

Funcionamiento de los comités de ética en investigación en Venezuela 2007-2010 ¿Hemos avanzado algo?

Drs. Juan Marques*, María Andreína Marques Mejías**

Juan.alberto.marques@gmail.com

RESUMEN

Las normas éticas de la investigación son la base para una investigación clínica de calidad. Si bien la aplicación de estas normas depende de todos los actores que intervienen en un estudio clínico, el adecuado funcionamiento de los comités de ética en investigación es clave para asegurar su cumplimiento. Realizar análisis frecuentes de cómo funcionan los comités permite no solo conocer la situación presente sino también conocer su evolución y realizar planes para mejorar su funcionamiento.

Se evaluó el funcionamiento de los comités en hospitales tipo IV (públicos y privados) sobre la base de encuestas abiertas de selecciones múltiples que fueron planteadas en entrevistas personales a miembros de los mismos. Fueron evaluados 30 centros en el año 2007 y 34 en el 2010.

Para el análisis se aplicó estadística descriptiva con análisis de una variable.

En el año 2010, aunque en todos los centros analizados se está llevando a cabo investigación clínica, solamente 47 % de los sitios tienen comités, mientras que en el 2007 existía comités en el 50 % de los centros. En el 2010 el 44 % de los centros tienen el 80 % o más de sus miembros entrenados en bioética, mientras que en el año 2007 lo tenía el 40 %. En el año 2010, el 75 % de los miembros de los comités son médicos, comparado con un 70 % de médicos en el 2007. En el año 2010, solamente el 75 % de los comités analizan la descripción del proceso para obtener el consentimiento informado, comparado con un 80 % en el 2007. En el año 2010 el 94 % de los CEI tiene un registro de ingresos y gastos comparado con un 27 % en el 2007. En el año 2007 el 60 % de los comités guardaba registro de los curriculum vitae de sus miembros, mientras que en el 2010 solo el 31 % lo hace. El tiempo de aprobación

promedio es de 34 días en el año 2010 comparado con 33,5 días en el año 2007.

Al analizar la situación en el año 2010 comparada con el año 2007 no se evidencian avances significativos en la cantidad ni en la calidad del funcionamiento de los comités de ética en investigación. Son necesarias guías nacionales que promuevan de manera adecuada el funcionamiento de los comités. Si no se hacen ajustes, se pone en riesgo la calidad de la investigación clínica en Venezuela, con potencial impacto sobre los pacientes, la introducción de nuevos protocolos y la publicación de los estudios desarrollados en Venezuela.

Palabras clave: Comités de ética. Ética. Bioética. Investigación clínica

SUMMARY

Ethical standards of research are the basis for quality clinical investigation. While the application of these standards depends on all actors involved in a clinical trial, the proper functioning of research ethics committees is key to ensure compliance. Conduct frequent analysis of how the committees can not only know the present situation but also to track trends and make plans to improve its performance.

Committees performance was evaluated in type IV hospitals (public and private) based on multiple choice open surveys, the survey were raised in individual interviews with committees members of the same centers. 30 centers were evaluated in 2007 and 34 in 2010.

Descriptive statistics was applied with univariate analysis.

Although all centers analyzed were performing clinical research, in 2010 only 47 % of centers have committees, while in 2007 there were committees in 50 % of the centers. In 2010, 44 % of centers have 80 % or more of its members trained in bioethics, while in 2007 it was only 40 %. In

* FACC, FESC, Master en Medicina Farmacéutica.

**Facultad de Medicina, Escuela Luis Razetti.

Recibido: 2/11/10

Aprobado: 15/11/10

2010, 75 % of the committees members are physicians, compared with 70 % in 2007. In 2010, only in 75 % of committees analyzes the description of the process for obtaining informed consent, compared with 80 % in 2007. In 2010 94 % of the committees has a record of income and expenditure compared with 27 % in 2007. In 2007 60 % of the committees keeps track of the curriculum vitae of its members, while in 2010 only 31 % do so. The average approval time is 34 days in 2010 compared with 33.5 days in 2007.

When analyzing the situation in 2010 compared to 2007 show no significant progress in the quantity or quality of functioning of the research ethic committees. National guidelines are needed to adequately promote the functioning of the committees. If no adjustments are made, it jeopardizes the quality of clinical research in Venezuela, with potential impact on patients, the introduction of new protocols and the publication of the studies in Venezuela.

