TEMAS MÉDICOS

VOLUMEN XVIII TOMO II

SANTIAGO DE CHILE, OCTUBRE DE 2010

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA

ACADÉMICOS:
ZOILO CUÉLLAR-MONTOYA
ALFREDO JÁCOME ROCA

Temas Médicos

Volumen XVIII

Tomo II

ZOILO CUÉLLAR-MONTOYA, M. D.
ALFREDO JÁCOME ROCA, M. D.

Academia Nacional de Medicina de Colombia

Temas Médicos

Volumen XVIII – Tomo II

Temas Médicos

Volumen XVIII – Tomo II

Editor Principal
Académico Zoilo Cuéllar-Montoya

Editor Asociado
Académico Alfredo Jácome Roca

Academia Nacional de Medicina de Colombia

Junta Directiva 2008 – 2010

Gustavo Malagón Londoño	Presidente
Germán Peña Quiñones	Vicepresidente
Hernando Groot Liévano	Secretario Perpetuo
Álvaro Moncayo Medina	Secretario General
Carlos De Vivero Amador	Tesorero

Bogotá D. C.
2013

Academia Nacional de Medicina de Colombia

Junta Directiva 2010 – 2012

Gustavo Malagón Londoño	Presidente
Germán Peña Quiñones	Vicepresidente
Hernando Groot Liévano	Secretario Perpetuo
Hugo Armando Sotomayor Tribín	Secretario General
Herman Esguerra Villamizar	Tesorero

Junta Directiva 2012 – 2014

Fernando Sánchez Torres	Presidente
Álvaro Moncayo Medina	Vicepresidente
Hernando Groot Liévano	Secretario Perpetuo
Herman Esguerra Villamizar	Secretario General
Germán Gamarra Hernández	Tesorero

Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal - *ALANAM*

Junta Directiva 2006 – 2008

Misael Uribe Esquivel	Presidente
Zoilo Cuéllar-Montoya	Secretario Ejecutivo
Roberto Medina Santillán	Secretario Alterno

Junta Directiva 2008 – 2010

Alejandro Goic Goic	Presidente
Zoilo Cuéllar-Montoya	Secretario Ejecutivo
Rodolfo Armas Merino	Secretario Alterno

Junta Directiva 2010 – 2012

Manuel Díaz-Rubio García	Presidente
Zoilo Cuéllar-Montoya	Secretario Ejecutivo
Miguel Lucas Tomás	Secretario Alterno

Bogotá D. C. 2013

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA
Comisión de Publicaciones

2010 – 2012

COORDINADOR: Académico Profesor Efraím Otero Ruíz

Académica Profesora Beatriz Suárez de Sarmiento

Académica Profesora Martalucía Tamayo Fernández

Académico Profesor Alfredo Jácome Roca

Académico Profesor Ricardo Rueda González†

Académico Profesor Guillermo Sánchez Medina

Académico Profesor Diego Rosselli Cock

Académico Profesor Álvaro Rodríguez Gama

Académico Profesor Eduardo Arenas Archiva

Académico Profesor Alberto Gómez Gutiérrez

Carátula: Panorámica de Santiago de Chile con sus cumbres nevadas al fondo desde el Piso 21 de la San Cristóbal Tower del Hotel Sheraton Santiago. Fotografía de ZCM.

Temas Médicos Vol. XVIII. Obra Completa.

ISBN: 978-958-8383-10-1

Temas Médicos Vol. XVIII. Tomo II.

ISBN: 978-958-8383-12-5

Primera edición, marzo de 2013.

Copyright © Zoilo Cuéllar-Montoya, M.D.
Academia Nacional de Medicina de Colombia.
WWW.presidencia.anmdecolombia.org
acadmed@cable.net.co
presidencia@anmdecolombia.org
Carrera 7ª No. 69 - 11.
Bogotá, D.C.

Editado por Academia Nacional de Medicina de Colombia
Impresión dirigida por: Leonardo Canal Mora
Preprensa Digital: Claudette Nieto Bermúdez
Diseño Carátula:
Impreso en Colombia - *Printed in Colombia* por:
Taller LCM. Leonardo Canal Mora
Fotografías de la XVIII Reunión de la *ALANAM*: Zoilo Cuellar-Montoya M. D.
Reservados todos los derechos.

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

Libertad y Orden

ALANAM

ALANAM
Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal
FUNDADA EN 1967

Academia Nacional de Medicina de Colombia

Esta publicación se ha financiado mediante la transferencia de recursos del Gobierno Nacional a la Academia Nacional de Medicina. El Ministerio de Educación Nacional no es responsable de las opiniones aquí expresadas.

Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)

FUNDADA EN 1967

XIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA *ALANAM*

Santiago de Chile, 28 a 30 de octubre de 2010

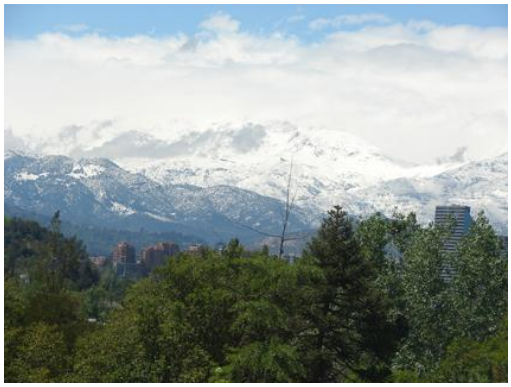


Fig. 6.00.1.- Palacio de La Moneda, Santiago de Chile (google.com). **Fig. 6.00.2.-** Cumbres Nevadas que rodean a la ciudad de Santiago. Fotografías de ZCM.

Temas Oficiales:

"*Investigación en Medicina y Salud en Latinoamérica*"

y

"*Situación de Salud en Latinoamérica*"

ACADÉMICO
ZOILO CUÉLLAR-MONTOYA, M. D.

Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)

A L A N A M
Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal
FUNDADA EN 1967

XIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA *ALANAM*

Fig. 6.00.3.- Edificio de Correos de Santiago (google.com). **Fig. 6.00.4.-** Palacete del centro de Santiago, Área de Santa Lucía (google.com).

Santiago de Chile, 28 a 30 de octubre de 2010

Tabla de Contenido

Portadas T. II. …… 653

Tabla de Contenido. …….. 669

Capítulo VI. ……... 671

1.- Programa General de la XIX Reunión de la *ALANAM*. …….. 675

2.- Introducción a la XIX Reunión del Consejo
Directivo de la *ALANAM*. …… 685

3.- Investigación en Medicina y Salud en Latinoamérica.
Introducción. …… 741

4.- Argentina. ……..... 743

5.- Ecuador. ……... 757

6.- Perú. ……. 777

7.- Uruguay. …….. 789

8.- Venezuela. …… 801

9.- Situación de Salud en Latinoamérica.
Introducción. …… 813

10.- Bolivia. ……..... 823

11.- Brasil.
A.- Versión en Portugués. ……... 829
B.- Versión en Castellano. ……... 843

12.- Colombia. …… 859

13.- Costa Rica. …….. 867

14.- Chile. ……... 883

15.- México. …… 893

16.- Paraguay. ……. 899

17.- Venezuela. ……... 909

18.- Informe de Secretaría. ……. 935

19.- Acta de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*. …… 957
20.- Clausura de la XIX Reunión de la *ALANAM*. ……. 967
21.- Conclusiones y Recomendaciones. ……. 971
22.- Declaración de Santiago sobre Políticas de Salud en Latinoamérica. …… 975
23.- Actividades sociales. ……... 979
24.- Reseña y Estatuto de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (*ALANAM*). Perfil de las Academias Iberoamericanas. …….. 985
25.- Índice de Gráficas, Tablas y Cuadros T. II. ……. 997
26.- Índice de Figuras T. II. ……. 1003
27.- Índice Temático T. II. …….. 1011
28.- Índice Geográfico T. II. …… 1025
29.- Índice de Autores T. II. ……. 1033
30.- Índice Onomástico T. II. …… 1037
31.- Índice General T. II. …….. 1049

CAPÍTULO VI

XIX Reunión de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*).

Asociación Latinoamericana
de Academias Nacionales de Medicina,
España y Portugal
ALANAM

FUNDADA EN 1967

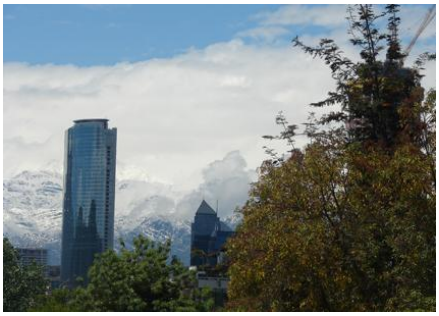
XIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA *ALANAM*

Santiago de Chile, 28 a 30 de octubre de 2010

Temas Oficiales:

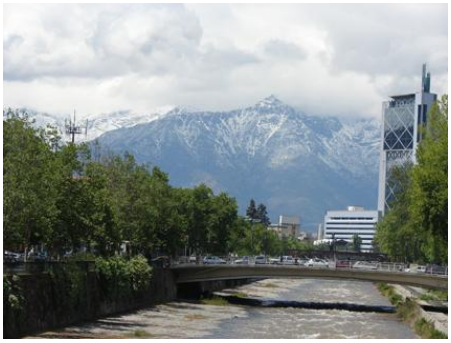
"*Investigación en Medicina y Salud en Latinoamérica*"
y
"*Situación de Salud en Latinoamérica*"

Figs. 6.1.1 y 6.1.2.- Panorámicas de Santiago desde el Piso 21 de la San Cristóbal Tower del Hotel Sheraton Santiago. Fotografías de ZCM.



Figs. 6.1.3 y 6.1.4.- Panorámicas de Santiago desde el Hotel Sheraton Santiago. Fotografías de ZCM.

Figs. 6.1.5 y 6.1.6.- Rincones de Santiago. Fotografías de ZCM.

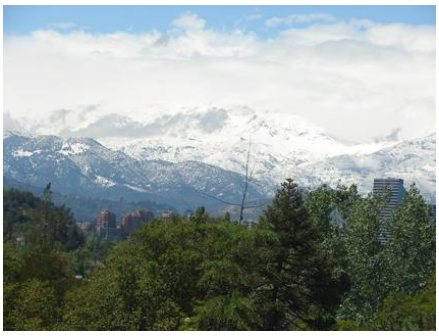


Figs. 6.1.7 y 6.1.8.- Rincones de Santiago. Fotografías de ZCM.

Figs. 6.1.9.- Rincones de Santiago. **6.1.10.-** Mercado Central de Santiago. Fotografías de ZCM.

XIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ACADEMIAS NACIONALES DE MEDICINA, ESPAÑA Y PORTUGAL (*ALANAM*)

Santiago de Chile



Figs. 6.1.11 y 6.1.12.- Montañas que rodean a Santiago de Chile. Fotografía de Z.C.M.

Jueves 28, viernes 29 y sábado 30 de octubre de 2010

PROGRAMA GENERAL DE LA XIX REUNIÓN DE LA *ALANAM*

Sede: Auditorio de la Academia Chilena de Medicina. Instituto de Chile.

Santiago de Chile
28 a 30 de octubre de 2010

Fig. 6.1.13 y Fig. 6.1.14.- Panorámicas del Auditorio de la Academia Chilena de Medicina.
Fig. 6.1.15.- Estrado para la Mesa Directiva. Fotografías de ZCM.

Jueves 28 de octubre de 2010

08:30 – 09:00 Recepción e inscripción de los participantes.

09:00 – 09:20 Información General.

Fig. 6.1.16.- Profesores Rodolfo Armas Merino, Secretario Alterno, y **Alejandro Goic Goic**, Presidente de la *ALANAM*. Fotografía de ZCM.

Segunda Vuelta de estudio y aprobación de las reformas estatutarias.

SESIÓN DE TRABAJO:
"INVESTIGACIÓN EN MEDICINA Y SALUD EN LATINOAMÉRICA"
Co-Presiden Brasil y Venezuela

Fig. 6.1.17.- Profesores Claudio Aoün Soulie, Presiente de la Academia de Venezuela y **Pietro Novellino**, Presidente de la Academia del Brasil. Fotografía de ZCM.

09:30 – 10:00 Introducción.
Doctor Tomás Pantoja.
Experto de la O.P.S.

10:00 – 10:30 "*Investigación en Medicina y Salud. Su implementación en la atención individual y comunitaria*".
Señor Académico Profesor Ambraham Sonis.
Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Argentina.

10:30 – 11:00 "*La Investigación en Medicina y Salud en América Latina. El caso de Ecuador*".
Señor Académico Profesor Fernando Hidalgo Ottolenghi.
Academia Ecuatoriana de Medicina.

11:00 – 11:30 Café

Co-Presiden Colombia y Paraguay

Fig. 6.1.18.- Profesores Gustavo Malagón Londoño, Presiente de la Academia de Colombia y **Jorge Codas Thompson**, Presidente de la Academia del Paraguay. Fotografía de ZCM.

11:30 – 12.00 "*Investigación en Salud Mental*".
Señor Académico Profesor Alberto Perales Cabrera.
Academia Nacional de Medicina del Perú.

12:00 – 12.30 "*Hacia un sistema de investigación en salud*".
Señor Académico Profesor Gilberto Ríos Ferreira.
Academia Nacional de Medicina del Uruguay.

12:30 – 13:00 "*Inversión en Investigación y Tecnología en Venezuela*".
Señor Académico Profesor Leopoldo Briceño-Iragorry.
Academia Nacional de Medicina de Venezuela.

13:00 – 14.00 **PLENARIO. CONCLUSIONES**

Co-Presiden Costa Rica y México

Fig. 6.1.19.- Profesores Carlos Arrea Baixench, Presiente de la Academia de Costa Rica y **Misael Uribe Esquivel**, de la Academia de México. Fotografía de ZCM.

14:00 – 15.30 **ALMUERZO**
HOTEL SHERATON SANTIAGO
SAN CRISTOBAL TOWER
Piso 21

Fig. 6.1.20.- Fachada del Hotel Sheraton Santiago. **Fig. 6.1.21.-** San Cristóbal Tower. Fotografías de ZCM.

18:30 – 21.00 **CEREMONIA INAUGURAL**

"*Himno Nacional de Chile*".
Camerata Universitaria.

Discurso del Presidente de la *ALANAM*.
Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic.

Palabras del Presidente del Instituto de Chile.
Señor José Luís Cea Egaña.

Palabras del Presidente del Colegio Médico de Chile.
Señor Doctor Pablo Rodríguez Whipple.

Palabras del Representante de la OPS en Chile.
Señor Doctor Rubén Torres.

"*La Jardinera*".
Violeta Parra
Camerata Universitaria.

Primera Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*".
"*Arte y Medicina*".
Señor Académico Profesor Juan Verdaguer Tarradella.

"*Como pájaros en el aire*".
Peteco Carabajal.
Camerata Universitaria.

Entrega de Condecoraciones a los Ex - Presidentes de la *ALANAM* y de Pergaminos de Reconocimiento a los Ex – Secretarios Alternos de ésta.

Entrega de Condecoración al Señor Académico Profesor Juan Verdaguer Tarradella, Primer Conferencista Magistral de la *ALANAM*.

"*Gaudeamus Igitur*".
Camerana Universitaria.

121:00 – 22.30 **CÓCTEL**
SEDE DE LA ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

Viernes 29 de octubre de 2010

SESIÓN DE TRABAJO:
"SITUACIÓN DE LA SALUD EN LATINOAMÉRICA"
Co-Presiden Argentina y Ecuador

Fig. 6.1.22.- Profesores Mauricio Letort Calisto, Delegado de la Academia Ecuatoriana y **Óscar H. Morelli**, Delegado de la Academia de Buenos Aires. Fotografía de ZCM.

08:30 – 09:00 "*Introducción*".
Doctor Rubén Torres.
Representante de la OPS en Chile.

09:00 – 09:30 "*Atención Primaria de Salud*".
Señor Académico Profesor Eduardo Aranda Torrelio.
Academia Boliviana de Medicina.

09:30 – 10:00 "*Situación de Salud en Brasil*".
Señor Académico Profesor José Augusto da Silva Messias.
Academia Nacional de Medicina del Brasil.

10:00 – 10:30 "*Situación de la Salud en Colombia*".
Señor Académico Profesor Gustavo Malagón Londoño.
Academia Nacional de Medicina de Colombia.

10:30 – 11:00 "*Evolución de la Salud en Costa Rica en los últimos 50 años*".
Señor Académico Profesor Carlos Arrea Baixench.
Academia Nacional de Medicina de Costa Rica.

11:00 – 11:30 Café

Co-Presiden Perú y Uruguay

Fig. 6.1.23.- Profesores Fausto Garmendia Lorena, Presidente de la Academia del Perú y **José Luís Peña Delgado**, Presidente de la Academia del Uruguay. Fotografía de ZCM.

11:30 – 12:00 "*El Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES)*".
Señor Académico Profesor Vicente Valdivieso Dávila.
Academia Chilena de Medicina.

12:00 – 12:30 "*La Academia Nacional de Medicina: contribuciones a la toma de decisiones en el sistema de salud mexicano*".
Señor Académico Profesor Manuel H. Ruíz de Chávez.
Leído por el Señor Académico Profesor Roberto Medina Santillán.
Academia de Medicina de México.

12:30 – 13:00 "*Análisis de la situación de salud y desafíos en Paraguay 2010 - 2011*".
Señor Académico Profesor Jorge Codas Thompson.
Academia de Medicina del Paraguay.

13:00 – 13:30 "*Estado de la salud en Venezuela*".
Señor Académico Profesor Claudio Aoün Soulie.
Academia de Medicina de Venezuela.

13:30 – 15.00 **ALMUERZO**
HOTEL SHERATON SANTIAGO
SAN CRISTOBAL TOWER
Piso 21

15:30 – 17.00 **PLENARIO SOBRE SALUD. CONCLUSIONES**

Co-Presiden Bolivia y México

Fig. 6.1.24.- Profesores Eduardo Aranda Torrelio, Presidente de la Academia Boliviana y **Misael Uribe Esquivel**, de la Academia de México. Fotografía de ZCM.

21:00 – 23.00 **CENA OFICIAL**
HOTEL SHERATON SANTIAGO
SAN CRISTOBAL TOWER
Piso 21

Sábado 30 de octubre de 2010

09:30 – 11:00 **SESIÓN ADMINISTRATIVA**

Presiden: Señores Académicos Profesores Alejandro Goic Goic, Presidente de la *ALANAM*, Zoilo Cuéllar-Montoya, Secretario Ejecutivo de la *ALANAM* y Rodolfo Armas Merino, Secretario Alterno de la *ALANAM*.

1.-"*Informe de Secretaría*".
Señor Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya
Secretario Ejecutivo de la *ALANAM*.

2.-"*Interacademy Medical Panel (IAMP)*".
Información General y programas.
Señor Académico Profesor Álvaro Moncayo Medina
Delegado de la Academia Nacional de Medicina de Colombia
Delegado del Consejo Directiva del *IAMP*.

3.- Ratificación de la Sede de la XX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*.

4.- Elección del Presidente de la *ALANAM* para el período 2010 – 2012.

5.- Definición de los temas a tratar en la XX Reunión de la *ALANAM*.

6.- Elección del Secretario Ejecutivo de la *ALANAM*.

7.- Toma de posesión del cargo de Presidente Electo de la *ALANAM*.

Entrega de Distinción por el Presidente Electo al ex Presidente Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic y al ex Secretario Alterno Señor Académico Profesor Rodolfo Armas Merino.

10:30 – 11:00 **CAFÉ**

11:00 – 12:00 **CONFERENCIA DE PRENSA**

"*Declaración de la ALANAM sobre Políticas de Salud para Latinoamérica*".

12:30 – 15:30 **VISITA A LA VIÑA SANTA RITA**
ALMUERZO DE CLAUSURA

2.- Introducción a la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*

La XIX Reunión del Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*), tuvo lugar en la ciudad de Santiago de Chile, los días jueves 28 a sábado 30 de octubre de 2010, cuya ceremonia de inauguración oficial se efectuó, el día jueves 28, a partir de las 18:30 horas, en el Auditorio de la Academia Chilena de Medicina, en su sede del Instituto de Chile y sus Academias, ubicada en la Calle Almirante Montt 453, en Santiago Centro. En dicha sede tuvieron lugar las sesiones de trabajo de la *ALANAM*, en tanto que los participantes se alojaron en el Hotel Sheraton de Santiago, ubicado en la Avenida Santa María 1742. Los temas centrales de la XIX Reunión de la *ALANAM* fueron: "*Situación de Salud en Latinoamérica*" e "*Investigación en Medicina y Salud en Latinoamérica*".

Preparación de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*

La Academia sede, con los Señores Académicos Profesores Alejandro Goic Goic, Presidente de la Academia Chilena y de la *ALANAM*, y Rodolfo Armas Merino, Secretario Alterno de la *ALANAM* a la cabeza, asesorados por miembros altamente calificados de dicha Academia, entre todos los preparativos, diseñaron tres encuestas, una sobre cada uno de los dos temas y una tercera sobre políticas de salud pública, con base en las cuales se redactaron los documentos finales de las sesiones de trabajo. Dichas encuestas fueron:

INVESTIGACIÓN

ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA
ALANAM / Chile 2010

CUESTIONARIO: ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE ……..

INVESTIGACIÓN EN MEDICINA Y SALUD EN AMÉRICA LATINA

Como es de su conocimiento, "*Investigación en medicina y salud en América Latina*" es uno de los temas a discutir en la XIX Reunión del Consejo Directivo de ALANAM que se llevará a cabo en Santiago de Chile en octubre del año 2010.

Con el propósito de identificar el estado actual de dicha investigación en América Latina, estamos solicitando a las Academias miembros de *ALANAM* que tengan la gentileza de responder el Cuestionario adjunto. La información proporcionada por las Academias será un importante, aunque no el único, insumo para preparar el documento de trabajo de trabajo que será discutido en la reunión de Santiago.

Una vez completado el Cuestionario, favor enviarlo al Dr. Rodolfo Armas Merino, Secretario Alterno de *ALANAM*, a la dirección electrónica de la Academia Chilena de Medicina: cblamey@tie.cl.

CUESTIONARIO

1. **Ennumere las instituciones públicas o privadas más relevantes que en su país desarrollan actualmente investigación en medicina y salud, indicando su naturaleza (universidad, industria, empresa privada o pública, etc)**

   a).....
   b).....
   c).....
   d).....
   e).....

2. **¡Cuál es el número estimado de investigadores en el área de la medicina y salud que cuenta su país?**

   a) .....

3. **¿Existe un presupuesto del Estado (Gobierno) destinado específicamente a la investigación en medicina y salud? En caso que la respuesta es Sí: ¿cuál es el monto anual aproximado en dólares?**

   a) Menos de US$ .....
   b) US$ ..... a US$ .....
   b) US$ ..... a US$ .....
   c) US$ ..... o más

4. **Existen en su país otros fondos no estatales a los que puedan postular los investigadores. Por favor indíque su origen y monto aproximado en US$.**

   a).....
   b).....
   c).....

5. **¿Existe algún organismo o institución del Estado (Gobierno) encargada de definir políticas sobre investigación, gestionar y distribuir los recursos ?**

   a) Si (indicar) b) No

6. **¿Existe en el país una priorización de las materias que interesa investigar en medicina y salud? En caso que la respuesta es sí, indique 3 materias o temas de investigación que en su país se estiman prioritarios:**

a).....
b).....
c).....

7. **¿Existe información actualizada sobre las publicaciones en revistas nacionales o extranjeras u otros medios, generadas en investigaciones nacionales en los últimos 5 años? Si la respuesta es positiva: indique la o las principales fuentes de información:**

a).....
b).....
c).....

8. **A juicio de su Academia: ¿cuáles son las principales limitantes para el mejor desarrollo de la investigacion en medicina y salud en su país?**
Señale 5 limitantes en orden de su importancia relativa:

a).....
b).....
c).....
d).....
e).....

9. **A juicio de su Academia: ¿Cuáles son las instituciones de su país que deberían tener la mayor responsabilidad de hacer investigación en medicina y salud?**

a).....
b).....
c).....

ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA
ALANAM / Chile 2010

Cuestionario: Academia Nacional de Medicina ……

DECLARACIÓN DE ALANAM SOBRE POLÍTICAS DE SALUD EN LATINOAMERICA

Como es de su conocimiento ALANAM contempla hacer una "*Declaración Pública sobre Políticas de Salud en Latinoamérica*" como corolario de la XIX Reunión de su Consejo Directivo que se llevará a cabo en Santiago de Chile en octubre del año 2010. Estamos enviando a cada Academia Nacional de Medicina el Cuestionario adjunto con el fin de recoger su opinión sobre los contenidos principales que a su juicio debiera incluir tal declaración. Esto permitirá elaborar con antelación a la Reunión un borrador de Declaración para ser discutido en la sesión de trabajo que para tal efecto se contempla en el programa.

Una vez completado el Cuestionario, favor enviarlo al Dr. Rodolfo Armas Merino, Secretario Alterno de *ALANAM*, a la dirección electrónica de la Academia Chilena de Medicina: cblamey@tie.cl. o cblamey@gmail.com

CUESTIONARIO

Señale 5 consideraciones sobre políticas de salud para latinoamérica que, a juicio de su Academia, debieran estar incluidas en la Declaración que sobre el tema hará *ALANAM* en la XIX Reunión de su Consejo Directivo en Santiago de Chile en el 2010.

a) .....

b).....

c).....

d).....

e).....

Asistentes

Asistieron a la Reunión, que presidió el Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic, Presidente de la *ALANAM*, con la asesoría del Señor Académico Profesor Rodolfo Armas Merino, Secretario Alterno de la *ALANAM*, los Señores Académicos Profesores Abraam Sonis y Óscar Héctor Morelli, Delegados, y Fortunato Benaima, de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Argentina; Eduardo Aranda Torrelio, Presidente de la Academia Boliviana de Medicina; Pietro Novellino, Presidente, y José Augusto Da Silva Messias, Delegado, de la Academia Nacional de Medicina del Brasil; Alejandro Goic Goic, Presidente, Vicente Valdivieso Dávila, Delegado de la Academia Chilena de Medicina y Rodolfo Armas Merino, Secretario Alterno de la *ALANAM*; Gustavo Malagón Londoño, Presidente y Álvaro Moncayo Medina, Delegado, de la Academia Nacional de Medicina de Colombia y ex Secretario Alterno de la *ALANAM* y Zoilo Cuéllar-Montoya, Secretario Ejecutivo de la *ALANAM* y ex Presidente de ella; Carlos Arrea Baixench, Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Costa Rica; Fernando Hidalgo Ottolenchi, Presidente, Mauricio Letort Calisto, Delegado, Rodrigo Fierro Benítez, ex Presidente de la *ALANAM* y Mario Paredes Suárez, ex Presidente de la *ALANAM*, de la Academia Ecuatoriana de Medicina, de la cual no pudo asistir, por razones de salud, el Profesor Plutarco Naranjo Vargas, ex Presidente de la *ALANAM*; Miguel Lucas Tomás, Delegado de la Real Academia Nacional de Medicina de España; Misael Uribe Esquivel, ex Presidente de la *ALANAM*, y Roberto Medina Santillán, Delegado de la Academia Nacional de Medicina de México y ex Secretario Alterno de la *ALANAM*; Jorge Codas Thompson, Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay; Fausto Garmendia Lorena, Presidente, Alberto Perales Cabrera, Delegado, Rolando Calderón Velasco, ex Presidente de la *ALANAM*, y Eduardo Pretell Zárate, ex Secretario Alterno de la *ALANAM*, de la Academia Nacional de Medicina del Perú: José Luís Peña Delgado, Presidente, y Gilberto Ríos Ferreira, Delegado, de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay y Claudio Aoün Soulie, Presidente, y Leopoldo Briceño-Iragorry, Secretario y Delegado, de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. No se logró sino una comunicación inicial y respuesta parcial a las encuestas remitidas por la Presidencia de la *ALANAM* a todas las Academias, de la Academia Portuguesa de Medicina, la cual no estuvo representada en la Reunión.

CEREMONIA INAUGURAL

La Ceremonia Inaugural de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM* tuvo lugar el día jueves 28 de octubre, a partir de las 18:30 horas, en el Auditorio de la Academia Chilena de Medicina. La Mesa Directiva estuvo conformada por los Señores Académicos Profesores Alejandro Gic Goic y Rodolfo Armas Merino, Presidente y Secretario Alterno, respectivamente, de la *ALANAM*, por el Doctor Rubén Torres, Representante de la OPS en Chile, el Señor José Luís Cea Egaña, Presidente del Instituto de Chile y el Doctor Pablo Rodríguez Whippe, Presidente del Colegio Médico de Chile. Se excusó de asistir el Doctor Jaime Mañalich Musí, Ministro de Salud de Chile.

Figs. 6.2.1 y 6.2.2.- Mesa Directiva de la Ceremonia Inaugural de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*. De izquierda a derecha: Doctor **Rubén Torres**, Representante de la OPS en Chile, y Señor **José Luís Cea Egaña**, Presidente del Instituto de Chile, Señores Académicos Profesores **Alejandro Goic Goic,** Presidente, y **Rodolfo Armas Merino,** Secretario Alterno de la *ALANAM*, y Doctor **Pablo Rodríguez Whippe**, Presidente del Colegio Médico de Chile. La primera fotografía es de ZCM y la segunda del Fotógrafo de la Academia Chilena.

Una vez abierta oficialmente la Ceremonia Inaugural por el Señor Presidente Goic, se dio iniciación a ella con la interpretación, por parte de la Camerata Universitaria, del *Himno Nacional de Chile*.

Fig. 6.2.3.- Camerata Universitaria. Fotografía de ZCM. **Fig. 6.2.4.-** Inauguración: panorámica. Fotógrafo Ac. Chilena.

Discurso de Inauguración de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Asociación Latino americana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal[1].

Presidente de la *ALANAM*

Señor Académico Profesor
Alejandro Goic Goic
Presidente de la Academia Chilena de Medicina

Fig. 6.2.5.- Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic.
Presidente de la Academia Chilena de Medicina y de la *ALANAM*. Fotografía de ZCM.

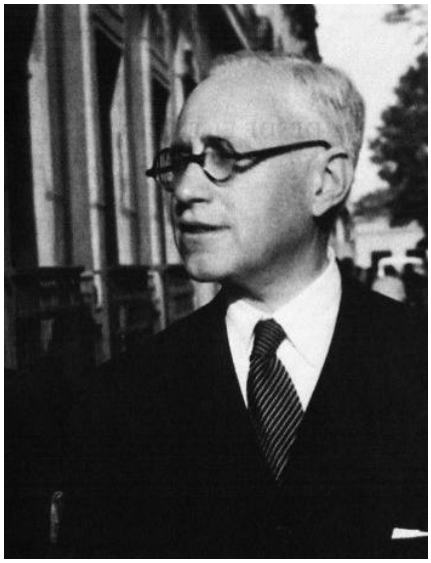
Introducción

Te arrulla el mar, te velan las montañas,
Te arde la frente y por los pies tiritas;
Con sus próvidas manos infinitas
Dios está removiendo tus entrañas.

Es la voz del poeta español Enrique Díez-Canedo, una descripción imaginativa de los rasgos distintivos de la singular geografía de Chile y, tal vez, una premonición de sus turbulencias y tragedias. En febrero pasado, el quinto sismo más intenso de que haya registro en el mundo, remeció con inusitada violencia una extensa zona del país, donde reside el 80% de la población. Más de cuatrocientos kilómetros de la costa del centro-sur de Chile sufrieron, además, el embate de un mar embravecido. Se destruyeron 200.000 viviendas, 4.000 escuelas, 200 puentes y 79 hospitales, además de varios puertos, aeropuertos y edificios patrimoniales; miles de puestos de trabajo se perdieron y, como

[1] Pronunciado en la Ceremonia Inaugural de la Reunión de ALANAM, en la sede del Instituto de Chile y sus Academias. Santiago de Chile, 28 de octubre, 2010.

consecuencia, se incrementaron los índices de pobreza. El daño estimado es de 30 mil millones de dólares.



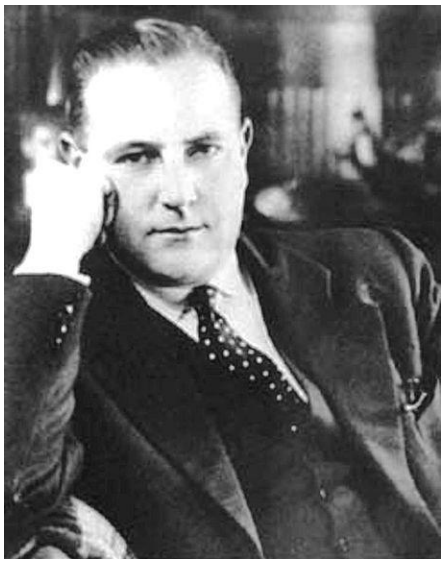


Fig. 6.2.6.- Enrique Díaz Canedo[1]. Poeta postmodernista, traductor y crítico literario español, nacido en Badajoz, España, el 7 de enero de 1879 y muerto en México, el 7 de junio de 1944[2]. **Fig. 6.2.7.- Benjamín Subercaseaux Zañartu**[3]. Escritor e investigador chileno nacido en Santiago, el 20 de noviembre de 1902 y muerto en Tacna, Perú, el 11 de marzo de 1973[3].

