un libro con los resultados de las ENCOVI. Hasta la fecha se han publicado dos libros y está en preparación el tercero, así como artículos en revistas especializadas. Los libros se terminan de preparar a mitad de año y salen publicados en el último trimestre.

RESULTADOS

Tal como se señaló anteriormente, las áreas de las ENCOVI son diversas y abarcan múltiples aspectos de las condiciones de vida de los venezolanos. A continuación, se presentan algunos de los hallazgos más significativos en las tres ediciones de las ENCOVI.

Niveles de pobreza

De acuerdo con los resultados de las tres

ENCOVI, el porcentaje de hogares en situación de pobreza medida por ingresos, es decir, aquellos hogares que no tienen para consumir la canasta básica de bienes, aumentó de 48,4 % en 2014 a 81 % en 2016 (Figura 2). La magnitud de este empobrecimiento es consistente con el deterioro económico experimentado en el país en los últimos cuatro años.

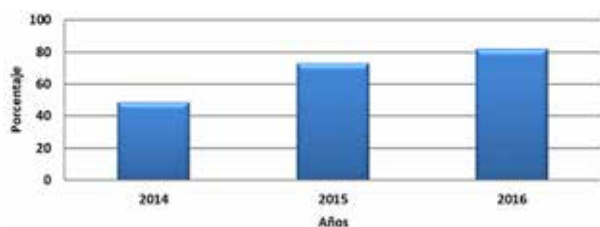


Figura 2. Venezuela: hogares en situación de pobreza por ingresos (%). Fuentes: ENCOVI (años correspondientes).

Al analizar solamente la canasta de alimentos, es decir, los hogares que no tienen los ingresos para adquirirla (Figura 3), también denominada pobreza extrema, se constata que en 2014 era el 23,6 %, mientras que en 2016 alcanzó a 49,9 %. Es decir, en este último año prácticamente la mitad de los hogares estaban en situación de pobreza extrema.

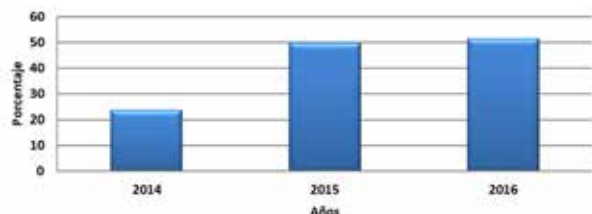


Figura 3. Venezuela: hogares en situación de pobreza extrema por ingresos (%), Fuentes: ENCOVI (años correspondientes).

Alimentación

Al explorar en cada hogar si los ingresos permitían adquirir los alimentos acostumbrados, el porcentaje de ingreso insuficiente aumentó de 80 % en 2014 a 93 % en 2016 (Figura 4). Es decir, casi la totalidad de la población ha tenido que adoptar restricciones en la compra de alimentos ante la diferencia entre los ingresos y la posibilidad de compra.

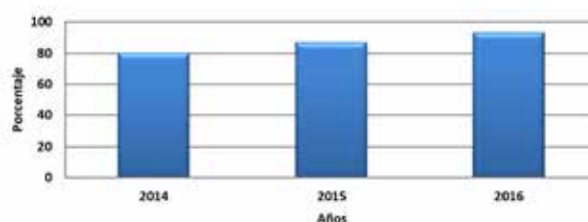


Figura 4. Venezuela: población con dificultad para comprar alimentos. Fuentes: ENCOVI (años correspondientes).

Seguridad ciudadana

La población que considera que la violencia ha aumentado con respecto al año anterior (Figura 5) aumentó de 86 % en 2014 a 94 % en 2016. Estas cifras indican la magnitud del clima de inseguridad y temor que afecta la vida cotidiana de los venezolanos. La gran mayoría siente temor de ser atacado en sitios públicos, incluso en su propia vivienda.

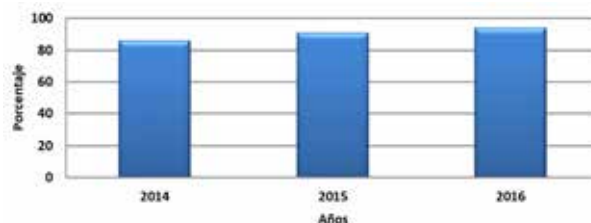


Figura 5. Venezuela: población que consideró que la violencia aumentó con respecto al año anterior. Fuentes: ENCOVI (años correspondientes).

Educación

También las ENCOVI han sido de utilidad para ilustrar las brechas de atención a la población. En el caso de la cobertura educativa en el quintil 1 (de menos recursos), la Figura 6 muestra que menos del 25 % de la población está cursando estudios (en todas las ENCOVI). En el quintil 5 (más recursos) alcanza a cerca del 75 %.

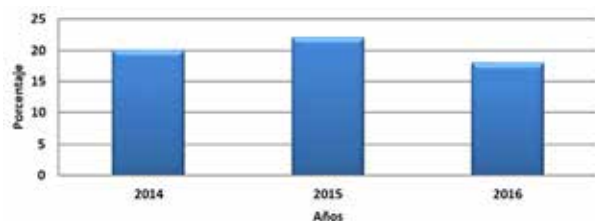


Figura 6. Venezuela: cobertura educativa de población de 18 a 24 años con menos recursos. Fuentes: ENCOVI (años correspondientes).

Salud (14,15)

De acuerdo con las tres encuestas ENCOVI, el porcentaje de la población general que reconoce padecer hipertensión está cercano a 8 % en 2016 (Figura 7). Esto significa que probablemente dos tercios de la población afectada por la enfermedad no lo reconoce, lo cual tiene serias implicaciones para las acciones que debería ejecutar el sistema de salud para garantizar el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado.

La población sin seguro de salud es superior al 50 % desde la primera medición en 2014 (Figura 8). Entre 2015 y 2016 el 10 % de la población perdió la cobertura de seguro de salud al alcanzar prácticamente al 65 %. Este hallazgo de ENCOVI es compatible con el hecho de que Venezuela tiene la mayor proporción de gasto de bolsillo en América (64 % en 2014 según cifras de la OMS).

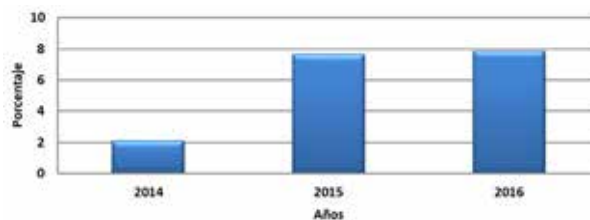


Figura 7. Venezuela: reconocimiento de hipertensión arterial en la población general (porcentaje). Fuente: ENCOVI (años correspondientes).

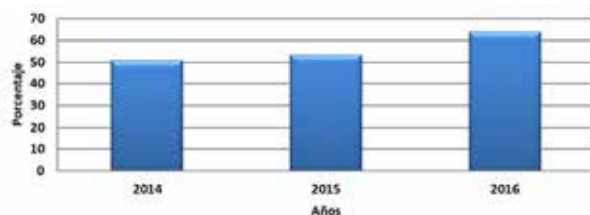


Figura 8. Venezuela: población sin cobertura de seguros de salud. Fuente: ENCOVI (años correspondientes)

Impacto

La realización de las tres encuestas ENCOVI, así como la difusión de los resultados obtenidos, han tenido impacto en los siguientes aspectos:

1. En un país afectado por la carencia de datos oficiales sobre la evolución de los principales indicadores económicos y sociales, la posibilidad de contar con una investigación anual, impulsada por tres prestigiosas universidades del país, ha sido de especial significación. Amplios actores sociales pueden acceder a la información y utilizarla en sus análisis.
2. Los medios de comunicación y las redes sociales también encuentran en los resultados de las ENCOVI una fuente de uso regular para el seguimiento de las condiciones de vida. Relevantes publicaciones internacionales también han dedicado reportajes sobre la situación de Venezuela en los cuales han citado

cifras de ENCOVI. *

3. En el plano técnico, las tres ediciones de ENCOVI han permitido enriquecer las líneas de investigación en las condiciones de vida de los venezolanos, así como ampliar el uso de la información por otros grupos de estudiantes e investigadores.

Las publicaciones elaboradas dentro del proyecto son de especial utilidad para el intercambio en los temas vinculados con las políticas públicas que afectan las condiciones de vida de los venezolanos.

La periodicidad de la información generada en el proyecto ha permitido que la población en general tenga acceso al seguimiento de las condiciones de vida, y contribuya a ampliar la preocupación de la población por los factores que afectan la calidad de la vida en la sociedad.

El proyecto ENCOVI es una demostración de las grandes posibilidades que ofrecen las instituciones académicas de los países para desarrollar iniciativas conjuntas y mancomunadas que repercutan en la generación y utilización de conocimiento útil para mejorar las condiciones de vida. Los aprendizajes de esta experiencia pueden servir de referencia para iniciativas similares en el contexto de la región.