Key words: Research ethics committees. Ethic. Bioethics. Clinical research

INTRODUCCIÓN

Uno de los recursos claves para garantizar la integridad ética en investigación humana es el funcionamiento de los comités de ética en investigación (CEI). Los aspectos éticos de la práctica médica han constituido una preocupación importante incluso en civilizaciones antiguas. El Código de Hammurabi estableció cierta ética para la práctica médica 2500 años A.C. (1,2). Desde su establecimiento, el Juramento Hipocrático representa un avance importante en ética médica (1,2). Durante el siglo XX se tomaron algunos pasos importantes a efectos de promover y regular la bioética en investigación médica, incluyendo la Declaración de Helsinki (3), el reporte Belmont (4), CIOMS (5), la Conferencia Internacional para Armonización (6) y, recientemente, la Declaración de la UNESCO sobre Bioética y Derechos Humanos (7). En Venezuela, el Dr. Luis Razetti presentó a la Academia Venezolana de Medicina en 1908 un código local de ética, que si bien sigue siendo el código ético de referencia para los médicos venezolanos, no describe ningún aspecto de investigación (8,9).

Los ensayos clínicos, un avance relativamente reciente en la práctica de la medicina, han permitido sistematizar la evaluación tanto de las enfermedades como de su diagnóstico y tratamiento (10). En Venezuela, la investigación clínica es bien reconocida

y tiene nivel internacional; sin embargo, al igual que en otros países en vías de desarrollo existen algunas dudas acerca del funcionamiento de los comités de ética según pautas internacionales.

Si bien en Venezuela no existen reglas para la constitución y operación de los comités existentes, la promulgación en 2001 de la Ley Constitucional de Ciencia, Tecnología e Innovación (Decreto Gubernamental 1290, 8 de mayo de 2001) propone códigos de Ética, Bioética y Protección del Medio Ambiente relacionados con las prácticas científicas, tecnológicas y de innovación (11).

Por otra parte, la Ley de Salud del Departamento de Salud y Desarrollo Social establece la creación, regulación y el control de los Comités de Bioética por este Departamento, pero se encuentra sometida a discusión desde el 23-11-2004; aprobada en primera discusión el 14-12-2004, aún no ha recibido aprobación final al menos hasta el momento de escribir este manuscrito (12).

A escala internacional, Venezuela es uno de los países que participaron en la “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos” aprobada por aclamación en la Conferencia General de la UNESCO el 19 de octubre de 2005 (7). De acuerdo con esta Declaración “Al nivel apropiado se deben establecer, promover y apoyar comités de ética independientes, multidisciplinarios y pluralistas □ (Artículo 9) (7). La misma declaración indica que □ Los estados deben fomentar el establecimiento de comités de ética independientes, multidisciplinarios y pluralistas □ (Artículo 22) (7). La firma de este acuerdo coincide con las leyes venezolanas; sin embargo, hasta la fecha las autoridades no han promovido de manera directa la constitución formal de comités de ética. La constitución de CEI venezolanos es el resultado de iniciativas individuales o institucionales, las cuales no están coordinadas a escala nacional.

METODOLOGÍA

Se analizaron los diferentes tipos de CEI que están funcionando en Venezuela, relacionados con instituciones privadas y públicas que están haciendo investigación clínica o tienen capacidad para hacerla.

La metodología está basada en encuestas abiertas de selecciones múltiples planteadas en entrevistas personales a miembros de los comités de ética. La encuesta fue respondida por uno de los miembros de cada comité.

Muestra

En ambas encuestas se tomó una muestra de los hospitales tipo IV en Venezuela, es decir, hospitales con todas las especialidades de la medicina, personal bien entrenado y altamente calificado, usualmente relacionados con escuelas universitarias de medicina, y capaces de desarrollar investigación clínica. La muestra fue tomada de acuerdo con experiencias previas en estudios clínicos o con alguna relación con universidades.

En el año 2007 se analizaron 30 centros tipo IV, 20 públicos que representó el 69 % del total de hospitales tipo IV y 10 centros privados tipo IV que representó el 63 % del total de centros privados tipo IV (ver Cuadro 1).