Por cierto, la mayor desgracia fue la muerte de más de quinientas personas y, arrastrados por el mar, alrededor de un centenar de desaparecidos. La ayuda de los países, de nuestro y de otros continentes, fue pronta, generosa y eficaz. Con todo, Chile o "una loca geografía", al decir del escritor nacional Benjamín Subercaseaux, está hoy erguido, reconfortando sus dolores y restañando sus heridas, con renovada fe en su porvenir.

En memoria y homenaje de las víctimas de esta enorme tragedia que azotó a nuestro país, solicito a ustedes que nos pongamos de pie y guardemos un momento de silencio.

En esta especial ocasión, quisiera también expresar nuestro respeto y admiración a los valerosos mineros que fueran rescatados de las profundidades de una montaña en el desierto árido de Atacama. En contraste dramático con la muerte de cientos de personas inocentes que ocurre día a día en todo el mundo, víctimas de la guerra, el odio y la violencia, veo en este admirable esfuerzo solidario para salvar 33 hombres atrapados sin salida, un signo de amor por la vida que reconforta el espíritu y ennoblece la condición humana.

I

Hoy estamos convocados para dar comienzo oficial a la XIX Reunión de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (*ALANAM*). Participan las Academias de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, además de la Real Academia de España. Desde 1967, fecha de fundación de la *ALANAM*, sus presidentes y delegados permanentes se han

reunido cada dos años en los diferentes países del continente para debatir materias de su preocupación. En estos seminarios internacionales han sido escudriñados, entre otros, temas de tanta importancia como los sistemas de salud, pobreza, agua potable, atención primaria, adolescencia y drogas, gerontología, formación de los médicos y ética médica.

El temario de la presente Reunión contempla la *Situación de Salud* y la de la *Investigación en Medicina y Salud en Latinoamérica.* Sirven de marco de referencia general para el análisis de estos asuntos, la Declaración de Río de Janeiro sobre Medio Ambiente de 1992, la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas del año 2000, suscrito por 184 Jefes de Estado y de Gobierno; y los Objetivos de Desarrollo del Milenio del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (*PNUD*). No es casual que, de los ocho objetivos mencionados en la Declaración del *PNUD*, tres se refieran a problemas específicamente médicos: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; en tanto que, otros cuatro, a factores condicionantes de la salud: erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

En la etapa preparatoria de esta reunión, hemos recabado la información y opiniones de todas las Academias sobre los temas a tratar, las que, en documentos consolidados, servirán de base para los debates. Durante el seminario, expondrán sobre estos asuntos expertos de la Organización Panamericana de la Salud y los representantes de las diversas Academias. Al término del encuentro, emitiremos una *Declaración sobre Políticas de Salud para la Región*, una visión consensuada sobre asuntos de alta relevancia para el bienestar y el progreso de nuestros pueblos. En el programa, se ha incorporado la *"Conferencia Magistral Doctor Gonzalo Esguerra Gómez",* en recuerdo y homenaje de este destacado médico colombiano, quien fuera un impulsor de la creación de la *ALANAM*, a través de una exitosa gestión diplomática. La Conferencia, "*Arte y Medicina*", será dictada por el Miembro de Número de la Academia Chilena, Doctor Juan Verdaguer Tarradela. Además, distinguiremos hoy a los ex Presidentes de *ALANAM*, Doctores Rolando Calderón Velasco, Académico de Perú; Zoilo Cuellar-Montoya, de Colombia; Rodrigo Fierro Benítez, Plutarco Naranjo Vargas, Mario Paredes Suárez, de Ecuador y Misael Uribe Esquivel, de México y a los ex Secretarios Alternos, Doctores Zoilo Cuéllar Montoya, de Colombia; Roberto Medina Santillán, de México; Álvaro Moncayo Medina, de Colombia y Eduardo Prettel Zárate, de Perú quienes, con gran dedicación, han contribuido desinteresada y decisivamente, a promover los elevados fines de esta institución latinoamericana y su continuo progreso.

Cumplo con agradecer a los patrocinadores de este encuentro: en particular al Ministerio de Salud de Chile, en la persona del Doctor Jaime Mañalich Muxi, Ministro de la Cartera, así como al Colegio Médico de Chile, entidad representativa del gremio médico, presidida por el Doctor Pablo Rodríguez Whipple quienes, con su generosa contribución económica han hecho posible la realización de este encuentro; al Sr. José Luis Cea Egaña, Presidente del Instituto de Chile, institución que cobija a las seis Academias Chilenas: de la Lengua, de la Historia, de Ciencias Sociales, Políticas y Morales, de Ciencias, de Medicina y de Artes, en cuya sede tiene lugar esta Ceremonia y se desarrollarán nuestras reuniones de trabajo; a la Organización Panamericana de la Salud, en la persona de su Representante en

Chile, el Doctor Rubén Torres, la que nos concedió su invaluable auspicio y la participación de sus expertos y, finalmente, a los miembros de la Academia Chilena que han colaborado activamente en la preparación de este evento, en particular a su Secretario, el Doctor Rodolfo Armas Merino.

En nombre de *ALANAM* y de la Academia Chilena de Medicina, les doy la más cordial bienvenida, deseando que su estada en Santiago sea grata, así como exitosas las deliberaciones que han de emprender. Un saludo especial a las delegaciones de Argentina, Colombia y México, cuyas Repúblicas, al igual que la de Chile, están celebrando este año el bicentenario de su vida independiente.

II

Excúsenme que, tomando ventajas de esta ocasión, me permita hacer algunas consideraciones relativas a las Academias y al tema central de nuestra reunión: la salud. Sabemos que el origen de la voz ПЂЯəЃЄЃҒЯ, se sitúa en la Grecia Antigua, para denominar un pequeño lugar cercano a Atenas donde enseñaba Platón. Luego, se utilizó con el sentido de una escuela o institución de educación superior hasta que, en el Renacimiento, se generalizara la palabra universidad en su sentido moderno. Aún hoy día, el término Academia se emplea en muchos países para designar algunas escuelas secundarias y corporaciones de educación superior, incluidas algunas que enseñan materias específicas e, incluso, varios oficios. Sin embargo, ya desde el Renacimiento, la palabra Academia se había asociado a sociedades ilustradas, que no son escuelas en el sentido común de la palabra y no tienen obligaciones docentes o de investigación formales.

El origen de las Academias, así entendidas, se remonta a los siglos XIII y XIV, siendo, en la época, corporaciones dedicadas al cultivo de la filosofía, poesía, literatura o arqueología. Las primeras Academias científicas aparecen en Europa en los siglos XVI y XVII y, en el siglo XVIII, las Academias de Medicina, siendo las más antiguas la *Académie Royal de Chirurgie*, creada en Paris, en 1731, antecesora de la actual *Académie Nationale de Médicine*; en España, la Academia Médica Matritense, fundada en 1734, antecesora de la Real Academia Nacional de Medicina y, en Rusia, la Academia Médico-Militar establecida en 1799. En América Latina, las Academias de Argentina, Colombia y Perú datan del siglo XIX y, las de otros países miembros, del siglo XX.

Si intentáramos una definición de las Academias de nuestro tiempo, diría que son corporaciones doctas y honoríficas, generalmente establecidas con autoridad pública, destinadas a la reflexión intelectual, al cultivo y promoción de la literatura, de las artes y ciencias, o de un arte o ciencia en particular, en nuestro caso, de la Medicina. El propósito fundamental de nuestras Academias es común: el estudio y cultivo de todos los variados asuntos relativos a la medicina, la salud pública y la educación médica, con el fin de promover su progreso y preservar sus valores históricos y éticos.

Debemos reconocer que las actuales Academias son instituciones *sui generis*, silenciosas, lejanas para el gran público, desprovistas de poder y, para algunos, entes casi incomprensibles en una época de tonalidades utilitarias. De ellas se esperan juicios

independientes y serenos y que sean fieles a su autonomía y altruismo. Los Académicos hacen su tarea intelectual graciosamente, sin otro estímulo que su amor por el saber y la búsqueda de la verdad y la belleza.

Su fuerza es la del conocimiento y la inteligencia, la idoneidad, la experiencia y prestigio de sus miembros. Convengamos que estos atributos sociales son escasos y un antídoto para lo trivial e irrelevante. A mi parecer, las Academias son corporaciones indispensables para preservar la salud intelectual, el sentido humano y espiritual de nuestras sociedades y servir de estímulo para que la juventud aprecie el valor del estudio y el reconocimiento social a quienes se dedican a tareas nobles y desinteresadas. No menos importante, los académicos pueden ser mensajeros privilegiados para lograr un mejor conocimiento y comprensión mutua entre nuestras naciones y fomentar la concordia y la paz.

III

Los médicos tenemos una gran responsabilidad individual y colectiva en la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios. Sin embargo, la salud no es un tema que concierne sólo a los médicos, sino también a todos los ciudadanos, por su gran relevancia social, económica y política. Somos conscientes de que los problemas de salud son complejos y de no fácil solución pero, también sabemos, que la salud es un bien universalmente deseado. Extendida al plano colectivo, la atención de salud, como cualquier otro servicio, tiene un elevado costo para un país, el que debe ser asumido socialmente por algún mecanismo financiero que la haga factible. Desde el punto de vista económico, no parece haber acuerdo unánime sobre cuál es el mecanismo más eficiente de asignación de recursos al sector salud y no somos, primariamente, los médicos los llamados a dilucidarlo. Pero sí podemos constatar que, cuando la organización de la atención de salud y sus mecanismos financieros privilegian los intereses económicos sobre los requerimientos médicos y de salud de las personas, se genera un grave problema social, que se traduce en inequidad en el acceso de la población a una atención médica oportuna y de calidad y, por lo tanto, en un sufrimiento humano colateral que es de suyo evitable.

Es sabido que los médicos tienen una particular sensibilidad por los problemas sociales. Esto no es de extrañar, en razón de que, como pocas otras profesiones, en nuestra práctica cotidiana nos relacionamos con todos los sectores de la sociedad y somos testigos de las aristas de la pobreza que condiciona, para millones de personas, una vida muy difícil, no pocas veces triste y desesperanzada. Conocemos, no sólo de sus dolencias físicas y mentales, sino, también, de sus precariedades: la insuficiencia de sus viviendas, la escasez de sus ingresos monetarios, su inestabilidad laboral, su difícil acceso a una salud y educación de calidad. Esta experiencia social y vital de la profesión médica con factores condicionantes de la salud, es lo que los académicos, por su trayectoria y experiencia acumulada, y en la etapa madura de su vida profesional, pueden aportar a sus respectivos países. Sabias son, a mi parecer, las autoridades de los Gobiernos que escuchan y valoran la opinión de las Academias sobre materias que son de alto interés público, para resolverlas con mejor conocimiento de causa e independencia de juicio; son, además, un modo inteligente de superar la tensión histórica entre el conocimiento y el poder.

Sras. y Sres.: Las dificultades objetivas que enfrenta el sector salud no deben ser obstáculo para expresar nuestros puntos de vista y aspiraciones en el marco de los ideales de la profesión médica y en beneficio de la equidad social. Lo importante es no confundir lo esencial con lo instrumental y tener claro que, el propósito último que nos debe mover a los médicos, es cuidar debidamente a las personas que sufren.

Es a la sociedad y sus gobiernos a los que corresponde generar los recursos y los espacios apropiados para que en el sistema de salud se revele el sentido humanitario de la medicina. Esto se traduce en la exigencia de justicia en el acceso al bien de la salud, en promoverla, en prevenir las enfermedades, los accidentes y violencias y en preservar el medio ambiente. Y, en lo relativo al cuidado de las personas, en una atención médica oportuna y de calidad, una infraestructura sanitaria concebida en función de las necesidades humanas de los pacientes, en la disponibilidad de tecnologías de uso clínico de probada eficacia y en condiciones laborales adecuadas para los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud.

Debo subrayar que la organización de la atención de salud no es sólo un problema técnico, administrativo y económico, sino también moral. De allí que los principios fundacionales de la medicina debieran tener expresión en el modo como la sociedad concibe y organiza la atención de salud, así como en el comportamiento médico en el contexto más amplio de la atención sanitaria.

Los valores ético-asistenciales que proclamaron nuestros padres hipocráticos -idoneidad, respeto por la vida, justicia, no discriminación, humanitarismo -, debieran servir de fuente de inspiración para definir las bases éticas de un sistema de salud. Estos valores, en su proyección social, encuentran expresión en aquellas comunidades en las que sus miembros están ligados por un interés y compromiso común: el de concebir e implementar un sistema sanitario que beneficie a todos. Pero hay más: nuestra convicción es que el objetivo superior en salud es lograr que los servicios sanitarios hagan posible un modo social de relación interhumana en la que prevalezcan la acogida, la amabilidad y el respeto por las personas. ■

Referencias.

1.- GOOGLE.COM. *Imágenes de Enrique Díaz Canedo*. google.com.co/images?hl=es&source=hp&q=Imágenes+de+Enrique+D%C3%ADez-Canedo.
2.- WIKIPEDIA. LA ENCICLOPEDIA LIBRE.*Enrique Díaz Canedo*. es.wikipedia.org/wiki/Enrique_D%C3%ADez_Canedo.
3.- WIKIPEDIA. ENCICLOPEDIA LIBRE. *Benjamín Subercaseaux*. es.wikipedia.org/wiki/ Benjam%C3%ADn_Subercaseaux.

Palabras del Presidente del Instituto de Chile

Señor José Luís Cea Egaña.

Fig. 6.2.8.- Señor José Luis Cea Egaña.
Presidente del Instituto de Chile. Fotografía de ZCM.

Salud y Medicina para el Bien de nuestros Pueblos

El Instituto de Chile saluda cordialmente a las catorce Academias participantes en la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM* y formula los mejores deseos de éxito en sus tres días de labor. Nos honra que nuestra sede sea el lugar de sus sesiones de trabajo.

Nos preocupa el acceso a las acciones de salud en Latinoamérica, España y Portugal porque es un derecho esencial, de los que más claramente se vinculan con la dignidad de la persona humana y con el goce pleno de los demás atributos inherentes a esa cualidad. Sin salud, termina perdiéndose la vida y es imposible el trabajo, el descanso y remontar los tropiezos en las edades más difíciles de nuestra existencia, desde que la comenzamos hasta cuando nos acercamos a la etapa final.

Nos alegra saber que los profesionales más destacados de los países participantes han decidido dedicar sus esfuerzos, en Santiago de Chile, al examen de la salud en América Latina y a la investigación en medicina y salud dentro de la misma región. Son tópicos del mayor interés, llenos de dificultades y que, por lo mismo, nos presentan los más serios desafíos para doblegarlas pero las mejores oportunidades para progresar.

Desde luego, se halla estadísticamente demostrado que los presupuestos nacionales siguen revelando la destinación de porcentajes insuficientes para la satisfacción de la demanda de salud, sobre todo de los factores medios y bajos. Tal vez, y en relación con lo dicho, sea oportuno reflexionar en torno de uno de los principales factores del desarrollo humano en la democracia contemporánea. Me refiero a la integración de los recursos del erario público con los provenientes de la Sociedad Civil, sumándolos y evaluando su uso

para que sea cada día más eficientemente utilizado. No cabe duda que ésta es una de las demandas más claras que formula hoy la ciudadanía para avanzar en el problema, cierto que insoluble por completo, pero susceptible de ser aliviado sin cesar, que es la expectativa de disfrutar de salud, higiene y salubridad para todos, en todo momento y cualquiera que sea el lugar de nuestros países en que se manifieste tal exigencia.

Nos alegra también que esta XIX Reunión tenga a la investigación en medicina y salud como segundo de sus ejes temáticos. Resulta nítido que, sin búsqueda de conocimientos nuevos en esos campos y de progreso en la técnica para llevarlos a la práctica, se detiene el impulso que debe regir en las acciones de prevención, promoción, rehabilitación y recuperación de la salud. Una vez más, se sabe que los recursos para satisfacer las demandas de la población en el tema son escasos. Y de nuevo, me viene a la mente la puntualización que ya hice, pero esta vez a propósito de estímulos a la Sociedad Civil mediante la solidaridad, que a través de normas legales, incentivos tributarios, alicientes al voluntariado y simplificación de procedimientos, hagan que el mecenazgo o filantropía sean incrementados y sostenidos considerablemente.

En fin, el profesor Juan Verdaguer Tarradella pondrá de relieve que en la medicina existe creación, imaginación y belleza. En museos de Chile y el mundo hemos admirado la hermosa impronta que, en pintores y escultores, ha dejado la práctica de tal profesión. Por ello, reconocemos que la medicina tiene los rasgos nobles y singulares del arte. Esa capacidad de diagnosticar y sanar con el sentido clínico de los facultativos eminentes, integra cuanto es objeto de esta reunión y ha de contribuir a la meta hacia la cual se avance.

En la concreción de las ideas sugeridas advierto un papel extraordinariamente importante para las Academias Nacionales de Medicina. En ellas se encuentran los especialistas más connotados de nuestras sociedades para aportar experiencias, trazar métodos de acción, precaver errores y plantear estrategias que llevan al éxito. No dudo que, en ésta Academia del Instituto de Chile, por ejemplo, se trabaja por sensibilizar la conciencia de las autoridades y de la comunidad en ese sentido.

Nuestros países carecen de instituciones comparables a las Academias para implementar, con el más elevado espíritu de bien común, y por encima de disparidades en los procesos formativos, la búsqueda y hallazgo de alternativas de solución para los problemas de la salud y de la medicina que, con entera legitimidad, espera recibir la población.

Conozco el rigor con que trabajan lo médicos. Me consta que son modelos de vocación para el progreso en la consecución de la noble causa que explica su servicio. No dudo que nuestro distinguido amigo, el Presidente de la XIX Reunión, profesor Alejandro Goic, y el Secretario Alterno de este magnífico Congreso, el también querido amigo profesor Rodolfo Armas Merino, han hecho cuanto ha sido posible para que la congregación de *ALANAM* en Santiago de Chile sea un éxito completo. Estoy seguro que será así.

El Instituto de Chile agradece a todos quienes han cooperado para que nuestro país siga siendo considerado un modelo de responsabilidad y esmero en la organización de eventos difíciles. Especialmente dirijo palabras de gratitud al Sr. Ministro de Salud.

Sé que los médicos trabajan intensamente. Pero me consta que son también capaces de planificar su tiempo, dedicando el adecuado para el solaz y la amistad. El programa que ya ha comenzado a cumplirse así lo demuestra. Ojalá, al término de esta hermosa jornada, cuando sea la hora de las conclusiones, en el último plenario y la despedida broten testimonios que revelen el afecto con que acogemos a visitantes ilustres, como son ustedes. Juntos, llegaremos a sentir que somos hermanos en la historia, en el presente y en el impulso para realizar una vida más sana y saludable para todos nuestros pueblos.

¡Gracias por venir y escucharme!

Palabras de Saludo del Presidente del Colegio Médico de Chile a la realización de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*.

Señor Doctor Pablo Rodríguez Whipple.

Fig. 6.2.9.- Doctor Pablo Rodríguez Whipple.
Presidente del Colegio Médico de Chile. Fotografía de ZCM.

Doctor Alejandro Goic, Presidente de la Academia Chilena de Medicina y Presidente de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal, estimados representantes de las Academias de Medicina de los Países participantes, Amigas y Amigos.

En primer lugar, quiero felicitarlos por la realización de este encuentro y desearles el mayor de los éxitos, tanto en la discusión como en las conclusiones a las que arriben, en beneficio de la salud pública de la Región.

Para mi, como Presidente del Colegio Médico de Chile, es un honor participar en esta ceremonia inaugural, en que se da inicio a la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*. En primer lugar, por el agrado de tenerlos de visita en nuestro País, año de nuestro Bicentenario, y por la importancia que tiene para nuestros países los temas que Ustedes tratarán y que será de gran utilidad para la Medicina y la Salud pública en cada uno de los países aquí representados.

Los países de América Latina presentan, en la actualidad, una extraña paradoja: de una parte, pueden mostrar, con orgullo, un largo período de estabilidad democrática y, por otra, se observan ciertos grados de descontento e insatisfacción de los ciudadanos por demandas aún insatisfechas. Una de estas demandas insatisfechas dice relación con el acceso y calidad de la atención de la Salud Pública. Al menos para nosotros, como médicos, este es, en la actualidad, un gran desafío al cual estamos abocados. No tengo dudas de que este es un desafío que también enfrentan otros países de la región.

La cobertura de atención en nuestro sistema público de salud es de 12 millones 500 mil personas, lo que equivale al 76 % de la población. En un año, las atenciones médicas alcanzan a 39 millones 311 mil; el número de egresos hospitalarios a 1 millón 177 mil; la atención de especialidades a 6 millones 678 mil; el número de atenciones APS, a 16 millones 750 mil y las atenciones de urgencia a 15 millones 883 mil, de las cuales 8 millones se realizan en los *SAPU*.

En este contexto, debemos agregar que, con el terremoto del pasado 27 de febrero, el sistema público perdió un número de 4.000 camas que, sumado al déficit existente previo al terremoto, éste alcanzó a poco más de 7.000. Esta es nuestra realidad.

Como Colegio Médico estamos trabajando, en forma colaborativa, con las autoridades de salud. Hemos encontrado en el Ministerio de Salud la mejor disposición para que juntos podamos avanzar en la solución de los temas más urgentes que enfrenta el sistema público. Esperamos continuar por este camino.

Quiero terminar deseándoles que desarrollen un excelente encuentro y que las conclusiones a las que lleguen las difundan para que, de esa manera, podamos enriquecer el conocimiento y las experiencias de la Salud Pública en otros países de nuestro continente.

Muchas gracias.

Palabras del Representante de la OPS en Chile

Señor Doctor Rubén Torres.

Fig. 6.2.10.- Doctor Rubén Torres.
Representante de la OPS en Chile. Fotografía de ZCM.

Al concluir la participación del último orador, la Camerata Universitaria interpretó la obra "*La Jardinera*", de la maestra Violeta Parra.

GONZALO ESGUERRA GÓMEZ

Fig. 6.2.11.- Profesor Gonzalo Esguerra Gómez
Óleo sobre Lienzo. Galería de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Fotografía de ZCM.

Nació el doctor Gonzalo Esguerra en Bogotá[1], el 24 de enero de 1902[2,3,4], segundo hijo del Profesor Carlos Esguerra Gaitán y de doña Carlina Gómez Cuéllar[1,5]. Sus estudios de primaria[6] y secundaria los hizo en la Escuela Nacional de Comercio, entidad que le otorgó el grado de bachiller en filosofía y letras al concluir el año lectivo de 1919[1]. Sus estudios profesionales los cursó en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional[1], en la que inició su formación universitaria en febrero de 1920, institución que le otorgó el grado de doctor en Medicina y Cirugía, el 19 de noviembre de 1927[2,4], con un trabajo de tesis titulado, "*Estudio radiológico de la apendicitis crónica*"[1,3,7]. "Durante sus estudios empezó su gran interés por la radiología", anotan Jaime Gómez González y Colaboradores[1]. "Gonzalo Esguerra Gómez aspiraba a convertirse en un buen ingeniero – anota Jorge Cavelier Gaviria -. Pero resultó ser el pionero de la radiología en Colombia"[8]. Sin embargo, la historia de la afición de Gonzalo Esguerra Gómez por la radiología se inició cuando terminaba su último año de colegio: cuenta también Cavelier Gaviria que "un día su hermano Alfonso (Esguerra Gómez) - que terminaba sus estudios de Medicina -, lo llevó al Hospital San Juan de Dios y le presentó a André J. Richard, profesional francés contratado para poner en buen funcionamiento el equipo de Rayos X"[8]. Gonzalo Esguerra, continua Cavelier Gaviria, relató así dicha experiencia: "A fines de diciembre de 1919, comencé a ayudar al doctor Richard, especialmente como traductor, y lo pude admirar en esos días como mecánico. El aparato que existía era lo que se llamaba de contacto giratorio. Tenía un transformador para elevar la corriente de 220 voltios a kilovatios y encima del transformador había un eje con unas puntas de metal montadas en astas de madera, las cuales giraban y de un lado recogían la corriente positiva y del otro la negativa. En el mes de enero (de 1920) comencé a entusiasmarme con las radiografías tomadas y con el diagnóstico que de ellas hacía el doctor Richard, y resolví seguir con él y dejar mis estudios de ingeniería para más tarde. En esa época sólo había en Bogotá dos aparatos: el uno manejado por el doctor Isaac Rodríguez, que sólo tomaba radiografías de huesos, y el otro por el doctor Germán Reyes – un aparato francés muy costoso – que no tomaba radiografías aceptables. En febrero me nombró la Facultad de Medicina ayudante del Laboratorio de Rayos X. Pero como el doctor Richard se enojaba con cualquier cosa que no le gustaba, en el mes de abril resolvió no seguir en el laboratorio y volverse a los Estados Unidos. Ante esta circunstancia, y teniendo en cuenta que yo estaba encantado con el radiodiagnóstico, mi padre solicitó a la Facultad que me concediera una matrícula extra para entra a primer año, pues estaba trabajando en ella y el laboratorio se cerraba con la ida del doctor Richard. La Facultad lo aceptó y comencé los estudios de medicina. El laboratorio permaneció cerrado hasta el regreso del doctor Richard, al año siguiente (1921). En los ratos que me quedaban libres iba a ver trabajar y trataba de aprender algo del doctor Richard. En esos momentos yo no tenía ninguna obligación en el laboratorio. Cuando en 1922 terminaba mi tercer año, solicité que examinaran el primer día en todos los cursos. Y así pude, a principios de noviembre, irme para París, en donde estaban mi hermano Alfonso, su esposa, su hijo *Chepe* y mi hermana Paulina. Durante mi permanencia en París, hasta el mes de marzo (de 1923), iba diariamente al Hospital Vaugirad, al servicio del Profesor Claude Beclére, sobrino del verdadero fundador de la radiología, el Profesor Antoine Beclére. El servicio de Claude Beclére era el más acreditado de esa época y allí pude ver por primera vez una urografía – la primera en París – ya que venía el procedimiento de Alemania. Mucho alcancé a aprender en esos tres meses y por este motivo decidí conseguir un aparato de diagnóstico de rayos X para instalarlo en la Clínica de Marly. Dicho aparato comenzó a funcionar en la Clínica el 7 de junio de 1923. A mi regreso de París dejé la jefatura del

Laboratorio de Química, cátedra regentada por el doctor Eduardo Lleras Codazzi, y me dediqué al Laboratorio de Radiodiagnóstico instalado en Marly. El aparato me sirvió varios años. A la muerte de mi hermana Paulina lo regalamos al Hospital de La Misericordia y allí lo bautizaron como Laboratorio *Paulina Esguerra Gómez*. En el laboratorio de Marly eran pocos los enfermos que yo examinaba. En 1923 (seis meses) atendí 250, el doble de 1924, y en 1925 llegué a mil. Más o menos esa proporción seguí hasta 1934. Cuando en 1925 terminaba el quinto año, el Rector de la Facultad, doctor Roberto Franco, me ofreció el puesto de ayudante en el Laboratorio de Radiología del Hospital de San Juan de Dios, pues había llegado a dirigirlo el Profesor alemán Martin Weiser. Acepté gustoso el nombramiento y me fui a trabajar con el doctor Weiser, tratando de ayudarlo lo mejor posible y buscando evitarle trabajo. Como la facultad había pedido unos aparatos a Alemania, para ayudar al aparato americano que entonces funcionaba ya en el Hospital de La Hortúa, el doctor Weiser pidió que lo enviaran allá para activar el despacho. Yo lo reemplacé en la dirección del laboratorio durante su ausencia. Además, en las conferencias que sobre radiodiagnóstico debía dictar – según su contrato – a alumnos de sexto año, que eran mis condiscípulos. A esas conferencias asistieron también los profesores Pompilio Martínez y Juan N. Corpas. A mediados de ese año regresó el doctor Weiser, pero me suplicó que siguiera haciendo las conferencias hasta noviembre, ya que para él era muy difícil dominar el español Y en la misma forma continué en el año siguiente (1926)"[8]. Para la época de su grado de médico, entonces, Gonzalo Esguerra Gómez ya había trabajado al menos cuatro años en radiología[3]: lo hizo, como acaba de relatarlo él mismo, desde sus primeros años de estudiante, en el viejo Hospital de Caridad o de San Juan de Dios[3,7], primero como ayudante del Laboratorio de Radiología[2] (1920 - 1922)[1]. Igualmente, para ese entonces ya había adelantado cursos de radiología en París[1,3,7] (de noviembre de 1922 a marzo de 1923)[8] e instalado el Laboratorio respectivo en la Casa de Salud de Marly[3,4], del cual era ya el Director[1,7], a partir del mes de junio de 1923[1,2,3,8], y ejercía el mismo cargo en el Hospital Infantil de la Misericordia[4,7,8]. Sobre el laboratorio de Rayos X de Marly, anotó el Doctor Edmundo Rico en artículo titulado "*Una gran Casa de Salud en Bogotá: el nuevo Sanatorio de Marly*", publicado en la Revista EL GRÁFICO de Bogotá, en su número del 25 de abril de 1925: "El Laboratorio de Rayos. … Marly es poseedor de un vasto Laboratorio de Rayos X, habilidosamente manejado por el doctor Gonzalo Esguerra, quien por largo tiempo hizo estudios especiales en el Hospital de San Juan de Dios, bajo custodia del radiólogo francés A. Richard"[9,10]. El tiempo de trabajo en dicho laboratorio y en el del Hospital de San Juan de Dios, le había dado una buena experiencia en esa especialidad[3], así como, naturalmente, su pasantía de tres meses en París (diciembre de 1922 a marzo de 1923)[8]. Entre 1927 y 1928[3] tuvo a su cargo la Dirección del Laboratorio de Radiología del Hospital de San Juan de Dios[1,2,3,4,7]. Fue Profesor de radiología en el Instituto Dental Colombiano[2], en 1928[3]. Ingresó a la Sociedad de Pediatría de Bogotá[11]. El 31 de diciembre de 1928, por Escritura Pública Nº 4420 de la Notaría Segunda de Bogotá, se constituyó la Sociedad Clínica de Marly S. A., de la cual el doctor Gonzalo fue uno de los accionistas principales y actuó como suplente en la primera Junta Directiva de la nueva Sociedad[7]. El 20 de febrero de 1929, la Sociedad Clínica de Marly S. A. decidió ampliar su Junta Directiva con dos miembros más: Gonzalo Esguerra Gómez fue elegido como suplente de uno de estos nuevos miembros[12]. Dirigió el laboratorio radiológico del Hospital Infantil de La Misericordia por muchos años (1929[2] - 1940)[3]. Para 1930, Gonzalo Esguerra Gómez hizo parte, como miembro principal, de la Junta Directiva de Marly[13]. Durante el período

presidencial del Doctor Carlos Tirado Macías de la Sociedad de Cirugía de Bogotá (1928 - 1929), ésta recibió al Doctor Gonzalo Esguerra Gómez como Miembro de Número[13A].

Fig. 6.2.12.- Profesor Gonzalo Esguerra Gómez.
CAVELIER G., JORGE. *Cínica de Marly 100 Años de Historia 1903 - 2003*[13B].