IV. El reto de la grave situación de la Salud en Venezuela.

a. Situación general y de las enfermedades emergentes y re emergentes

Como consecuencia de la crisis financiera del país, producto de la mala planificación y ejecución de los recursos financieros, la corrupción administrativa y la falta de planes de contingencia y el poco interés del Gobierno Nacional para asegurar los recursos financieros necesarios para atender las necesidades básicas de la población, se ha producido una escasez extrema de medicamentos, productos médicos-quirúrgicos

y alimentos. Estos problemas agravan la ya compleja situación política, económica y social que vive el país (16). La última Encuesta sobre Condiciones de Vida indica que la inseguridad alimentaria está presente en el 93,3 % de los hogares porque el ingreso no alcanza para comprar alimentos (17). En dos estados (Zulia y Vargas), la prevalencia de desnutrición aguda global sobrepasó los umbrales de severidad media y coincidían con los límites que definen una situación de alarma o crisis en los marcos internacionales de clasificación de las crisis humanitarias (18). Cabe resaltar también que las personas en pobreza extrema perdieron en promedio 9 kilogramos de peso en los últimos 12 meses debido a la situación de escasez y acceso a los alimentos y a sus condiciones económicas (19).

El país presenta una profunda crisis humanitaria que aumenta progresivamente. El sistema de salud venezolano -al igual que el resto del país- está en crisis. La prolongación de la crisis por años y las calamidades en todos los ámbitos de la sociedad, la caracterizan como una "emergencia política compleja" (21). En los últimos 16 años, el sistema de salud se ha deteriorado aceleradamente hasta el punto en que en los actuales momentos no es capaz de atender las necesidades básicas de la población. Los recientes incrementos de la mortalidad materna, neonatal, infantil y el número excesivo de muertes por homicidios son signos de alarma nacional, regional y mundial (22).

La carga de enfermedades en el país es muy compleja. Un volumen creciente de enfermedades no transmisibles, demandan cada vez más servicios de salud, hospitalización y cuidados de altos costos, mientras que las causas externas, derivadas de la violencia criminal y los accidentes, impactan principalmente al grupo de población joven, especialmente a los varones en etapa productiva.

Las enfermedades transmisibles, prevenibles -mediante vacunas, o mediante programas de control de vectores, saneamiento ambiental, calidad del agua de consumo humano y educación para la salud- han reaparecido y amenazan con la ampliación de las áreas de transmisión. Ejemplo de esto, es la reaparición de la difteria después de 24 años de haberse erradicado; a causa de la ineficiencia del programa nacional

*La revista **The Economist**, por ejemplo, ha publicado las siguientes notas: "Let them eat Chavismo" (20 de junio de 2015) y "How Chavez and Maduro have impoverished Venezuela" (6 de abril de 2017).

de inmunizaciones, con coberturas sub óptimas y el aumento de personas susceptibles, no protegidas (23,24).

Otro caso alarmante es la situación de la malaria. Venezuela es uno de los países con el peor desempeño actual en el control de la malaria, en el mundo. Desde el 2015, Venezuela sufre la peor epidemia malarica de la región de las Américas con incrementos significativos en la incidencia de enfermos y muertes y, una expansión continua de la transmisión malarica en diferentes regiones del país (25,26). La transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se ha incrementado y las actividades de prevención son precarias. Se han agudizado los graves problemas de abastecimiento de tratamiento antirretroviral (ARV) con ausencias intermitentes, que ponen en peligro la vida de personas que viven con VIH por interrupciones y cambios no programados del esquema terapéutico. También existen limitaciones severas en las capacidades de diagnóstico de la carga viral para adaptar el tratamiento adecuado. La pobre capacidad de respuesta del sistema de salud, para el control y prevención de las enfermedades endémicas, se ha visto ampliamente rebasada con la introducción reciente de enfermedades infecciosas emergentes, transmitidas por *Aedes aegypti*, como chikungunya y zika, a las que se le ha dado respuesta insuficiente y tardía (26,27).

En noviembre de 2016, presentamos ante la Reunión de ALANAM, realizada en Madrid, una pormenorizada revisión sobre enfermedades emergentes y re emergentes en Venezuela (28). El documento incluyó recomendaciones específicas para la vigilancia y el control de malaria, chikungunya y zika, ante la debilidad de los programas integrados de vigilancia epidemiológica, control de vectores, búsqueda activa de casos, diagnóstico y tratamiento precoz, así como la participación de la comunidad como ha sido recomendado por expertos para aumentar la aceptabilidad y eficiencia de los programas (29).

El gobierno nacional ha interrumpido la publicación de información epidemiológica, continua periódica y completa. Esta conducta, contraria al derecho de la población general y de los profesionales de salud, de acceder a fuentes de información sobre temas de interés

general, ha sido reiterativa (30); la segunda semana de mayo de 2017, sin autorización de las autoridades del ministerio, fueron publicados en el portal electrónico del MPPS, los Boletines Epidemiológicos Semanales de las últimas 25 semanas de 2015 y de las 52 semanas de 2016. Nuevamente, toda la información epidemiológica fue suspendida y censurada desde hace 3 meses y no han sido diseminados datos de 2017. Dicha limitación de información ha privado a los profesionales de la salud, de una herramienta valiosa para el diagnóstico y conducción de los casos clínicos y a la población general, un obstáculo para reconocer factores de riesgo y como prevenir enfermarse. Esta conducta ha sido una barrera para el ejercicio pleno y efectivo del derecho a acceso a la información de fuentes oficiales y del derecho a la salud y deteriora aún más, la calidad del sistema sanitario (31). Las debilidades del sistema de salud en el país, han sido vinculadas con el aumento de las enfermedades transmitidas por vectores (32).

El sistema de salud de Venezuela no es capaz de promover la salud. A esta incapacidad del sistema de salud, para promover conductas saludables, garantizar la calidad del ambiente y la disponibilidad de agua en cantidad y calidad suficiente, se suman:

- El deterioro de acceso y cobertura de los servicios de asistencia médica.
- Deterioro severo de la infraestructura, mantenimiento y actualización planificada de recursos humanos, técnicos y equipos.
- Carencia extrema de medicamentos e insumos esenciales de diagnóstico de laboratorio clínico, microbiológico, radiológico, anatomopatológico e inmunológico.
- Grave déficit de personal de salud, altamente calificado, como consecuencia de la migración masiva de profesionales de la salud, provocada por las condiciones de inseguridad personal, inestabilidad social y política, sueldos miserables y condiciones indignas para el ejercicio de la profesión.

Estas carencias han afectado la red pública de hospitales y más recientemente a las clínicas y hospitales privados. Venezuela invirtió en un sistema público de salud paralelo, que al igual

RESPONSABILIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL

que el sistema de salud pre existente, colapsó. Una inversión masiva de recursos financieros en el sector salud por parte del Gobierno Nacional, entre 2003 y 2016, llevó a crear la Misión Barrio Adentro; esta inversión, carente de planificación, auditoría y controles, no ha sido eficiente para ofrecer servicios de calidad y ha sido incapaz para mejorar los indicadores de salud (16). Según la encuesta Nacional de Hospitales de 2017, 78 % de los hospitales públicos, presentan escasez de medicinas; 71 % no cuentan con servicios de ecografía y en el 97 % hay fallas severas o son inoperativos los laboratorios y no hay fórmulas lácteas en los servicios pediátricos de 64% de los hospitales públicos (33).

Venezuela es el país más vulnerable de América del Sur, respecto a la producción de medicamentos esenciales. El desabastecimiento de estos medicamentos esenciales para atender la demanda de la población, ha superado ampliamente los niveles críticos y alcanza cerca del 85 % en el área metropolitana de Caracas.

La carencia es mayor en el resto del país. El Gobierno Nacional no responde con urgencia, a estas necesidades y está contribuyendo de manera decisiva a un mayor sufrimiento de la población, al empeoramiento y complicaciones de las enfermedades de todo tipo, el deterioro de la calidad de la vida y de muertes evitables, como consecuencia de la falta de disponibilidad de medicamentos, equipos esenciales y pérdida de la calidad de los actos médicos (16).

La crisis humanitaria en el país ha acentuado el deterioro del derecho a la salud de las personas que viven en Venezuela, y empeorado los indicadores de salud (Cuadro 2), de los cuales destacan los aumentos de la mortalidad materna, la mortalidad infantil, la mortalidad neonatal, la incidencia de enfermedades endémicas y el acceso y cobertura a medicamentos y servicios esenciales. Asimismo, aumentaron las brechas para que Venezuela cumpla con los compromisos para el desarrollo sustentable de las Naciones Unidas (16).

Cuadro 2
Indicadores de salud, Venezuela (2015 y 2016)

	2015	2016
Defunciones maternas. Anuario de mortalidad, MPPS (2013) y Boletín Epidemiológico Semanal N° 52, MPPS (2016)	456	756
Tasa de mortalidad materna x 100 000 NV	83,36	135,08
Nacidos vivos (NV) (Proyección, Censo 2011, INE)	543 700	559 642
Morbilidad		
Casos notificados de difteria. Boletín Epidemiológico Semanal N° 52, MPPS, 2016	0	324
Casos reportados de malaria. Boletín Epidemiológico Semanal N° 52, MPPS, 2016	136 402	240 637
Casos reportados de dengue. Boletín Epidemiológico Semanal N° 52, MPPS, 2016	54 152	27 617
Tasa incidencia anual de SIDA	17,60	29,79
Por 100 000 hab	(2007)	(2014)
Tasa de mortalidad Anuario de Mortalidad MPPS (2012) y Boletines Semanales de Mortalidad Infantil (2016) MPPS.	2012	2016
No divulgado. Datos provisionales.		
Infantil (por 1 000 NV)	15,58	19,65
Neonatal (por 1 000 NV)	11,55	15,33
Posneonatal (por 1 000 NV)	4,03	4,32
	2014	
Gasto total en salud según el producto interno bruto (PIB) (*)	5,3 %	

(*) Datos más recientes disponibles. (**) Defunciones maternas fueron estimadas a partir cifras de año 2013.