En el año 2010 se analizaron 34 centros, 22 públicos (76 % del total de públicos tipo IV) y 12 centros privados tipo IV (67 % del total de centros privados tipo IV) (ver Cuadro 1)

Cuadro 1

Muestra estudiada	Muestra estudiada	
	2007	2010
Total de centros de atención médica	2 014	2 125
Total hospitales	622	725
Públicos	288	399
Privados	334	326
Total de centros tipo IV	45	47
Públicos	29	29
Privados	16	18

Análisis estadístico

Se aplicó estadística descriptiva con análisis de una variable. El análisis se expresa como números totales y porcentajes. Se hizo una comparación entre los resultados de 2010 con los de 2007. Se analizaron en conjunto centros públicos y privados en ambos años. Los resultados finales fueron comparados con pautas internacionales (CIOMS, OMS y UNESCO). No se realizó un análisis estadístico de significación entre ambos años debido al pequeño número de centros en cada grupo. Aunque se pudiera alcanzar alguna significación estadística, el error estadístico sería demasiado alto, con implicaciones importantes sobre la potencia del análisis.

RESULTADOS

En el año 2007 del número total de hospitales tipo IV, solamente 15/30 (50 %) tenían CEI activo, mientras que en el año 2010 de 34 centros públicos y privados tipo IV solamente 16 (47 %) tienen CEI.

El total de miembros promedio tanto en el año 2007 como en año 2010 fue de 7 (Cuadro 2). En lo que respecta a la composición por género, tanto en el año 2007 como en el 2010, existen en promedio 4 hombres y tres mujeres por cada CEI lo cual muestra un balance adecuado (Cuadro 3). Al analizar la composición por ocupación de los miembros vemos que en el año 2010 el 75 % son médicos comparado con el 2007 cuando el 70 % eran médicos (Cuadro 4).

Cuadro 2

Total de miembros que constituyen el CEI

	2007	2010
Total miembros (promedio)	7	7
CEI con 10 miembros o más (%)	20	19
CEI con 5-9 miembros (%)	73	75
CEI con menos de 5 miembros (%)	7	6

Cuadro 3

Composición de los CEI en base al género (promedios)

	2007	2010
Total de hombres	4	4
Total de mujeres	3	3
Total de miembros	7	7

Cuadro 4

Composición en base a su ocupación

Profesión	2007	2010
Médico	70 %	75 %
Enfermero	7 %	7 %
Abogado	7 %	5 %
Especialista en Bioética	1 %	2 %
Científico social	1 %	1 %
Religioso	3 %	3 %
Representante de la comunidad	4 %	6 %
Otros	3 %	1 %

FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉ DE ÉTICA

Con respecto al entrenamiento de los miembros del CEI en bioética, en el año 2010 el 44 % de los CEI reportó que 80 % o más de sus miembros habían recibido entrenamiento comparado con el 40% en el año 2007 (Cuadro 5).

Cuando analizamos los elementos del estudio clínico realizados por el comité vemos que en general no hay mejoría importante, siendo de resaltar lo relacionado con la evaluación del consentimiento informado. En el 2007 el 93 % reportaba analizar lo adecuado completo y comprensible de la

Cuadro 5

¿Cuántos de sus miembros han recibido entrenamiento en Bioética?

Rango	2007 (%)	2010 (%)
< 40 %	40	44
Entre 40 % y menos de 60 %	13	6
Entre 60 % y menos de 80 %	7	6
80 % o más	40	44

Cuadro 6

Elementos del estudio clínico analizados por el comité

Elementos	2007 (%)	2010(%)
Diseño científico adecuado	93	100
Lo adecuado completo y comprensible de la información en el consentimiento	93	81
Diseño metodológico adecuado	87	88
Descripción del proceso de obtención del consentimiento informado	80	75
Convenios de seguro e indemnización	47	50
Recompensas económicas a los participantes en la investigación (pacientes)	27	44
Acreditación de los investigadores	93	88
Criterios de inclusión y exclusión	93	88
Características de la población a ser investigada	80	75
Disponibilidad de reportes periódicos de la investigación	80	81
Criterios para suspender el protocolo	87	88
Criterios para retiro prematuro de un paciente	87	75
Necesidad de grupo control	80	94
Balance riesgo-beneficio	93	94

información en el consentimiento, comparado con 81 % en el 2010 (Cuadro 6). En el año 2007 el 80 % analizaba la descripción del proceso de obtención del consentimiento informado, mientras que en el año 2010 solamente el 75 % lo hace.

En el año 2007 solamente el 73 % de los CEI disponían de un espacio físico para reunirse lo cual se elevó a 81 % en el 2010. Por el contrario en el año 2007, el 87 % de los CEI tenía un lugar para archivar todos los documentos de cada protocolo, mientras que en el año 2010 solamente 75 % de los CEI disponen de estas facilidades. Con respecto a los documentos archivados se observa una importante mejoría en el control de ingresos y egresos que solo era archivado en el 27 % de los casos en el 2007 pasando al 94 % en el 2010 (Cuadro 7). Lo más dramático es la caída en el archivo de los *curriculum vitae* de todos sus miembros de 60 % en el 2007 a 31 % en el 2010 (Cuadro 7).