En ese mismo año de 1930, al iniciarse el período presidencial de la Academia del Señor Profesor Doctor Zoilo Cuéllar Durán (del 17 de junio de 1930[14] al 18 de septiembre de 1932[15])[16], ingresó el doctor Gonzalo a la Academia Nacional de Medicina como Miembro de Número[1], con un trabajo conjunto con su hermano Alfonso titulado "*El control radiográfico en la curieterapia uterina*"[3]. Y, también en 1930, viajó Gonzalo Esguerra a los Estados Unidos en compañía del doctor Hernando Matallana y, a su regreso, trajeron el primer aparato de anestesia "por los gases", para etileno, que instalaron en la Clínica de Marly y que utilizó el doctor Juan F. (*Juancho*) Martínez para iniciarse como el primer anestesiólogo de la ciudad[17]. El doctor Gonzalo Esguerra contribuyó entonces, en forma importante, al desarrollo de la anestesia en nuestro medio[4]. En el seno de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, durante la Presidencia de ésta del Doctor Andrés Bermúdez (1930 - 1931), el Doctor Esguerra Gómez presentó una interesante conferencia sobre "*Anestesia por gases*", durante la cual se refirió, en particular, al cloroformo, al etileno, al éter y al protóxido de ázoe y explicó lo relacionado con los aparatos, con la técnica, con las dosis, etc., resultado de dicha conferencia fue la decisión de la Sociedad de importar un equipo similar al de la Clínica de Marly para el Hospital de San José para lo cual, el Hospital remitió a la Clínica de Marly al interno Rogelio Salcedo, donde recibió instrucciones directamente del Doctor Juancho (Juan F.) Martínez[17A]. Durante la Gerencia de la Clínica de Marly del Doctor Tulio Forero Villaveces (1931), Esguerra Gómez ocupó el cargo de Primer Subgerente[18]. Durante dos períodos, en los años 1932 y 1933, tuvo a su cargo la Gerencia de la Sociedad Clínica de Marly S. A. y, durante su gestión, además de desarrollarse y ponerse en práctica una agresiva campaña de publicidad de tipo norteamericano, asesorada por la firma *American Publishing*, incluido el nombramiento de agentes representantes de la compañía en las más importantes ciudades del país, el doctor Esguerra propuso la construcción de un nuevo Pabellón de Maternidad, con la venta de noventa acciones y un préstamo hipotecario[19]. En el siguiente período, en 1934 y 1935, el doctor Gonzalo hizo parte, como principal de la Junta Directiva de la Clínica y, el 14 de julio de 1935, tuvo lugar la solemne inauguración del Pabellón de Maternidad propuesto y

realizado bajo su muy importante iniciativa[19]. Dos años después de su ingreso a la Academia, en la sesión solemne de ésta del 18 de septiembre de 1932, se posesionó Esguerra en la Secretaría de la Corporación[20,21], cargo en el cual permaneció por dos períodos consecutivos[1], de 1932 al 26 de junio de 1934[22] y de 1934 al 3 de septiembre de 1936[23,24], los dos períodos presidenciales del doctor Rafael Ucrós Durán[21]. En esa época colaboró con la reaparición de la "*Revista Médica de Bogotá*"[3,21], de cuya junta de redacción perteneció durante todos esos años[3]. Fue Profesor titular de radiodiagnóstico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, desde 1934[1,2,3]. El 12 de marzo de 1934, pronunció la conferencia inaugural del *Curso de Electro-Radiología*[7] de la Sección de Radio-Diagnóstico de la Facultad[25]: era el Profesor titular de radiodiagnóstico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, cargo que ejerció en varias oportunidades[3]. De su vocación como docente, anotaron Gómez González y Colaboradores: "Durante su carrera restableció la enseñanza del radiodiagnóstico en su alma mater y enfocó su interés en los diferentes aspectos del radiodiagnóstico, desde las vías digestivas, urinarias, el sistema óseo, la cardiología, los índices antropométricos de los residentes de las alturas, la angiocardiografía y, especialmente, fue el primer neurorradiólogo de Colombia. En la Clínica de Marly, abrió sus puertas a la Neuroradiología, en donde se examinaron más de tres mil casos neurológicos en el curso de 25 años"[1]. En 1937 encabezó la Delegación de Colombia al V Congreso Internacional de Radiología en la ciudad de Chicago, Illinois, Estados Unidos[2]. Por segunda vez, y por diez años, entre 1937 y 1947, ocupó Gonzalo Esguerra la Gerencia de la Clínica de Marly[2,3,26], cargo al cual renunció para pasar un tiempo de descanso en los Estados Unidos, entregándole la Gerencia de la Clínica de Marly al empresario italiano y accionista de la Clínica, Miguel Capasso, el 1º de diciembre de 1947[26]. Desde la iniciación de su nueva Gerencia, en forma absolutamente realista, "planteó a las directivas de la Clínica la necesidad imprescindible de variar las orientaciones de la Clínica de Marly, pensando más en Norteamérica que en Europa y, para ser más precisos, en Estados Unidos que en Francia", planteamiento aceptado con beneplácito, a raíz de lo cual inició el primero de una serie de viajes a los Estados Unidos para documentarse de los avances y las posturas de punta de la profesión y de la conducción hospitalaria[26]. En 1940, el Gerente Esguerra Gómez fue autorizado por la Junta Directiva de la Clínica de Marly para contratar con la firma *Schmidt Garden and Ericsson*, de Chicago, el estudio de los planos para el moderno edificio planeado para ésta[26]. En 1941, al morir su padre, el profesor Carlos Esguerra, con su hermano Alfonso hicieron una donación con la cual se estableció el premio *Carlos Esguerra*, cuyo objetivo era el de premiar al mejor interno de clínica de la Facultad de Medicina[3]. En 1943, encabezó la Delegación de Colombia al I Congreso Interamericano de Radiología de Buenos Aires, Argentina[2] y, en 1946, al II Congreso en La Habana, Cuba[2]. Fue presidente de la Junta Directiva de la Sociedad Clínica de Marly S. A., a partir de julio de 1948[2,3] y hasta la iniciación de labores de la siguiente Junta, cuando ya no participó en ella[26]: lo hizo, nuevamente, en 1950[27]. En 1948 ocupó la Decanatura de la Facultad de Medicina de su *Alma Mater*[2,3]. En el año 1949, encabezó la Delegación de Colombia al III Congreso Interamericano de Radiología de Santiago de Chile y, en 1950 al VI Internacional de la ciudad de Londres[2]. En dos períodos, años 1947 y 1950, hizo parte del Consejo Directivo de la Universidad Nacional[2]. En 1951 recibió la investidura de caballero de la Orden de "*L'Etoile Noire*"[1,3]. El 10 de febrero de 1954 la Academia de Medicina de Medellín lo hizo Miembro Honorario[3,7]. En 1955 y 1956 hizo parte, nuevamente, el Profesor Gonzalo, de la Junta Directiva de la Sociedad Clínica de Marly S. A. y luego fue elegido Presidente de la

Sociedad[28]: para el siguiente período, 1956 – 1957, fue reelegido en la Junta, siempre como principal[28]. Entre 1959 y 1961 representó a la Academia en el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional[3]. Nuevamente ocupó un lugar, como principal, en la Junta Directiva de Marly, entre 1965 y 1966 y entre 1966 y 1967 para, al período siguiente, de 1967 a 1968, pasar a suplente de la misma[29]. En la sesión solemne del 11 de marzo de 1965[30], se posesionó como presidente de la Academia Nacional de Medicina[1,7] para el bienio de 1965 a 1967[3,31,32] y, en la sesión solemne del 16 de marzo de 1967, por reelección, lo hizo para el siguiente bienio[1,3] (fecha anotada de 1967 al 13 de marzo de 1969[33])[3,32]. Durante su brillante presidencia, entre otros muchos logros, promovió el ingreso a la Academia, como Miembros Correspondientes, de numerosos médicos jóvenes, consiguió la afiliación de gran parte de las Sociedades Científicas a la Academia y promovió la creación de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (*ALANAM*)[7], cuya fundación se protocolizó el 29 de noviembre de 1967, Asociación que presidió, por elección unánime de sus colegas, durante el primer año[1,3,4,7,32,34]. Fue miembro de número de muchas entidades científicas, nacionales y extranjeras[1], dentro de las cuales se pueden mencionar: la Sociedad de Medicina Tropical[2]; la Sociedad Médico-Quirúrgica de los Hospitales[2]; la Sociedad de Cirugía de Bogotá[2,13A,35]; la Sociedad Colombiana de Radiología, de la cual fue fundador y su primer Presidente[1,2] y de la *Societé de Radiologie et d'Electrologie Medicale de France*[2]. Miembro correspondiente de las siguientes sociedades: Brasileña de Tuberculosis[2]; italiana, Alemana, Argentina, Venezolana, Mexicana, Cubana de Radiología[2]; Mexicana de Cirugía[2]; Cubana de Cancerología[2]; de la Médico-Quirúrgica del Guayas, en Ecuador[2]; de la *American Medical Association*, de *Alpha Omega Alpha Society*, del Colegio Interamericano de Radiología y del *American College of Radiology*, en los Estados Unidos[2]; Miembro Honorario de la Sociedad Neurológica de Colombia (1966)[1]. Delegado del país a importantes eventos radiológicos, recibió numerosas distinciones, entre las cuales se pueden mencionar: la Orden de la "*Cruz Roja Alemana*" en el grado de Oficial[1,2], en 1936[3]; el Gobierno Nacional lo galardonó con la Cruz de Boyacá, en el grado de Oficial[1,2], en 1943[3]. En la sesión solemne de la Academia Nacional de Medicina, en la noche del 2 de noviembre de 1978, ésta lo honró al promoverlo a Miembro Honorario de la Corporación[3,36]. Dejó una extensísima bibliografía de la cual, como ejemplos, se pueden mencionar,: "*El diagnóstico Radiológico de la apendicitis crónica*"[7]; "*Un Caso de Mielomas Múltiples*", 1935[37]; "*Palabras en el Homenaje del 29 de noviembre de 1938 de la Academia Nacional de Medicina a la memoria del doctor Juan David Herrera*", 1938[38]; "*Röntgen (Wilhelm Conrad) y la Influencia de su Descubrimiento en la Medicina del siglo XX*", discurso pronunciado ante la Academia Nacional de Medicina, el día 10 de septiembre de 1940[39]; "*Influencia de Röntgen en la Medicina del siglo XX*", 1946[3]; una obra, en dos tomos, titulada "*Radio-Diagnósticos. Nociones generales*"[2]; "*La colangiografía oral y endovenosa y ampliaciones radiográficas*", 1953[3]; "*La radiología de la vesícula biliar*"[3,7]; "*Conferencias de electroradiología*"[3]; "*Radiografía y tomografía laríngeas*"[7] y "*Nuevo procedimiento para la exploración radiológica de las vías urinarias*"[3,7]. Políticamente, militó en el liberalismo[2]. Falleció en Bogotá, el 21 de diciembre de 1989[3,4,7], a los 87 años de edad.

Notas y Referencias.

1.- GÓMEZ GONZÁLEZ, Jaime, BRICEÑO-IRAGORRY, Leopoldo y RABÍ CHARA, Miguel. *Diccionario Biográfico Médico Hispanoamericano*. ISBN 980 - 6905 - 25 - 3. Editorial Ateproca. Caracas, Venezuela, febrero de 2007. pp. 4-242 - 243. **2.1.5.-** PERRY, Oliverio. *Quien es quien en Venezuela, Panamá, Ecuador y Colombia*. Oliverio Perry & Cia. Editores. Editorial ARGRA. Bogotá, 5 de julio de 1952. pp. 678 - 679.

3.2.- CÁCERES, Humberto y CUÉLLAR-MONTOYA, Zoilo. *Academia Nacional de Medicina de Colombia. Sus Miembros 1873 - 1997*. ISBN: 958 – 96171 – 0 – 7. Academia Nacional de Medicina. Bogotá, febrero de 1998. pp. 128 - 129.

4.3.- CÁCERES, Humberto. *Sociedad de Cirugía de Bogotá. Itinerario Histórico desde el 22 de julio de 1902*. Editorial Presencia S.A. Santa Fe de Bogotá, enero de 1998. pp. 215 - 216.

5.4.- RESTREPO SÁENZ, José María y RIVAS ESCOBAR, Raimundo. *Genealogías de Santafé de Bogotá*. Grupo Genealógico José María Restrepo Sáenz. Editorial Gente Nueva. Santa Fe de Bogotá, noviembre de 1993. **T. III. Nº 122**. pp. 159 - 160.

6.- ESGUERRA FAJARDO, Alfonso. Información personal. Bogotá, junio de 2010.

7.- CAVELIER GAVIRIA, Jorge. *Clínica de Marly Cien Años de Historia 1903 - 2003*. ISBN: 958-33-6873-3. Clínica de Marly y Leonardo Canal Mora, Editores. Bogotá, noviembre de 2004. pp. 79 – 85.

8.- CAVELIER GAVIRIA, J. *Clínica de Marly Cien Años de Historia 1903 - 2003*. Op. Cit. pp. 50 – 61.

9.- RICO TEJADA, Edmundo. *Una gran Casa de Salud en Bogotá: el nuevo Sanatorio de Marly*. EL GRÁFICO. Bogotá, 25 de marzo de 1925.

10.- CAVELIER GAVIRIA, J. *Clínica de Marly Cien Años de Historia 1903 - 2003*. Op. Cit. pp. 67 – 73.

11.- ARAÚJO CUÉLLAR, Julio. *Historia de la Sociedad Colombiana de Pediatría y Puericultura*. Temas Médicos. Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Editorial Stella. Bogotá, 1970. **T. I**. p. 19.

12.- CAVELIER GAVIRIA, J. *Clínica de Marly Cien Años de Historia 1903 - 2003*. Op. Cit. p. 90.

13.- CAVELIER GAVIRIA, J. *Clínica de Marly Cien Años de Historia 1903 - 2003*. Op. Cit. p. 92.

13A.- CÁCERES, H. *Sociedad de Cirugía de Bogotá. Itinerario Histórico desde el 22 de julio de 1902*. Op. Cit. pp. 99 - 101.

13B.- CAVELIER GAVIRIA, J. *Cínica de Marly 100 Años de Historia 1903 - 2003*. Op. Cit. p. 58.

14.- ACTA DE LA SESIÓN SOLEMNE DEL 17 DE JUNIO DE 1930. Archivos de la Secretaría General de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. **Libro de 1930**.

15.- ACTA DE LA SESIÓN SOLEMNE DEL 18 DE SEPTIEMBRE DE 1932. Archivos de la Secretaría General de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. **Libro de 1932**.

16.- CÁCERES, Humberto. *Academia Nacional de Medicina de Colombia. Itinerario Histórico 1873 - 1992*. Laboratorios ITALMEX. Editorial Presencia Ltda.. Santa Fe de Bogotá, enero de 1993. pp. 105 – 108.

17.- HERRERA PONTÓN, Jaime. *Historia de la Anestesia en Colombia*. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (*SCARE*). Gente Nueva Editorial. Santa Fe de Bogotá, junio de 1999. p. 93.

17A.- CÁCERES, H. *Sociedad de Cirugía de Bogotá. Itinerario Histórico desde el 22 de julio de 1902*. Op. Cit. pp. 103 - 104.

18.- CAVELIER GAVIRIA, J. *Clínica de Marly Cien Años de Historia 1903 - 2003*. Op. Cit. p. 94.

19.- CAVELIER GAVIRIA, J. *Clínica de Marly Cien Años de Historia 1903 - 2003*. Op. Cit. pp. 97 - 101.

20.- ACTA DE LA SESIÓN SOLEMNE DEL 18 DE SEPTIEMBRE DE 1932. Archivos de la Secretaría General de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. **Libro de 1932**.

21.- CÁCERES H. ... *Itinerario Histórico*. Op. Cit. pp. 108 - 112.

22.- ACTA DE LA SESÓN DEL 26 DE JUNIO DE 1934. Archivos de la Secretaría General de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. **Libro de 1934**.

23.- ACTA DE LA SESÓN DEL 3 DE SEPTIEMBRE DE 1936. Archivos de la Secretaría General de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. **Libro de 1936**.

24.- CÁCERES, H. y CUÉLLAR-MONTOYA, Z. ... *Sus Miembros 1873 - 1997*. Op. Cit. pp. 128 - 129.

25.- ESGUERRA GÓMEZ, Gonzalo. *Lección Inaugural del Curso de Electro-Radiología (Sección de Radio-Diagnóstico*. Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Redactores, Doctores José María Montoya Camacho, Julio Manrique Convers, Gonzalo Esguerra Gómez, Agustín Arango Sanín y Darío Cadena. **Vol. XLV. Nº 525 - 526**. Bogotá, mayo - junio de 1935. pp. 24 - 34.

26.- CAVELIER GAVIRIA, J. *Clínica de Marly Cien Años de Historia 1903 - 2003*. Op. Cit. pp. 113 - 144.

27.- CAVELIER GAVIRIA, J. *Clínica de Marly Cien Años de Historia 1903 - 2003*. Op. Cit. p. 149.

28.- CAVELIER GAVIRIA, J. *Clínica de Marly Cien Años de Historia 1903 - 2003*. Op. Cit. pp. 177 - 178.

29.- CAVELIER GAVIRIA, J. *Clínica de Marly Cien Años de Historia 1903 - 2003*. Op. Cit. pp. 191 - 197.

30.- ACTA DE LA SESIÓN SOLEMNE DEL 11 DE MARZO DE 1965. Archivo de la Secretaría General de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. **Libro de 1965**.

31.- ACTA DE LA SESIÓN SOLEMNE DEL 16 DE MARZO DE 1967. Archivo de la Secretaría General de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. **Libro de 1967**.

32.- CÁCERES H. ... *Itinerario Histórico*. Op. Cit. pp. 148 - 155.

33.- ACTA DE LA SESIÓN SOLEMNE DEL 13 DE MARZO DE 1969. Archivo de la Secretaría General de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. **Libro de 1969**.

34.- CUÉLLAR-MONTOYA, Zoilo. *Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (ALANAM). Itinerario Histórico 1967 - 2002*. Leonardo Canal Mora, Editor. Bogotá, 2 de agosto de 2002. p. 2.
35.- CÁCERES, H. *Sociedad de Cirugía de Bogotá. Itinerario Histórico desde el 22 de julio de 1902*. Op. Cit. p. 199.
36.- SOCARRÁS COLINA, José Francisco. *Crónica de las actividades académicas en 1978*. En: Crónicas de la actividades académicas en 1978. Medicina. Órgano de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Ediciones Sol y Luna. Bogotá, 1979. **Nº 2**. p. 86.
37.-ESGUERRA GÓMEZ, Gonzalo, RUEDA GALVIS, Miguel Antonio y OTERO, Enrique. *Un Caso de Mielomas Múltiples*. Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Redactores, Doctores José María Montoya Camacho, Julio Manrique Convers, Gonzalo Esguerra Gómez, Agustín Arango Sanín y Darío Cadena. **Vol. XLV. Nº 531 - 532**. Bogotá, noviembre - diciembre de 1935. pp. 149 - 167.
38.- ESGUERRA GÓMEZ, Gonzalo. *Palabras en el Homenaje del 29 de noviembre de 1938 de la Academia Nacional de Medicina a la memoria del doctor Juan David Herrera*. Anuario de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Imprenta Nacional. Bogotá, 1940. pp. 131 - 136.
39.- ESGUERRA GÓMEZ, Gonzalo. *Roentgen y la Influencia de su Descubrimiento en la Medicina del siglo XX*. Anuario de la Academia Nacional de Medicina de Colombia 1938 - 1940. Imprenta Nacional. Bogotá, 1940. pp. 491 - 499.

PRIMERA CONFERENCIA MAGISTRAL "GONZALO ESGUERRA GÓMEZ"

"*Arte y Medicina*" [2].
Señor Académico Profesor Juan Verdaguer Tarradella[3].

Fig. 6.2.13.- Señor Académico Profesor Juan Verdaguer Tarradella.
Catedrático de Oftalmología. Conferencista Magistral. Fotografía de ZCM.

Numerosas son las obras de arte relacionadas con la medicina, con pacientes de las más diversas patologías y con médicos. Se revisaron algunas de estas obras, muchas de ellas célebres, otras poco conocidas.

[2] Primera Conferencia Magistral "Gonzalo Esguerra Gómez" en Sesión Inaugural de fecha 28 de octubre de 2010. Santiago de Chile
[3] Académico de Número, Academia Chilena de Medicina

CIRUGIA.

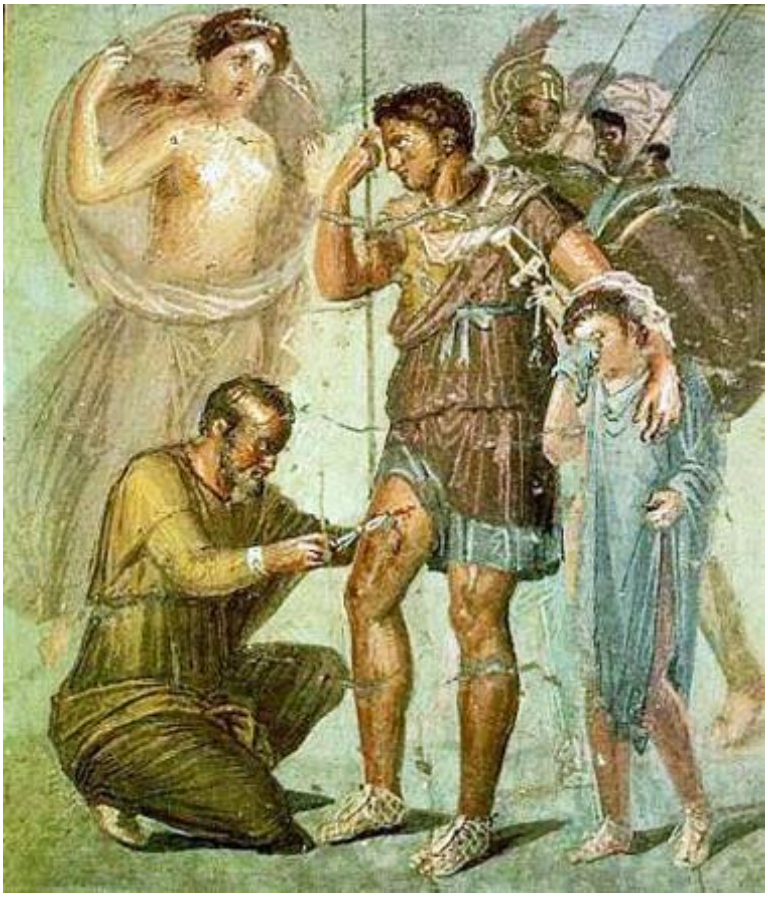


Fig. 6.2.14.- "Eneas herido y sanado".

Este magnífico fresco proviene de Pompeya. Estos frescos se conservaron asombrosamente bien después de la erupción del Vesubio (79 A.C.). Este fresco, actualmente en el Museo *Archeologico Nazionale* de Nápoles, representa una escena de la Envida, del poeta latino Virgilio. El emperador Augusto solicitó este poema épico a Virgilio para dotar a Roma de un origen mítico. Eneas, héroe troyano, escapa de Troya, después de una serie de trabajos (descenso a los infiernos, visita al Paraíso o Campos Elíseos), llega a la Península Itálica, donde debe luchar contra los rúculos para, posteriormente, unirse a los latinos. El cuadro representa a Eneas de pie, apoyado en una lanza, herido por un dardo en el muslo derecho, abrazando a su hijo Ascanio, que no puede contener las lágrimas. Arrodillado, el longevo médico Yapige, provisto de una pinza, en vano trata de extraer la punta del dardo, ya que la herida sangra abundantemente; Eneas está furioso e impaciente por volver al campo de batalla. Surge entonces el componente mítico-religioso: la madre de Eneas, la diosa Venus, semioculta en un extremo del cuadro, suministra al médico una hierba, llamada Dictamo, de conocidas propiedades coagulantes; al cesar la hemorragia, Yapige, con habilidad, extrae la punta de la flecha. La Eneida fue escrita aproximadamente 100 años antes de la erupción del Vesubio.

ANATOMIA.

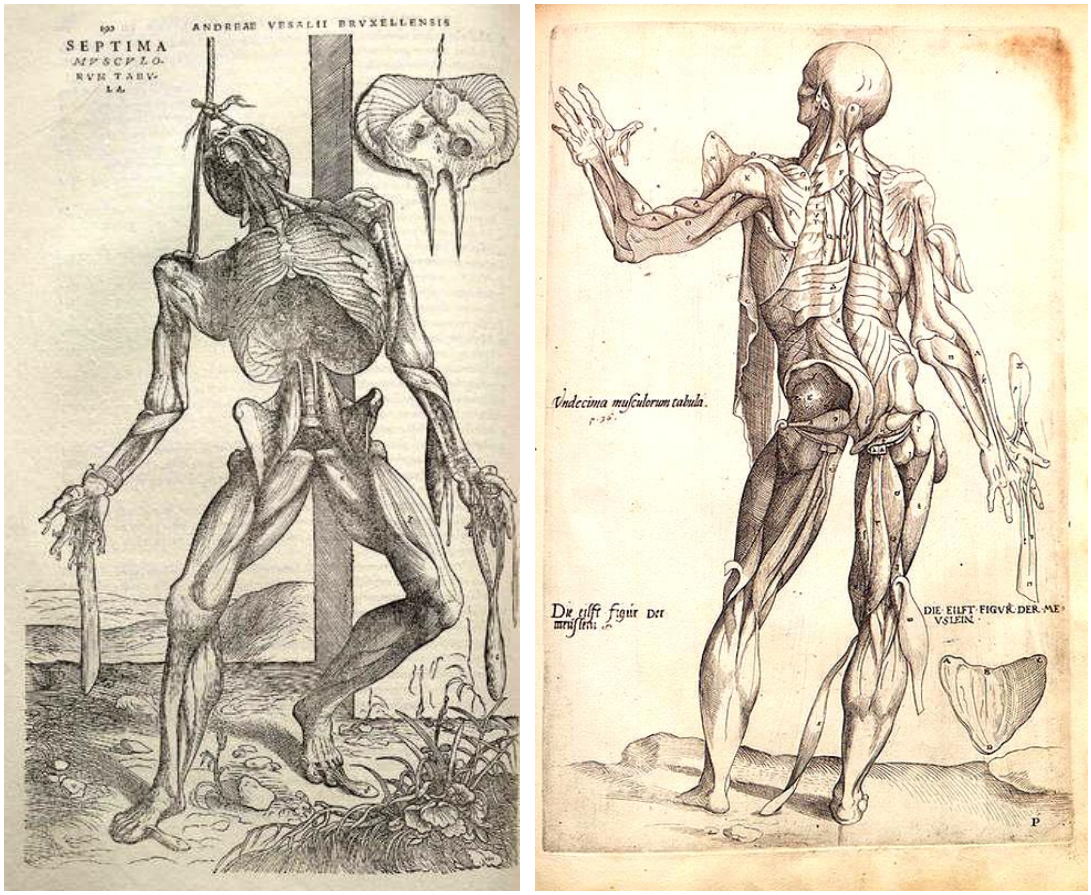


Fig. 6.2.15 y 6.2.16.- ***Jan Van Calcar:***
ilustración para De Humani Corporis Fabrica de Andreas Vesalius.

El médico flamenco Andrea Vesalio se aboca al estudio de la anatomía efectuando, sistemáticamente disecciones de cadáveres en la Universidad de Padova. Muy pronto descubre que hay groseros errores en la anatomía de Galeno, cuyas enseñanzas se mantenían inamovibles desde hacía más de mil años; se da cuenta que Galeno había descrito la anatomía del mono y otros animales; la explicación saltaba a la vista; en la época de Galeno, la ley romana prohibía las autopsias. La "Fabrica" de Vesalio, ricamente ilustrada por Van Calcar y por el mismo Vesalio, con ilustraciones de cadáveres disecados representados en poses alegóricas extraordinariamente didácticas, pasó a ser el tratado oficial de anatomía, así como su compendio, denominado Epitome. Vesalio dejó Padova para integrar a la corte de Carlos V en calidad de médico imperial. A la muerte de Carlos V, continuó en la corte de Felipe II. En 1562, practicó una trepanación al hijo de Felipe II, Carlos de Habsburgo, lo que aparentemente le salvó la vida. Por un oscuro asunto relacionado con una autopsia, la Inquisición Española lo condenó a la hoguera. Sin embargo, el monarca esta vez se impuso sobre la Inquisición y cambió la radical condena por una peregrinación a Tierra Santa. Vientos adversos en el Mar Jónico llevaron la nave de la isla de Zante, donde falleció de muerte natural.

Fig. 6.2.17.- Rembrandt Harmenszoon van Rijn: "La lección de Anatomía del Dr. Tulp".

Rembrandt tenía sólo 26 años cuando pintó esta obra maestra: el Dr. Nicolás Tulp está practicando una disección del antebrazo y con una pinza en su mano derecha demuestra la acción de los músculos flexores de la mano: siete personas sobriamente vestidas de oscuro, con cuellos de encaje, observan atentamente la demostración; uno parece llevar la lista de los asistentes; otro tiene la vista fija en la pinza que tracciona los tendones. En el extremo derecho inferior está abierto un gran libro, que no es otro que la "Fabrica" de Vesalio. Se aprecia la soberbia maestría en el retrato y el notable manejo del claro-oscuro. Este cuadro, hoy en La Haya, catapultó la carrera de Rembrandt, ya que el Dr. Tulp era una de las personas más conocidas y respetadas de Ámsterdam.

INFECTOLOGIA.

En la Catedral de St. Louis, en Nueva Orleáns, se encuentran una serie de retratos que ilustran la vida de San Luís, Rey de Francia. En uno de ellos aparece el Rey tocando con su mano uno de los bubones de un apestado. La peste bubónica es producida por un coco-bacilo gran-negativo transmitido por la pulga de la rata. La peste llegó a Europa desde Asia, en los barcos de la flota genovesa que traían ratas y, con ellas, la muerte. La humanidad conoció varias pandemias que diezmaron poblaciones enormes. Dijo Bocaccio: "Tantos hombres valientes, mujeres admirables que desayunan en familia y terminan cenando con sus ancestros, en el más allá". El bubón (adenopatía dolorosa) era fétido y altamente contagioso, de manera que el gesto de San Luís demuestra su valentía y virtud. El Rey Luis IX de Francia, el constructor de la Sainte Chapelle de París, era un virtuoso y un anacoreta: un verdadero santo que solía almorzar con los más humildes de sus súbditos. Financió y pertrechó dos cruzadas (la séptima y la octava); en la séptima fue hecho prisionero en Egipto y liberado contra rescate; en la octava falleció en las costas de Túnez, afectado por una enfermedad contagiosa ¿peste bubónica?

Fig. 6.2.18.- Albrecht Dürer: "Los cuatro jinetes del Apocalipsis".

Notable grabado en madera que muestra a los cuatro jinetes del Apocalipsis (La Guerra, La Peste, La Hambruna y la Muerte en escuálida cabalgadura) arrasar, en furioso galope, con toda una población que incluye a justos y pecadores; aparecen representados una cabeza coronada, un obispo y prácticamente toda la burguesía del Nüremberg de la época. Es probable que Durero quisiera representar el fin de los tiempos y sugerir que tal vez, luego de esta catástrofe, vendrían otros tiempos, libres de enfermedad, de hambre y de muerte.

Fig. 6.2.19.- Jean Antoine Gros: "Bonaparte visitando las víctimas de la plaga en Jaffa".

Cuadro de gran formato, perteneciente al Louvre: vemos en él una mezquita transformada en Hospital Militar. Napoleón Bonaparte, entonces Cónsul, aparece en el centro de la escena, brillantemente iluminado, en el momento en que toca con su mano el bubón de uno de sus soldados; el médico militar trata de impedirlo y el Mariscal Jean-Baptiste Bèssieres, quien se había comportado en forma altanera con Gros, es representado como un cobarde, tapándose la nariz con un pañuelo para no sentir el hedor reinante en el lugar; en el cuadro hay muchos personajes, un médico francés que fallece en el momento de atender a un paciente; un ciego que dirige la cabeza en dirección a la voz del carismático general y muchos otros; algunos de ellos están desnudos; la aparición del desnudo llamado "heroico" anuncia el inicio del romanticismo en la pintura y el alejamiento de la escuela clásica de su maestro (Jacques-Louis) David. El barón Gros intenta convencernos que la virtud y el arrojo de Napoleón justifican los horrores de la guerra. Hoy día Jaffa (Yafo), puerto varias veces milenario, es un suburbio de Tel Aviv y una ciudad de piedra llena de encanto, misterio e historia.

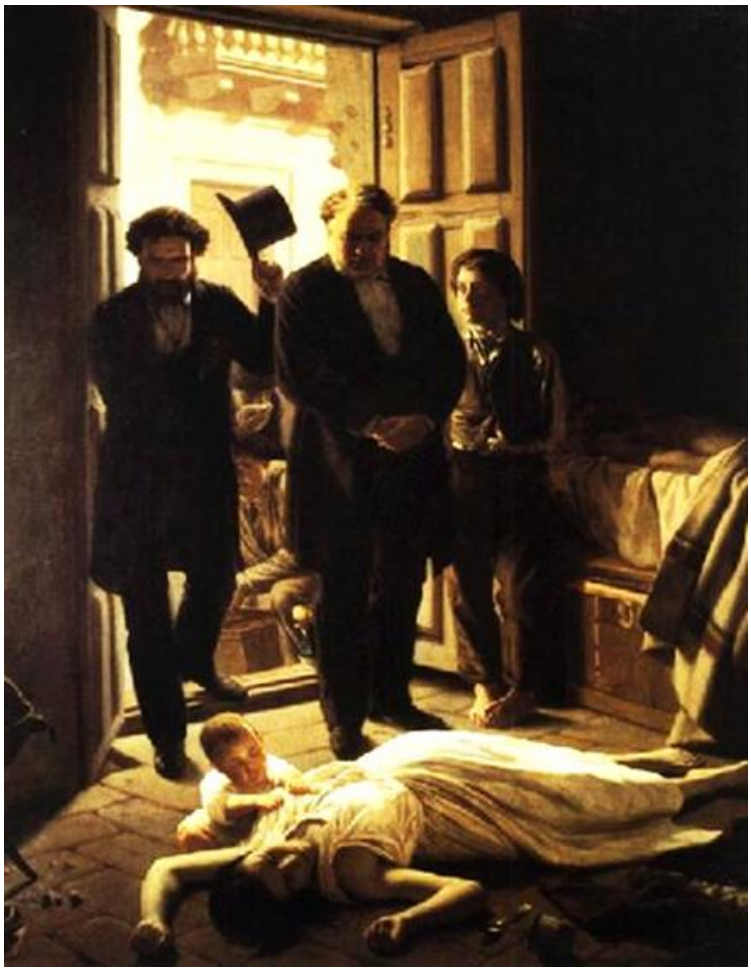


Fig. 6.2.20.- Juan Manuel Blanes: "Un episodio de la fiebre amarilla en Buenos Aires (1871)".