Una mención especial merece la terrible situación de los pacientes oncológicos, los pacientes en tratamiento anti-rechazo de trasplantes, los que requieren terapias por patologías crónicas con requerimiento de medicamentos de base biológica y todos quienes son dependientes de las diálisis; su situación es de un estado extremo al ser abandonados los programas de asistencia que mantenía el sistema público de salud. El ocultamiento de las cifras de mortalidad general y específica trae consigo la sombra de tasas cargadas del horror de esta cruda realidad.

La crisis humanitaria en Venezuela fue denunciada y declarada por la Asamblea Nacional, el 26 de enero de 2016 y su existencia fue negada por el Gobierno Nacional. Así mismo la Ley Especial para atender la emergencia aprobada el 21 de abril de 2016, fue rechazada por el Tribunal Supremo de Justicia. Numerosas Organizaciones No Gubernamentales, han denunciado la tragedia sanitaria ante los organismos de Naciones Unidas y les han urgido a actuar con premura. Codevida (Coalición de Organizaciones por el Derecho la Vida y a la Salud) presentó un detallado informe ante el Comité de Derechos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, con motivo del Tercer Informe Periódico del Estado Venezolano en el Período de Sesión 55 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en Ginebra, Suiza, 2015 (34).

La Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM), mediante la Declaración de Madrid, del 18 de noviembre de 2016, reconoció el drama de la situación sanitaria del pueblo venezolano y contribuyo con su reclamo a divulgar la magnitud de la crisis y a exigir la intervención de los Organismos Internacionales de Salud (35).

El diagnóstico de nuestro sistema de salud, nos lleva a reconocer que está gravemente enfermo, padece de:

- Rectoría débil
- Su organización y servicios prestados a la comunidad, fragmentados y segmentados.
- En su gestiones ineficiente, opaco, centralizado, desordenado, caótico y corrupto.
- No es capaz de atender las demandas de salud de la población en cantidad y calidad.

- No garantiza la salud de los venezolanos.
- No ofrece acceso universal a los servicios.
- Es inequitativo e injusto.

La construcción de un país saludable, superada la dictadura que padecemos, nos convoca a todos a promover un Contrato Social, a participar, colaborar y trabajar, para conciliar posiciones y alcanzar acuerdos, en la medida de nuestras capacidades, a aportar soluciones y a comprometernos a contribuir entre todos, para re establecer la democracia en Venezuela y la gobernabilidad necesarias, para responder urgentemente a las necesidades de la población, tarea que puede ser facilitada, mediante la orientación de la ANM y con la colaboración y la ayuda de la comunidad internacional.

Un proyecto nacional de salud, debe poseer objetivos claros como:

- Mejorar y proteger la salud
- Ofrecer respuestas equitativas
- Responder adecuadamente a las expectativas legítimas y crecientes, de salud de la población.

Lo concebimos, inspirado en valores y principios tales como:

- Humanismo
- Ética
- Equidad
- Solidaridad
- Calidad
- Eficiencia
- Eficacia

Para corregir la situación de extrema calamidad que sufre el sistema de salud en Venezuela, en primer lugar, será necesario emplear medidas extraordinarias y fondos de financiación especiales, con ayuda de la comunidad internacional. Deberán disponerse recursos humanos, técnicos y de equipos e insumos para atender las necesidades urgentes de la población en alimentos, medicinas esenciales, vacunas e insumos para la salud. La reconstrucción del sistema de salud requerirá el esfuerzo de todos, de manera progresiva y a mediano y largo plazo, mediante el fortalecimiento institucional. En

documentos acogidos por la Academia Nacional de Medicina, hemos aportado algunas ideas para llevar a cabo esta tarea, dirigida a combatir la pobreza y la exclusión en salud (36).

Estamos empeñados en construir un país saludable, en paz y armonía, para lo que se requerirá:

- Re-institucionalizar el país y en particular, el sector salud.
- Definir prioridades por grupos de población y criterios epidemiológicos.
- Priorizar acciones tomando en cuenta las restricciones financieras.
- Redirigir y fortalecer las acciones hacia la educación de la población en salud, la promoción, la prevención, la asistencia y la rehabilitación.
- Impulsar la formación de recursos humanos calificados.
- Estimular el retorno de los profesionales que migraron, mediante incentivos económicos, sociales y académicos.
- Evaluar los resultados mediante auditorías de gestión, desempeño y objetivos cumplidos.
- Ajustar objetivos, metas y acciones, mediante evidencias suficientemente validadas.

El irrenunciable compromiso y la responsabilidad Social Institucional de la Academia Nacional de Medicina, han sido manifestados con claridad, por medio de oportunas y autorizadas declaraciones públicas de su Junta Directiva, y mediante sus instrumentos de divulgación y disseminación de información (como las Publicaciones especiales, la Gaceta Médica de Caracas, el Boletín de la Academia y el Portal electrónico de la Corporación) y a pesar de la precariedad de recursos financieros, por medio de la organización y el patrocinio de Congresos, eventos y reuniones, con otras Academias, a nivel Internacional y Nacional, para tratar urgentes temas de salud de interés general y de importancia para la comunidad, dirigidas tanto a los profesionales de la salud como para el público en general; actividades que cobran particular relevancia en momentos en que Venezuela sufre el irrespeto de las garantías y la violación de derechos fundamentales, para

el pleno ejercicio de la libertad, de la vida, de la salud, de la alimentación, de la seguridad personal, del acceso a los servicios asistenciales, con equidad para todos y cada uno de los ciudadanos.

b. Salud materno-infantil y juvenil. La realidad venezolana en un segmento de alta vulnerabilidad.

En todo país el área de la salud de adolescentes madres o embarazadas, niños, adolescentes y jóvenes, corresponde con los segmentos poblaciones de mayor vulnerabilidad y que ejemplarizan o reproducen con particular similitud las limitaciones propias del entorno socio-económico circundante. Por otra parte, es universalmente aceptado que los niños, los adolescentes, los jóvenes, las mujeres embarazadas, los adultos mayores y los discapacitados tienen más riesgos de perder la salud, que el resto de la población.

Todo lo que contribuya a que los seres humanos crezcan y se desarrollen sanos, inteligentes y felices, al máximo de su potencialidad, está doblemente justificado: como ser humano y como relevo generacional, porque este amplio grupo etario, constituye el 100 % del futuro poblacional del país.

El concepto de salud aprobado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948, hace 69, años expresa: “Salud es el estado completo de bienestar biológico, psicológico y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (37), amerita una revisión. La nueva definición se beneficiaría de una expresión como “salud integral”, para dar cabida a varios aspectos, como los económicos, ambientales tanto humanos como físicos, entre otros.

El nuevo texto podría ser el siguiente: “La salud integral es un estado de completo bienestar, biológico, psicológico, económico y ambiental (humano y físico), y no exclusivamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Consideramos importante destacar la responsabilidad social de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, en relación con la situación de salud de las personas de varios grupos etarios que tienen como característica común, el estar en proceso de crecimiento y desarrollo.

Los conceptos de niño, adolescente y joven,

han superado los límites de lo señalado en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (DRAE) (38).

El concepto tradicional de infancia, que se extendía hasta los 12 años de edad, fue superado en el siglo XX, cuando se incorporó, formalmente a los adolescentes, entendidos como personas entre 10 y 19 años (OMS) (39). Por otra parte, el concepto actual de niño se extiende hasta los 17 años y 11 meses, según lo establecido en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) (40), aprobada en 1989 y la aprobación, además, como ley venezolana (41), asumida por todos países del mundo, con excepción de EE.UU. Desde hace varios años, existe la tendencia a extender la adolescencia, actualmente traslapada con el período denominado “joven”, establecido por la ONU “Jóvenes son las personas entre 15 años y 24 años” (42).

Además, es indispensable considerar el período intrauterino, hasta la etapa prenatal y el parto, porque las condiciones de salud de la embarazada, son de gran trascendencia en el crecimiento, desarrollo y estado de salud actual y futuro de la criatura. Por todas estas razones, la llamada salud materno infantil, debería denominarse “materno-infanto-juvenil.

El período intrauterino, autodefine su duración. El tema merece una atención muy especial, ya que hay mayores riesgos y dificultades para la madre y para el niño en gestación, especialmente cuando viven en sectores con pocos recursos y muy particularmente, en las embarazadas menores de 16 años.

En los países de América Latina se trabaja con varias definiciones de niños y adolescentes, que difieren en cuanto a los lapsos, especialmente en los conceptos de adolescente y joven. Sin embargo, hay que considerar que la CIDN, tiene preeminencia sobre las leyes nacionales, por tratarse de un acuerdo refrendado y asumido por todos los países de la región latinoamericana.

Es oportuno señalar, que el indicador internacional del embarazo en adolescentes [Tasa Específica de Fecundidad (TEI) 15-19 años], oscilaba en 2013, entre 51 y 109. La tasa media en Latinoamérica es 76 por 100 000 mujeres de 15 a 19 años.

Los tres países con cifras más bajas son Cuba (51), Chile (54) y Puerto Rico (55) y los tres países con valores más altos son: Nicaragua (109) Honduras (108) y Venezuela: 103. Nuestro país tiene la tasa más elevada de Suramérica (43).

El indicador utilizado internacionalmente, excluye a los niños nacidos de madres menores de 15 años (44), lo cual debería ser modificado a la brevedad posible, ya que el grupo excluido, aunque minoritario, tiene riesgos muy altos y peores consecuencias.