El promedio de tiempo para la aprobación de protocolos fue de $33,5 \pm 43,47$ días (rango: de 5 a 180 días) en el año 2007 comparado con 34 días en el 2010 (rango 7 a 180 días). La gran variación en los tiempos de aprobación sigue siendo uno de los puntos críticos para el funcionamiento adecuado del CEI.

Cuadro 7

¿Qué documentos archiva su CEI?

Documentos	2007 (%)	2010 (%)
Constitución de CEI, procedimientos operativos y reportes anuales	73	69
Curricula vitae de todos los miembros	60	31
Registro de ingresos y egresos	27	94
Pautas para solicitud de aprobación de un protocolo	87	63
Programa de reuniones	67	88
Minutas de las reuniones	93	94
Copia de todo el material enviado por el investigador	93	88
Correspondencia con los investigadores	93	88
Copias de todas las decisiones y sugerencias para cada protocolo	87	88
Documentación recibida durante el seguimiento	93	81
Reportes finales de los estudios	73	88
Reporte de suspensión o terminación temprana cuando aplique	87	69

DISCUSIÓN

Luego de tres años (2007-2010) no han sido muchos los avances logrados en la constitución y funcionamiento de los comités de ética en Venezuela. En primer lugar solamente 50 % de los hospitales públicos y privados encuestados en el año 2007 disponían de CEI, lo cual pasó a 47 % en el año 2010. Si bien esto no es una diferencia apreciable es importante el hecho de que en 3 años no solamente no se crearon nuevos CEI, sino que algunos dejaron de funcionar.

Con respecto al funcionamiento debemos comparar los resultados con las pautas internacionales de la CIOMS, UNESCO y OMS (5-7). El número promedio de miembros de un comité de ética en Venezuela no varió entre 2007 y 2010 siendo 7 el número promedio de miembros. Las pautas de la UNESCO (7) sugieren que aunque no hay un número óptimo de miembros, la cantidad de miembros podría estar entre 10 y 20, sin embargo, un análisis de la situación mundial, hecho por la misma UNESCO, muestra un promedio de 9. Aun cuando Venezuela está un poco por debajo del promedio encontrado por el análisis de la UNESCO; en general los CEI tienen un número impar de miembros lo cual ha facilitado su funcionamiento.

Uno de los puntos a los cuales se les ha dado más relevancia en los últimos años, como lo señala la pauta de la OMS (13), es la composición multidisciplinaria y multisectorial, incluyendo experiencia científica relevante, edad y distribución por sexo balanceadas, así como personas legas que representen el interés y las preocupaciones de la comunidad. En lo que respecta a representatividad de géneros los CEI venezolanos se encuentra bastante bien balanceado. Siendo el promedio de miembros 7, el promedio de mujeres es de 3 y hombres 4, lo cual da una excelente relación. Con respecto a la profesión de los miembros aquí ya no se presenta una situación balanceada. En el 2007 el 70 % de los miembros eran médicos mientras que en el 2010 los médicos representan el 75 %

Con respecto a la formación previa en bioética, las pautas de la OMS (13) indican que los miembros de los CIE necesitan educación inicial y continua con respecto a ética y ciencia de investigación biomédica. Todos los miembros deben recibir por lo menos un entrenamiento de introducción sobre bioética. En el año 2007 solamente 40 % de los CEI en Venezuela reportan que más de 80 % de sus miembros estaban entrenados, mientras que en el año 2010 pasaron a

44 %, lo cual sigue denotando una profunda falla. Si bien es cierto que no es necesario que todos los miembros de los CEI tengan formación de posgrado en bioética, el conocimiento de los principios básicos es clave para una evaluación adecuada de los protocolos.

Con respecto a la disponibilidad de espacio físico para los CEI en el año 2007 solamente el 73 % disponía del mismo, mientras que en el 2010 el 81 % tiene un espacio físico propio donde realizar sus reuniones. Si bien se evidencia mejoría aún el 19 % de los CEI no disponen de esta facilidad, lo cual no está alineado con las pautas de la OMS (13) que lo establece claramente para el buen funcionamiento de la revisión ética.