Ese emotivo cuadro de Blanes, el pintor de la Patria para los uruguayos, se encuentra en el Museo Nacional de Artes Visuales de Montevideo. La fiebre amarilla es producida por un virus transportado por el mosquito *Aedes Aegypti*, que suele proliferar en aguas apozadas. En esa época, las condiciones de saneamiento en Buenos Aires eran deplorables, y la epidemia afectó, especialmente, a los emigrantes italianos que se alojaban en conventillos miserables. En el suelo se encuentra una mujer que acaba de morir, víctima de la fiebre amarilla; de su mano ha caído una taza y una cuchara, que con seguridad y con gran abnegación, utilizó, hasta caer muerta, para socorrer un personaje ¿vivo? ¿agónico? ¿muerto? que yace en un lecho; un niño - el hijo de la mujer-, en vano trata de encontrar su pecho para alimentarse; un joven, apoyado en el dintel de la puerta, expresa su inmensa pena en los ojos llorosos y mira, tal vez con desprecio, a los caballeros muy bien vestidos en el centro del cuadro que contemplan acongojados la escena. A primera vista, se podría pensar que son dos médicos que contemplan con impotencia la triste escena. Sin embargo, son abogados: don Roque Pérez y don Manuel Algerich, del Comité Ciudadano contra la fiebre amarilla, que tratan de ayudar a los deudos, en circunstancias en que las autoridades administrativas de Buenos Aires habían emigrado fuera de la ciudad para salvar la vida. Ambos habrían de fallecer posteriormente víctimas de la epidemia.

ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO: GOTA.

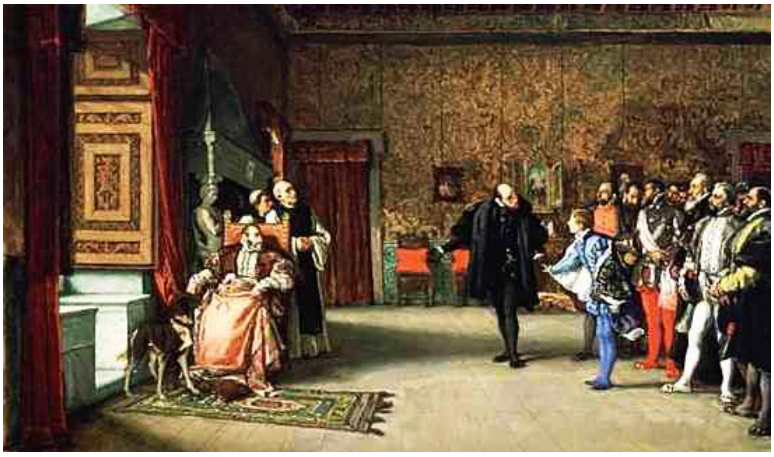


Fig. 6.2.21.- Eduardo Rosales: "Presentación de don Juan de Austria al Emperador Carlos V".

El Emperador Carlos V (1500 – 1558), viudo y enfermo de gota, ha abdicado a favor de su hijo Felipe II y se ha retirado al Monasterio de Yuste. En este cuadro de pequeño formato, el pintor español de escenas históricas, Eduardo Rosales, nos presenta a don Carlos sentado junto a una ventana, prácticamente inválido por sus continuos ataques de gota, sus pies reposando sobre un cojín. Un adolescente, vestido de un vivo azul, es presentado a su padre, el ex Emperador por su tutor, don Luís de Quijada. Don Juan de Austria era hijo natural de Carlos V y una lavandera alemana y su existencia había sido mantenida en secreto. Acompañan a los personajes principales los nobles de la corte. Los personajes están ubicados con maestría y los rostros y la indumentaria están magistralmente representados. Don Juan de Austria, a las órdenes de su hermanastro Felipe II, habría de triunfar sobre los otomanos en Lepanto, a la cabeza de la flota española, veneciana y pontificia. Eduardo Rosales habría de morir a los 37 años, víctima de la tuberculosis.

NEUROLOGIA - PSIQUIATRIA.

Fig. 6.2.22.- André Brouillet: "Course d'histerie - Jean Martin Charcot".

Reproducciones de este famoso cuadro se pueden encontrar en las consultas de muchos siquiatras. Representa una de las famosas "Lessons du Mardi" del Dr. Jean Marin Charcot en la Salpêtrière. El profesor diserta sobre la histeria mientras su discípulo, Joseph Babinski, sostiene a la pobre histérica que se desploma en sus brazos. Contemplan la escena numerosos asistentes entre los que reconocemos a Pierre Marie y Georges Gilles de la Tourette. Con el tiempo, estas clases se transformaron en espectáculos teatrales que reunían a periodistas, artistas y otros que asistían, atónitos, a las demostraciones que a veces culminaban en crisis violentas. Algunos discípulos como Babinski no aprobaban estos espectáculos, pero callaban, aparentemente por temor a Charcot, a quien se apodaba "el César de la Salpêtrière". Desde Chile, el Dr. Joaquín Luco Arriagada soñaba con una especialización en Neurología con Charcot. No dudó en embarcarse a la isla Dawson para trabajar en la Compañía ganadera británica y juntar dinero para su viaje y estadía en París. Encontrándose en la isla, recibió la noticia de la muerte del Profesor Charcot. Perseveró en su intento y se especializó con el gran y serio Babinski. A su regreso y después de la inesperada renuncia del Profesor Augusto Orrego Luco, se hizo cargo de la cátedra de Neurología. Se le reconoce como un clínico notable. A su retiro disoció su cátedra en una de Neurología, a cargo del Prof. Hugo Lea Plaza, y de Psiquiatría, a cargo del Prof. Oscar Fontecilla. Joaquín Luco Arriagada fue el padre del gran neurofisiólogo, Premio Nacional de Ciencias, Dr. Joaquín Luco Valenzuela y abuelo del destacado neuro oftalmólogo Dr. Cristián Luco Franzoy.

CARDIOLOGIA.

Fig. 6.2.23.- Francisco de Goya y Lucientes: "Autorretrato con el Dr. Arrieta (1820)".

Goya se pinta a sí mismo en el momento que parece sufrir un episodio de edema pulmonar agudo. Así lo indica su extrema palidez, la mirada extraviada, la boca entreabierta, ávida de aire, las manos asidas del borde de la sábana. El Dr. Eugenio García Arrieta, solícito, lo

socorre y le ofrece algo líquido. Detrás de ellos, siniestras facciones de individuos imaginarios que contemplan la escena ¿un anuncio de los personajes de pesadilla que habría de pintar en las paredes de la quinta del sordo? Goya también pintó **"El albañil borracho"**. En este cartel, destinado a la Real Fábrica de Tapices, se muestra a un albañil que ha caído de un andamio y que es trasladado en brazos por sus compañeros que ríen picarescamente, obviamente también borrachos. Este cartel no gustó en la corte de Carlos III: Goya no dio por perdido los honorarios y, prestamente reemplazo las facciones de los compañeros que llevan en andas al herido; sus rostros parecen ahora serios y preocupados por la suerte del amigo. Esta vez lo tituló **"El albañil herido".**

Fig. 6.2.24.- Francisco de Goya y Lucientes "El albañil borracho". Fig. 6.2.25.- "El albañil herido".

Fig. 6.2.26.- Jacques-Louis David: "Marat Assasiné (1783)".

David había cenado con Marat, su amigo, la antevíspera del asesinato. El cuadro representa a Jean-Paul Marat en su bañera, inmediatamente después de que Charlotte Corday lo hiriera mortalmente bajo la clavícula derecha. Marat trabajaba en su bañera, llena de agua ¿tibia?, para escapar del intolerable prurito que le producía su afección a la piel. Algunos dermatólogos piensan que era un cuadro herpetiforme, otros, considerando que en un tiempo Marat fue perseguido y debió ocultarse en las catacumbas y alcantarillas de París, creen que padecía de sarna: al estar en el agua, los ácaros no afloran y deben permanecer en sus túneles. Sin embargo, es raro que Marat, siendo médico, no usara el azufre, tratamiento conocido desde los tiempos bíblicos. La causa de muerte está clara: la herida interesó uno de los grandes vasos con pérdida copiosa de sangre; el agua de la bañera se ve teñida de rojo. El arma homicida está en el suelo: es el cuchillo que la señorita Corday había comprado en camino a la casa de Marat. Marat sostiene en su mano la carta en que la Corday le solicita audiencia. Este es un cuadro post-mortem de gran crudeza; toda

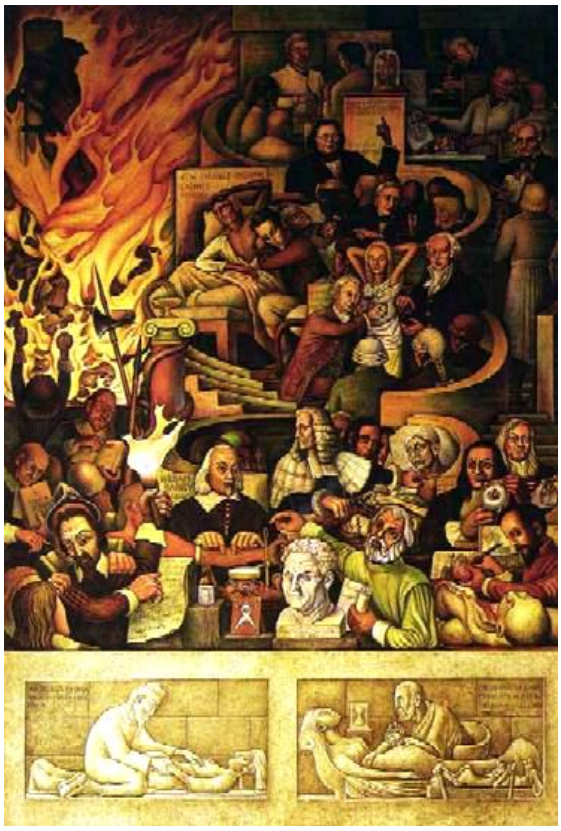
la mitad superior del cuadro está pintada de negro, para resaltar la figura heroica del "Ami du Peuple", que aún sostiene en su mano derecha una pluma de escribir, símbolo de su dedicación al trabajo. Marat fue, inicialmente, un médico de moda y de éxito, que vivió un tiempo largo en Londres, donde escribió un artículo de oftalmología; también un tratado de óptica. Situado a la izquierda de la revolución, en el grupo de los Jacobinos, fue implacable con sus adversarios, ayudando a consolidar el terror apoyado por sus "listas negras" y "comités de vigilancia". Cuando Marat le anuncia a la Corday que sus amigos girondinos irán a la guillotina en menos de 8 días, la mujer ya no tiene dudas y con fuerza sobrehumana, hunde el cuchillo en el pecho de Marat, al retirarlo, el arma cae al suelo. "A moi, cher ami" alcanzó a decir Marat. Charlotte Corday murió en la guillotina poco después. Marat fue deificado por la Convención.

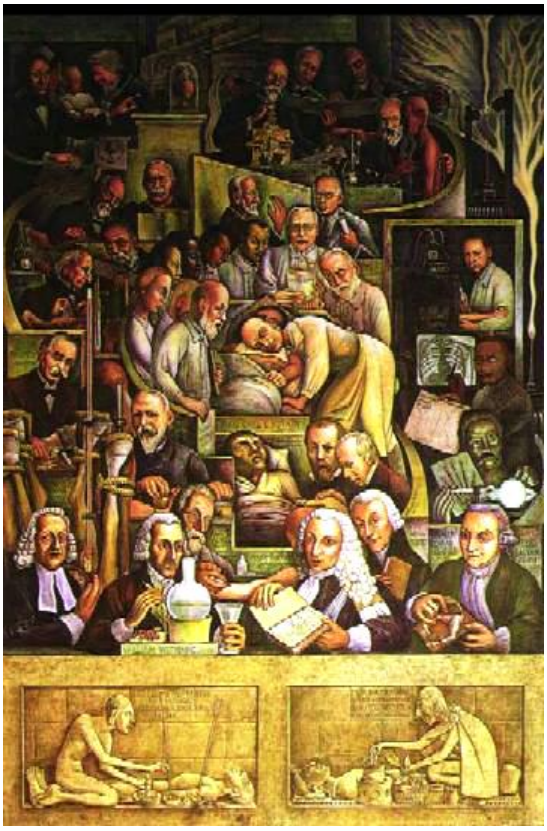
CEGUERA.

Fig. 6.2.27.- Pieter Bruegel el Viejo: "La Parábola de los ciegos".

Este cuadro, joya del museo *Capodimonte* en Nápoles, ilustra la parábola de Jesucristo: "Dejadlos: son ciegos que guían a ciegos. Y si un ciego guía a otro ciego, los dos caerán en el hoyo". Nada más sabio. Piénsese en los líderes políticos nefastos que han arrastrado a la ruina a pueblos enteros que tampoco han sabido ver hacia donde los llevaba su líder. Bruegel eligió un paisaje bucólico, con una iglesia que aún permanece en las cercanías de Bruselas. Un macabro cortejo de ciegos, grotescos, ridículos, siguen al líder que ya ha caído en un hoyo; el segundo y el tercero vacilan y están a punto de caer; los tres últimos, en su ceguera, ignoran lo que les sucederá muy pronto. Algunos de los ciegos parecen tener las órbitas vacías, lo que se ha pensado podría ser el resultado de la bárbara costumbre de cegar al perdedor de un duelo. Por cierto que la ceguera de la parábola alude a la ceguera de orden moral.

MURALISMO y MEDICINA.





Figs. 6.2.28.- Diego Rivera: "Historia de la Cardiología". Inicios. Fig. 6.2.29.- Cardiólogos Contemporáneos de Chávez.

El muralismo alcanzó una fuerza expresiva arrebatadora de la mano de los muralistas mexicanos, en especial José Clemente Orozco, David Alfaro Siqueiros y Diego Rivera. El muralismo mexicano se centró en la protesta social. Una de las áreas que despertó más interés fue la Medicina, por su componente social e ideológico, destacando la salud como un derecho del ser humano. En 1944 el Dr. Ignacio Chávez solicitó a Rivera un fresco sobre la historia de la cardiología, destinado a decorar el Auditorio del nuevo Instituto de Cardiología de México. El mural se compone de dos paneles; en el primero (Fig. 2.28) se representan los anatomistas, fisiólogos y clínicos a quienes debemos las bases científicas de la cardiología. En el lado izquierdo de este mural arde una pira y el fuego que envuelve al condenado otorga dramatismo a la escena. El condenado es Miguel Servet, natural de la localidad aragonesa de Villanueva de Sigena y el descubridor de la circulación menor o pulmonar de la sangre. Servet no fue condenado por haber descubierto la circulación pulmonar y tampoco fue quemado por la Inquisición española. Servet era también un teólogo y en su libro *Cristianisimi Restitutio*, tratado teológico, inserta el texto describiendo la circulación de la sangre. La posición teológica de Servet, discordante en muchos aspectos de la doctrina oficial, no gustaron a la Inquisición y menos a Juan Calvino. Servet comete la imprudencia de visitar Ginebra y peor aún, en su ingenuidad, asistir a un oficio de la iglesia reformada calvinista. Por orden de Calvino, es condenado a la hoguera con

leña verde en la Plaza de Champel. En el mural de Rivera hay muchos personajes, todos en carne y hueso, menos un busto en piedra o mármol que representa a Galeno de Pérgamo. No podían faltar en el mural los de Padova: Andrea Vesalio, Marcello Malpighi y Giovanni Battista Morgagni; este último, si bien es boloñés vivió casi toda su vida en Padova. Morgagni fue el primero en catalogar a la tuberculosis como enfermedad contagiosa y recomendar medidas higiénicas; aún más, describió la endocarditis, pericarditis y lesiones valvulares. William Harvey aparece mostrándonos un escrito; tal vez su tratado de *Motu Cordes*, primera correcta descripción de la circulación de la sangre, basada en sus estudios en la mismísima Padova. En el centro del cuadro aparece René Laennec auscultando un paciente con su recién descubierto estetoscopio; hasta Laennec, la auscultación del tórax era inmediata, lo que hacía difícil el examen en los obesos y podría además considerarse un atropello al recato de las damas. En el extremo superior derecho reunió a todos los que construyeron el mapa eléctrico del corazón: W. His Jr., Arthur Keith y Martin William Flack, Karl Albirt Ludwig Ashoff y Sunao Tawara, que aparece de espaldas al espectador. La base del panel está destinada a las medicinas ancestrales: la medicina egipcia y la medicina helénica. El panel número dos (Fig. 2.29) está destinado a los cardiólogos contemporáneos de Chávez (¡difícil tarea elegir a esos inmortales!). En su base se ilustra la medicina ancestral mexicana pre-colombina, realzando el papel fundamental de la raza indígena como forjadora de la nación mexicana.

Fig. 6.2.30.- Mario Toral: "Alegoría de la Historia de la Medicina".

Este hermosísimo mural, de grandes proporciones, decora el salón Lorenzo Saziè, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Fue inaugurado el 17 de Agosto de 2005, por el Decano Jorge Las Heras, la Vice Decano Colomba Norero y el propio maestro Toral. Este mural es un verdadero himno a la vida y está lleno de símbolos alusivos a la medicina, que sólo podemos descifrar con la ayuda del artista. En el extremo superior derecho se ve una pareja de amantes; es el origen de todo; más adelante se ve el fruto de esta unión, el feto en diversos estadios de la gestación. Algunas calaveras, tomadas en un tono simpático, amable, a la manera mexicana, nos recuerdan lo efímero de nuestro paso por este mundo. Más abajo algunas figuras, provenientes de manuscritos medievales, nos muestran los diferentes órganos y sistemas del cuerpo; en el centro inferior, la diosa Artemisa, con algunas protuberancias, que podrían interpretarse como senos de mujer, nos alude a la fecundidad de la tierra y de la raza; la acompaña un estilizado esqueleto proveniente de un antiguo manuscrito persa. En el extremo inferior izquierdo, una alegoría de la mandrágora,

tubérculo cuyas protuberancias asemejan un cuerpo de mujer y tendría propiedades medicinales. Más arriba, una representación del dios Horus cuando niño, sanador de mordidas de serpientes y cocodrilos. El dios Anubis, cabeza de chacal y cuerpo humano contempla a Horus. El chacal es un animal crepuscular y nocturno y Anubis es el dios de las necrópolis y de los embalsamadores, quienes hicieron grandes avances en el conocimiento de la anatomía. Sobre Horus flota el bastón de Esculapio, con la vara rematada por una cabeza nodosa, con una serpiente enroscada y cruzada por dos hojas de roble. La vara representa el poder sanador del médico y la cabeza nodosa, las dificultades que enfrentamos cada día al lado del enfermo. Finalmente, de un cuerpo de mujer emerge, acunado por pétalos de flor, un niño recién nacido; se completa el ciclo: la vida derrota a la muerte. En las ramas de un árbol simbólico se han inscrito los nombres de algunos grandes Maestros de la Medicina: Lorenzo Saziè, José Joaquín Aguirre, Hernán Alessandri, Rodolfo Armas Cruz.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: “el mal del siglo”.

Fig. 6.2.31.- Pablo Picasso: “Ciencia y caridad. 1897”.

Esta pintura pertenece al Museo Picasso, ubicado en el Barrio Gótico de Barcelona, en un palacio del Carrer Montcada. Este cuadro fue pintado cuando el genial artista malagueño tenía sólo 16 años. En el lecho yace una mujer extremadamente pálida; se había desplomado en la calle, mientras ejercía la mendicidad, víctima de una tuberculosis avanzada. Un doctor (la ciencia) le toma el puso. Sirvió de modelo para este personaje el propio padre del pintor. Una religiosa (la caridad) sostiene al pequeño hijo que contempla a su madre agónica. Faltaban 50 años para el descubrimiento de la estreptomicina. En aquellos años la sobrepoblación, el hacinamiento, la falta de saneamiento, golpeaban

duramente a la clase trabajadora de Barcelona; los hospitales no se daban abasto para recibir a los enfermos. El letrero "No hi ha llits" (no hay camas) solía colgarse en la puerta de los hospitales públicos.

Fig. 6.2.32.- Eugène Delacroix: "Frèderic Chopin".

El mejor retrato de Chopin fue el que pintó su amigo Delacroix. En el invierno de 1838, Chopin, enfermo de tuberculosis, su amante George Sand y los hijos de ella viajan a Mallorca, en busca de un clima más benigno para el enfermo. El grupo, rechazado en Palma por la enfermedad del músico, se refugia en la Cartuja de Valldemosa. El clima fue implacable y el viaje, un desastre. Sin embargo, a pesar de sus febrículas, de su esputo con sangre y de al menos dos hemoptisis, Chopin escribe en la Cartuja los sublimes Preludios del Opus 28. La lluvia, que no lo perdonó y la profunda tristeza que lo embargaban, inspiran el preludio Nº 15 "La gota de agua". La tuberculosis aparece ligada, en la literatura y en la música, a la melancolía y al romanticismo. Heroínas que mueren en escena como Mimí de La Boheme, Violeta Valery de La Traviata o en las páginas de un libro como Margarita Gautier en "La Dama de las Camelias". Aún hoy la tumba de Frèderic Chopin en el Cementerio de Père-Lachaise se llena de flores frescas cada día.■

Concluida la Conferencia Magistral, la Camerata Universitaria interpretó la obra "*Como pájaros en el aire*", de Peteco Carabajal.

ENTREGA DE CONDECORACIONES A LOS EX - PRESIDENTES DE LA *ALANAM* Y DE PERGAMINOS DE RECONOCIMIENTO A LOS EX – SECRETARIOS ALTERNOS DE ÉSTA.

El Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic hizo entrega de la "*Condecoración de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*" en el grado de "*Cruz de Oro de la ALANAM*", a los Señores Académicos ex Presidentes de la Asociación, Profesores Plutarco Naranjo Vargas, de la Academia Ecuatoriana de Medicina, Presidente de la *ALANAM* del 23 de octubre de 1981 al 30 de mayo de 1984, por intermedio del Señor Académico Profesor Fernando Hidalgo Ottolenchi, Presidente de la Academia Ecuatoriana de Medicina, pues el Profesor Naranjo se vio incapacitado, por razones de salud, para asistir a la Reunión; Rodrigo Fierro Benítez, de la Academia Ecuatoriana, Presidente de la *ALANAM* del 18 de marzo de 1995 al 23 de noviembre de 1997; Mario Paredes Suárez, de la Academia Ecuatoriana, Presidente de la *ALANAM* del 24 de noviembre de 1999 al 23 de enero de 2002; Rolando Calderón Velasco, de la Academia de Medicina del Perú, Presidente de la *ALANAM* del 23 de enero de 2002 al 1º de mayo de 2004; Zoilo Cuéllar-Montoya, de la Academia de Medicina de Colombia, Presidente de la *ALANAM* del 1º de mayo de 2004 al 24 de febrero de 2006 y Misael Uribe Esquivel, de la Academia de Medicina de México, Presidente de la *ALANAM* del 24 de febrero de 2006 al 20 de septiembre de 2008.

Fig. 6.2.33.- El Señor Académico Profesor Fernando Hidalgo Ottolenchi recibe la Condecoración "*Cruz de Oro de la ALANAM*" en nombre del Señor Académico Profesor Plutarco Naranjo Vargas, Ex Presidente de la Asociación quien, por razones de salud, no pudo asistir. Hace la entrega el Presidente de la *ALANAM*, el Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic. Del Fotógrafo de la Academia Chilena. **Fig. 6.2.34.-** El Señor Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya, Ex Presidente de la Asociación, recibe dicha Condecoración de manos del Presidente Goic. Fotografía de la cámara de ZCM.

Fig. 6.2.35.- El Señor Académico Profesor Nisael Uribe Esquivel, Ex Presidente de la Asociación, recibe dicha Condecoración de manos del Presidente Goic. Del Fotógrafo de la Academia Chilena.

A continuación, el Señor Académico Profesor Rodolfo Armas Merino, Secretario Alterno de la *ALANAM*, hizo entrega de sendos pergaminos de reconocimiento a su labor a los Señores Académicos ex Secretarios Alternos de la Asociación, Profesores Zoilo Cuéllar-Montoya, de la Academia de Medicina de Colombia, Secretario Alterno de la *ALANAM* del 25 de abril de 2000 al 23 de enero de 2002; Eduardo Pretell Zárate, de la Academia de Medicina del Perú, Secretario Alterno de la *ALANAM* del 23 de enero de 2002 al 1º de mayo de 2004; Álvaro Moncayo Medina, de la Academia de Medicina de Colombia, Secretario Alterno de la *ALANAM* del 1º de mayo de 2004 al 24 de febrero de 2006 y Roberto Medina Santillán, de la Academia de Medicina de México, Secretario Alterno de la *ALANAM* del 24 de febrero de 2006 al 20 de septiembre de 2008.

Fig. 6.2.36.- El Señor Secretario Alterno, Profesor Rodolfo Armas Merino, hace entrega de los pergaminos de reconocimiento a los Señores Ex Secretarios Alternos Académicos Profesores Zoilo Cuéllar-Montoya, **Fig. 6.2.37.-** Eduardo Pretell Zárate y **Fig. 6.2.38.-** Álvaro Moncayo Medina. Serie tomada por el Fotógrado de la Academia Chilena.

Como punto final de la condecoraciones, el Señor Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya, Secretario Ejecutivo de la *ALANAM*, por designación del Señor Presidente Goic Goic, hizo entrega de la "*Condecoración de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*" en el grado de "*Cruz de Plata de la ALANAM*", al Señor Académico Profesor Juan Verdaguer Tarradella, Primer Conferencista Magistral de la *ALANAM*.

Fig. 6.2.39 y Fig. 6.2.40.- El Señor Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya, Secretario Ejecutivo de la *ALANAM*, hace entrega de la Condecoración "*Cruz de Plata de la ALANAM*" al Señor Académico Profesor Juan Verdaguer Terradella, Primer Conferencista Magistral de la Asociación. Tomadas por el Fotógrafo de la Academia Chilena.

Para finalizar la Ceremonia Inaugural, la Camerata Universitaria interpretó la obra titulada "*Gaudeamus Igitur*". Al terminar su participación la Camerata Universitaria, los asistentes pasaron al vestíbulo de la sede de la Academia, donde les fue ofrecido, por parte de los organizadores, un Cóctel, con el cual se cerró la sesión inaugural.

LOS CONDECORADOS

PLUTARCO NARANJO VARGAS

Fig. 6.2.41.- Profesor Plutarco Naranjo Vargas.
Presidente de la *ALANAM* del 23 de octubre de 1981 al 30 de mayo de 1984.

Nació el Doctor Plutarco Naranjo en la ciudad de Ambato, Ecuador, el 18 de junio de 1921, en el hogar de don Luís Enrique Naranjo Arias, pequeño agricultor de tendencias liberales, y de doña Antonia Vargas Naranjo, natural de Ambato y de la Parroquia de Ceballos, en la Provincia del Tungurahua[1]. Sus estudios elementales los realizó en el

Instituto Luís A. Martínez, de su ciudad natal y los de bachilleratos los cursó en el Colegio Nacional Bolívar de dicha localidad, donde se recibió de bachiller al finalizar el año lectivo de 1940. Sus padres lo enviaron a Quito, donde realizó sus estudios profesionales en la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. Trabajó en Quito como contador profesional hasta bien entrada la década de 1950, con lo cual pagó sus estudios y mantuvo su hogar, iniciado cuando cursaba el cuarto año de medicina. En el Instituto Botánico estudió las plantas medicinales de uso popular, tema de sus primeras publicaciones. Desde 1947 fue ayudante de cátedra en Botánica Médica y, con anterioridad a su grado de médico, fue nombrado Profesor Titular de Farmacología en la recién creada Facultad de Agronomía y Veterinaria. Se graduó de médico y cirujano en su alma mater, en 1949 y se especializó en alergología. Su tesis doctoral la realizó sobre Plantas alergógenas y pólenes enomófilos, trabajo que concluyó en un verdadero libro que mereció el premio a la investigación de la Universidad Central. Después del grado, Naranjo fue contratado por LIFE para colaborar como investigador de tiempo completo, pero logró que lo contrataran por medio tiempo, para continuar con su cátedra de la Universidad. LIFE patentó uno de los hallazgos de las investigaciones de Naranjo con el nombre de Radualina, un éxito comercial. Publicaba, por esos años, entre 4 y 8 trabajos al año y dos libros: "*Timo, Inmunidad y Alergia*", en 1965, y "*Farmacología: Reacciones Indeseables por Drogas*", en 1969. A raíz de sus trabajos e investigaciones, se le nombró miembro del Consejo Asesor de Investigación de Dow Internacional y de Lepetit, de Italia. Durante veinte años dedicó su atención a las alergias y a la Farmacología. En 1953 lo contrató la Universidad del Valle, en Cali, junto con su esposa, para organizar en ella la cátedra de Farmacología y organizar el Departamento de Fisiología. En los años 1957 y 1958 realizó un curso de Postgrado en Farmacología y Alergias en la Universidad de UTA, en Salt Lake City, en los Estados Unidos: por esa época ya era catedrático de esas materias en la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. En 1966 apareció una primera edición de su obra sobre el trabajo de Montalvo. En 1970 se le promovió a Director de Investigaciones de LIFE y, por esa época, fundó la Sociedad Ecuatoriana de Farmacología y la Sociedad de Alergia e Inmunología, Asociaciones las cuales presidió y de las cuales es hoy Miembro Honorario. En 1980 se le ascendió a Miembro Titular de la Casa de la Cultura Ecuatoriana. En 1981 publicó "*Hacia una Política de Salud en el Ecuador*". En 1988 ocupó la cartera de Salud Pública, durante el Gobierno del Doctor Rodrigo Borja. Hizo parte, por el Ecuador, de la Primera Conferencia de Ministros de Salud Pública del Área Andina, siendo nombrado, por unanimidad, Coordinador General de la Conferencia y tuvo parte muy importante en la redacción del documento que se constituiría en el Convenio "*Hipólito Unanue*". La Sociedad Latinoamericana de Alergia e Inmunología le rindió un homenaje especial en octubre de 1997. En ese mismo año la UNSECO publicó, en francés su obra "*Juan Montalvo. Ouvres Choisies*". Presidió, el doctor Naranjo, la 43 Asamblea Mundial de la Salud. Más tarde fue galardonado por la OPS con el Premio Abraham Horwitz. En 1993, el Gobierno del Ecuador lo distinguió con la Condecoración de la Orden Nacional al Mérito, en el grado de Gran Cruz. Otra faceta de sus trabajos de investigación tiene que ver con la desnutrición en niños menores de cinco años. Presidió dos Congresos Ítalo-Latinoamericanos de Etnomedicina, el primero en Italia y el segundo en el Ecuador. Se encuentra investigando sobre la medicina de las culturas primitivas en el Ecuador. Además de su interés por la historia de la medicina, ha incursionado en historia general, por ejemplo, mencionemos su libro titulado "*La I Internacional en Latinoamérica*" y, el más reciente, sobre la "*Sífiles, otra enfermedad que vino de Europa*". Sigue activo en sus

trabajos de investigación en paleopatología y en historia. Presidió la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (*ALANAM*) del 23 de octubre de 1981 al 30 de mayo de 1984. Falleció en Quito, el viernes 27 de abril de 2012.

Notas y Referencias.

1.- PÉREZ PIMENTEL, Rodolfo. *Plutarco Naranjo Vargas*. diccionariobiograficoecuador.com/tomos/tomo23/n1.htm.

RODRIGO FIERRO BENÍTEZ

Fig. 6.2.42.- Profesor Rodrigo Fierro Benítez.
Presidente de la *ALANAM* del 18 de marzo de 1995 al 23 de noviembre de 1997.

El Doctor Rodrigo Fierro Benítez nació en Ambato, Ecuador, en 1930, en el hogar del Doctor Alcides Fierro Garcés y de doña Virginia Benítez. Sus estudios de bachillerato los realizó en el Colegio Mejía de la ciudad de Quito, y los profesionales los cursó en la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. Con posterioridad a su grado, obtuvo una beca del Instituto de Cultura Hispánica y viajó a España donde, en la Universidad de Madrid concluyó sus estudios y se recibió de médico y cirujano. Se especializó en endocrinología en la capital española con el ilustre Profesor Don Gregorio Marañón y Posadillo, estudios que complementó en Italia, Canadá y Estados Unidos. Ha sido catedrático universitario, periodista de opinión en el Diario "El Comercio" de Quito. Dirigió el Centro de Aplicaciones Biomédicas del Instituto de Ciencias Nucleares de la Escuela Politécnica Nacional (EPN). Es Consultor Científico del área de salud de la Universidad Andina "Simón Bolívar", sede Quito. Es Profesor Principal de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. En 1963 inició la cátedra de endocrinología en dicha Universidad, donde ha realizado investigaciones sobre el efecto de la deficiencia de yodo y la malnutrición en la población rural de la Sierra ecuatoriana. Sus estudios sobre la biopatología del altiplano andino han sido registrados en la bibliografía

científica internacional, en los campos de la endocrinología, la nutrición, la medicina nuclear y la historia de la medicina. Abogó por la incorporación del yodo en la sal del consumo doméstico de Ecuador y difundió la importancia del yodo para evitar el bocio endémico. Su práctica profesional la ha realizado en su consultorio particular en el ámbito de la endocrinología y la medicina interna. Durante el Gobierno de Jaime Roldós, ocupó el cargo de Ministro de Salud del Ecuador, entre 1979 y 1981. Fue Presidente de la Academia Ecuatoriana de Medicina, cargo que lo llevó a la Presidencia de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (*ALANAM*), la cual ocupó del 18 de marzo de 1995 al 23 de noviembre de 1997. Tiene numerosas publicaciones sobre el bocio endémico que se deriva de las deficiencias de yodo y la malnutrición. Es autor de más de un centenar de artículos de su especialidad en revistas científicas nacionales e internacionales, de cinco libros publicados en el Ecuador y es coautor de diez libros publicados unos en Europa y otros en Estados Unidos. Ha participado en multitud de Congresos, y reuniones científicas nacionales e internacionales y en ellas ha presentado importantes trabajos de su autoría y ha sido conferencista invitado en su Patria y en los Estados Unidos, Europa y Asia. Pertenece a numerosas sociedades científicas ecuatorianas, en Estados Unidos, Latinoamérica y Europa. Ha sido Profesor Principal e investigador invitado en la Univesidad de Chicago. Ha sido galardonado con el Premio a la Mejor Investigación Social del Instituto Franklin de Estados Unidos; recibió el Premio Nacional "*Eugenio Espejo*", por su contribución a la ciencia en el 2001 y hace dos años, en diciembre del 2008, recibió el Gran Collar San Francisco de Quito.