El vertiginoso crecimiento y desarrollo de la ciencia médica a partir de la II Guerra Mundial (1939-1945), ha obligado a fraccionar la responsabilidad de atención, lo cual se expresa en la multiplicación de subespecialidades médico-quirúrgicas. La atención de los niños desde antes de la concepción, hasta la adultez, no es una excepción.

En los países denominados industrializados o desarrollados y en los sectores desarrollados del resto de los países, el cuidado pre-concepcional, en la mujer sana, así como durante el embarazo y el parto, disfruta de mejor atención preventiva y curativa y presenta muchos menos problemas y necesidad de atenciones específicas, porque la calidad de vida adecuada y suficiente, disminuye notablemente los riesgos para la criatura.

Muy diferente, es la situación en los países pobres y en los sectores pobres de los países desarrollados, de tal manera que, los primeros, necesitan cumplir más acciones preventivas específicas y eficaces, para que los niños nazcan sanos. Esto sucede porque no disponen de suficientes recursos y generalmente los manejan de manera incompleta o inadecuada.

La simplificación de sustituir los conceptos tradicionales de “puericultura y pediatría”, por “pediatría”, en nuestra opinión, ha sido perjudicial porque favorece el énfasis, casi exclusivo, en la curación (iatros = curación), no solo en la atención, sino en la formación de médicos generales, de especialistas en el área y de otros integrantes del equipo de salud.

Los pioneros de la puericultura consideraron su campo de acción, en cinco grandes momentos: pre-concepcional, embarazo, natal y posnatal. El progreso científico ha obligado a multiplicar los tipos de profesional que amerita cada una de

estas etapas, lo cual debería generar trabajo en equipo, preferiblemente interdisciplinario.

Referirse a responsabilidad “social”, obliga a un análisis: El amplio uso del término “social”, ha sustituido a otros más precisos y elocuentes. La acepción de “social”, que nos interesa más, tomada del DRAE (38) es: “Pertenciente o relativo a la sociedad” y “sociedad”: “Conjunto de personas, pueblos o naciones, que conviven bajo normas comunes”.

De esta manera, cuando se hace referencia a “medicina social”, se incluye a las personas y las interrelaciones, pero se excluye el entorno físico y sus alteraciones, de tanta importancia para la salud (pobreza, marginalidad, contaminación, irradiación, ruido, cambio climático, ciclones, tormentas, inundaciones, terremotos, entre otras). No cabe duda de la gran importancia de la ecología en la salud.

Por otra parte, además de cierta imprecisión y ambigüedad, las expresiones “medicina o pediatría social, constituyen una redundancia, tal como sería decir “sacerdote creyente”. La medicina es social, en su esencia, o no es medicina, porque en cualquiera de sus formas promoción, prevención, curación o rehabilitación, implica factores relacionados con el entorno humano, inclusive, cuando se utilice la vía electrónica.

Es importante comentar, que el término “social”, sugiere, en la práctica, una finalidad caritativa, de favor o de conmiseración, cuando, por el contrario, debería implicar derechos, con lo cual podría abarcar a todos los estratos sociales y sería mucho más moderna y democrática.

Dada su amplia utilización, se puede aceptar, para su análisis, la expresión “factores sociales”, a los que tienen más relevancia, como la pobreza, la ignorancia, el embarazo en adolescentes, la mayor morbilidad y mortalidad en los sectores de menos recursos, la falta de equidad en la atención de salud y la orfandad, entre muchos otros.

Debe recordarse que los “factores sociales”, no son exclusivos de las personas de menos recursos: tener un progenitor alcohólico, demente o agresivo es un problema social, en cualquier estrato, la diferencia, reside principalmente, en la posibilidad de acceso a soluciones suficientes y eficaces. Hasta podría hablarse de “factores sociales positivos y negativos”, por ejemplo,

disponer o no de la protección de un seguro de salud y vida, que cubra, de manera eficaz todas las posibilidades.

Una manera sencilla de valorar los aspectos denominados sociales respecto al fenómeno salud enfermedad, es imaginar, por ejemplo, que un país pobre, se transforme en un lapso determinado, en un país similar a Suiza o a Noruega, incluida, por supuesto, la preparación de su población, y a continuación, tratar de enumerar los factores sociales que desaparecerían y cuáles aparecerían, al cambiar el entorno de las personas y sus condiciones de vida y salud.

No cabe la menor duda que “el entorno”, es determinante, no solo en la posibilidad de enfermarse, sino en la más importante la posibilidad de crecer, desarrollarse, mantenerse sano y recuperar la salud perdida, desde la concepción hasta la senectud. Hay una frase, de cuyo autor no tenemos información, que lo resume de manera inmejorable: “Cualquiera que sea el padre de la tuberculosis, la madre es la pobreza”.

Como lo analizamos, nuestro país confronta en la actualidad la situación más grave y compleja, desde los años de la independencia de España, en todos los aspectos: salud, economía, política, social, ambiental y ético, por lo tanto, referirse a planes racionales de salud, para Venezuela en 2017, requiere una estabilización basal, como plataforma de despegue de importantes cambios y acciones.

La pertinencia de la participación de la ANM de Venezuela en formular estrategias para afrontar la difícil situación que se vive en el país en el ámbito de la salud materno-infantil y juvenil está sustentada en la ya citada Ley Orgánica de nuestra Academia, así como en los preceptos de la Constitución Nacional, que incluye varios artículos (N° 83, 84 y 85) en los cuales deja claro que el Estado debe garantizar a todos los habitantes el Derecho a la Salud de manera gratuita (45), asimismo la Convención de los Derechos del Niño (40), la Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) (46) y otras leyes, igualmente lo especifican y ratifican.

El caso de la situación actual de salud en Venezuela, tal como ya lo describimos, es paradójico, porque de haber sido un ejemplo

de acciones sanitarias en varios momentos de su historia, tales como la exitosa campaña anti-malárica en el lapso 1936-1950, o la temprana erradicación de la viruela en 1956, lograda 21 años antes de la fecha de erradicación mundial en 1977, la atención institucional del parto con un 96 % de cobertura, así como una progresiva disminución de la mortalidad infantil y de la mortalidad general, entre otros muchos éxitos, se ha transformado, en las últimas dos décadas, en un país de sanidad regresiva, como consecuencia directa de acciones políticas que condujeron a un empobrecimiento general vertiginoso, demostrado por la disminución notable de la calidad de vida de todos los habitantes y la reaparición de grandes áreas de patologías endémicas (47).

La certificación oficial de la gravedad epidemiológica de la salud materno-infantil en Venezuela se produjo cuando por un hecho “aparentemente incidental” el Ministerio del Poder Popular para la Salud tras casi dos años de ausencia de datos publicó el Boletín Epidemiológico de la semana 52 del año 2016, lo cual trajo como consecuencia el despido abrupto de la Ministra en funciones. El motivo era que en el mismo se dan las cifras acumuladas de 2016 y se comparan con las de 2015. Se registra en ese explosivo documento un aumento del 30 % en la mortalidad infantil, de 8 812 casos a 11 466 casos (Figura 9 y 10) y de un 65,79 % en la mortalidad materna, de 456 casos a 756 casos. Ello se traduce que cada día murieron 7 niños venezolanos menores de 1 año y que en la primera semana de vida la muerte se produjo por causas que pueden prevenirse y tratarse exitosamente (48).

Ante estas situaciones la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, al igual que numerosas organizaciones científicas, gremiales y otras no gubernamentales, tales como la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, la Sociedad Venezolana de Salud Pública, la Red de Derechos Humanos de Niños Niñas y Adolescentes (REDHNNNA), la Red Defendamos la Epidemiología y Centros Comunitarios de Aprendizaje (Cecodap), entre otros, ha dejado sentir su voz de protesta y alarma, a través de numerosos comunicados en la prensa y por correspondencia dirigida a todos los organismos de la Salud Pública nacional, declaraciones por

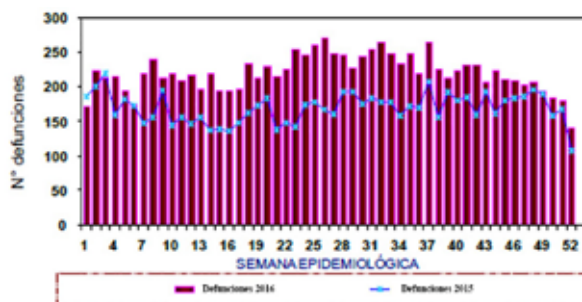


Figura 9. Mortalidad infantil. Número de muertes según Semana epidemiológica. República Bolivariana de Venezuela, años 2014-2016. Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica MPPS. 2016 SIVIGIL A (Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna e Infantil).

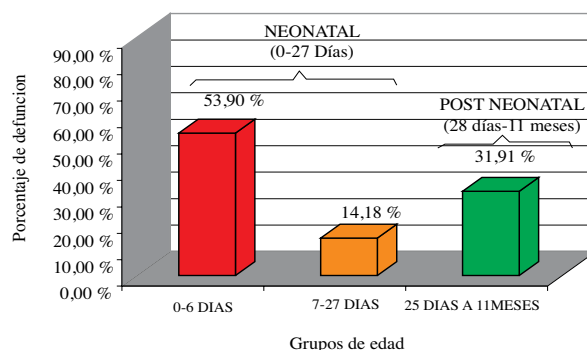


Figura 10. Mortalidad infantil. Distribución porcentual por grupos de edad. República Bolivariana de Venezuela, año 2016. Semana Epidemiológica N° 52. . Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica MPPS. 2016 SIVIGIL A (Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna e Infantil).

los medios de comunicación masiva escrita y audiovisual, en repetidas oportunidades, sin obtener respuesta, ni la aparición de soluciones a los problemas planteados y en vista de lo obvio de las carencias, se ha recibido ofertas de diversos países y de organizaciones internacionales de apoyo humanístico, para hacer entrega gratuita de alimentos, medicamentos e insumos relacionados con la salud, entre otros, cuyo ingreso al país ha sido impedido, de manera incomprensible, por las autoridades del más alto nivel en el país.