El hecho de que un 25 % de los CEI no dispongan en el año 2010 de un espacio físico donde archivar sus documentos debe ser motivo de preocupación, no solo por lo elevado del número sino además porque es una situación que ha empeorado en los últimos tres años ya que en el año 2007 solo 13 % referían no tener espacio físico para archivar documentos. Es difícil pensar en que el CEI independiente tenga capacidad de responder solicitudes de las autoridades si no disponen de un lugar adecuado de archivo de documentos.

El tiempo de aprobación promedio de los CEI no sufrió variaciones: 33,5 en el 2007 a 34 días en el 2010. Si bien no existen pautas que sugieran la duración ideal de una aprobación, resulta claro que cuanto más rápidamente sea aprobado el protocolo mayor va a ser la probabilidad de participar en ensayos clínicos internacionales. De acuerdo con pautas venezolanas, solamente es posible solicitar la aprobación de las autoridades sanitarias después que el protocolo ha sido aprobado por el comité de ética de la institución donde se va a llevar a la práctica.

El otro punto importante es la necesidad clara de un comité de ética nacional que pudiese tener varias funciones, entre las cuales podemos resaltar:

1. servir de guía para el funcionamiento de los demás comités
2. asesorar a los demás comités en caso de dudas
3. promover la creación de redes con todos los comités de ética nacional con la finalidad de facilitar el intercambio de experiencia y de información
4. promover la creación de bases de datos sobre los estudios clínicos desarrollados en el país
5. promover la formación en bioética
6. promover criterios de evaluación comunes de los comités de ética

7. servir como evaluador inicial, antes de someterlo a las autoridades, de los protocolos multicéntricos. Esta aprobación inicial no excluiría la necesidad de que los comités de ética de cada centro aprueben el protocolo que va a ser realizado en su centro.
8. aprobar protocolos en casos en que el centro no disponga de un comité de ética en funcionamiento

CONCLUSIONES

El desarrollo de los CEI parece haberse estancado en los últimos tres años. La falta de alineación con las pautas internacionales sigue siendo evidente, lo cual podría tener un importante impacto en la introducción de nuevos protocolos en especial los multinacionales.

Sigue siendo evidente que la falta de guías nacionales por parte de las autoridades, así como la falta de un comité de ética nacional, no facilita la formación de nuevos comités ni el funcionamiento adecuado de los mismos.

El monitoreo frecuente del funcionamiento de los CEI es importante para así decidir los programas y políticas necesarias para asegurar su correcto funcionamiento.

Apéndice 1

Encuesta 2007

Hospitales privados incluidos (10): Caracas (Centro Médico de Caracas, Centro Médico Docente La Trinidad, Hospital de Clínicas Caracas, Policlínica Metropolitana, Urológico San Román), Valencia (Centro Clínico Guerra Méndez), San Cristóbal (Policlínica Táchira, Centro Clínico San Cristóbal), Maracaibo (Hospital Privado El Rosario), Mérida (Hospital de Clínicas Milla).

Hospitales públicos incluidos (20): Caracas (Hospital Universitario, Hospital Miguel Pérez Carreño, Hospital Vargas, Hospital Domingo Luciani, Hospital Los Magallanes de Catia, Hospital José Ignacio Baldó, Hospital San José de Maiquetía), Valencia (Hospital Central de Valencia), Mérida (Hospital Universitario de Mérida), Barquisimeto (ASCARDIO, Hospital Luis Gómez López), Puerto La Cruz (Hospital Guzmán Lander), Maracaibo (Hospital Coromoto, Hospital Universitario), Ciudad Bolívar (Hospital Ruiz y Páez, Hospital Manuel Piar), San Félix (Hospital Roscio, El Callao), Maracay (Hospital Central de Maracay), San Cristóbal (Hospital San

Antonio Táriba), Maturín (Hospital Metropolitano).

Encuesta 2010

Centro Médico de Caracas, Hospital M. Pérez Carreño, Hospital Vargas, Hospital Universitario de Mérida, Hospital Coromoto de Maracaibo, Hospital Magallanes de Catia, Hospital de Clínicas Caracas, Centro Clínico Guerra Méndez, Policlínica Metropolitana, Hospital Universitario de Caracas, Centro Médico Docente La Trinidad, Policlínica Táchira, Centro Clínico San Cristóbal, Hospital Universitario de Maracaibo, Hospital Domingo Luciani, Ascardio, Hospital Central de Valencia, Complejo Hospitalario Ruiz y Páez, Urológico San Román, Hospital Roscio, Hospital Central de Maracay, Hospital Doctor Luís Gómez López, Hospital Metropolitano de Maturín, Hospital Privado El Rosario CA, Hospital de Clínicas Milla, Hospital San José, Hospital Domingo Guzmán Lander, Complejo Hospitalaria José Ignacio Baldó, Hospital de Clínicas Manuel Píar, Hospital San Antonio Táriba.