MARIO PAREDES SUÁREZ

Fig. 6.2.43.- Profesor Mario Paredes Suárez.
Presidente de la *ALANAM* del 24 de noviembre de 1999 al 23 de enero de 2002. Fotografía de ZCM.

Nació el doctor Paredes Suárez en la ciudad de Ambato, Ecuador, al finalizar el segundo lustro de la década de 1930. Realizó su formación profesional en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, en la ciudad de Quito, institución que le

otorgó el grado de Doctor en Medicina, el 17 de abril de 1964. Realizó su especialización en medicina interna y endocrinología. Su carrera docente se inició muy temprano, iniciando su primer año de estudios de medicina, en 1958, cuando actuó como ayudante de cátedra en su propia Facultad, en la cual ascendió curricularmente en forma gradual hasta alcanzar el nombramiento de Profesor Principal de Medicina, cargo en el cual permaneció entre 1978 y 1997, y Profesor de Postgrado, responsabilidad que cumplió entre 1988 y 1997. Su actividad científica se ha destacado por la realización de numerosos cursos y seminarios en su especialidad, en las importantes investigaciones de las que ha hecho parte y los múltiples congresos y reuniones científicas nacionales e internacionales en las que ha participado, entre 1965 y la fecha. Pertenece, como miembro, a numerosas sociedades científicas de su especialidad, tanto ecuatorianas como del exterior. Prolífico escritor científico, es autor de cerca de 150 trabajos y monografías, publicados todos en diferentes revistas, nacionales e internacionales. En el mes de noviembre de 1999, época en la cual presidía la Academia Ecuatoriana de Medicina, en la ciudad de Río de Janeiro, al terminar la XIV reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*, se eligió a la Academia Ecuatoriana de Medicina como sede de la Asociación para el período de 1999 a 2002 y a Paredes Suárez, como Presidente de dicha Academia, se le eligió como Presidente de la *ALANAM* para dicho período. Son numerosos los cargos y las funciones gubernamentales en las que ha trabajado Paredes Suárez en el ámbito de la Salud Pública del Ecuador, desarrollando en ellos importantes y valiosas iniciativas.

ROLANDO CALDERÓN VELASCO

Fig. 6.2.44.- Profesor Rolando Calderón Velasco.
Presidente de la *ALANAM* del 22 de enero de 2002 al 1º de mayo de 2004. Fotografía de ZCM.

Nacido en la ciudad de Lima, Perú, el Doctor Rolando Calderón Velasco realizó su formación profesional en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de la capital peruana, entidad docente que le otorgó el título de Médico y Cirujano, con un trabajo de

tesis titulado "*Función suprarenal y diabetes en la acromegalia*", el 23 de mayo de 1958, cuando formó parte de la Promoción "Centenario Daniel A. Carrión". Fue becario de la Fundación Fullbrigth en la Universidad de Pennsylvania, Philadelphia, Estados Unidos, en la subespecialidad de endocrinología, en los años 1960 y 1961. Culminó el Doctorado en Medicina de la Universidad Peruana "Cayetano Heredia", el 15 de marzo de 1970, con una tesis doctoral titulada "*Perspectiva de los lípidos en la diabetes mellitus. Estudio de 600 casos*". En el ámbito de la docencia ha llegado en el escalafón a Profesor Principal de medicina de la Universidad Peruana "Cayetano Heredia". Es Consultor de endocrinología del Instituto de Enfermedades Neoplásicas (*INEN*). En la Academia Nacional de Medicina del Perú, se incorporó a ella con el trabajo titulado "*Diabetes, paradigma de la Medicina Interna*": es Miembro Titular, ocupó el cargo de Secretario Permanente y para el año 2002, durante la XV Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*, ocupaba la Presidencia de la Academia, lo que hizo que al elegirse a dicha Academia como sede para la XVI Reunión de la *ALANAM*, a fines de abril de 2004, el Señor Académico Calderón Velasco ocupara la Presidencia de la Asociación hasta la Reunión de Lima, cuando, el 1º de mayo de ese año, hizo entrega de su cargo a su sucesor, el Señor Académico Zoilo Cuellar-Montoya, de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. En la sesión solemne del 4 de marzo de 1999 de la Academia Nacional de Medicina de Colombia en Bogotá, el entonces Presidente de ella, el Señor Académico Dr. José Félix Patiño Restrepo, le dio posesión al Dr. Calderón Velasco como Miembro Correspondiente Extranjero de la Academia colombiana, a la cual ingresó con el trabajo titulado "*Panorama actual de la diabetes mellitus*". Pertenece a la Sociedad Peruana de Endocrinología, de la cual fue su Presidente en los años de 1979 a 1981; a la Sociedad Peruana del Climaterio; a la Sociedad Internacional de la Menopausia; a la Sociedad Peruana de Hipertensión Arterial; a la Sociedad Interamericana de Hipertensión; a la Asociación de Diabetes de los Estados Unidos; a la Sociedad de Endocrinología de los Estados Unidos, de la cual es Miembro Emérito; a la Sociedad Americana para el Avance de la Ciencia (EEUU) y al Instituto Americano de Ciencias Biológicas (EEUU). Es miembro del Comité Editorial de la Revista "*Diagnóstico*" y del Consejo Consultivo de la Fundación "Hipólito Unanue", así como de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, de la cual ocupó la Presidencia entre 1989 y 1992, de la Federación Internacional de Diabetes (Bruselas, Bélgica), cuya Vicepresidencia ocupó entre 1976 y 1985, fue Delegado de Latinoamérica entre 1989 y 1992 y, posteriormente, Chairman de la Región Sud y Centroamérica. Es Miembro Honorario de la Sociedad Dominicana de Endocrinología. En los años 1980 a 1982, el Doctor Calderón ocupó el cargo de Viceministro de Salud del Perú. En 1979 fue galardonado con el Premio Roussel y, posteriormente, recibió sendas condecoraciones de la Orden Hipólito Unanue y de la Orden Daniel A. Carrión. En el curso de su meritoria vida profesional, científica y docente, el Señor Académico Calderón Velasco ha publicado numerosos artículos de su especialidad, varios libros y manuales y ha tomado parte activa en numerosos congresos nacionales e internacionales.

ZOILO CUÉLLAR-MONTOYA

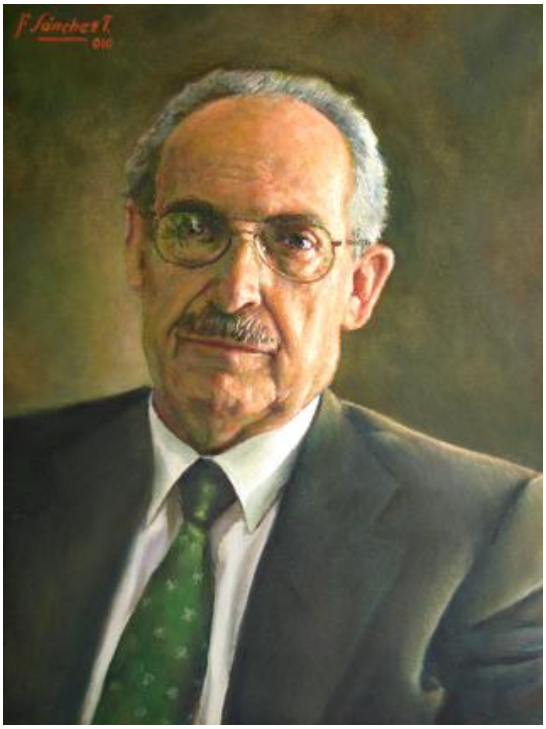


Fig. 6.2.45.- Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya.
Presidente de la *ALANAM* del 1º de mayo de 2004 al 24 de febrero de 2006. Óleo sobre lienzo del Maestro Fernando Sánchez Torres. Galería de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Fotografía de ZCM.

Nació en Bogotá, el 11 de diciembre de 1939, en el hogar del Doctor Zoilo Cuéllar Calderón y de doña María Montoya Restrepo. Sus estudios profesionales los cursó en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, institución que le otrogó el grado de Médico y Cirujano, el 2 de noviembre de 1964, después de sustentar un trabajo de tesis titulado "*Hemorragia Subaragnidea Espontánea. Aneurismas intracraneales*" y su especialización la realizó en la Escuela Superior de Oftalmología del Instituto Barraquer de América, en los años 1965 a 1968 cuando, en septiembre de ese año, recibió su grado de oftalmólgo general de manos del Profesor Don José Ignacio Barraquer Moner. Se subespecializó en estrabología, neuro-oftalmología y electrofisiología ocular. Ha sido profesor de sus subespecialidades en la Escuela Superior de Oftalmología del Instituto Barraquer de América, entre 1968 y 1982: en la Facultad de Optometría de la Universidad de la Salle, entre 1986 y 2000, en la Universidad Nacional entre 1996 y 1999 y en el Instituto Colombiano de Cirugía Ocular entre el 2000 y el 2002. Ingresó a la Academia Nacional de Medicina de Colombia, con el trabajo titulado "*Fijación Posterior o Retropexia*", en 1980, como Miembro Correspondiente, y fue promovido a Miembro de Número, en 1992, con el libro "*Estrabismo y Patología Oculomotora*". Ocupó la Secretaría General de la Academia Nacional de Medicina entre el mes de marzo de 1994 y el mismo mes de 1998. En el 2000, el entonces Secretario Permanente de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (*ALANAM*), el Señor Académico Profesor Alberto Albornoz Plata, lo nombró como Secretario Alterno de la Asociación,

cargo en el que permaneció hasta el mes de enero de 2002, cuando el Consejo Directivo de la *ALANAM*, por enfermedad del Profesor Albornoz Plata, lo nombró Secretario Ejecutivo de la Asociación. En el año 2000, el Consejo Latinoamericano de Estrabismo (*CLADE*) lo nombró su Presidente Honorario para el período de ese año al 2003. Ha ejercido la Secretaría Ejecutiva de la *ALANAM* entre el 2002 y el 2004, cuando se le nombró Presidente de la *ALANAM*, cargo en el que permaneció hasta el mes de febrero de 2006, cuando retomó la Secretaría Ejecutiva de la Asociación, cargo en el cual completa, entonces, en este año de 2010, su primer período estatutario, sujeto a decisión por parte del Consejo Directivo de la Asociación, el cual lo reeligió en el cargo para el período 2010 - 2016 en la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM* en la sesión Administrativa del sábado 30 de octubre de 2010. Pertenece, como Miembro de Número, además de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, a la Sociedad Americana de Oftalmología y Optometría, de la cual fue Tesorero por varios años, al *CLADE*, ya mencionado, a la Sociedad Colombiana de Oftalmología, a la Internacional Strabismological Association, a la Asociación Médica Colombiana, de la cual hizo parte, como miembro principal, de su primer Consejo Directivo y al Colegio Médico Colombiano. En el mes de abril se posesionó, como Miembro Correspondiente, de la Academia Colombiana de Historia y es Miembro Correspondiente Extranjero de la Academia Nacional de Medicina de México, de la de Venezuela y de la Real Academia Nacional de Medicina de España. Ha sido condecorado con la Medalla del Águila de Fuego de los Bomberos Voluntarios de Bogotá, con la Órden de San Jorge del Gimnasio Campestre de Bogotá, inicialmente como Caballero y luego como Oficial, fue condecorado por la Academia Nacional de Medicina de Venezuela con su Medalla de Oro; pertenece a la Orden Ecuestre del Santo Sepulcro de Jerusalem, inicialmente como Caballero y actualmente como Comendador; recibió, en el mes de marzo de 2008, la Cruz de Plata de la Orden de la Academia Nacional de Medicina de Colombia y en el mes de octubre de ese año, la Precéa de Oro de la Real Academia Nacional de Medicina de España. Ha publicado numerosos artículos de su especialidad en revistas nacionales e internacionales y, ocasionalmente, ha sido columnista de opinión del Diario El Tiempo de la ciudad de Bogotá. Ha publicado un libro de estrabismo, uno titulado "*Academia Nacional de Medicina de Colombia. Sus Miembros 1873 - 1997*", "*Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina. ALANAM. Itinerario Histórico 1967 - 2002*", "*Temas Médicos Tomo XVI*", "*Temas Médicos Tomo XVII*" y, entre los varios libros que prepara se encuentran: "*Temas Médicos Tomo XVIII*", "*El Profesor Hernando Groot Liévano. Su vida y su obra*", "*Academia Nacional de Medicina de Colombia. Itinerario Histórico Volumen II. 1992 - 2008*", "*Notas Biográficas de los Académicos*", "*Cuéllar. Una Familia Castellana en América*", "*Aristides Calderón Reyes. Un Liberal Independiente*", "*Montoya. De Berantevilla, Álava a Santafé de Bogotá*" y "*Don Pedro Sáenz y López Mingüez y la Familia Sáenz en Colombia*".

MISAEL URIBE ESQUIVEL

Fig. 6.2.46.- Profesor Misael Uribe Esquivel.
Presidente de la *ALANAM* del 24 de febrero de 2006 al 20 de septiembre de 2008. Fotografía de ZCM.

Nació el Doctor Uribe Esquivel en Ciudad Madero, Estado Tamaulipas, México, el 28 de agosto de 1946. Sus estudios profesionales los realizó en la Facultad de Medicina de Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas, de 1963 a 1969, centro docente donde obtuvo Diploma de Honor al mejor promedio de notas de su grupo. Su práctica de Servicio Social la realizó en los años 1970 y 1971, en el Centro de Salud de Villa Altamira, Tamaulipas. Entre 1971 y 1974, el Doctor Uribe realizó su primera especialización en Medicina Interna en el Instituto Nacional de la Nutrición, *UNAM*. En 1973 pasó el "*Educational Council for Foreign Medical Graduates*" de los Estados Unidos de Norte América. En los años 1974 y 1975 realizó, como segunda especialización, su formación en Gastroenterología, en el mismo Instituto Nacional de la Nutrición *UNAM*. En los años 1975 a 1977 realizó, primero, un *Fellowship* en el Nacional Institutes of Health y luego residencia en Gastroenterología en la Mayo Clinic, Universidad de Minnesota, Rochester MN, Estados Unidos, como tercera especialización. En 1977 recibió su certificación como especialista en Medicina Interna por el Consejo Mexicano de Medicina Interna, A. C., con recertificación en el 2007. De 1991 hasta la fecha, ha sido recertificado como especialista en Gastroenterología. En 1999 obtuvo el Master of Medicine del American Collage of Physicians en Philadelphia, Estados Unidos. Se inscribió como Aspirante a Doctorado en Ciencias Médicas en el 2004 y obtuvo un 10 en su examen de Doctorado, en agosto de 2007. En el curso de su ejercicio profesional ha sido galardonado con numerosas distinciones, así: en 1977 obtuvo el FLEX (Federal Licence Exminations, que le permitió el

ejercicio de la medicina en Estados Unidos y, en el mismo año, recibió de la Academia Nacional de Medicina el Premio SANDOZ al mejor trabajo. En 1978, de la misma Corporación, recibió el Premio Chinoin y, de la Asociación de Medicina Interna de México, el Premio SANDOZ al mejor trabajo. En 1979, la Universidad Autónoma de Puebla le otorgó el Homenaje a la Clínica de Hígado INNSZ, En 1980, por segunda vez, la Academia de Medicina lo distinguió con el Premio Chinoin y, al año siguiente, 1981, la Asociación de Medicina Interna le otorgó el Premio SANDOZ al mejor trabajo de investigación. En 1984, la Asociación Mexicana de Hepatología lo distinguió con el Premio al mejor trabajo de Investigación Anual y, en 1987, el Premio Rorer al mejor trabajo de investigación y, en el mismo año, el Instituto Rorer de México lo hizo partícipe de su Comité Científico. En 1988, la Academia Mexicana de Cirugía le otorgó el Premio "Francisco Montes de Oca" al mejor trabajo. En 1990, el Fondo Ricardo J. Zevada le otorgó el Premio del Fondo de Estudios para Investigaciones en Litiasis Biliar y el Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional, como Miembro Evaluador, le otorgó un Diploma de reconocimiento por la labor prestada y su contribución en la formación de Gastroenterólogos Médicos Militares en el INNSZ. En el curso de la década de 1990 fueron numerosos los premios y distinciones, entre otros, el de la Asociación Colombiana de Nutrición, entidad que en 1995 le otorgó el Premio José Félix Patiño por su trabajo en nutrición clínica. Su actividad científica ha sido intensa y en lo que va corrido de la presente década, son también numerosos los premios y distinciones recibidas por el Doctor Uribe Esquivel. En el curso de su vida profesional ha hecho parte de numerosos comités científicos, tanto nacionales como internacionales. Pertenece a numerosas Asociaciones y Sociedades Científicas, tanto nacionales como internacionales, en las cuales ha ocupado cargos directivos, tales como la Vicepresidencia de la Asociación de Medicina Interna de México, de 1984 a 1988, y la Presidencia de la misma, en 1985 y 1986. En 1987 se posesionó como Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina de México. Entre 1991 y 1993 presidió la Asociación Mexicana de Hepatología. En 1990 fue fundador de la Sociedad Médica de Médica Sur y, entre 1991 y 1993 ocupó la Presidencia de la Asociación Mexicana de Hepatología. En 1993 y 1994 ocupó la Vicepresidencia de la Asociación de Médicos del INNSZ. La cual Presidió en 1995. En 1998 y 1999 fue Director de la Unidad de Apoyo para la Evaluación de la actividad científica-biomédica CONACYT y, en 1999, fue Director-Fundador del CEIS (Centro de Estrategia e Investigación de problemas de salud). En 2001 fue hecho Asociado Emérito de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Desde 2001, hasta la fecha, ocupa la Presidencia de la Asociación Mexicana para la Salud y en 2005 ocupó la Presidencia del Comité Científico de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. En el 2006, el Colegio de Médicos Generales del Estado de Chiapas, A. C. L distinguió con el nombramiento de Miembro Honorario. Pertenece también, Uribe Esquivel, a numerosas Sociedades y Asociaciones científicas extranjeras. En el 2006 ocupó la Jefatura del Departamento de Gastroenterología y Hepatología del INNSZ, SSA. En los años 2004 a 2006, Uribe Esquivel presidió el Comité de Asuntos Internacionales de la Academia Nacional de Medicina de México y la Presidencia de dicha Academia. Ocupó la Presidencia de la *ALANAM* de 2006 a 2008. Desde 1986 es Investigador Nacional Nivel III. Es miembro del Comité del Comité Ejecutivo del IAMP (Inter Academy Medical Panel) de la Asociación Mundial de Academias de Medicina. Es miembro del Comité de Especialidades de la *UNAM* (Medicina Interna), Universidad de la cual es Profesor Titular de medicina interna y Tutor de Maestría y Doctorado. Vicepresidente de la Asociación Mexicana para la Salud. Su labor en la formación de recursos humanos en el área de sus especialidades ha

sido inmensa. Prolífico escritor científico, hasta la fecha ha publicado 113 artículos en revistas nacionales e internacionales, gran parte de ellas indexadas y ha editado 14 libros. El Doctor Uribe es Miembro Correspondiente Extranjero de las Reales Academias de Medicina de Cataluña, de la de Salamanca y de la Real Academia Nacional de Medicina de España, Jefe del Departamento de Gastroenterología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y Director, Fundador y Presidente del Hospital Médica Sur. Miembro del Comité del Área II de Biomedicina de Sistema Nacional de Investigación (2001) y del Comité Mexicano de Competitividad. Es Profesor Titular de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la *UNAM* y Profesor Titular de Gastroenterología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Salle.

ALEJANDRO GOIC GOIC

Fig. 6.2.47.- Profesor Alejandro Goic Goic.
Presidente de la *ALANAM* del 20 de septiembre de 2008 al 30 de octubre de 2010. Fotografía de ZCM.

Nació el Profesor Goic en Santiago de Chile. Su formación profesional la realizó en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Santiago, en la cual recibió la licenciatura médica en 1953 y el título de Doctor en Medicina se lo otorgó la Universidad de Chile, en 1955. Se especializó en medicina interna en la misma Universida de Chile, entre 1955 y 1959. Posteriormente, entre 1967 y 1969, realizó estudios de postgrado en medicina psicosomática en la Universidad de Oklahoma, Estados Unidos y, durante 1984 complementó su formación con un año de estudios de gastroenterología en la Universidad de Harvard, en Boston, Massachusets. Médico clínico, fue discípulo del Doctor Hernán Alessandri R. En el ámbito de la docencia médica, es Profesor Titular de su especialidad en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santiago, desde 1980 y de la Universidad de Chile, desde 1988. Su campo de acción profesional ha cubierto un amplio espectro: medicina clínica, educación e investigación médica, salud pública, administración académica superior y publicaciones médicas periódicas. Sus alumnos médicos se cuentan

por centenas y los especialistas en medicina interna, por docenas. Ha sido conferencista en numerosas Escuelas de Medicina, donde ha insistido en el enfoque psicosomático de la medicina y la gastroenterología, y ha hecho énfasis en la semiología, la clínica y la ética médica en la formación de los estudiantes. Ha participado en más de cincuenta seminarios sobre educación médica, medicina familiar, salud pública e información científica. En 1972 organizó administrativa y científicamente la Facultad de Medicina de la Sede Oriente de la Universidad de Chile. Hizo parte del grupo que creó la Comisión Nacional Docente-Asistencial de Salud (CONDAS). En 1974 fue nominado por el Centro de Alumnos de Medicina Oriente como el Mejor Docente, lo cual se repitió en 1986. En 1889 ingresó a la Academia Chilena de Medicina como Miembro de Número, ocupando el sillón Nº 28. Tuvo a su cargo la Decanatura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, de 1986 a 1994, cuando impulsó la enseñanza de las vertientes humanistas de la medicina en dicha Facultad. Inició la innovación curricular en el pregrado e imprimió un gran impulso a la educación de postgrado: amplió los programas de Magíster y creó el Doctorado en Ciencias Médicas. Introdujo, como cátedra regular y permanente, la de ética médica. Creó el Centro de Estudios Bioéticos y Humanísticos y la Biblioteca de Ética Médica. Incorporó a la Facultad, en comodato, el Museo Nacional de Medicina, y le creó su Biblioteca. Incorporó toda la tecnología de sistemas, virtual, en la Biblioteca Central de la Facultad. Realizó importantes obras en la infraestructura locativa de la Facultad y su entorno. En 1994, obtuvo la personería jurídica para la institución y presentó, al Ministerio de Educación y al Consejo Superior de Educación, el primer proyecto de acreditación de las Escuelas de Medicina en Chile. Tuvo a su cargo, desde la Unidad de Planeación de la Educación Médica, el diseño de los cambios curriculares de los estudios de pregrado de medicina, trabajo que desarrolló entre 1994 y 1997, cuya implementación se inició en 1998. Presidió la Asociación Chilena de Facultades de Medicina e hizo parte del Consejo Superior de la Universidad de Chile. Pertenece a la Sociedad Médica de Santiago y al Colegio Médico de Chile. A partir del año 2000, el Profesor Goic Goic ocupa la Presidencia de la Academia Chilena de Medicina. En el 2002 integró el Consejo Superior de Educación del Ministerio de Educación de Chile. El sábado 20 de septiembre de 2008, el Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic se posesionó como nuevo Presidente de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina España y Portugal para el período de 2008 a 2010. Es Profesor Visitante de la Universidad de Harvard en Boston; del King's Collage, en Londres y ha sido distinguido con numerosas condecoraciones, de las cuales se pueden mencionar: el Premio "*Rodolfo Armas Cruz*" de Educación Médica y el Premio de Ética, otorgados por el Colegio Médico de Chile; el Premio "*Dr. Ramón Corvalán Melgarejo*", de la Sociedad Médica de Santiago; el Diploma "*Dr. Carlos Reussi Maestro de los Andes*", de la Asociación Médica Argentina; el Título de "*Maestro de la Medicina Latinoamericana*", de las Asociaciones Médicas Argentina y Latinoamericana; el Premio "*Rector Juvenal Hernández Jaque*", de la Universidad de Chile; la Medalla "*Centenario*", de la Organización Panamericana de la Salud y "*Maestro de la Medicina Chilena*", otorgado por la Sociedad Médica de Santiago en el curso del XXVII Congreso Chileno de Medicina Interna, en el mes de octubre de 2005. Recibió el "*Premio Nacional de Medicina*" del 2006.

JUAN VERDAGUER TARRADELLA

Fig. 6.2.48.- Profesor Juan Verdaguer Tarradella.
Primera Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*".
"*Arte y Medicina*". Santiago de Chile, Jueves 28 de octubre de 2010. Fotografía de ZCM.

Nació el Profesor Verdaguer en Santiago de Chile, en 1934 y se recibió de Médico y Cirujano, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en 1958, después de lo cual hizo estudio de postgrado en Oftalmología, en su alma máter, entre 1958 y 1960. Dos años después, concluyó estudios en Ciencias Básicas en Oftalmología en la Universidad de Harvard, en Boston, Massachussets, de donde se trasladó a la Universidad de Columbia, donde, en 1964, concluyó estudios en Oncología y Patología Ocular: había obtenido, en 1962, un Diplomado del American Board of Ophthalmology. Una vez en Santiago, el Profesor Verdaguer desarrolló una extensa y fructífera actividad docente de pre y post grado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en el curso de cuyo progreso curricular alcanzó la jerarquía académica de Profesor Titular, en 1971. Durante dos décadas, de 1975 a 1996, ocupó la Jefatura del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario, dirigió el Departamento Universitario de Oftalmología de dicho Hospital y actuó como Asesor Temporal de la Organización Mundial de la Salud. Actualmente, es Profesor Titular de Oftalmología en el postgrado de la Universidad de Los Andes y Director Académico de la Fundación Oftalmológica de Los Andes. Desde 1990, el Profesor Verdaguer es Miembro de Número de la Academia Chilena de Medicina; desde el año 2002, hasta el 2006, Miembro de Número del Comité Ejecutivo y primer Vicepresidente (2006 – 2010) de la Academia Ophthalmologica Internationalis. Presidió la Sociedad Chilena de Oftalmología, entre 1971 y 1972; fue Director Ejecutivo, entre 1991 y 1995, y Presidente de la Asociación Panamericana de Oftalmología, de 1997 a 1999; entre 1991 y 1995 fue Miembro del Internacional Counsil of Ophthalmology; es Miembro del Comité Ejecutivo del Club Jules Gonin; Fellow de la American Academy of Ophthalmology y Miembro Honorario o Correspondiente de 13 sociedades oftalmológicas extranjeras. Presidió el Pan American Congreso of Ophthalmology de 1999, realizado en la ciudad de

Orlando, Florida, y el de 2005, que tuvo lugar en la ciudad de Santiago de Chile. Durante diez años, entre 1973 y 1983, fue Editor de los Archivos Chilenos de Oftalmología. Ha publicado más de 200 artículos en libros y revistas nacionales e internacionales y ha dictado numerosas conferencias en América, Europa y Asia. El Profesor Verdaguer ha desarrollado, además, una importante actividad de servicio público y social. Fue Director del Proyecto de Zona Libre de Catarata de San Vicente de Tagua-Tagua, con la colaboración de Hellen Keller Internacional, y del Proyecto Cooperativo de Prevención de la Ceguera Diabética en el área norte de Santiago. También, y en colaboración con el Club de Leones, ha participado en múltiples giras profesionales a los lugares más apartados del país, incluyendo al Isla de Pascua. Además, ha incursionado, con profundidad, en el campo de las humanidades médicas. Algunos de sus muy destacados trabajos históricos sobre la oftalmología son: "*Albrecht von Graefe y su tiempo*", "*Ludwig Laquer en Estrasburgo y su descubrimiento*" y "*Juan Verdaguer Planas y su época*". Ha sido galardonado con los premios Carlos Charlín Correa y Cristóbal Espíldora Luque de la Sociedad Chilena de Oftalmología; el Premio de la Asociación Catalana de Oftalmología; la Medalla Gradle Pan Americana y la Medalla Edgard A. Maumenee. Es Doctor Honoris Causa de la Universidad Mayor de San Simón y Miembro de Honor del Instituto Barraquer de Barcelona.

3.- Investigación en Medicina y Salud en Latinoamérica

La primera Sesión de Trabajo de la *ALANAM* se inició el día jueves 28 de octubre de 2010 a las 08:30 horas, con la Recepción e Inscripción de los participantes en al vestíbulo de la sede de la Academia Chilena de Medicina en la Calle Almirante Montt 453, en Santiago Centro.

La Sesión de Trabajo sobre el tema de "*Investigación en Medicina y Salud en Latinoamérica*" se inició con una "*Introducción*", que estuvo a cargo del Doctor Tomás Pantoja, M. D., Experto chileno de la O.P.S., delegado desde Washington por el Doctor Luís Gabriel Cuervo Amore, desde la Oficina General de la Organización, a quien le fue imposible trasladarse a Chile.

"Introducción"

Doctor
Tomás Pantoja, M. D.
Experto de la O.P.S.

Jueves 28 de octubre de 2010

Fig. 6.3.1.- Doctor Tomás Pantoja. Experto de la O.P.S. Fotografía de ZCM.

4.- “Investigación en Medicina y Salud. Su implementación en la atención individual y comunitaria”

Señor Académico
Profesor Abraam Sonis.
Delegado.
Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires
Argentina.

Jueves 28 de octubre de 2010

Fig. 6.4.1.- Profesor Abraam Sonis. Delegado de la Academia de Buenos Aires, Argentina. Fotografía de ZCM.

Investigación en Medicina y Salud

La investigación en medicina y salud presenta hoy un amplio espectro que, en las últimas décadas, ha despertado un creciente interés en sus diversas instancias, ampliando su visión y su perspectiva. La tradicional investigación biomédica, así como clínica - que promueve soluciones individuales para la patología-, constituye lo que hoy se clasifica como la primera ola de la investigación en salud, que ha posibilitado el fabuloso adelanto que caracteriza a la medicina de nuestros días.

A estos niveles de investigación se agregó, hace aproximadamente cuatro décadas, la investigación en servicios de salud, basada en la observación y la convicción de que el sistema de atención de la salud incrementa su efectividad si investiga su propia organización y funcionamiento. Y esto constituye la segunda ola en la investigación en salud.

En la última década, esta visión se ha ampliado en función de la vigencia que han adquirido los llamados "factores determinantes de la salud y la enfermedad", ajenos al sector pero determinantes, en gran medida, de la patología; factores tales como el ingreso, la educación, el empleo, la cultura, el medio ambiente y la pobreza. El interés por estos factores determinantes se potencia al asociarse el imperativo de asegurar la equidad en la atención, transformada en bandera en el mundo de hoy, tanto en las sociedades desarrolladlas como en las de menores recursos. En consecuencia, el campo de la investigación en salud se ha ampliado para incluir el análisis de estas causas determinantes, así como los riesgos y la causa raíz de estos riesgos, cuyo control posibilita la promoción de la salud y la prevención de la patología. Y esta constituye la tercera y más actualizada ola de la investigación en salud.

Con esta perspectiva, el paso siguiente es la implementación del conocimiento generado por estas investigaciones en la salud y la enfermedad de los pacientes en particular y de las comunidades, enfocadas éstas como tales, implementación que va asociada a los problemas que surgen para la aplicación eficiente de estos conocimientos y vista la necesidad de optimizar los recursos que se destinan a la atención, en función de las restricciones presupuestarias que la caracterizan habitualmente. Esta perspectiva explica el creciente interés por la investigación en salud, expresada en instancias nacionales e internacionales, y que se sintetiza en la recomendación de desarrollar sistemas nacionales de investigación en salud que involucren todas las instancias que la OPS impulsa y que se expresan en la Resolución CD 49/10 de su Consejo Directivo para promover la puesta en práctica de esta política.