En relación con el importante tema de la pérdida de la institucionalidad en el país, seis academias venezolanas, entre ellas la ANM, publicaron en 2015, en edición digital, el libro titulado “La Pérdida de la institucionalidad en Venezuela”. El Capítulo 1, titulado “Academia Nacional de Medicina. La pérdida de la institucionalidad y su impacto en la medicina venezolana”, (pp 9-117), plantea un extenso análisis y propuestas sobre el tema, con énfasis sobre su relación con aspectos legales (49).

Propuestas generales

Dentro de los planteamientos propuestos por nuestra academia, en particular para revertir la situación de la salud materno-infantil-juvenil (PMIJ) en el país, podemos enumerar:

- Revertir la tendencia en aumento y lograr el descenso progresivo de las tasas de Mortalidad Infantil y Mortalidad Materna.
- Garantizar la alimentación adecuada suficiente de los grupos etarios incluidos en la población PMIJ.
- Incrementar hasta 90 %, la cobertura de las inmunizaciones (vacunas), previstas en el esquema del MPPS y agregar las faltantes, como lo son la de la Varicela y el VPH.
- Actualizar la publicación de las estadísticas oficiales de mortalidad, morbilidad y de embarazo de adolescentes.
- Garantizar el acceso oportuno y suficiente de los medicamentos a toda la población.
- Garantizar la existencia permanente, suficiente y oportuna de equipos e insumos médico-quirúrgicos, de laboratorio clínico, imagenología y radioterapia.
- Control y eliminación de la desnutrición moderada y grave, en la población MIJ.
- Control y disminución de la obesidad moderada y grave en la PMIJ.
- Investigar a fondo las situaciones violentas donde participan, activa o pasivamente la población de PMIJ.
- Desarrollar actividades para reducir al mínimo

el embarazo en adolescentes, con más énfasis en las menores de 16 años.

- Evaluar la calidad de la educación y la importancia del abandono de los estudios.
- Aplicar las soluciones indispensables para garantizar el acceso y permanencia de los niños y jóvenes, en los institutos educacionales.
- Repetir y mejorar la experiencia positiva de los denominados Hogares de Cuidado Diario, debidamente organizados, apoyados y supervisados.
- Prevenir y controlar las enfermedades emergentes y re emergentes, especialmente desnutrición moderada y grave, malaria, dengue, tuberculosis, obesidad infanto-juvenil, VIH/Sida, sífilis, entre otras.
- Analizar el funcionamiento y eficacia, de la Red de Ambulatorios Barrio Adentro y de las competencias de su personal, especialmente los Médicos Integrales Comunitarios, con déficit manifiesto en su formación.
- Extender la red de servicios de energía eléctrica, aguas blancas, aguas servidas, vialidad y desechos, a todo el país, con énfasis en las zonas de población de menos recursos, garantizando su funcionamiento normal y eficiente.
- Desarrollar actividades permanentes destinadas a la solución de situaciones conflictivas por vía pacífica, en los institutos educacionales, empresas, comunidades, entre otras, con el fin de revertir la pugnacidad existente en el país.
- Favorecer la existencia de fuentes de trabajo para la población juvenil, compatibles con la prosecución de sus estudios.
- Lograr el incremento de becas para niños y jóvenes de menores recursos.

Estrategias que mejorarían el estado de la salud materno-infantil-juvenil (PMIJ).

Para el logro de estas propuestas se han planteado un cuerpo de estrategias, todas enmarcadas dentro de los objetivos de Responsabilidad Social Institucional de la ANM, entre estos destacan:

- Mejorar de manera significativa el nivel de calidad de vida de la población, con desarrollo

de pleno empleo, eliminación progresiva de la pobreza, seguridad social para toda la población y eliminación de la inseguridad en todas sus formas.

- La atención del complejo salud-enfermedad requiere procedimientos de eficacia probada, por ejemplo la Estrategia Atención Primaria de Salud, bien entendida, es decir que incorpore la participación activa, consciente, voluntaria y organizada de la comunidad en los equipos de salud de los Ambulatorios y otros niveles de atención.
- Reconsiderar la estructura y funcionamiento de los Ambulatorios, en cuanto a las competencias y preparación de su personal, así como a la dinámica de trabajo, de tal manera, que mejore sustancialmente la capacidad resolutoria real y disminuya la frecuencia innecesaria de referencias a instituciones más complejas.
- Analizar las ventajas de contar con Médicos especializados en Puericultura y Pediatría así como también en Medicina Familiar, como parte del personal fijo del ambulatorio. Los costos estarán plenamente justificados.
- Evaluar las ventajas de formar personal que se dedique exclusivamente a la orientación y educación sanitaria de la población, tanto en los ambulatorios como en escuelas y otros sitios de reunión. En el pasado hubo experiencias exitosas en el país tal como el recordado Proyecto Familia.
- Las tareas de inmunización deben ser controladas y continuas, no en campañas, las cuales tienen más beneficios políticos que sanitarios.
- En el caso específico de la población infantil la estrategia Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de la OPS/OMS ha demostrado eficacia y justificado costo /beneficio.
- Desarrollar políticas gubernamentales de educación y apoyo, relacionadas con el riesgo de embarazo en la adolescencia, así como maltrato infantil, buen trato y prevención de accidentes.
- Otras estrategias como el Plan Ampliado de Inmunización (PAI), Atención Perinatal Centro Latinoamericano de Atención Perinatal (CLAP) y el GOBI por sus siglas en inglés para Atención especial al Crecimiento y Desarrollo, Rehidratación oral, lactancia Materna e inmunizaciones, ente otras. Todas con manuales disponibles que ayudan a su aprendizaje y aplicación, editadas en su mayoría, por la OPS/OMS. Igualmente importante, es la aplicación de las recomendaciones del documento Objetivos del Milenio, ya que, directa o indirectamente, benefician al sector de población de madres, niños y jóvenes.
- Trabajar bajo la norma de centralización normativa y descentralización operativa.
- Disponer de datos sobre las familias en las comunidades, en una carpeta por cada familia, para poder sugerir acciones y controles a los demás integrantes cuando alguno de ellos asiste al ambulatorio donde están adscritos.
- La formación del personal de salud, debe incluir aspectos socioculturales y habilidades para aplicarlas, para facilitar la comprensión de la integralidad de las acciones de salud sean preventivas o curativas.
- Los adelantos y disponibilidad de la telefonía móvil, deben utilizarse con redes de Telemedicina, no solo en el medio rural, sino también en los ciudadanos, especialmente, en el primer y segundo nivel de atención.
- Creación y disponibilidad de un “Cuaderno de salud” para cada niño, desde su nacimiento, donde se anoten los datos de inmunizaciones aplicadas, evolución del crecimiento y desarrollo en curvas ad hoc, diagnósticos importantes, datos de laboratorio, entre otros. Este cuaderno pertenece al niño, de manera que al cambiar de domicilio pueda utilizarlo en cualquier otra consulta preventiva o curativa.
- Aplicar las estrategias de Municipalización de la Atención de Salud, la de Referencia/ Contra-referencia y la de Oportunidades Perdidas, esta última, incrementa notablemente la cobertura de inmunizaciones, al aplicar vacunas pendientes, en la oportunidad de consultas de aspectos de salud, que no contraindiquen la aplicación.

Embarazo en la adolescencia: uno de los factores que mantiene la pobreza y el subdesarrollo

El embarazo en la adolescencia es un importante problema de salud pública, y más aún en Venezuela, país que ocupa el primer lugar en América Latina en la Tasa de Fecundidad Específica de Fecundidad de mujeres de 15 a 18 años de edad (101 nacidos vivos por 100 000 mujeres del mismo grupo de edad) (49). La aplicación de medidas preventivas es casi nula. La entrega gratuita de anticonceptivos, por parte de los servicios públicos de salud ha desaparecido, por otra parte, la escasez de disponibilidad de adquisición privada, es muy escasa y la existente, además de exigir récipes para su expendio, tiene un costo inaccesible para la casi totalidad de la población.

La suma de madres y padres adolescentes, junto con sus hijos, significa la incorporación cada 10 años en Venezuela, de más de 3 millones de personas con muchas limitaciones para desarrollar sus potencialidades. Esta cifra, equivale al 10 % de su población total actual (50).

Los datos oficiales más recientes del Instituto Nacional de Estadística datan de 2012 (51), cuando se registraron 143.491 nacidos vivos, hijos de adolescentes, (10 a 19 años, según la OMS), que representan 23,4 % del total anual de nacimientos. De ellos, 7 452 (5,2 %), correspondieron a madres menores de 15 años lo cual no es registrado en los indicadores internacionales. Un estudio reciente (2014-2015) realizado en dos hospitales privados y dos públicos de Caracas, reveló que de 11 596 nacimientos, un total de 2 438 eran de madres adolescentes (21 %). De estos: 2 403 en hospitales públicos (25,8 %) y 35 (1,5 %), en los privados. En el sector privado, de esta muestra, no hubo nacimientos provenientes de madres menores de 15 años. Del sector público, 95 % son hijos de madres de 15 a 19 años y 5 % de 10 a 14 años (44).