REFERENCIAS

1. Hariharan S, Jonnalagadda R, Walrond E, Moseley H. Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. *BMC Med Ethics*. 2006;7:7.
2. Acuña H. Ética Médica y educación médica. *Educ Méd Salud*. 1981;15(1):1-7.
3. World Medical Association. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (aka the Declaration of Helsinki). 2004. Disponible en: <http://www.wma.net/> (último acceso octubre 29, 2010)
4. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research (Belmont Report). 1979. Disponible en: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>. (último acceso octubre 29, 2010)
5. Council for International Organizations of Medical Sciences. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. 2002. Disponible en: www.cioms.ch. (último acceso octubre 29, 2010)
6. International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use Steering Committee. ICH Harmonised Tripartite Guideline: Guideline for Good Clinical Practice (E6). 1996. Disponible en: <http://www.ich.org/> (último acceso octubre 29, 2010)

7. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Unesco www.unesco.org/shs/bioethics (último acceso octubre 29, 2010)
8. Martin Piñate, Felipe. De Razetti a Potter. *Gac Méd Caracas*. 2005;113(4):506-518. ISSN 0367-4762.
9. Puigbo JJ. Discurso con motivo de la toma de posesión de la Presidencia de la Academia Nacional de Medicina. *Gac Méd Caracas*. 2002;110(3):401-422. ISSN 0367-4762.
10. Bernard A Fischer, IV. A Summary of Important Documents in the Field of Research Ethics. *Schizophrenia Bulletin*. 2006;32(1):69-80.
11. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 5555 del 13 de Noviembre de 2001, decreto número 1290 <http://www.asambleanacional.gov.ve/ns2/leyes-habilitante/L-57CIENCIA,TECNOLOGIAEINNOVACION.pdf>
12. Apitz Castro, Rafael. Comités de bioética. *Gac Méd Caracas*, ene. 2002, vol.110, no.1, p.110-113. ISSN 0367-4762
13. International Committee of Medical Journal Editors (aka the Vancouver Group). Uniform Requirements for Writing Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication. 2004. Disponible en: <http://www.icmje.org/> . (último acceso octubre 29, 2010)

Correspondencia:

Juan Marques

Dirección Médica Novartis Venezuela,
Cardiología Experimental, Instituto de Medicina
Tropical, Universidad Central de Venezuela

Teléfono 04141308941

Juan.alberto.marques@gmail.com

Conflicto de intereses

Juan Marques: Director Médico de Novartis Venezuela
María Andreína Marques Mejías: no presenta conflicto
de intereses-

Gac Méd Caracas 2011;119(1):69-72

Documento de Conclusiones y Recomendaciones de la XVIII Reunión del Consejo Directivo de la ALANAM

Borrador de Conclusiones y Recomendaciones de la XVIII Reunión del Consejo Directivo de la ALANAM

El Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM), se reunió en México, DF, Estados Unidos de México, en su XVIII Reunión, entre el día 18 y el día 20 del mes de septiembre de 2008.

El Consejo Directivo, después de considerar las exposiciones de las distintas Academias sobre el tema oficial de la Reunión, “*Gestión y evaluación de la Atención Primaria de Salud*” en Latinoamérica, aprobó las siguientes conclusiones y recomendaciones:

Conclusiones

Latinoamérica está constituida por naciones en diferentes etapas de desarrollo, algunas de ellas con múltiples dificultades para implementar un Servicio

Único de Salud por sus características demográficas, sociales, económicas, políticas y culturales.

Ya transcurrieron más de treinta años desde la reunión de Alma Ata y de las primeras acciones emprendidas por los Ministerios de Salud para incrementar y respaldar la Atención Primaria de Salud, mediante diversas estrategias concebidas, planificadas y ejecutadas por las autoridades principales de los gobiernos constitucionales y, en la mayoría de los países del área, se está aún muy lejos de aplicar a fondo y en forma masiva las recomendaciones sobre Atención Primaria de Salud aprobadas en Alma Ata.

Sin embargo, existe una rica experiencia sobre la aplicación de dichas estrategias en población urbana y rural, perfeccionando las mismas a través de reglamentaciones pertinentes y en beneficio progresivo de una mayor cantidad de habitantes en todo el territorio de la región.

En la última década se ampliaron aún más las