Aparece así como un imperativo una óptima utilización de los recursos, paralelamente con la necesidad de los países de señalar las aéreas prioritarias de investigación, en un espectro que cubra todos sus aspectos. Con esta visión, que incluye las ya señaladas primera, segunda y tercera ola de la investigación en salud, los parámetros para su implementación son distintos para los diferentes tipos de investigación y puede afirmarse aún que las reglas del juego no son las mismas. Y ello merece un análisis más detallado referido, fundamentalmente, a la investigación clínica y la investigación de salud publica, por ser los campos más visibles en su aplicación inmediata a la salud y la enfermedad.

Aparece así, en toda su magnitud, el rol fundamental que la investigación adquiere en la atención individual, en las instituciones y en la política y los programas de atención y que exige, necesariamente, un replanteo de la relación entre investigación e implementación del conocimiento, superando el tradicional círculo vicioso de las quejas simultaneas de los responsables de la política y los programas, que reclaman a los investigadores los conocimientos indispensables para optimizar su tarea, en tanto éstos reclaman en forma permanente y justificada por la falta de utilización en la practica de los conocimientos generados por las investigaciones.

La Investigación Clínica

La Medicina Asistencial y los Estudios Multicéntricos

La medicina asistencial se basa en el saber del médico; este saber depende de su información y de su experiencia. Pero la calidad de la atención médica depende de ambas y, además, de su sensatez para aplicarlas. El saber, tanto el adquirido por información como el adquirido por experiencia, como siempre, tiene grados de certidumbre. Por un lado, respecto de su veracidad y validez para la condición bajo la cual se la aplica. Por otro, respecto de la importancia que, en la medicina asistencial se ve representada por la capacidad de postergar la muerte y evitar el deterioro de la calidad de vida.

Todos estos recursos del saber alimentan una capacidad diagnóstica y una capacidad pronostica. La primera pretende una *certeza*; la segunda sólo puede pretender cuantificar la probabilidad de resultados.[4]

La predictibilidad se basa en resultados pasados, de estudios que han tratado de seleccionar poblaciones con cierta homogeneidad. Los estudios multicéntricos se basan en la homogeneidad de dos poblaciones: aquella en la que, por un lado, se introduce una variable y, por otro, en los sujetos que funcionan como controles. Esta homogeneidad es más probable con las enfermedades que con los riesgos. Los estudios multicéntricos se aplican a enfermedades activas, de frecuencia reducida, y la experiencia sólo puede lograrse en forma compartida. Los estudios multicéntricos se aplican también a riesgos y constituyen así la base de la medicina preventiva. Esta medicina preventiva debe tener en cuenta la frecuencia y la demora con la que se substancian esos riesgos, la gravedad de sus consecuencias y el costo económico de esa prevención, comparado con los mismos de la enfermedad ya substanciada.

La aplicación del conocimiento requiere así la valoración de sus resultados probables, sus beneficios y sus costos. Los beneficios son obtener una buena calidad de vida y una prolongación de la vida en buenas condiciones. En cambio, son costos el detrimento sobre la calidad de vida, el riesgo de acortar la sobrevida, así como la carga económica en su repercusión sobre el individuo y su núcleo familiar y/o sobre el conjunto de la sociedad.

¿En qué contribuyen los estudios multicéntricos al saber médico y a su práctica? Es fácil reconocer que los estudios multicéntricos preventivos se realizan para ofrecer conocimientos con mayor grado de certidumbre en las predicciones y en los cuales los médicos, individualmente, no pueden adquirir una experiencia suficiente. También parece fácil comprender que cuanto mayor es el número de casos que deben estudiarse para obtener una significación estadística adecuada, sería posible suponer que existen otros factores incidiendo sobre el desenlace y, eventualmente, alguno incluso más importante que el factor estudiado. Para factores muy relevantes alcanzan los estudios observacionales y aún la casuística paradigmática.

[4] No hay certeza en la predicción, el porvenir guarda una característica externa que es su capacidad de sorprender.

Para los estudios multicéntricos se exige una evidencia de tipo A. Esta exigencia se refiere a definir claramente: los objetivos, las características y homogeneidad de la población estudiada, el tiempo de duración del estudio, las edades, el género, la raza, las condiciones de salud, el nivel de complejidad y la experiencia de los lugares en que se realiza la investigación y, por supuesto, los conflictos de intereses de los autores del trabajo y de los investigadores. No todos los trabajos financiados por la industria farmacéutica y tecnológica analizan, en los objetivos, su importancia. Siempre puede ocurrir que la mayor certidumbre se tenga para resultados menos relevantes, en cuyo caso podría clasificarse la certidumbre, respecto del hallazgo, en *muy seguro, seguro, muy probable*, *probable y posible*. Y, para la importancia, podría usarse una clasificación de *fundamental, muy importante, importante, poco importante y trivia*l.[5] Sería la combinación del grado de certidumbre y el de importancia lo que definiría la sensatez médica.

Desde el punto de vista del médico asistencial que aplicará el conocimiento, es primordial que los trabajos multicéntricos aclaren: 1) cuál es el beneficio que se espera con respecto a la calidad de vida y a la magnitud de sobrevida en relación a la edad y plenitud del paciente; 2) cuántos pacientes debe tratar para observar un beneficio; 3) cuál es la frecuencia y magnitud de los efectos adversos; 4) cuál es el costo económico en relación con su capacidad económica y 5) cuál es el grado de adherencia con respecto a la duración. Corresponderá al propio médico, finalmente, evaluar su experiencia y su capacidad de juzgar los resultados de estos estudios.

Hay que recordar que el grado de evidencia no garantiza la importancia. La modificación favorable de los surrogantes no pueden sustituir las conclusiones que deben hacerse con base en los cambios de calidad y prolongación de sobrevida.

Debe comprenderse, también, que los estudios multicéntricos requieren un importante esfuerzo financiero, con inversiones cuantiosas que corren el riesgo de obtener resultados nulos o aún perjudiciales que determinan pérdidas económicas importantes. Es comprensible, por lo tanto, la existencia de conflictos de intereses y que estos estudios multicéntricos estén dirigidos a estimular un consumo masivo o una difusión que compense los riesgos de la inversión.

Conseguir en los médicos un escepticismo crítico que los defienda de la credulidad y les evite caer en el nihilismo, y conseguir que los estudios no caigan en conclusiones sesgadas para satisfacer intereses, no resultará tarea fácil. Algún esfuerzo en este sentido se ha hecho con el CER (Comparative, Effectiveness Research) para que las drogas que se pretende incorporar se comparen con los recursos previos y no con placebos y con el WTA (Washington Technology Assesment), para valorar el efecto sobre la prolongación de la vida y sobre la calidad de vida de los nuevos recursos auxiliares. Habrá que confiar en que una medicina sustentable sea posible cumpliendo los objetivos de ofrecer una salud que permita una vida más plena, generalizada a un costo razonable, sin provocar una catástrofe económica.

[5] Trivial es aquel conocimiento cuya ausencia no afecta los resultados.

La Actividad Asistencial y los Conocimientos

Parece claro que la actividad médica asistencial se hace con base en hábitos: hábitos frente a situaciones relativamente ciertas y ante situaciones totalmente inciertas. Las conductas, en las primeras, se basan en el propio conocimiento; en las inciertas se basan en la conciencia de la ignorancia. Hay hábitos para ambas situaciones: las primeras aprendidas, las otras basadas en la capacidad creativa; a los médicos asistenciales se les exige fortalezas en el aprendizaje y en la tolerancia a la incertidumbre.

Son fuentes de aprendizaje la experiencia propia y la ajena que nos llega como información. La experiencia propia se gana en el contacto con los pacientes, en la asistencia y en la investigación. Quizás sea esta experiencia la mayor responsable de hábitos consolidados. Esta experiencia propia es, por fuerza, limitada y requiere condiciones para la relación interpersonal y capacidad autocrítica.

La información es la de la lectura, la transmitida por instructores y compañeros en contacto asistencial directo, durante el pregrado y el postgrado, en las residencias; la transmitida por los profesores desde el estrado y los relatores en sociedades científicas y congresos médicos. La lectura es la de los libros con responsabilidad directa de los autores, de las publicaciones periódicas con una responsabilidad que comparten autores y editores y la información electrónica a distancia. Tanto en las publicaciones periódicas como en la electrónica existen conflictos de intereses. Estos conflictos de intereses afectan a una y a otra, como consecuencia de que serían inviables sin los aportes de las empresas, de la industria médica farmacéutica y tecnológica. Estos conflictos de intereses pueden afectar la veracidad y validez de los datos pero, sobre todo, las implicancias sobre la aplicabilidad y utilidad de las conclusiones. Contextos e importancia que deben nutrir las decisiones son habitualmente soslayadas.

Debe agregarse que tanto las publicaciones periódicas como las electrónicas, se acompañan de atractivos mensajes publicitarios, que explotan todos los recursos del "marketing", con un efecto poderoso en la creación de hábitos. La adquisición de hábitos durante el pregrado y las residencias, suelen ser los más importantes en el aprendizaje al depositarse en una memoria de mayor accesibilidad. Hay que reconocer que, en ese sentido, la accesibilidad personal de información con los recursos electrónicos constituye una expansión extraordinaria de esa memoria, si se tiene el tiempo y el interés en consultarla. Tanto en el pregrado como en las residencias, la incorporación pedagógica del aprendizaje por solución de problemas ha sido también un elemento esencial en la creación de hábitos de análisis racional y reflexión.

La información recibida desde el estrado por profesores sin interrelación con el auditorio y aún desde la mesa o el podio de los relatores, sometida a preguntas del auditorio, se obtiene en una posición en la que difícilmente exista el diálogo y la reflexión.

Hay que reconocer que siempre es difícil cambiar hábitos: por un lado, parecería un buen mecanismo de evaluación de los médicos que estos informen anualmente qué hábitos han incorporado y cuáles han abandonado y, por otro lado, cual ha sido el origen de esos cambios, la experiencia, la información o el "marketing".

Investigación en Servicios de Salud

Definida como la "producción de conocimientos sobre la estructura, los procesos y los resultados de los servicios personales de atención"[6] o bien como "la aplicación del método científico en la organización, la administración y evaluación de los servicios personales de atención"[7], podría señalarse en la década del 60 su formulación específica, - si bien con sugestivos antecedentes previos -. En efecto, el artículo publicado por Kerr White[8] en 1967 significó, probablemente, su bautismo en el campo de la salud y su atención, concretando su identidad y su institucionalización.

Con una profusión de publicaciones generadas en el sector, se fue formalizando una corriente de pensamiento y acción que enfoca los aspectos concretos de la práctica de la atención de la salud y la enfermedad, a fin de favorecer el mejor resultado posible de la misma y una utilización óptima de los recursos. Como se comprende, se trata de un panorama sumamente amplio y que comprende numerosos aspectos de la atención, no sólo heterogéneos, sino aún disímiles entre sí, por lo cual resulta necesario su ordenamiento, a fin de sistematizar los diferentes aspectos que engloba y que, en muchos casos, se superponen y se complementan.

De las incontables publicaciones que inundan el campo, creemos que el ordenamiento propuesto por el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los E.E.U.U., en su publicación de 1979, ya citada, sigue teniendo vigencia en la caracterización de los diversos niveles que conforman este campo de la investigación en salud. El Instituto de Medicina propone, en función de los problemas que se enfocan, cuatro niveles en la investigación de servicios de salud: 1) estudios orientados clínicamente (es decir en la atención individual); 2) estudios institucionales; 3) investigación sobre el sistema de atención y 4) en el cual estarían incluidos los estudios sobre los aspectos sociales, políticos, económicos y ambientales, ajenos al sector, pero que influyen en la salud y la enfermedad y que denominamos hoy factores determinantes de la salud.[9]

En el primer nivel tendríamos los estudios clínicamente orientados los que, a partir de la investigación clínica, tienen como objetivos desarrollar procesos diagnósticos y terapéuticos y evaluar su eficacia y seguridad con procedimientos controlados - considera que la efectividad de estos procedimientos están influenciados, en la práctica, por las condiciones en que éstos se efectúan -, en función de la estructura tanto de los servicios como de los procesos que se desarrollan.

Toman en cuenta factores que van desde costos a la satisfacción del paciente; características de los proveedores de la atención (edad de los médicos, formación, carga de trabajo); calidad de las historias clínicas; adherencia del paciente a los tratamientos;

---

[6] "*Health Services Research*" Institute of Medicine, National Academy of Science, Washington. D. C. 1974.

[7] SONIS, Abraam. Investigación en Salud Pública. En: "*Medicina Sanitaria y Administración en Salud*". El Atenéo. Buenos Aires, 1º Edición 1971.

[8] WHITE, Kerr. "*Research in medical care*". The Journal of Medical Education. **Vol. 42 Nº 8**. Agosto 1967.

[9] La extensión de los estudios a estos factores hace que algunos autores prefieran hablar de investigación de salud pública en lugar de servicios de salud.

tiempos de permanencia en el hospital, calidad y seguridad de la atención, entre otros factores.

Se deben considerar en forma conjunta con los conocimientos proporcionados por la investigación clínica y puede afirmarse que en la conjunción de ambos se encuentra la clave de una mejor atención, conjunción que requiere una activa participación del cuerpo médico.

Estudios orientados institucionalmente.

Están enfocados hacia las instituciones de atención, en sus diferentes aspectos, y se complementan con los estudios orientados clínicamente. Son estudios tales como la seguridad en la atención, diferencias en los días de estada, costos alternativos, utilización de los servicios, demanda, accesibilidad de la atención, importancia del financiamiento, utilización de la tecnología, expectativas y satisfacción de los pacientes. Resulta fácil de visualizar que gran parte de la atención hospitalaria constituye el ámbito de la investigación institucional, dadas las características de nuestros sistemas de atención.

Estudios sistémicos.

El sistema de atención de la salud, enfocado globalmente, es el ámbito de estos estudios, que promueven la atención más eficiente a una comunidad determinada, incluyendo las características del sistema, su financiamiento, estratificación de los servicios, la organización política, la referencia y contrareferencia de pacientes entre los diversos niveles de atención, la cobertura de la población y la equidad entre sus diversos estratos, constituyen un ejemplo del tipo de estudios que deben enfocar los responsables políticos y sectoriales del sistema de atención.

Los estudios que atienden a los factores determinantes de la salud.

Enfocan las circunstancias que caracterizan a la atención en función de los factores económicos, políticos, culturales, ambientales que influyen en un ámbito determinado; el tipo de población, el nivel de ingreso, el género, la educación, la cultura, el ambiente, el trabajo, la accesibilidad a los servicios, entre otros factores determinantes, están siendo objeto de creciente atención en los últimos años, tal como lo demuestra el reciente estudio sobre determinantes de la salud, publicado por la O.M.S.: “Closing the Gap”, que se ha transformado en el libro de cabecera de los organismos internacionales y de los gobiernos en pos de un sistema de atención que, con equidad, calidad y seguridad, posibilite la atención de la salud de toda la población.

Como se comprende, los distintos niveles de investigación señalados se encuentran estrechamente entrelazados y con límites muy fluidos en la práctica. Ello no constituye un impedimento para su implementación, sino que revelan y acentúan su complementariedad y la necesidad de visualizarlos como un “continnum”, respetando en cada caso el “know how” que los caracteriza y aplicando la metodología adecuada y el conocimiento básico de cada uno de ellos. La eficacia, la efectividad y la eficiencia - tal como lo indica la epidemiología de hoy -, constituyen el objetivo de la investigación de servicios de salud y, por lo tanto, no debe quedar restringida a centros especializados sino que todos los

servicios - cualquiera sea el nivel de atención -, son ámbitos propicios para su desarrollo y todos deben estudiar su propio funcionamiento como una tarea habitual, incorporada a la práctica diaria, que permite aprender no sólo de la información recibida, sino participar en la generación del conocimiento.

La determinación del tipo de investigación factible en cada uno de ellos, sus necesidades y sus características, que determinarán su funcionamiento y la ecuación inversión-producto, medidos en el resultado de la atención y la enfermedad, constituyen la esencia de su cometido, que resulta crítico para el cumplimiento de su responsabilidad, constituyéndose en una actividad fundamental para el sector salud. Así, en su citado artículo, Kerr White señalaba que no existe ninguna empresa - pública o privada -, que destine un porcentaje tan bajo de su presupuesto al estudio de su propio funcionamiento y rendimiento.

La revisión de la bibliografía de los últimos años permite apreciar, en una visión de conjunto, los progresos y las dificultades en el desarrollo de este tipo de investigación y sus aplicaciones en la práctica, los resultados obtenidos y la comprobación de su importancia para la práctica y el mejor funcionamiento de los servicios de atención. Y es que se trata, efectivamente, de aplicar un enfoque científico a la atención, para su mejor efectividad y eficiencia. Permite apreciar también la importancia de aplicar un enfoque metodológico propio, que acentúe su identidad y su idiosincrasia y posibilite su desarrollo, y esto constituye un aspecto clave, si atendemos a la experiencia de las últimas décadas. Se trata de fijar la convicción de que constituye un tipo de investigación que tiene sus propias reglas y que sus diseños, su metodología, el valor de las hipótesis, sus áreas de aplicación, sus sujetos de estudio, tienen características propias y que, paulatinamente, ha ido desarrollando su propia identidad e imprimiendo en los servicios una impronta especifica. En la realidad cotidiana significa que, metodológicamente, no puede juzgarse según los parámetros de la investigación biomédica, que su campo de aplicación es todo el sistema de atención, que todos los profesionales deben estar comprometidos en el análisis de su labor, que debe formar parte de la practica y que su impacto debe evaluarse según su resultado en el mejoramiento de la atención en cada servicio, en las externalidades positivas.

Se comprende que, tal como en la investigación clínica, la difusión de la información, especificando los estudios realizados y sus resultados, adquieren una importancia fundamental y más aún, crítica, en la aplicación del conocimiento, difusión en la cual la tecnología juega un papel esencial, en un verdadero ejemplo de globalización, que favorece a los países de medianos y bajos ingresos. Basta recordar la pesada dependencia de las publicaciones que deben importarse y el tiempo que demandaba su recepción, frente a la colaboración COCHRANE, por citar un ejemplo, para comprender el progreso alcanzado, así como la posibilidad concreta de su aplicación a la realidad de los diversos ámbitos en que se presta la atención de la salud.

Del conocimiento a la acción: Implementación de las Investigaciones a la Práctica

El proceso de transformación que posibilita la trasmisión del conocimiento a la atención de la salud y la enfermedad se ha convertido, hoy, en un área estratégica en la problemática de la salud, como lo demuestra la creciente preocupación por el tema, tanto en los países

desarrollados como en los de bajos y medianos ingresos. En esencia, la preocupación existía desde décadas anteriores, basta citar, como ejemplo, la circular: "Responsabilidades del N.I.H. en la interface investigación/atención de la salud", enviada por el entonces Director del N.I.H., en 1976, a los directorios de los diversos Institutos en que afirmaba: "Los aspectos a resolver son de excepcional importancia para el N.I.H. y para la totalidad de la comunidad de investigadores biomédicos: ¿cual debería ser la responsabilidad del N.I.H. en asegurar una introducción efectiva dentro del sistema de atención de la salud del conocimiento adecuado, tanto para prevención como diagnostico precoz, diagnostico, tratamiento y rehabilitación? El N.I.H. debería asumir mayor responsabilidad en este sentido"[10].

La preocupación se ha mantenido en las últimas décadas pero adquiere mayor relevancia en esta primera década del siglo XXI impulsada por la creciente importancia que se concede a la equidad en salud- es decir una atención similar para toda la población- y a conceptualizaciones como la del "Global Forum for Health Research" con su ya famoso 10/90: donde el 90 % de la inversión en investigación en salud a nivel mundial esta destinada a estudiar la patología del 10% de la población"[11]. La sola mención de los proyectos que atienden a esta preocupación, la agenda de las reuniones internacionales atinentes y los proyectos nacionales y regionales al respecto, demuestran claramente la importancia que ha adquirido este imperativo. En todos los casos, el objetivo es evaluar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los procedimientos estudiados, sean ellos clínicos, institucionales o sistémicos. Se trata de identificar los problemas, investigar la mejor solución para los mismos e implementar esta solución en la practica real, aceptando que la evidencia disponible es la mejor en el momento y está sujeta a los cambios que caracterizan a la medicina, que tiene bases científicas, pero que no se trata de una ciencia exacta.

Cada nivel de investigación tiene sus características propias, sus propias exigencias metodológicas y sus propias reglas del juego. En el caso de la investigación clínica, el proceso resulta visible desde hace décadas y tiene, como exigencia esencial, la apropiación, de parte del medico, del conocimiento generado por la investigación y su aplicación racional, tema de permanente debate y preocupación de las escuelas médicas y asociado a la capacitación profesional permanente del médico. Como hitos importantes cabe señalar el desarrollo, desde la década del 60, de las R.C.T. (*Randomized Controled Trials*) y, desde l992, la Colaboración COCHRANE, que ha significado cambios estructurales y avances sustanciales para el logro de este propósito, impulsado por las posibilidades que la tecnología brinda para su realización, su difusión y su aplicación en la práctica.

En la investigación en servicios de salud su instalación, como práctica habitual de los mismos, a pesar de los progresos registrados en los últimos años, aún está lejos de haberse trasformado en una actividad de rutina, con vistas a su mejoramiento, aún en los países que lideran el proceso, tal como lo analiza un reciente estudio canadiense[12]. La experiencia

[10] GLEHART, J.K. "*The cast and regulation of Medical Technology; Future Policy Direction*". Health and Society (The Milbank Mem. Fund. Quart). **Vol 55. Nº 1**. Winter 1977.
[11] info@globalforumhealth.org
[12] STRAUS, S. and HAYNES, R. "*Managed Evidence - bases Knowledge*". Canadian med. Assoc. Journal, April 28, 2009; 180 (9).

permite deducir que gran parte de las dificultades se originan en la falta de conocimiento por parte de los profesionales del "*know how*" de este tipo de investigación, lo que dificulta su realización, a pesar de la voluntad de emprenderlas y coloca en primer plano la necesidad de capacitación. Paralelamente, los aspectos metodológicos juegan un papel primordial, ya que sus sujetos de investigación son servicios, instituciones, actividades, comunidades y que, por lo tanto, no pueden tener como modelo la investigación de laboratorio ni la investigación clínica, hecho que se advierte desde la misma formulación de las hipótesis, que son "terrenas", es decir, surgen del funcionamiento de los mismos servicios, como lo afirmaba, en 1976, desde Mc Masters, el grupo pionero en este tipo de investigaciones[13]. Por otra parte, sus posibilidades de desarrollo dependen de las características de cada servicio, así como de las condiciones en que los profesionales realizan sus tareas y de los estímulos que tienen para investigar. Estos factores explican las dificultades que se observan, en la practica, para generar este tipo de investigaciones y difundirlas sistemáticamente, a fin de incorporarlas como actividad habitual en todos los servicios y ello, a pesar de que el sólo hecho de ponerlas en marcha, amén de los beneficios de la investigación, conlleva importantes subproductos que, tal como lo demuestran en las experiencias, contribuyen al mejoramiento de la atención a través de un mejor estudio de los pacientes, mejor registro de las actividades medicas, promoción del trabajo en equipo por parte de los profesionales, entre otros beneficios. Por otra parte, los problemas que presenta la atención médica hoy y su proyección futura, que surgen del envejecimiento de la población y la creciente tecnologización de la práctica, están exigiendo un uso racional y eficiente de los recursos, proceso en el que la investigación de servicios de salud se convertirá, sin duda, en una necesidad crítica.

Consideración especial merece la aplicación del conocimiento informado a los programas y políticas de salud de los países, dada la relevancia que ha adquirido en los últimos años. La Directora de la O.P.S., la Dra. Mirta Roses Periago, lo explica claramente en la reciente publicación "*Boletín de Políticas Informadas en Salud (PIE)*"[14]. "Con las limitaciones de recursos que enfrentan los países de rentas bajas o medias, que predominan en el hemisferio, se torna esencial saber lo que funciona y lo que no funciona a la hora de elaborar las políticas e intervenciones de salud Pública, pues es la única forma de garantizar que a esos recursos, siempre escasos, se les extraerá el mayor rendimiento y beneficio social. Incrementar la conciencia sobre esa necesidad y fortalecer la capacidad institucional par incorporar, sistemáticamente, la mejor evidencia disponible en las prácticas y acciones de salud pública son, empero, requisitos indispensables para pasar del consenso a la acción, para que se refleje en el mayor nivel de salud posible para todos".

A partir de la Resolución de la 58 Asamblea de la O.M.S. del año 2005 en la cual se urgía promover el desarrollo de mecanismos efectivos para cerrar la brecha entre la producción del conocimiento y su utilización, incluyendo la transformación de los hallazgos de la investigación en política y practicas de salud, el interés se ha extendido

[13] SPITZER, W. O. et al: "*What is a Health Care Trial*". Jama. **Vol. 233. Nº 2**. pp. 161-163. July 14, 1975.
[14] ROSES PERIAGO, Mirta. P.I.E. (Boletín Políticas Informadas en Evidencia). Proyecto conjunto de la OPS, la Red Cochrane Iberoamericana, la Red Iberoamericana Ministerio de Aprendizaje e Investigación en Salud y la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires (Mayo 2010)

hasta transformarse, probablemente, en la máxima preocupación en salud de las organizaciones internacionales y los gobiernos[15].

En este punto, surgen las diferencias con los otros tipos de investigación, entre las que cabe señalar, en forma destacada, que la utilización de la evidencia en las políticas de salud requiere un proceso de análisis, en función de las características del ámbito en que se intenta aplicarla, teniendo en cuenta todos los factores médicos y contextuales que la identifican y que determinan su éxito: factores determinantes, ajenos muchos de ellos al campo de la salud.

Similar advertencia es válida, referente al tiempo que requiere su implementación, por lo cual este proceso constituye un verdadero proceso de investigación con identidad propia y parámetros específicos. Proceso que se requiere estudiar e implementar una evaluación que estime previamente los probables efectos de estas políticas, así como el monitoreo, a medida que la misma se desarrolla, en un proceso de vigilia activa que posibilite correcciones y cambios. Y es que la evidencia es un *input* más que, al jugar como hipótesis, debe ser conjugada, para su implementación, con las variables vigentes en cada ámbito.

Lavis y colaboradores, en uno de los documentos básicos sobre el tema[16], explican los tres tipos de cuestiones a resolver para alcanzar los objetivos de políticas y programas de salud: 1) cuales son las mejores soluciones para los principales problemas (evidencias). 2) cuáles son las mejores vías para implementar estas soluciones en un determinado contexto y 3) cual es el mejor camino para implementar los cambios que posibiliten el cumplimiento de los objetivos.

La búsqueda de la evidencia presenta un amplio espectro de fuentes que muestra claramente su desarrollo en los últimos años: la profusión es tal que resulta prácticamente imposible asimilar todos los emprendimientos ya que a los principales programas - que se trascriben en el Anexo -, debe agregarse servicios nacionales, regionales y universitarios impulsados recientemente.

A partir de la obtención de la evidencia comienza un verdadero trabajo de investigación ya que requiere estudios sobre todas las variables médicas y organizacionales que operan en el sistema de atención, a fin de optimizar el proyecto y tornarlo operativo, requerimiento que se extiende a la etapa siguiente. En esta etapa adquiere vigencia el estudio de las variables contextuales que conforman lo que podría denominarse el suprasistema, es decir los factores políticos, culturales, económicos, geográficos, de poder, que caracterizan el ámbito en estudio. En los últimos años se ha comenzado a utilizar el término "translacional" para significar el proceso que lleva a trasladar el conocimiento a la acción, es decir la investigación a la práctica. Dos ejemplos recientes lo explicitan: el Boletín y la

[15] Valga como ejemplo señalar que la mayoría de los países de la Unión Europea han creado en su Ministerio de Salud una dependencia responsable del cumplimiento de este objetivo, paralelamente al Observatorio Europeo con asiento en el University Colege de Londres, política vigente también en Europa, Canadá y varios países de América Latina.

[16] LAVIS, J.N., BECERRO POSA, das F. and HINES, A. "*Use of Research to inform Public Policy*". The Lancet. **Vol. 3640**. October 30, 2004.

página WEB que impulsa desde noviembre de 2009, la American Assocciation for Advancement of Science, que toma todo el registro de la investigación en medicina y salud[17] y la reciente creación (1º de julio de 2010), en Harvard, de la Division of Policiy Translation con el objetivo de trasladar los hallazgos de la investigación a la política de salud.

La resolución 49 "Política de Investigación en Salud" del Consejo Directivo de la OPS del 2009 sintetiza claramente la perspectiva para los próximos años: "La investigación sobre sistemas de salud es el campo multidisciplinario de investigación científica que estudia cómo los factores sociales, los sistemas de financiamiento, las estructuras y procesos institucionales, las tecnologías sanitarias y los comportamientos personales, afectan el acceso a la atención de la salud, la calidad y el costo de esa atención y, en último término, la salud y el bienestar. Su ámbito de investigación son los individuos, las familias, las organizaciones, las instituciones, las comunidades y las poblaciones".

Si recordamos que el imperativo del ahora es "trasladar el conocimiento a la acción" -la investigación a los programas de salud - aparece claramente la responsabilidad de políticos y científicos para el presente y el futuro y la magnitud de los problemas a resolver.

En los ámbitos más jerarquizados se ha llamado la atención sobre la profusión y pluralidad de los emprendimientos, cuyo esfuerzo podría capitalizarse a través de la coordinación de los mismos.

Teniendo en cuenta que estos programas son generados por Ministerio de Salud y de Ciencias, Universidades, Servicios de Salud y Fundaciones, podríamos afirmar que la articulación de los mismos aparece como una tarea propicia para las Academias de Medicina, que podrían jugar un papel destacado en este proceso que tiene como objetivo la mejor salud de la población.

Bibliografía Adicional

- OXMAN, A.D. y col: "*A framewok for mandatory impact evaluation to insure well informed public policy decisions*". The Lancet. **Vol. 375**. January 30, 2010. www.thelancet.com
- Bamako call to Action on Research for Health: Strengthening research for health development and equity@ http://new.paho.org/Bamako 2008.
- OMS. Asamblea mundial de la Salud. Resolución WHA 58.34. Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud. Ginebra 2005.
- OPS: Consejo Directivo. Resolución 49. Washington DC 2009. "*Política de Investigación en Salud*".
- BMC. Public Heath: "*National support to public health research: a survey of European Ministries*": http://www.biomedcentral.com /1471-2458/9/203
- 1º Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud. Río de Janeiro. Abril 2008. Global Forum of Health Research.
- NHS. Health Development Agency: "*Grading evidence and recommendations for public Health interventions*". London 2008 email: communicatier@hda.nhs.uk
- WHO: "*Priorities for research on equity and health*". Discussion paper 9 Sept 2009.
- OPS 28 Consejo Directivo Documento 48/17: "La aprotación regional al Foro Ministerial Mundial sobre Investigación en Salud. http://www.paho.org/spanish/gov/cd 48-1875.pdf

[17] "Science translational Medicine" info"bimedcentral.com

- LAVIS, N.J. y col: "*Support Tools for evidence-informed health policymaking*". Health Research Policy and Systems. 1 December 2009 (Bio Med Central Ltd.: http//www.health-plicy-systems.com/content7/51/57. (Guía para operar).
- CHALKIDON, K. y col. "*Helping poores countries make locally informed health decisions*". NICE. British Med. J. 2010; 341: C 3651.
- OXMAN, A. D. and LAVIS, John. "*Use of Evidence in W.H.O. Recommendations*". The Lancet vo. 369, June 2, 2007.
- WEIGHTMAN, A. y col: "*Grading Evidence and Recommendations for Public Health Interventions; developing and pilotinf a frame work*", Heath Development Agency. N.H.S., London 2005. www.hda.nhs.uk.
- "*Support Tools for Evidence-Informed Health Policymaking*". BioMed Central Health Reseach Polocy and systems 2009,7 (Suppl. 1): 52; http.//www.health-policy-systems.com/content/7/S1/52.
- SONIS, Abraam. *Investigación en Servicios de Salud*. OPS. Representación Argentina Nº 20. 1989

5.- La Investigación en Medicina y Salud en América Latina. El caso de Ecuador.

Señor Académico
Profesor
FERNANDO HIDALGO OTTOLENGHI
Presidente de la Academia Ecuatoriana de Medicina.

Señor Académico de Número
Profesor
MARIO PAREDES SUÁREZ
Expresidente de la *ALANAM*

Jueves 28 de octubre de 2010

Fig. 6.5.1.- Profesor Fernando Hidalgo Ottolenghi. Presidente de la Academia Ecuatoriana. Fotografía ZCM.
Fig. 6.5.2.- Profesor Mario Paredes Suárez. Academia Ecuatoriana Ex Presidente de ésta y de la *ALANAM*. Fotografía de ZCM.

Introducción

Objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. La Investigación, la Ciencia y la Tecnología.

Objetivo 1: Mejorar las capacidades y potencialidad de la ciudadanía.
Objetivo 2: Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población.

Objetivo 3: Promover un ambiente sano y sustentable y garantizar el acceso a agua, aire y suelo seguro.
Objetivo 4: Garantizar la soberanía nacional, la paz y auspiciar la integración latinoamericana.
Objetivo 5: Afirmar la identidad nacional y fortalecer las identidades diversas y lainterculturalidad.