El embarazo en adolescentes constituye un fracaso social multisectorial, con profundas raíces económico-sociales y culturales, mal conocidas, que recicla la pobreza y aumenta el subdesarrollo. Su importancia amerita investigaciones específicas de los factores psicosociales, económicos y culturales, que la influyen y a partir de los resultados, desarrollar la creación y aplicación de políticas públicas

eficaces, así como de estrategias específicas y permanentes para disminuir significativamente, su incidencia (44). La Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud (2013) (52) dedica una considerable extensión a la atención de adolescentes. Su aplicación plena, mejoraría significativamente la situación descrita, lo cual amerita la existencia de instalaciones, recursos humanos e insumos que no están disponibles en la actualidad en Venezuela.

V. La Comunicación en Salud como estrategia de Responsabilidad Social Institucional de las Academias.

Introducción.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (*Healthy People 2010*, volumen I), la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal. Asimismo, la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo la relación médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la diseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva. En el aspecto de promoción es importante la exposición a los mensajes y la búsqueda por parte del individuo de información acerca de la salud, la utilización de imágenes de salud en los medios masivos de comunicación, la educación de los consumidores acerca de cómo ganar acceso a los sistemas de salud pública y de cuidado de la salud (53).

Fundamentos de la comunicación en salud.

En la 23a. Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre de 1990, hubo un especial interés en posicionar la comunicación social como una disciplina importante para la formación básica

de personas, familias y comunidades. Más tarde, en las orientaciones estratégicas de 1995 a 1998 se planteaba que el uso de la información como instrumento del cambio debe ser una esfera de trabajo importante. La transmisión de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas. La información debe destinarse también a determinados grupos de la comunidad, con miras a ejercer influencia sobre las políticas o a fomentar la adopción de políticas públicas orientadas a la salud, lo cual es un componente clave de la promoción de la misma.

En este nuevo contexto, la comunicación en salud se concibe como un proceso estratégico para optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud, mejorar la eficiencia y efectividad de los programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Las investigaciones han demostrado que programas de comunicación en salud, basados en la teoría pueden poner la salud en la agenda pública, reforzar los mensajes sanitarios, estimular a las personas para que busquen más información, y en algunos casos, dar lugar a estilos de vida saludables. La teoría de la comunicación para la salud utiliza cuatro elementos clave del proceso de comunicación: audiencia, mensaje, fuente y canal, todos sumados a un fuerte componente de investigación y participación. Los programas efectivos de comunicación en salud identifican y le dan prioridad a la segmentación de audiencias, entregan mensajes precisos basados en fuentes científicamente veraces y logran llegar a las audiencias a través de canales de comunicación familiares (54).

Haciendo operativa la comunicación en salud. “Comunicar la ciencia”

La comunicación debe orientarse a fortalecer procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población, fortaleciendo la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de la salud. De esta forma, la comunicación va más allá de su utilidad instrumental, para constituirse

en un proceso de carácter social que posibilita el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos saberes, contribuyendo a consolidar la articulación entre los diferentes sectores sociales en torno a la salud, para generar procesos de cambio que mejoren las condiciones de bienestar de la población.

Existe un amplio cuerpo de literatura sobre teorías de la comunicación que se enfocan en los factores estructurales, culturales, sociales y psicológicos que influyen la conducta y los diferentes determinantes que pueden generar cambios en los comportamientos. Así, las creencias acerca de la adopción de un comportamiento, los obstáculos y las ventajas del medio ambiente social y natural son determinantes importantes en la identificación de un cambio de conducta o práctica. Reconocer que estos determinantes pueden variar de una población a otra, ilustra la importancia de considerar la diversidad teórica en el desarrollo de una comunicación en salud efectiva.

El concepto de comunicación participativa parte del supuesto de que aquellos afectados por las decisiones, deben estar involucrados en la toma de estas. Es decir, la efectividad de los programas y las campañas de comunicación orientadas hacia el cambio de actitudes y comportamientos, depende de la participación activa de la comunidad afectada en la implementación de estrategias de prevención o promoción que a su vez tengan en cuenta la realidad social y cultural de la comunidad. El proceso de comunicación horizontal juega un papel esencial para posibilitar la participación de la comunidad de una manera igualitaria en la toma de decisiones que afectan sus vidas. Este proceso se basa en el diálogo, aunque se empleen distintos medios de comunicación, ya sean tradicionales o modernos. Cuando son utilizados por la comunidad, los medios masivos de comunicación tienen la posibilidad de actuar como instrumentos efectivos en la transmisión de conocimiento que promueva cambios sociales y conlleve a la sostenibilidad de las iniciativas.

Considerando que la comunicación debe estar orientada para el cambio de comportamientos varias teorías han sido elaboradas sobre el por qué los individuos se comportan de determinada manera en relación con su salud, con la utilización de la oferta de servicios de salud, adquisición de

hábitos, modificación de conocimientos, actitudes y, en última instancia, con los comportamientos saludables. Para ello las variables a considerar vienen de tres teorías que han sido ampliamente usadas y que tienen una influencia significativa en la investigación sobre conductas de salud, como son el Modelo Actualmente la Organización Panamericana de la Salud viene liderando un proceso de diseño curricular para formación de Comunicadores Sociales en Salud basado en competencias, junto con otras organizaciones internacionales y universidades. Este proceso se inició a finales del 2000 y principios de 2001. Las instituciones participantes de esta iniciativa, acordaron copatrocinar una conferencia en la cual un grupo pequeño de investigadores, docentes y profesionales del área pudieran abstraerse un tanto del ejercicio de la comunicación para el desarrollo y el cambio social para debatir sobre las competencias que sustenta esta área. Inicialmente la finalidad específica de la reunión era empezar el proceso progresivo de definir las competencias de la comunicación para el desarrollo y el cambio social que conformarían la base para, en último término, crear planes de estudio basados en competencias para la educación y la capacitación de profesionales en este campo (55).

Durante los últimos 20 años, Estados Unidos ha elaborado metas nacionales cuantificables para promover la salud y prevenir enfermedades. La experiencia ha revestido especial interés por su naturaleza basada en la participación, reflejada en el desarrollo de políticas de salud, la creación de alianzas entre una amplia variedad de sectores, el apoyo político bipartidista, la utilización de pruebas científicas y el gran fortalecimiento de los procesos de recolección de datos (56).

Una propuesta comunicacional estratégica.

La evolución de las comunicaciones ha sido vertiginosa con la aparición de las redes sociales. El modelo básico de la comunicación que incluyó al emisor, el mensaje codificado a través de un canal o vía de transmisión, hasta llegar al receptor, ha variado considerablemente puesto que la dinámica en cuanto a los roles del emisor y el receptor pueden mostrar un cambio constante, al igual que la calidad del mensaje puede sufrir continuas modificaciones a partir de la interacción

que plantea el uso de las redes sociales.

Nos encontramos entonces con que este nuevo modelo de comunicación no está basado en la capacidad de la comunicación para generar persuasión sino en la enorme potencia de la comunicación para desencadenar procesos de poderosa influencia sobre las actitudes y comportamientos favorables de los grupos de interés hacia las empresas o instituciones. Para multiplicar y hacer masivo este efecto de las recomendaciones, mensajes y la generación de contenidos relevantes, es requerido el uso intensivo de la tecnología y las redes sociales se convierten en la vía más eficiente y eficaz para el fortalecimiento de las relaciones con los grupos de interés y la construcción de marcas fuertes y de organizaciones con la mejor reputación (57).

Un proyecto que es factible realizar por nuestra academia es lograr la creación de una gerencia de comunicaciones supervisada por la Secretaría, la cual pueda generar una plataforma que sea capaz de emitir continuamente mensajes de educación médica tanto especializada como en el ámbito comunitario. Esta estrategia comunicacional constaría de un canal de televisión basado en el YouTube y que se complemente con la utilización simultánea de redes como Instagram, Twitter y Facebook. Como refuerzo y para aumentar la amplificación de los mensajes sobre todo en áreas geográficas de difícil acceso a las redes cibernéticas, una propuesta factible sería lograr la transferencia a partir del estado venezolano de una señal de televisión abierta, muchas de las cuales en la actualidad son utilizadas para la ideologización y la sumisión política imperante. La materialización de esta última propuesta por supuesto que está basada en que se logre a un corto o mediano plazo un cambio político en el país. Siendo la comunicación un aspecto claro para el logro del liderazgo institucional cobra fuerza este tipo de proyectos que pongan en manos de las Academias la administración directa de los medios de comunicación, debido a que sufrimos continuamente de poca capacidad de difusión de nuestras actividades de cara a la realidad nacional. Con frecuencia la constante producción de valiosa información que se genera en nuestras sesiones y publicaciones periódicas de gran valor para la comunidad científica y para la educación comunitaria se quedan en nuestras cuatro paredes, por estar supeditadas a las leyes

del impacto de los titulares que rigen como norma en los medios nacionales.

VI. Ejemplarizando la Responsabilidad Social Institucional: Diplomado de Investigación Biomédica de la ANM de Venezuela.

Como evidente compromiso de RSI, en el mes de julio la ANM de Venezuela aprobó la realización del primer Diplomado de Investigación Biomédica con el aval de la Dirección de extensión de la Universidad Central de Venezuelay en paralelo publicar un libro de texto o manual de apoyo que sirva de soporte esta iniciativa.

Como propósito de este diplomado se busca Instaurar ,hacer recordar, normar y homogenizar los valor éticos, morales, científicos, humanos e integrales en la comunidad de los profesionales que estudian, investigan, desarrollan, educan, transmiten y practican la medicina. Asimismo contribuir a la función de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela en ser un centro de difusión y motivación en la promoción de la investigación en el país.

Este curso estará dirigido a médicos, biólogos, odontólogos, nutricionistas y otros profesionales de la salud, previa presentación del Currículum vitae u hoja de vida y haber cumplido una entrevista con el Comité de Admisión, cuyos integrantes estudiaran el perfil de los aspirantes y previa selección, aprobarán su admisión.

Se ha diseñado para ser realizado los días viernes y sábados, por 16 encuentros/semanas, cumpliendo una carga de 125 horas académicas.

La articulación de las estrategias docentes tendrá un carácter mixto, con un componente presencial en las instalaciones de la ANM, en la sala audio-visual de la Dirección de Extensión Universitaria de la UCV, en las instalaciones de un canal de Televisión para los talleres con exposición práctica y un componente a distancia utilizando el formato electrónico.

El programa del diplomado está integrado en 17 temas:

1. Principios filosóficos de la investigación
2. Metodología de estudio: ¿Cómo se aprende?

3. Planificación
4. Protocolo
5. Literatura
6. Diseño experimental-investigativo
7. Realización de la investigación
8. Resultados en proceso
9. Cómo organizar el pensamiento
10. Analizar. Intercambio de ideas
11. Almacenamiento de los datos
12. Estadística: Test, pruebas, significancia
13. Resultados: análisis y discusión
14. Oratoria y preparación de las presentaciones
15. Cómo presentar
16. Cómo escribir
17. Proseguir: renovación de la meta

El cuerpo docente estará constituido fundamentalmente por destacados Académicos de nuestra institución y además por docentes de gran trayectoria de la Universidad Central de Venezuela.

Este proyecto es un ejemplo claro de la disposición de la ANM de Venezuela con los principios rectores de la Responsabilidad Social.

VII. Consideración Final.

Estamos convencidos que de estas cenizas institucionales emergerán otras con la fortaleza del compromiso que tenemos por delante, la reestructuración del tejido político, social y económico a partir de la re-confección de sus harapos, siempre con la convicción de no repetir los patrones que condujeron al país al fondo del abismo.

Si se planteara idear una iconografía que representase nuestra tragedia nacional a lo largo de 18 años, sin duda que se nos representa al comunismo internacional como un ave rapaz que mantuvo sus garras enterradas sobre una presa sumisa en su debilidad orgánica, dejándola exangüe y moribunda pero con un mínimo latido de su corazón definitivamente democrático, que permitió su reanimación haciendo uso de la

misma sangre de libertadores que supo atravesar naciones solo para construir la libertad.

REFERENCIAS

1. Toro D. El enfoque estratégico de la responsabilidad social corporativa: revisión de la literatura académica. Universitat Politècnica de Catalunya. Barcelona, España. Intangible Capital, vol. 2, núm. 4, octubre-diciembre, 2006, pp. 338-358. [Internet] [Consultado: 14 de agosto 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54920402>
2. Garriga E, Melé D. Teorías de la Responsabilidad Social Corporativa: Mapeando el Territorio. Revista de Ética Empresarial. Agosto de 2004, Volumen 53, Número 1-2, pp51-71. [Internet] [Consultado: 08 agosto 2017]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1023/B:BUSI.0000039399.90587.34>
3. Rodríguez-López L J. Espacio Iberoamericano del Conocimiento. Responsabilidad Social: una Mirada desde la Academia. Ponencia Congreso Iberoamericano de educación. Metas 2021. Buenos Aires, República Argentina. Septiembre 13, 14 y 15, 2010. [Internet] [Consultado: 09 agosto 2017] Disponible en: http://www.adeepra.com.ar/congresos/Congreso%20IBEROAMERICANO/EIC/RLE2486_Rodriguez.pdf
4. Ley Orgánica de la Academia Nacional de Medicina. Gaceta Oficial 20.557, del 5 de agosto de 1941. [Internet] [Consultado: 20 de julio 2017] Disponible en: <http://www.defiendete.org/html/deinteres/LEYES%20DE%20VENEZUELA/LEYES%20DE%20VENEZUELA%20II/LEY%20ORGANICA%20DE%20LA%20ACADEMIA%20NACIONAL%20DE%20MEDICINA.htm>
5. Discurso del Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Kofi Annan: Pacto Global (Global Compact). Foro Económico Mundial. Davos, 1999. [Internet] [Consultado: 20 de julio 2017] Disponible en: <https://www.unglobalcompact.org/>
6. Vallaes F. ¿Qué es la responsabilidad social universitaria? Palestra. Portal de Asuntos Públicos de la Pontificia Universidad Católica Peruana. PUCP [Internet] [Consultado: 15 de agosto de 2017] Disponible en: <http://terranova.udea.edu.co/responsabilidadsocial/documentos/QueEsLaResponsabilidadSocialUniversitaria.doc>
7. Cortina A. Ética y Responsabilidad Social en un mundo globalizado. Conferencia. 4 de junio de 2010. Globalización y Democracia. UDP, Chile. [Internet] [Consultado 22 de julio 2017] Disponible en: http://globalizacionydemocracia.udp.cl/wpcontent/uploads/2014/03/ADELA_CORTINA_2010.pdf
8. Transparencia Venezuela. Observatorio de Misiones. ¿Crisis humanitaria o Emergencia compleja en Venezuela? Boletín N° 49. 15 de mayo 2017. [Internet] [Consultado 22 de julio 2017] Disponible en: <https://transparencia.org.ve/project/crisis-humanitaria-emergencia-compleja-venezuela/>
9. Fisas-Armengol V, García-Amado P, Royo J M, et al. Alerta 2012! Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de paz. Escola de Cultura de Pau, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Icaria Editorial. Informe enero 2012. [Internet] [Consultado 20 de julio 2017] Disponible en: <http://escolapau.uab.cat/img/programas/alerta/alerta/12/cap04e.pdf>
10. Navarro G, Bravo S, Montes F, Riquelme J, Rosso P. Ponencia: La responsabilidad social de la Universidad de cara al Chile del 2010. Seminario “La Universidad Construye País”, 24 y 25 de octubre de 2002. Salón Quinto Centenario de la Universidad Católica de Valparaíso, Chile. [Internet] [Consultado 20 de julio 2017] Disponible en: http://www.bibliotecavirtual.info/wp-content/uploads/2012/01/la_universidad_construye_pais.pdf
11. Condiciones de vida del venezolano. Publicaciones del proyecto ENCOVI. Página WEB. Universidad Católica Andrés Bello, Universidad Central de Venezuela y Universidad Simón Bolívar. [Internet] [Consultado: 16 de julio 2017] Disponible en: <http://www.rectorado.usb.ve/vida/presentaciones>
12. Freitez, Anitza (Coordinador-Editor). 2016. Venezuela: vivir a medias. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2015 (ENCOVI). Caracas: UCAB-USB-UCV. Publicaciones UCAB. Colección Visión Venezuela. 192 pp.
13. Freitez, Anitza, González R., Marino J., Zuñiga, Genny (Coordinadores). 2015. Una Mirada a la Situación Social de la Población Venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2014. Caracas: UCAB-USB-UCV. Publicaciones UCAB. 172 pp.
14. González R, Marino J, Rincón E. Las condiciones de salud de los venezolanos: aportes de ENCOVI 2015. En: Freitez, Anitza (Coordinador-Editor). 2016. Venezuela: vivir a medias. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2015 (ENCOVI). Caracas: UCAB-USB-UCV. Publicaciones UCAB. Colección Visión Venezuela. Pp. 129-145.
15. González R, Marino J, Rincón E. Las condiciones de salud de los venezolanos: aportes de ENCOVI 2014. En: Freitez, Anitza, González R, Marino J, Zuñiga, Genny (Coordinadores). 2015. Una Mirada a la Situación Social de la Población Venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2014. Caracas: UCAB-USB-UCV. Publicaciones UCAB. Pp. 107-120
16. Oletta JF, Orihuela ÁR, Pulido M P, Walter C. Carta Pública a la Directora de la Organización Mundial de