Fig. 6.5.3.- Doctor Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo. Nacido en Quito, el 21 de febrero de 1747 y muerto allí mismo, el 27 de diciembre de 1795. En 1875, en Quito, Ecuador, se publicó su obra titulada "*Reflexiones acerca de un método para preservar a los pueblos de las viruelas*".

Al referirnos a la Investigación Científica, al Desarrollo Tecnológico y a la Innovación en Salud, debemos centrarnos en una perspectiva particular, como países en desarrollo, puesto que la temática a tratar se presenta como una necesidad y urgencia común, debido a que las características de los países de la región son muy similares.

Cuadro 6.5.1.- Perspectiva particular en la Investigación Científica en Latinoamérica.

En 1977, durante la realización de la Asamblea Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), proclamó al mundo uno de los objetivos más importantes de Políticas Mundiales, consistente en mejorar la calidad de atención a la Salud y de rescatar a un número muy importante de individuos de la comunidad mundial, que se hallaban en circunstancias precarias en atención médica y en una situación deficiente en sus niveles de salud y de vida; esta proclama, **"Salud para Todos en el Año 2000**", despertó expectativas y se transformó en la meta más ansiada de todos los países, en especial de los más pequeños, de economías deficientes, altamente dependientes y con índices alarmantes de salud.

Consecuentes con la proclama anterior, en 1978, en Alma-Ata, Kazakistán, la misma OPS/OMS, con el objeto de volver operativo el postula**d**o anterior, propuso la estrategia de "Atención Primaria de Salud", para facilitar la ejecución de programas mínimos de atención en salud y tratar de cubrir el enorme déficit que existía en ese entonces. Posteriormente, en 1981, la misma OPS/OMS adoptó el "Plan para Latinoamérica", con el propósito de desarrollar y promocionar actividades de salud en los países en desarrollo que podrían contribuir a alcanzar los objetivos de las propuestas anteriores: uno de los componentes más importantes de este "Plan" fue el relacionado con la "Investigación Científica en Salud" (Investigación Biomédica).

A partir de la década de los ochenta, la crisis mundial fue de mayor impacto en los países en desarrollo y una de las áreas más afectadas fue la de la salud. Muchas circunstancias justificaron este acierto: inestabilidad política y económica, desorden social, inequidad, incremento progresivo de la pobreza, ausencia de políticas de salud adecuadas, sistemas de atención a la salud ineficientes, sistemas administrativos obsoletos, etc., lo cual obligó a los gobiernos a adoptar estrategias y programas "coyunturales" a fin de solventar los problemas presentes. Por otro lado, los cambios demográficos que experimentaron los pueblos, determinaron un cambio en el perfil epidemiológicos de las poblaciones, modificando los índices de prevalencia de las enfermedades, disminuyendo aquellas agudas e infecciosas para dar paso a las crónicas, degenerativas y metabólicas; además, a las dependientes de la modernización, la aculturación y el cambio de sistemas de vida de las poblaciones.

Por otro lado, los organismos internacionales de salud, identificaron algunas áreas extremadamente débiles que contribuían a la falta de desarrollo de las áreas de salud y de los sistemas de atención: una de estas áreas fue la de Investigación Biomédica.

La preocupación de la OPS/OMS para aplicar estas estrategias y programas se fundamentaba en algunos aspectos: 1) Alrededor de 1000 millones de habitantes se hallaban sumergidos en la pobreza y estaban afectados por patologías derivadas: malnutrición, incremento de las enfermedades propias de estas circunstancias como las infecciosas, especialmente en niños y recién nacidos y niveles subnormales de vida; 2) Predominio de estas circunstancias en las áreas rurales y urbano marginales; 3) Expectativa de vida de 55 años vs. 74 en países desarrollados; 4) Índices de mortalidad infantil elevados y crecientes; 5) Predominio de enfermedades infecciosas y parasitarias; 6) Mil millones de personas en riesgo de infección palúdica; 7) Desnutrición creciente y ¼ de la población mundial con ingesta alimentaria bajo el nivel mínimo; 8) Producto Nacional Bruto: bajo, en

contraste con el de países industrializados; 9) Sistemas de salud, en algunos casos, deficientes; 10) Servicios inadecuados y en desarrollo; 11) Capacidad técnica insuficiente; 12) Incremento progresivo de la demanda; 13) Falta de recursos y 14) Ausencia de políticas adecuadas.

Por otro lado, se consideró que la Investigación Biomédica, es un componente fundamental de otras áreas importantes en salud: 1) Es un instrumento básico para la toma de decisiones en salud; 2) Es el fundamento de la planificación; 3) Colabora en la identificación de problemas; 4) Proporciona alternativas de solución; 5) Identifica nuevas perspectivas; 6) Contribuye a la incorporación de tecnología y optimización de la misma.
Adicionalmente, la Investigación Científica contribuye a las acciones de desarrollo de los países, pues: 1) Contribuye a formular Políticas Nacionales de Investigación y Tecnología; 2) Permite y motiva el intercambio de la Información Científica y Tecnológica; 3) Incrementa la transferencia de Tecnología y 4) Ayuda en el fortalecimiento de la Investigación en áreas prioritarias.

La investigación en salud en nuestro país, hasta hace muy poco tiempo, se había caracterizado por ser erráticos, no planificados, repetitivos, poco o nada original. Existía una carencia de Políticas y Normas, no estaba institucionalizada, carecía de incentivos y de financiación; sus sistemas de información eran escasos, con una notoria ausencia de medios de difusión. Estaba propiciada por personas o por grupos con una escasa o débil producción.

Sin duda, la Investigación Científica requiere para su desarrollo de algunas variables que la determinan: 1) La capacidad tecnológica; 2) Las posibilidades de información científica; 3) El nivel de su producción científica y los mecanismos para su difusión; 4) La disponibilidad de recursos humanos adecuados y 5) Los recursos financieros y las Políticas de Investigación y Tecnología.

Partiendo de estos criterios generales, la Investigación en Salud cumple múltiples propósitos. Entre los más importantes tenemos: 1) Desarrollo de la infraestructura de salud; 2) Búsqueda de tecnología apropiada; 3) Optimización de la existente; 4) Desarrollo operacional de los servicios; 5) Contribuye en los análisis de producción de los servicios; 6) Ayuda en el control y la evaluación; 7) Promueve la participación de la comunidad; 8) Es la base de los programas de epidemiología; 9) Contribuye al desarrollo y capacitación de los recursos humanos; 10) Desarrolla las actividades de Educación Médica; 11) Promueve la buena y adecuada administración de los servicios y 12) Contribuye a racionalizar las finanzas y los presupuestos.

Por último, la Investigación Científica Biomédica, contribuye directamente en varios aspectos de la salud: 1) Es la base y fundamento del desarrollo tecnológico; 2) Contribuye al desarrollo de la investigación básica, la Investigación Clínica o Aplicada y de la Investigación Operacional; 3) Estimula la formación y desarrollo de los Centros de Información; y 4) Permite y motiva la difusión científica.

Funciones Esenciales. La Salud Pública en las Américas. OPS/OMS

Investigación en salud pública

Esta función incluye: 1) La investigación rigurosa destinada a incrementar el conocimiento que apoye la toma de decisiones en sus diferentes niveles. 2) La aplicación y desarrollo de soluciones innovadoras en materia de salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado y 3) El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, intra y extrasectoriales, para realizar estudios oportunos que apoyen la toma de decisiones en todos sus niveles y en su más amplio campo de acción.

Indicadores

1) Desarrollo de un programa de investigación en salud pública. 2) Desarrollo de la capacidad institucional de investigación. 3) Asesoramiento y apoyo técnico para la investigación en los niveles subnacionales de salud pública. 4) Los objetivos del milenio.

Función y Responsabilidad de la OMS en las Investigaciones Sanitarias

1.- La OMS/OPS destaca: a la investigación como un "instrumento destinado a comprender el impacto en la salud de las políticas, los programas, los procesos, las medidas o los eventos de cualquier sector; ayudar a preparar intervenciones que contribuyan a prevenir o mitigar ese impacto y fomentar el logro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio".

2.- Dentro de sus objetivos recomienda: "Establecer las Prioridades de Investigación; Fortalecer los sistemas nacionales de investigación; la promoción de buenas prácticas de investigación y la Intensificación de vínculos entre las políticas, la práctica y productos de investigación".

Acogiendo estos lineamientos, las autoridades nacionales responsables del desarrollo de la investigación en salud han desarrollado varias acciones tendientes a ello y que se detallan posteriormente. Como recomendación a la OMS/OPS, consideramos que deberían fortalecer su intervención en las siguientes áreas:

1.- Colaborar con el fortalecimiento de las Políticas nacionales de Investigación.
2.- Promover el desarrollo de Centros de Investigación.
3.- Auspiciar la organización de los Sistemas Nacionales de Investigaciones.
4.- Promover la aplicación de las Prioridades de investigación en Salud.
5.- Promover programas de Capacitación en investigación.
6.- Contribuir a obtener un adecuado financiamiento.
7.- Coordinación con otras áreas ministeriales y privadas.
8.- Apoyar la conformación de la Red de Investigación en Salud.
9.- Fortalecer la organización y desarrollo de medios de información y difusión.

Organización de la Investigación en Salud en el Ecuador

Niveles

Político. Los soportes legales emanados de la Política Nacional de Ciencia y Tecnología de la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (*SENACYT*), la formulación de la Política Nacional de Investigación en Salud y los Acuerdos respectivos, acreditan estas atribuciones al *PCYT*.

Rectoría. En el Ecuador, mediante acuerdo Ministerial 1807 de diciembre de 1999, el Instituto de Ciencia y Tecnología (*ICT*) del Ministerio de Salud (*MSP*) organizó la Asociación Ecuatoriana de Investigadores en Salud, para que sea la encargada de promover la conformación de Redes Regionales de Investigación e Innovación Tecnológica en Salud. En el período 2001-2002 se formula la Política y la Ley del Sistema Nacional de Salud, que marcaron tanto los principios generales como los aspectos jurídicos a la reforma estructural del sector de la salud. Otro hecho constituye el inicio de actividades encaminadas a la participación de los diferentes integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la sociedad civil que promovieron, en octubre del 2002, el Foro Nacional de Investigación en Salud. Para marzo del 2004, se instaló la Comisión de Ciencia y Tecnología (*COMCYT*) del Consejo Nacional de Salud (*CONASA*), con funciones específicas detalladas la cual fue integrada por todos los delegados de las instituciones que constituyen el Sistema Nacional de Salud que, en agosto del 2005, aprobó la Política Nacional de Investigación en Salud.

Ejecutivo. Constituido por el Proceso de Ciencia y Tecnología (*PCYT*), cuya misión es la de ejercer la rectoría técnica en Investigación y Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud, junto a otros organismos nacionales e internacionales, para contribuir al cumplimiento del derecho a la salud y calidad de vida de la población ecuatoriana. Impulsar la investigación y el desarrollo tecnológico y científico, así como asesorar en la toma de decisiones, basadas en el conocimiento científico y ético. El PCYT ejecuta la norma y el control de las investigaciones de salud, acorde a lineamientos internacionales. Revisa, analiza y califica los protocolos de investigación que se vayan a ejecutar en el país. Norma y controla el cumplimiento de normas éticas (Comité de Bioética).

En cumplimiento de la legislación vigente en el Ecuador, el *MSP* lidera la Investigación y el Desarrollo Tecnológico en Salud, a través del Proceso de Ciencia y Tecnología (*PCYT*); quien por expreso mandato y, a través de su Misión y Visión, debe normar, organizar y controlar la Investigación en Salud, el Desarrollo Tecnológico del sector y la aplicación de la Bioética en las actividades relacionadas.

La nueva Constitución de la República del Ecuador, en la sección octava, referente a "Ciencia, Tecnología, Innovación y Saberes Ancestrales", en el Art. 385, establece que el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación tiene como finalidad generar, adaptar y difundir criterios científicos y tecnológicos. En concordancia con este mandato, el Plan de Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud Pública, establece que esta Cartera de Estado desarrollará acciones para fortalecer la investigación científica y el desarrollo tecnológico en salud, para alcanzar una mejor calidad de vida de la población

ecuatoriana; reformulará y reorientará programas y proyectos de investigación e impulsará la creación, selección, adaptación y transferencia de tecnologías que sean adecuadas para las condiciones y realidad del Ecuador.

En soporte a estos conceptos, el modelo de acción del Ministerio de Salud Pública en el campo de la Investigación en Salud se enmarca dentro de las recomendaciones de la OPS/OMS, así como en el cumplimiento de los objetivos y metas del Milenio, como compromiso universal.

Operativo. Está conformado por la creación de Unidades de Salud, Universidades, Institutos de Investigación, ONG's, organizaciones nacionales e internacionales de cooperación.

Consideramos que las actividades de la Investigación, la Ciencia y la Tecnología en Salud, no deben concentrarse en proyectos de corto plazo. Debemos mirar con perspectiva lo que el conocimiento nos pone en nuestras manos y, acorde con esta perspectiva, elaborar, proponer y desarrollar protocolos y propuestas de mediano y largo plazo, definiendo algunos elementos detonadores de esta visión, asegurando que sus beneficios contribuirán a mejorar la calidad de vida y de salud de los ecuatorianos.

"….Mientras la investigación no sea una Política de Estado y se vea en ella como uno de los mecanismos para salir del subdesarrollo, mediante la complementación de los intereses científicos y las necesidades de una sociedad y de las exigencias del sector productivo, nunca se logrará el surgimiento de una generación de investigadores. La ciencia se debe desarrollar en todos los campos en el que el ser humano es el centro, tratándose de ciencias humanistas, el fin de la ciencia en el bienestar del hombre…"[1].

Organización de la Investigación en Salud en el Ecuador.

El MSP lidera las actividades de la Investigación en Salud dentro del Sistema Nacional de Salud. Los Lineamientos Estratégicos de esta Cartera de Estado, entre sus principales campos de acción señala "Promover el desarrollo de la Investigación en Salud, de la Ciencia y de la Tecnología", y encarga el cumplimiento de estos lineamientos al Proceso de Ciencia y Tecnología (*PCYT*), así como la normatividad, control y seguimiento, y la observancia del componente Bioético de las Investigaciones en Salud.

Misión del Proceso de Ciencia y Tecnología en Salud

De acuerdo con la norma y estructura actuales, el *PCYT*, del Ministerio de Salud Pública, ejerce la rectoría en Investigación y Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud en el Ecuador, con el apoyo de la *SENACYT*, de la *COMCYT*, del *CONESUP* y otros organismos nacionales e internacionales, para contribuir al cumplimiento del principio del derecho a la salud y calidad de vida de la población ecuatoriana.

Visión del Proceso de Ciencia y Tecnología en Salud

El PCYT como rector lidera, dentro del Sistema Nacional de Salud, la Investigación y el Desarrollo Científico y Tecnológico; contará para ello con personal técnico y administrativo, multidisciplinario y competente, con pertenencia y compromiso institucional; dispondrá de infraestructura, equipamiento y financiamiento acorde a sus funciones. Fundamentará su acción en los principios básicos de equidad, solidaridad, calidad, calidez y ética para mejorar las condiciones de vida de la población. En este sentido, impulsará la investigación científica- tecnológica para sustentar la toma de decisiones y coordinará el área de investigación con el *CONASA* a través de la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología.

Por otro lado, todo el proceso de la investigación se coordina con la Política General de Ciencia, Tecnología e Innovación, dependiente de la *SENACYT*, dependencia de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo de la Presidencia de la República (*SENPLADES*).

Otros actores importantes son: las Universidades, son sitios adecuados para el desarrollo de investigaciones en salud y, además líderes en la formación de recursos humanos. Finalmente no debemos dejar de lado la participación del sector privado constituido por Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), institutos privados, hospitales y la empresa farmacéutica. Dentro de este marco se inscribe con relevancia la cooperación internacional. En este grupo la OPS/OMS tiene un rol fundamental así como la UNICEF, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Gestión de la Investigación

El Ministerio de Salud Pública, como rector del sector, establece la norma y el control de las investigaciones en salud. Este rol se ejecuta a través del PCYT que ha elaborado las normas para la investigación, acorde a lineamientos internacionales. Por otro lado, por disposición legal, el PCYT revisa, analiza y califica los protocolos de investigación que se vayan a ejecutar en el país. Este proceso apenas se inició en marzo del 2008 y por ello se hace necesaria su difusión en todos los niveles y de esta manera aplicar la disposición ministerial al respecto.

Como se ha indicado anteriormente, la ejecución de la investigación se halla relacionada con todos los niveles, a través de las instituciones que la proponen. En este sentido, las Universidades juegan un rol muy importante en la ejecución de proyectos de investigación, por su propia esencia, debiendo destacarse la labor de la Universidad Central del Ecuador, la Universidad Católica, la Universidad San Francisco, la Universidad Estatal y Católica de Guayaquil, la de Cuenca y otras que abarcan varios campos y áreas temáticas. Vale destacar las investigaciones que como requisito de los cursos de Post grado deben realizar sus alumnos, previa a la obtención de su título académico. Entre las áreas de interés existen muchas en Salud Pública, Servicios de Salud, Epidemiología, Genética.

También es importante la labor de investigación de Unidades de Salud privadas, en particular aquellos Hospitales de nivel 3 y 4, orientando sus actividades a la investigación clínica.

Dentro del Ministerio de Salud se realizan investigaciones en varios campos que tienen prioridad para el país y para esta cartera de estado, tales como: epidemiología, impacto de programas, nutrición, enfermedades crónicas, genética, etc.

Finalmente, como hemos señalado, todos los protocolos deben ser avalados por un Comité de Bioética, calificados por el MSP, a través del *PCYT* y por la Unidad Médica en la cual se van a realizar. A partir del 2008, ha sido importante el sometimiento de todos los protocolos de Estudios Clínicos, remitidos por empresas farmacéuticas para su calificación.

Políticas de Investigación y Líneas Prioritarias

El 2 de enero de 2006 fue publicada la Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, que fue elaborada y acordada en todos los sectores a través de la *FUNDACYT*/*SENACYT*, en la cual se halla inmersa la Investigación, la Ciencia y la Tecnología en Salud. En el mes de septiembre del mismo año, se publicó el Reglamento de "Aprobación, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Comités de Bioética". Posteriormente, en septiembre de 2007, se emitió una modificación de este documento, bajo la denominación de "Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación 2007-2010", bajo los lineamientos emanados de la orientación gubernamental. En marzo de 2008, se publicó el "Reglamento para la aprobación, monitoreo, seguimiento y evaluación de los proyectos de investigación en salud".

Dentro de este contexto, y en atención al Numeral 11 del Programa General de Trabajo (OMS/OPS), el Ecuador ha desarrollado varias acciones para definir sus principales orientaciones de Investigaciones en Salud.

Considerando que había que definir una Política para la investigación en Salud, la Comisión de Ciencia y Tecnología (*COMCYT*) del *CONASA*, aprobó la "Política Nacional de Investigación en Salud del Ecuador, publicada en el RO No 87 del 23 de Agosto del 2005; y dentro de este contexto, la Política Nacional de Bioética, aprobada en 2008.

Estos documentos fundamentan lineamientos básicos para el desarrollo de la investigación en el país: 1) Planificación y gestión de la enseñanza de la investigación en el pregrado; 2) Estrategias para el fortalecimiento de la investigación en salud en el nuevo contexto del Estado ecuatoriano y 3) La Investigación como estrategia de fortalecimiento de las instituciones del Sistema Nacional de Salud

En 1978 se realizó el Proyecto "Censo de Investigadores en Salud" y se encargó su ejecución al Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales (*ININMS*), actual Proceso de Ciencia y Tecnología (*PCYT*), quién realizó el encuestamiento en Quito, Guayaquil y Cuenca, destacándose que el número de investigadores del país era de 50, equivalente al 2.9% de los investigadores de 11 países de América Latina,

equivalente al 0.61/100000 habitantes, siendo el más bajo de todos los países analizados (7.13). Según otros datos, el Ecuador sigue siendo el país andino con el menor número de investigadores: 8.4 por millón de habitantes.

Indicador 12: Investigadores por disciplina científica

A través de este indicador se pretende identificar la distribución de los investigadores (incluyendo los becarios de I+D o de doctorado) según la disciplina científica en la que se desempeñan. Utilizando el valor de distribución según la disciplina de formación del investigador.

INVESTIGADORES POR DISCIPLINA CIENTÍFICA

Indicador \ Años	2003	2004	2005	2006	2007
Cs. Naturales y Exactas	24,4%	15,8%	10,5%	7,2%	8,5%
Ingeniería y Tecnología	24,6%	20,8%	18,7%	16,9%	18,6%
Ciencias Médicas	9,2%	10,4%	11,2%	11,5%	11,6%
Ciencias Agrícolas	32,0%	39,1%	41,9%	46,1%	40,6%
Ciencias Sociales	9,2%	9,5%	10,8%	9,8%	13,1%
Humanidades	0,6%	4,6%	6,9%	8,5%	7,6%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: SENACYT – Dirección de Investigación Científica (2009)

Tabla 6.5.1.- Investigadores ecuatorianos por disciplina científica, por año, de 2003 a 2007.

El Instituto de Ciencia y Tecnología (*ICT-PCYT*) realizó, en 1999, un Censo Nacional de Investigadores en salud a nivel nacional, habiéndose presentado a este llamado 807 "investigadores", de los cuales fueron calificados 635, además se realizaron varios talleres provinciales de promoción, sensibilización y concientización, conformado 20 núcleos de investigación en salud en las provincias del país en el ámbito de la descentralización, adicionalmente se realizó la Asamblea Nacional de Investigadores en Salud y se eligió a la primera directiva de la Asociación de Investigadores de Salud. En el 2008 se realizó un nuevo Censo Nacional de Investigadores en Salud que registra a 384 Investigadores nuevos y 369 que no actualizaron sus datos y que estuvieron registrados en el Censo de 1999. A principios del 2010 se publicó el "Directorio Nacional de Investigadores en Salud , habiendo calificado para ello, alrededor de 400 investigadores a nivel nacional de acuerdo con criterios internacionalmente aceptados. Con base en este documento se organizó la Red Nacional de Investigadores en Salud, tomando como base las recomendaciones emanadas de la semana Amazónica de Capacitación en Investigación en Salud, organizada por OPS en Manaos, en diciembre del 2008. Paralelamente se ha cumplido otra actividad que fue la instalación de puntos de presencia para la difusión de información científica y tecnológica, a través de la Biblioteca Virtual en Salud.

Para establecer la norma de Estándares y Promoción de las buenas prácticas de Investigación, mediante acuerdo Ministerial No. 0099 de septiembre del 2006, se expidió el reglamento para la "aprobación, monitoreo, seguimiento, evaluación de los comités de

Bioética" y mediante acuerdo Ministerial 0066 de marzo del 2008 se expidió el "Reglamento para la aprobación, monitoreo, seguimiento, evaluación de los proyectos de investigación en salud que se relacionan con las áreas atinentes al Ministerio de Salud Pública".

Adicionalmente, en agosto de 2010, dentro del IX Foro Nacional de Investigaciones en Salud, realizado en la ciudad de Cuenca, presentamos la propuesta para la organización del Sistema Nacional de Investigaciones en Salud, que se halla para su aprobación en el *CONASA*.

La actividad científica tiene un papel protagónico en la medida que contribuye al desarrollo cultural, social y político, por lo que el ejercicio de la ciencia así como de las artes debe ser una opción apoyada por el Estado. En términos generales, la investigación no es factor significativo cultural ni productivo, en el país.

El Plan de Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) establece que esta Cartera de Estado, desarrollará acciones para fortalecer la Investigación Científica y el Desarrollo Tecnológico en Salud, para alcanzar una mejor calidad de vida de la población ecuatoriana; reformulará y reorientará programas y proyectos de investigación e impulsará la creación, selección, adaptación y transferencia de tecnologías que sean adecuadas para las condiciones y realidad del país.

El Ministerio de Salud Pública, consciente de su papel en el ámbito de la investigación e innovación tecnológica en salud, realizó, durante el año de 1999, una primera aproximación a la que sería "La Agenda Prioritaria de Investigaciones e Innovaciones Tecnológicas en Salud en el Ecuador".

Se consideró que las prioridades de investigación, que surgen a partir de realidades , deben responder a las necesidades de nivel local y nacional. Posteriormente se han llevado a cabo actividades orientadas a actualizar esta Agenda: en 2005, la Universidad de Cuenca elaboró una Propuesta Metodológica para establecer las prioridades de Investigación en Salud en el Ecuador. En ese mismo año, el *CONASA* organizó un Taller sobre Prioridades en Investigación de Salud en el Ecuador; en 2006, a propósito del Foro Nacional de Investigaciones en Salud (*V FORNISA*), el *PCYT* presentó la propuesta para actualizar las Prioridades de Investigación en Salud. En 2008, el *PCYT* realizó una encuesta nacional para actualizar el cuadro de prioridades en investigación en salud.

En 2010 se publicó la Agenda de Prioridades en Investigaciones en Salud, que acoge el resultado de la Encuesta Nacional del 2008. Sus principales áreas son: Contaminación y saneamiento ambiental, Medicina preventiva, Violencia infantil, Enfermedades cardiovasculares, Accidentes de tránsito, Enfermedades infecciosas, Enfermedades crónico degenerativas, Educación para la salud, Problemas de la adolescencia, Salud sexual y enfermedades de transmisión sexual, Trauma, Salud Pública y epidemiológica, Trastornos de la nutrición.

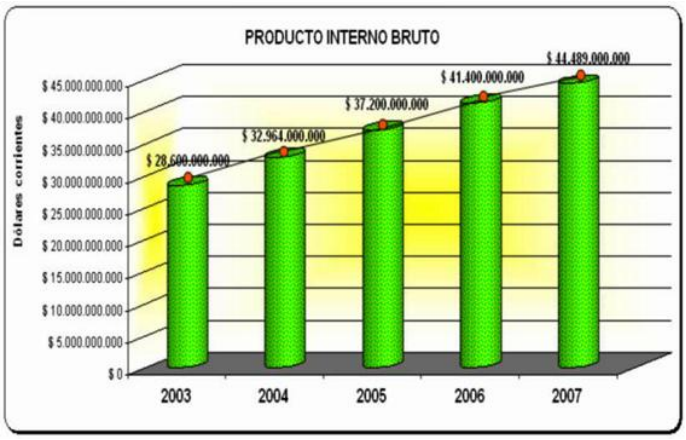
Tabla 6.5.2.- Prioridades en Investigación en Salud. Tema 1.

Tabla 6.5.3.- Prioridades en Investigación en Salud. Tema 2.

Financiamiento de las Investigaciones en Salud

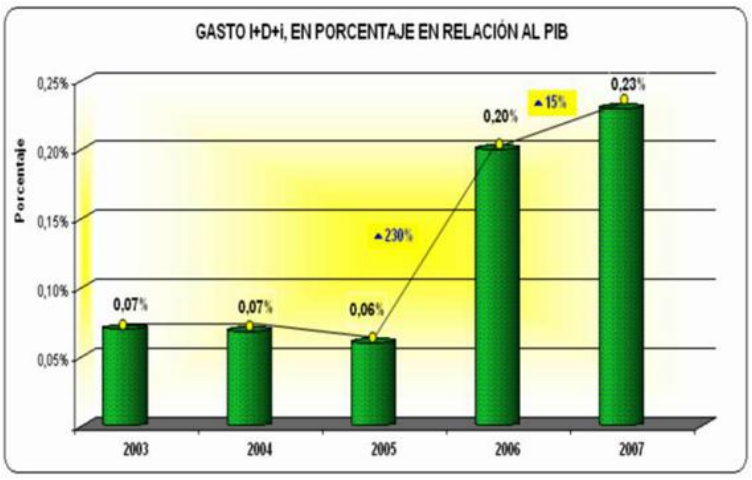
Con seguridad, el problema más crucial que enfrentan las instituciones dedicadas a la investigación científica es el financiamiento; mucho más evidente en las públicas. Una de las funciones primordiales de la Fundación Nacional de Ciencia y Tecnología (*FUNDACYT*) actual *SENACYT* es la de canalizar fondos para investigación, desarrollo tecnológico e innovación. Para este objeto, se tramitaron múltiples documentos a fin de

conseguir el aporte estatal para esta área de desarrollo nacional. En el 2007, el *FUNDACYT* desapareció y todas sus responsabilidades fueron asumidas por la *SENACYT*, en el 2008 se asignó un presupuesto para financiar proyectos de investigación, que fue de 32 millones de dólares.

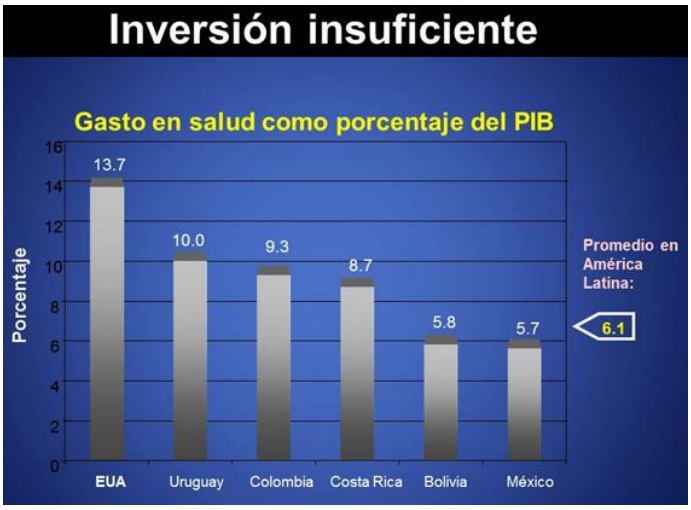


Gráfica 6.5.1.- Producto Interno Bruto en el Ecuador: 2003 a 2007.

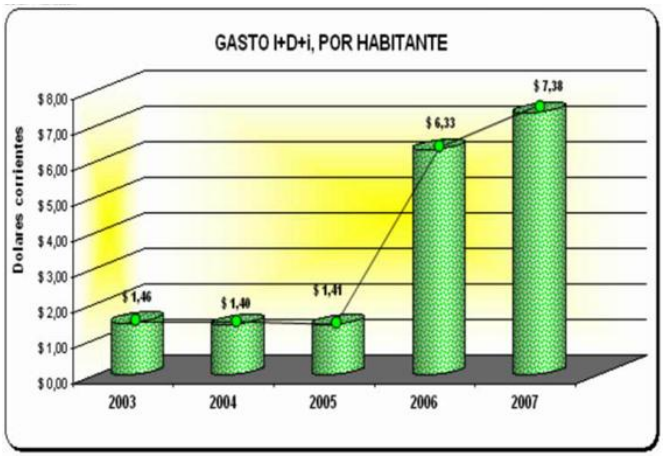
En el 2005, el Ministerio de Economía y Finanzas, impulsó la modificación a la Ley Orgánica de Responsabilidad, Estabilización y Transparencia Fiscal, lo cual se concretó con la distribución de recursos para la investigación y el desarrollo tecnológico, promulgada mediante Decreto Ejecutivo No. 991, de 22 de diciembre de 2005, con el financiamiento de los fondos de la Cuenta Especial de Reactivación Productiva y Social del Desarrollo Científico-Tecnológico y de Estabilización Fiscal (CEREPS).



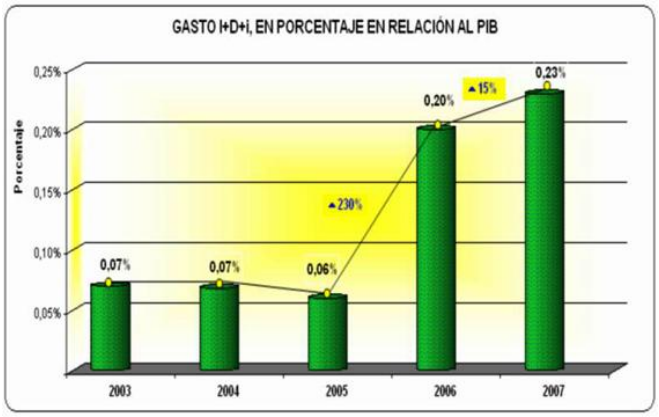
Gráfica 6.5.2.- Gasto en Salud en el Ecuador en relación al PIB: 2003 a 2007.



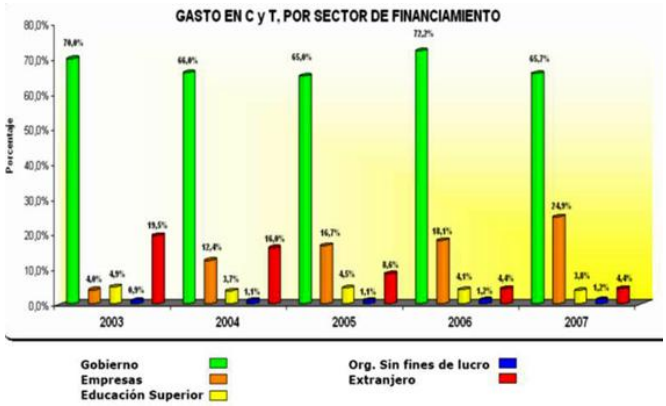
Gráfica 6.5.3.- Inversión en Salud comparativo en América en relación al PIB. Insuficiente en Ecuador.



Gráfica 6.5.4.- Gasto en Investigación en Salud en Ecuador, por habitante: 2003 a 2007.