- la Salud. 22 de mayo de 2017
17. UCV-UCAB-USB. ENCOVI. Encuesta sobre condiciones de vida. Venezuela, 2016. Alimentación. [Internet] [Consultado: 18 de julio 2017] Disponible en: <http://observatoriodeviolencia.org.ve/wpcontent/uploads/2017/02/UCV-UCAB-USB.-ENCOVI-2016.-Alimentaci%C3%B3n.pdf>
 18. Transparencia Venezuela. Observatorio de Misiones. ¿Crisis humanitaria o emergencia compleja en Venezuela? [Internet] [Consultado: 20 de julio 2017]. Disponible en: <https://transparencia.org.ve/project/crisis-humanitaria-emergencia-compleja-venezuela/>
 19. Caritas de Venezuela. Línea Basal del Monitoreo Centinela de la Situación Nutricional en Niñas y Niños Menores de 5 años, octubre-diciembre 2016. 13 de enero de 2017.
 20. Oletta JF, Orihuela ÁR, Pulido M P, Walter V C. Venezuela: Violence, human rights, and health-care realities, *www.thelancet.com*. Published on line March 25, 2014. [Internet] [Consultado 20 de julio 2017] Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60532/8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60532/8)
 21. Oletta López J.F. Octava Alerta Epidemiológica sobre difteria. Un año después de la re emergencia de la difteria en Venezuela. SVSPRDEP, 23 de abril de 2017. [Internet] [Consultado: 21 de julio 2017]. Disponible en: https://es-es.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1167294296730249&id=289541297838891
 22. Carvajal A, Martín A, Blanco E, Castro J, García J.F, Oletta JF, Barreto A. Difteria. *Tribuna del Investigador*. Caracas, Vol 17 N° 2, 2016. [Internet] [Consultado: 10 de julio 2017]. Disponible en: <http://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2016/2/art-9/>
 23. World Health Organization. World Malaria Report, 2015. Geneva. ISBN: 978 92 4 156515 8. [Internet] [Consultado: 20 de julio de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2015/report/en/>
 24. Oletta López JF, Walter Valecillos C, Orihuela AR, Pulido Musche P. Carta Pública. Dra. Carissa F. Etienne. Directora de la Organización Panamericana de la Salud. Crisis de la Malaria en Venezuela. Un entorno operativo complejo. *Gac Méd Caracas*. 2016;124(4):322-326.
 25. Oletta López JF. Evolución de la epidemia de zika en Venezuela. *Gac Méd Caracas*. 2016;124(1):1-7.
 26. Oletta López J.F. Epidemia de fiebre Chikungunya en Venezuela, 2014-2015. *Gac Méd Caracas*. 2016;124(2):122-137.
 27. Informe ONUSIDA 2017. IX Conferencia de la Sociedad Internacional de SIDA, París, julio, 2017. UNAIDS report. Ending AIDS. Progress to the 90-90-90 targets. [Internet] [Consultado: 20 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf
 28. Oletta López JF, Muci Mendoza R. Enfermedades emergentes y re emergentes en Venezuela. 2016. En: *Enfermedades Tropicales*. ALANAM (Asociación Latino Americana de Academias de Medicina, España y Portugal) Madrid, España, 16-18 de Noviembre de 2016. En publicación.
 29. WHO. Community-based reduction of malaria transmission. Consultation Report. Jan 2012. [Internet] [Consultado 20 julio 2017] Disponible en: <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241502719/en/>
 30. Oletta López JF. Epidemiología en tiempos de censura. "Premio Francisco Antonio Rísquez" 2015, de la Academia Nacional de Medicina. *Gac Méd Caracas*. 2015;123(4):296-310.
 31. Guevara Iribarren JM, Nezer de Landaeta I, Oletta López JF, Walter Valecillos C. Corrupción, transparencia y ética en Medicina. Libro Inter Académico, 2015. Caracas, Venezuela. (En imprenta).
 32. Hotez PJ, Basáñez M-G, Acosta-Serrano A, Grillet ME (2017) Venezuela and its rising vector-borne neglected diseases. *PLoS Negl Trop Dis* 11(6). [Internet] [Consultado agosto 18 2017]. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005423>
 33. Encuesta Nacional de Hospitales 2016. Disponible en: [http://www.ovsalud.org/publicaciones/salud/encuesta-nacional-de-hospitales-2016/La Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Acuerdo que declara la crisis humanitaria en salud, en vista de la grave escasez de medicamentos, insumos médicos y deterioro de la infraestructura sanitaria. 26 de enero de 2016. \[Internet\] \[Consultado. 20 agosto 2017\]. Disponible en: \[http://www.asambleanacional.gob.ve/uploads/documentos/doc_c454694fb4c5d9c0c052307a4a0d18c53d330925.pdf\]\(http://www.asambleanacional.gob.ve/uploads/documentos/doc_c454694fb4c5d9c0c052307a4a0d18c53d330925.pdf\)](http://www.ovsalud.org/publicaciones/salud/encuesta-nacional-de-hospitales-2016/La Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Acuerdo que declara la crisis humanitaria en salud, en vista de la grave escasez de medicamentos, insumos médicos y deterioro de la infraestructura sanitaria. 26 de enero de 2016. [Internet] [Consultado. 20 agosto 2017]. Disponible en: http://www.asambleanacional.gob.ve/uploads/documentos/doc_c454694fb4c5d9c0c052307a4a0d18c53d330925.pdf)
 34. Codevida (Coalición de Organizaciones por el Derecho la Vida y a la Salud) informe ante el Comité de Derechos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, con motivo del Tercer Informe Periódico del Estado Venezolano en el Período de Sesión 55· del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en Ginebra, Suiza, 2015. [Internet] [Consultado: agosto 20 2017] Disponible en: <https://coalicionporlavida.wordpress.com/about/documentos/informes/pidesc/>
 35. Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM). Declaración de Madrid, del 18 de noviembre de 2016. Disponible en: http://www.ranm.es/images/pdf/prensa/20161123_
 36. Oletta López JF, Walter V C, Orihuela ÁR. Ideas para reconstruir un Sistema de Salud, sustentado en el Desarrollo y Protección Social, para combatir la pobreza y la exclusión en salud. p: 13-41. En: Libro de las Academias de Venezuela. La pérdida de la Institucionalidad en Venezuela. Academias Nacionales de Venezuela. Caracas 2014, ISBN: 978-980-6195.42-

37. Organización Mundial de la Salud. (OMS) (1948). OMS. 51 Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud (WHA51.23) Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York, EE UU. 7-4-1948 Documentos básicos 45° edición.
38. Diccionario de la Lengua Española. (2014) Edición del Tricentenario. [Internet] [Consultado: 15 julio 2017]. Disponible en: <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23-edicion>
39. Organización Mundial de la Salud. (1964) Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Problemas de Salud en la Adolescencia. Serie de Informes Técnicos N° 308. Ginebra, Suiza. [Internet] [Consultado agosto 20 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38485>
40. UNICEF. Convención sobre los derechos del niño. 20 de noviembre de 1989. [Internet] [Consultado: agosto 20 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
41. Ley Aprobatoria de la Convención sobre los Derechos del Niño. (1990). Venezuela, Congreso Nacional. [Internet] [Consultado: agosto 10 2017]. Disponible en: <http://fpantin.tripod.com/index-57.html>
42. UNESCO. Learning to live together. What do we mean by youth? [Internet] [Consultado: 10 de julio 2017]. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/popular-topics/youth/>
43. Banco Mundial. Tasa de Fertilidad Específica en adolescentes: nacimientos por cada 1 000 mujeres entre 15 y 19 años de edad 2014. [Internet] [Consultado: agosto 10 2017]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>
44. Francisco JM. Embarazo en adolescentes en Venezuela. Reconsideración del problema. Trabajo de Incorporación como Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. Venezuela. Sept. 2016 (en prensa)
45. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. 1999. [Internet] [Consultado: agosto 10 2017]. Disponible en: <http://www.minci.gob.ve/wp-content/uploads/2011/04/CONSTITUCION.pdf>
46. Venezuela. Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. (LOPNNA). 2007. [Internet] [Consultado: agosto 10 2017]. Disponible en: http://www.cecodap.org.ve/descargables/prensa/Cecodap_Sala_de_Prensa-LOPNA.pdf
47. Francisco JM. Origen y evolución de la salud pública en Venezuela. OPS/OMS. Ed. Henro; 2003:149.
48. Boletín Epidemiológico. Semana Epidemiológica N° 52. 25 al 31 de diciembre de 2016. Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Año de edición LX. [Internet] [Consultado. 20 de agosto 2017] Disponible en: <http://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-52.pdf>
49. La Pérdida de la Institucionalidad en Venezuela. Academias Nacionales de Venezuela. Impresión Digital. 2014. [Internet] [Consultado. 20 de agosto 2017] Disponible en: http://acfiman.org/site/wp-content/uploads/2015/08/libro_completo_institucional_final_agosto_2015.pdf
50. Motherhood in childhood. Facing the challenge of adolescent pregnancy. UNFPA State of world population. 2013.p.100-108.
51. Ministerio del Poder Popular para la Planificación (Venezuela). Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Venezuela, 2012.
52. Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI). Salud poblacional. [Internet] [Consultado. 20 de agosto 2017] Disponible en: <http://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/images/ENCOVI-2016-Pobreza.pdf>
53. Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio del Poder Popular de Salud/ Unicef /UNFPA (2013). [Internet] [Consultado:20 de agosto 2017] Disponible en: http://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/NormaOficial%20SSR%202013_1.pdf
54. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000. [Internet]. [Consultado: 5 de agosto 2017] Disponible en: <http://www.healthypeople.gov/2010/document/pdf/uih/2010uih.pdf?visit=1>
55. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. XLII Reunión del Comité Regional Washington, D.C. septiembre 1990. [Internet]. [Consultado: 5 de agosto 2017] Disponible en: http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CSP/CSP23_FR.pdf
56. Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias Por Mario Mosquera Ph.D. Comisionado por la Organización Panamericana de la Salud. 2003. [Internet]. [Consultado: 5 de agosto 2017] Disponible en: http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/mosquera_2003.pdf
57. Puentes-Markides C, Maiese D, Granthon M. Gente Sana en Comunidades Saludables: la visión de Salud para Todos en los Estados Unidos de América. Rev Panam Salud Pública vol.6 n.6 Washington Dec. 1999. [Internet]. [Consultado: 5 de agosto 2017] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891999001100014>
58. Blog. Corporate excellence. Leading by reputation. El nuevo modelo de comunicación. 30 Abr 2013. [Internet] [Consultado. 21 de agosto 2017] Disponible en: <http://blog.corporateexcellence.org/el-nuevo-modelo-de-comunicacion/>