Gráfica 6.5.5.- Gasto en Investigación en Salud en Ecuador en % del PIB: 2003 a 2007.



Gráfica 6.5.6.- Gasto en Ciencia y Tecnología en Ecuador por sector de financiamiento: 2003 a 2007.

Lamentablemente, mediante Registro Oficial No. 79, del Decreto Ejecutivo No. 293, de 8 de mayo de 2007, se dispone que los proyectos de investigación científica y tecnológica se centralicen en la Presidencia de la República y se ejecuten previa aprobación de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, *SENPLADES*. Adicionalmente, a través de la nota No. T.849-SGJ-07-01482, de 27 de junio de 2007, suscrito por el Señor Secretario General Jurídico de la Presidencia de la República, que fue remitido al Señor Ministro de Economía y Finanzas, se dispone que "solamente se aprueben los proyectos a ser ejecutados por el Instituto Nacional de Investigaciones Agropecuarias….."; dejando al margen todos los proyectos de las universidades y demás instituciones, que habían sido previamente calificados por la *SENACYT*, lo cual ha ocasionado graves inconvenientes. El origen de esta situación ha sido, posiblemente, la inestabilidad de los funcionarios de este sector. Esto podría subsanarse con el apoyo de los actuales dirigentes científicos, que están motivados y comprometidos con el fortalecimiento de la actividad científica del país.

GASTO EN C y T, POR OBJETIVO SOCIECONÓMICO

Indicador \ Años	2003	2004	2005	2006	2007
Defensa	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Tecnología Agrícola	24,2%	23,6%	22,9%	23,0%	24,5%
Otra Investigación Civil	1,1%	1,1%	1,0%	0,2%	16,4%
Medio Ambiente	15,1%	16,4%	17,6%	31,8%	13,5%
Tecnología Industrial	22,0%	21,8%	21,5%	12,0%	12,3%
Espacio	0,5%	0,6%	0,7%	1,6%	9,7%
Salud Humana	11,3%	10,7%	10,0%	3,4%	6,1%
Energía	0,5%	0,6%	0,7%	2,9%	4,1%
Infraestructura	2,7%	2,9%	3,0%	7,3%	4,1%
Relaciones Sociales	5,9%	5,9%	5,9%	5,0%	3,2%
Explotación de la Tierra	3,2%	3,6%	3,9%	10,4%	2,1%
Investigación no orientada	2,2%	2,2%	2,1%	2,6%	0,2%
Sin asignar	10,3%	10,4%	9,9%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: SENACYT – Dirección de Investigación Científica (2009)

Tabla 6.5.4.- Gasto en Investigación en el Ecuador en los diferentes objetivos socioeconómicos.

Bajo estas circunstancias, en general, la investigación científica en salud ha sido financiada, en gran medida, por organismos de cooperación internacional, por gestiones del

Ministerio de Salud y organizaciones privadas. Pocas son las instituciones que disponen de fondos propios dedicados a la investigación en salud, factor determinante para su escaso desarrollo, su baja producción y el poco incentivo para los investigadores.

Regulaciones para la Investigación en Salud

En términos generales, la Investigación Biomédica ha sido escasa; no ha sido sistemática; generalmente ha sido individual o de grupo; ha sido fragmentaria y frecuentemente incoherente; no ha sido oficial ni institucionalizada; ha estado carente de Centros de Información; ha sido repetitiva y poco original. Aparte de estos factores, no existían normas oficiales que la canalizaran, la certificasen y aprobasen. El MSP, a través del *PCYT* ha formulado una serie de documentos orientados a normar la investigación en salud que se ha concretado en el Acuerdo Ministerial No. 0066 de 8 de febrero de 2008, en donde se describen los lineamientos estratégicos para las investigaciones y la norma para la revisión, análisis y aprobación de los protocolos y para realizar estudios e investigaciones en salud. Naturalmente este documento se soporta con todos aquellos que hemos descrito en párrafos anteriores.

Incentivos para las Investigaciones e Investigadores

Al momento, no existen adecuados incentivos formales para las investigaciones y para los investigadores. En instituciones privadas se han creado pequeñas bonificaciones para estas actividades, particularmente provenientes de laboratorios farmacéuticos (Estudios clínicos) o de algunas ONGs.

Es importante señalar que, en la Asamblea Nacional, existe un anteproyecto de "ley del Investigador" que no ha sido revisado y menos aún aprobado. Consideramos que la mayor motivación en el Ecuador ha sido la satisfacción personal del investigador y, adicionalmente, el reconocimiento curricular que ha sido incluido en el Escalafón Médico.

Sugerencias para el Fortalecimiento y el Desarrollo Sostenible en Investigación en Salud

1.- Uso de la mejor evidencia científica en la toma de decisiones. La no institucionalización de la Investigación en Salud ha motivado una escasa aplicación de los resultados de las investigaciones. Ventajosamente, a partir del 2007, se están evidenciando cambios importantes con la disposición de leyes, reglamentos y normas.

2.- Diseño y calidad de estudios científicos. El Ministerio de Salud, a través del *PCYT* es el encargado de la revisión y calificación de protocolos (Acuerdo Ministerial No. 0066 de 8 de febrero de 2008).

3.- Análisis crítico de la investigación existente. La inexistencia de una norma oficial no ha permitido una crítica de las investigaciones en salud. Consideramos que, a partir de la aplicación del Acuerdo Ministerial mencionado, se debe implementar un esquema de seguimiento y monitoreo de estas actividades, que fomentará un estudio analítico de sus

resultados. Por otro lado, se están elaborando bancos de datos de la investigación nacional en salud, aprovechando la plataforma de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS-Ecu), a fin de tener material suficiente para esta labor.

4.- Bioética. En el 2007, el *PCYT* propuso la Política Nacional de Bioética, la cual fue aprobada por el *CONASA*. Adicionalmente, mediante Acuerdo Ministerial No.0099 de 13 de julio de 2006, el *PCYT* ha establecido la norma para la conformación de los Comités de Bioética y para la acreditación de los mismos. Con estos instrumentos se establecerá un Registro Nacional de Comités de Bioética, a nivel nacional.

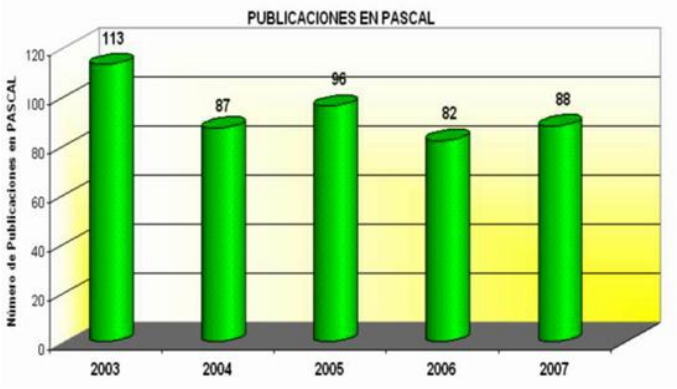
5.- Divulgación y promoción del uso de la investigación. La falta de mecanismos e instrumentos de divulgación (revistas, folletos, etc.) han sido una causa primordial para la escasa difusión de las investigaciones. En el Ecuador existen pocas revistas indexadas u otros órganos de difusión y son pocas las instituciones que la mantienen.

Según un análisis de la Producción Científica en América Latina y el Caribe el Ecuador está en 10mo lugar con 1280 publicaciones LILACS-SP y 290 en MEDLINE y está en el puesto 107 del desarrollo tecnológico mundial.

A 22 de enero del 2009, todas las instituciones ecuatorianas o personas naturales desde 1965, han producido 2912 artículos, libros o memorias con contenido científico de cualquier índole, es decir 60 publicaciones promedio por año[2]. Según el *CONESUP*, en el país existen 73 instituciones educativas de nivel superior, es decir "cada universidad produce un promedio de 4 publicaciones científicas a nivel internacional …cada 4 años"[3].

La Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, posiblemente la más antigua del Ecuador, que se publica sin interrupciones desde 1975, con artículos en Español y recientemente también en Inglés, es un instrumento adecuado para la publicación de investigaciones en salud.

Un instrumento que va a favorecer la divulgación de las investigaciones es la Biblioteca Virtual del *PCYT*, que está alimentando la información de la producción nacional, biblioteca que es parte de la Red Latinoamericana de BVSs auspiciada por *BIREME*.



Gráfica 6.5.7.- Publicaciones del Ecuador en Pascal: años 2003 a 2007.

Gráfica 6.5.8.- Publicaciones del Ecuador en Biosis: años 2003 a 2007.

Gráfica 6.5.9.- Publicaciones en Medline: años 2003 a 2007.

Fortalezas de la Investigación en Salud en el Ecuador

Políticas. La promulgación de Políticas Nacionales para la Ciencia, Tecnología e Innovación proporciona una herramienta que debemos aprovecharla. Por otro lado, la Política de Investigación en Salud es otro hecho destacable que revela la importancia que el MSP otorga a la Investigación en Salud. Junto a ello, el establecimiento de la Norma para las Investigaciones, así como para la conformación y funcionamiento de los Comités de Bioética, son hechos favorables en el país. Estos aspectos rescatan el liderazgo del MSP en general y, en particular para la Investigación y el Desarrollo Tecnológico en Salud (Plan de Acción del Ministerio de Salud, 2007-2011).

Capacitación en Investigación en Salud. Cabe destacar el interés que se viene desarrollando en varias universidades del país con la organización de cursos de post grado en Investigación en Salud, Salud Pública y Ciencias Básicas Biomédicas entre otras.

Interés del MSP y de muchas instituciones públicas y privadas para desarrollar actividades investigativas en salud.

Necesidad. "La necesidad de establecer políticas y prioridades en investigación en salud surge del propio mandato de la Constitución Política del Ecuador, en el sentido de que el Estado esta obligado a garantizar el derecho a la salud, formular la política nacional de salud y vigilar su aplicación. Por otro lado, el mejor recurso para mejorar la salud de una nación es la investigación científica"[4].

Principales Debilidades de la Investigación en Salud

Se destacan las siguientes, considerando que algunas de ellas se están superando, pero que, sin embargo, falta camino que recorrer: 1) Ha habido ausencia de Políticas Nacionales adecuadas; 2) No han existido organismos que las promuevan; 3) Ha existido carencia de financiamiento convenientemente orientado; 4) No se habían identificado ni definido prioridades; 5) Han faltado medios de información científica y tecnológica; 6) No han existido medios de difusión organizados y permanentes; 7) No ha existido una adecuada y real transferencia de tecnología y 8) Hay una carencia de profesionales adecuadamente calificados;

Iniciativas o Actividades para el Fortalecimiento de la Investigación en Salud en el Ecuador

Éstas pueden ser: 1) Organización del Instituto de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, dependiente del MSP; 2) Aplicación adecuada de las Políticas para la Investigación y para la Bioética; 3) Implementación y aplicación de la normatividad para la Investigación y la Bioética ; 4) Definición de responsabilidades para el control y monitoreo de las investigaciones y aplicación de sus productos; 5) Observancia, por parte de las instituciones y de los investigadores, de la Agenda de Prioridades de investigaciones en salud y aprovechamiento del Directorio de Investigadores, base para la organización de la Red de Investigadores del Ecuador; 6) Fortalecimiento de la Biblioteca Virtual en Salud; 7) Levantamiento de Portales de Investigación, Ciencia y Tecnología en Salud, públicos y privados; 8) Incorporación de Programas de Educación Continua en Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud por parte de las Universidades, aprovechando las posibilidades de la Red de Telemedicina en Unidades Operativas remotas, que se halla en desarrollo; 9) Organización de la Red de Ciencia y Tecnología en Salud del MSP (en construcción) y 10) Aprobación del Sistema Nacional de Investigaciones en Salud y su aplicación.

Consideramos que algunas de estas actividades podrían ser aplicadas a nivel regional latinoamericano, de España y Portugal, como refuerzo para la experiencia ecuatoriana a través de: 1) Coordinación con otras Redes; 2) Convenios y acuerdos (Telemedicina, Organismos privados, universidades); 3) Convenios internacionales y 4) Educación, capacitación en investigación en salud

Bibliografía.

1.- Ruíz, J.C. *La Investigación Científica en el Ecuador*.
2.- MACÍAS-CHAPULA, C. *Visibilidad de la producción científica en salud pública en América Latina y el Caribe*.
3.- IDROBO, J.C. *Instituciones ecuatorianas en déficit en el campo de la investigación, 2009-05-20*.
4.- CARPIO, A. *Propuesta para establecer las prioridades de investigación en salud*. Univ. De Cuenca, 2004.

Bibliografía de apoyo.

* Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas (Quito: OPS/MSP/CONASA).
* Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología *SENACYT*. *Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación del Ecuador*. 2007 - 2010
* PAREDES SUÁREZ, M, LÓPEZ PULLES, R y FUENMAYOR, Flor G. *La gestión del conocimiento y la tecnología en el campo de la salud. La visión del Ministerio de Salud Pública*. En: *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. 2007
* Ministerio de Salud Pública. 2005. *Política Nacional de Investigación en Salud*. (Quito: /MSP/CONASA) Registro oficial 87 del 23 de agosto del 2005
* LÓPEZ, R. *Política Nacional de Investigación en Salud*. 2005. 4to. Foro Nacional de Investigación en Salud.
* Consejo Nacional de Universidades y Escuelas Politécnicas (*CONESUP*) 2004. *Políticas y Reglamento del Sistema de Investigación para la Educación Superior del Ecuador*.
* MERINO, C. *El talento humano en los umbrales del nuevo milenio*. 2004. (Quito, CONARHUS, ORHUS-E, CONASA)
* Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Ecuador, 2002 *El cóndor, la serpiente y el colibrí*. 2002 (Quito: OPS/MSP/CONASA).
* YÉPEZ, R. F. (editor) Revista Ecuatoriana de Salud Pública. Vol1 N1 noviembre 2005
* CARPIO, A. *Propuesta para establecer las prioridades de investigación en salud*. Univ. De Cuenca, 2004
* LÓPEZ, R. *Directorio de Investigadores en Salud*. MSP/PCYT, 2010.
* Prioridades de Investigaciones en Salud. MSP/PCYT, 2010
* Constitución de la República del Ecuador 2008 * IDROBO, JC Instituciones ecuatorianas en déficit en el campo de la investigación, 2009-05-20. http://www.

6.- “Investigación en Salud Mental y Psiquiatría en el Perú”

Señor Académico
Profesor
ALBERTO PERALES CABRERA
Vicepresidente de la
Academia Nacional de Medicina del Perú.

Jueves 28 de octubre de 2010

Fig. 6.6.1.- Profesor Alberto Perales Cabrera. Delegado de la Academia del Perú. Fotografía de ZCM.

Introducción

Un problema fundamental de la psiquiatría clásica ha sido cómo comprender las motivaciones y dinámica de las conductas normales o anormales del hombre ¿Por qué un ser humano se comporta adaptada o desadaptadamente?

Perales et al.[1] plantearon que el concepto de normalidad en salud mental no puede equipararse al que se emplea en medicina biológica pues, aún el sujeto más maduro puede, en ocasiones de estrés situacional, presentar conductas anormales (desadaptadas), sin necesidad de padecer un trastorno psiquiátrico específico. Ello sugiere que todo ser humano tiene el potencial de actuar con mayor o menor grado de salud mental. En esta perspectiva, la conducta normal o anormal de un ser humano dependería, no de la normalidad o anormalidad absolutas del ser humano que las produce sino del balance, positivo o negativo, que resulte de la influencia de las tendencias normales y anormales que todos poseemos. Por ello, la gran importancia de diferenciar la Psiquiatría de la Salud Mental.

¿Qué es la Psiquiatría?

De manera clásica, ha sido definida como: *"La rama de la medicina que se ocupa del estudio y tratamiento de las* ***enfermedades mentales"*** (negritas del autor)[2,3]**.** Es decir, su objeto de estudio es la conducta anormal, patológica del hombre.

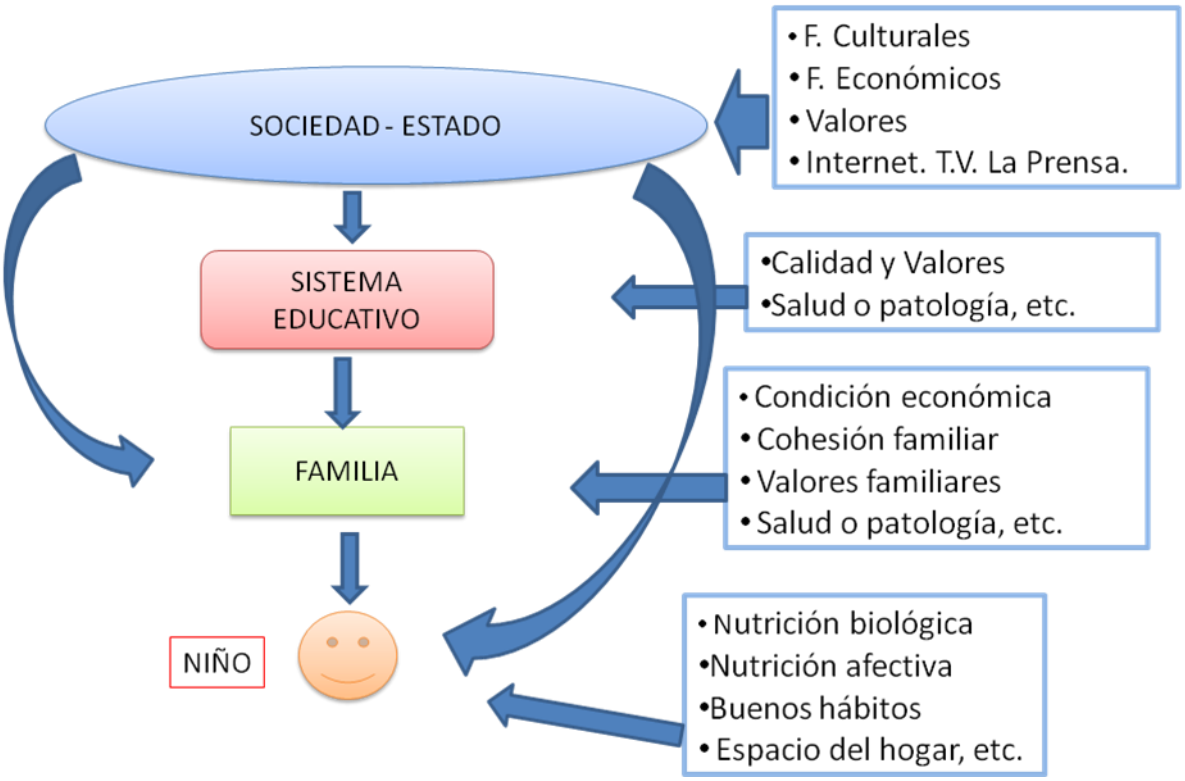
¿Qué es Salud Mental?

La salud mental no requiere definición específica, pues es ínsita al concepto de salud planteado en la Constitución de la OMS del 22 de Julio de 1946: "*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*"[4]. Corresponde a sus dimensiones **mental y social**.

La gran necesidad de distinguir claramente los conceptos de psiquiatría y salud mental, particularmente en países del tercer mundo, deriva de que muchos Estados, al confundirlos como sinónimos, asignan presupuestos mínimos a la salud mental olvidando su real importancia por su íntima relación con el concepto de desarrollo humano individual y colectivo, pues el desarrollo humano se afecta sin salud, y, particularmente, sin salud mental. De este modo, a diferencia de la psiquiatría, que estudia la conducta anormal del ser humano, "la Salud Mental abarca el estudio, en general, de la conducta humana, tanto de aquella adaptativa que conduce al desarrollo pleno como de la patológica, propia del trastorno mental. Así considerada, la Salud Mental deviene en concepto que engloba a la psiquiatría del mismo modo que el concepto de salud engloba a la medicina como una de sus áreas"[5].

Sobre esta base conceptual, la nueva Psiquiatría y la Salud Mental han venido reclamando funciones diferentes a la epidemiología para comprender y manejar mejor los problemas que les atañe. Conocer por su intermedio, no sólo los aspectos anormales de la conducta humana (trastornos mentales y salud mental deficitaria) sino, también, identificar sus aspectos adaptativos y productivos (salud mental propiamente dicha) pues, en la medida que las poblaciones desarrollen, mayoritariamente, conductas normales y productivas, los países garantizarán su desarrollo sostenido.

Sin embargo, para consolidar este gran salto conceptual, ambas, psiquiatría y salud mental, necesitan de un marco teórico que, englobándolas, permita su comprensión integrada. Es decir, se requiere de una nueva teoría del Hombre, que superando el dilema mente-cerebro, explique por qué algunos orientan su conducta hacia la productividad y generación de bienestar (el bien), y otros, hacia lo contrario (el mal), convirtiéndose en buenos o malos ciudadanos. En otros términos ¿cómo se desarrolla el hombre?. Utilizaremos, para los fines del presente trabajo, la teoría sociobiológica propuesta por el académico peruano, Profesor Pedro Ortiz Cabanillas[6,7], sobre cuya base plantearé la hipótesis del desarrollo de su salud mental y de su identificación ciudadana (Ver Graf. 6.6.1).



Gráfica 6.6.1.- La teoría Sociobiológica del Hombre. Salud Mental. Desarrollo Moral y Ciudadanía.
Sobre la base de la teoría sociobiológica de Ortiz[6,7] se plantea que el niño, al nacer, es básicamente un ente biológico, producto de procesos epigenéticos, con potencialidad de convertirse en Ser Humano. Para lograrlo, debe pasar por un prolongado proceso de humanización, inmerso en procesos sociogenéticos en la sociedad a la que pertenece. De este modo, Él o Ella será, finalmente, el producto de la influencia de dos variables: su potencial biológico, ínsito a su cuerpo, que buscará expresarse (desarrollo epigenético), y la amplia gama de estímulos recibidos de su ambiente social y ecológico, que permitirán tal expresión (desarrollo sociogenético). Su nivel de salud mental, desarrollo moral y ciudadanía, dependerán de las infinitas posibilidades que en tal proceso intervengan.

La Teoría Sociobiológica del Hombre, Salud Mental, Desarrollo Moral y Ciudadanía

Ortiz plantea, en su teoría sociobiológica, que todo el sistema vivo de nuestro planeta está organizado en virtud de diversas clases de información: genética, metabólica, neural, psíquica y social. A diferencia de los animales, el Hombre no pertenecería al reino animal pues, en su desarrollo evolutivo, apoyado en su corticalización cerebral, ha generado la capacidad de producir información social, la cual lo codifica externamente a sí mismo, en una superestructura que denominamos sociedad. La información social, así codificada, es lo que denominamos cultura. El niño, al nacer, es un ser humano en potencia, pero no en acto. Es un ente biológico, en el cual juega papel importante la calidad de su nutrición biológica que, de ser adecuada, facilitará su crecimiento (desarrollo epigenético). Para convertirse en un ser humano integral, habrá de seguir un largo proceso de humanización, que se inicia con los estímulos derivados del amor materno, en un vínculo afectivo intenso (y fundamental para el desarrollo de su salud mental) (agregado del autor). El lento y gradual proceso de humanización tendrá mayor o menor éxito en virtud de lo que su sociedad estimule en él (ella) y continuará durante toda su vida, dependiendo de lo que haga por su

propio desarrollo cuando adolescente o adulto (el autocultivo de la persona). Por lo señalado, cada niño, desde su nacimiento, incorpora y codifica en su neocórtex cerebral, la información social que le provee su sociedad a través de la microcélula social (la familia), que instilará amor, hábitos, valores morales, conocimientos básicos, creencias, y otros (desarrollo sociogenético). El niño pasará luego a ser estimulado por su sociedad de modo más uniforme, a través del sistema educativo que el Estado ha diseñado para hacer de él un buen ciudadano, con buena salud mental y valores esenciales; e ingresará, posteriormente, al mercado de trabajo para contribuir con su esfuerzo a su propio sostenimiento y desarrollo, el de su familia y de su sociedad. Las múltiples contingencias de estímulo social que se generan en tales niveles (educativo, laboral y la misma vida en sociedad), más la información social que habrá de estimularlo por medio de los medios masivos de comunicación, las artes, la tradición y otros elementos culturales, habrán de completar en él la expresión de sus potencialidades genéticas. La teoría sostiene, así, que la codificación neocortical irá, gradualmente, convirtiéndose en su conciencia y perfilándose, hasta convertirlo en una personalidad. De este modo, la sociedad se reflejará en cada uno de nosotros, formándonos o deformándonos, sobre la base de nuestras potencialidades biológicas (genéticas), y generando un nivel de (salud mental) (acotación del autor) moralidad, dependiente de la calidad de estimulación social que nos haya llegado (enseñado). Qué duda cabe que a todo ello y, para comprender el resultado final de lo que un hombre será como individuo, habrá de sumarse la diversidad de estímulos biológicos y ecológicos de su *habitat* natural. Finalmente, la teoría predice la factibilidad del perfeccionamiento moral de la personalidad a través de la educación, así como el desarrollo moral ampliado de toda persona, independientemente de su edad, hasta convertirse en una persona digna, autónoma e íntegra.

Y, aunque esto no se dice explícitamente en la teoría, se deduce que el Hombre, libre y responsable de sus actos a una edad determinada, escogerá, en la medida de sus posibilidades y motivaciones, los estímulos y ambientes que más le convengan o le atraigan.

De todo lo expuesto se deduce que si los niveles familiar, educativo, laboral o social en que se desenvuelve el ser humano, estuvieren afectados por variables de patología (biológica, social, ambiental, económica), tales variables también habrán de estimular negativamente al niño (salud mental/moralidad deficientes) con lo cual, el caleidoscopio de resultados posibles del nivel de salud mental y moral de los seres humanos, se amplía hasta el infinito.

Dependiendo de todo ello, planteo como hipótesis que los países (sociedades) producirán niveles de salud mental y calidades de ciudadanía diferentes en sus miembros, en virtud de los estímulos que les hagan llegar en todo su proceso de formación (humanización). Subrayo así la importancia que tiene para los pueblos que el Estado invierta en Salud Mental, pues del porcentaje de buenos ciudadanos que produzca dependerá el poder de su desarrollo colectivo.

Ecoepidemiología

Por otro lado, y ya desde el ángulo específico de la epidemiología, E. Susser ha propuesto, también, la necesidad de integrar la perspectiva ecológica como variable de estudio de los fenómenos epidemiológicos. Al respecto señala: "Una enfermedad en la vida adulta puede reflejar las experiencias tempranas de la vida…como los efectos retardados de un insulto in útero, una cadena de experiencias biológicas y sociales iniciadas en etapas tempranas de la infancia y exposición acumulada a tóxicos biológicos o factores sociales a lo largo de los años"[8] y M. Susser y E. Susser añaden: "un factor genético conocido sólo puede aumentar el riesgo de determinada enfermedad, si existe una exposición ambiental específica"[9].

Problemas psiquiátricos que requieren de investigación y atención prioritaria en el Perú

El Instituto Nacional de Salud Mental "*Honorio Delgado-Hideyo Noguchi*" del Perú, ha venido realizando importantes encuestas de salud mental en zonas urbanas y rurales del país, desde el 2002 a la fecha, bajo la dirección del Dr. Javier Saavedra Castillo (Ver Fig. 6.6.2).

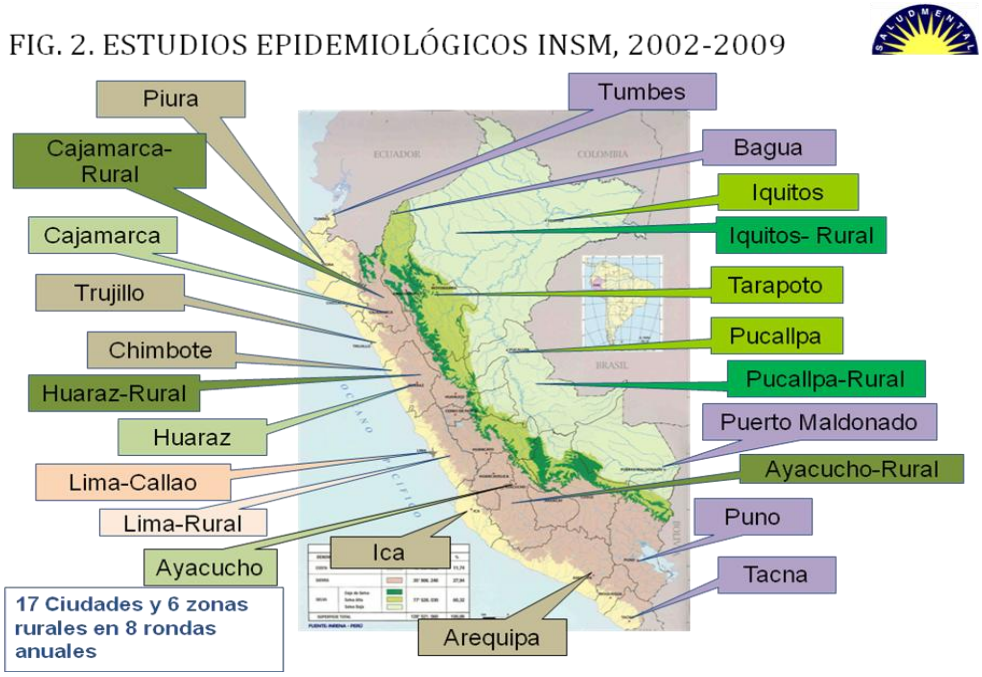


Fig. 6.6.2.- Estudios Epidemiológicos INSM, 2002 – 2009. Los estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental en el periodo 2002-2009, han permitido precisar las prevalencias de vida, no sólo de los trastornos mentales en la población general, sino características positivas y negativas de salud mental de la población peruana, sobre una muestra total de informantes de 58,923. (Gentil colaboración del Dr. Javier Saavedra, Jefe de la Oficina de Investigación y Docencia del INSM)

Los resultados de los practicados en los años 2002, 2003 y 2004[10,11,12] registran las siguientes, prevalencias de vida de trastornos psiquiátricos (Ver Cuadro 6.6.1).

CUADRO Nº 1. PREVALENCIA DE VIDA DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EL PERÚ (INSM, 2002, 2003, 2004)

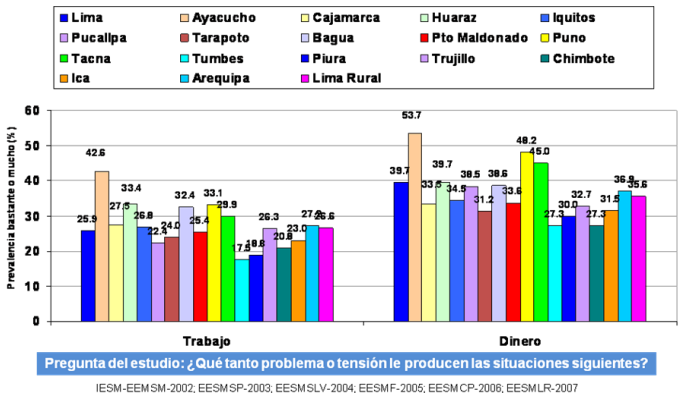
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN C I E 10	LIMA %	SIERRA %	SELVA %
EPISODIO DEPRESIVO	18.2	16.2	28.4
T. DE ANSIEDAD GENERALIZADA	9.9	8.2	10.4
FOBIA SOCIAL	7.9	2.9	1.4
T. ESTRÉS POST TRAUMÁTICO	6.0	12.8	10.9
T. PSICÓTICO	1.0	0.3	0.2

Cuadro 6.6.1.- Prevalencia de vida de los principales trastornos psiquiátricos en el Perú.

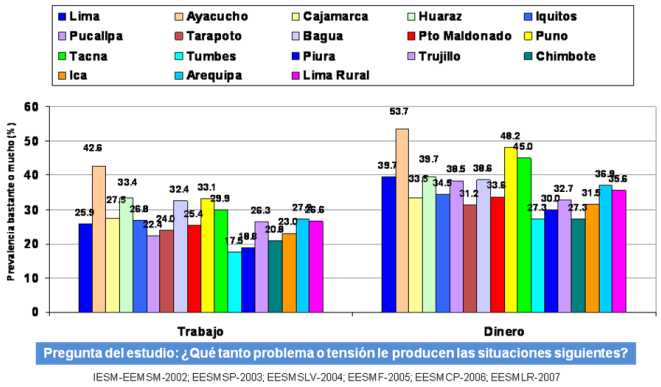
A ellos debe sumarse, otro problema psiquiátrico de urgente atención en la población peruana, el relativo al abuso/dependencia a alcohol, cuya prevalencia anual destaca principalmente en tres ciudades: Ayacucho (15%), Tumbes (14.3%) y Puerto Maldonado (14.1%), y la emergencia de nuevos problemas entre los que destacan la conducta suicida, los vinculados al estrés, a la conducta de búsqueda de ayuda y otros.

Problemas de Salud Mental

En 1989, Perales destacó la importancia de tres problemas de salud mental que afectaban el desarrollo del país, no necesariamente dependientes de patología psiquiátrica individual sino, más bien, vinculados a problemas de la sociedad peruana: 1º) La pobreza y el sub-desarrollo; 2º) La corrupción generalizada, y, 3º) La violencia en todas sus formas de expresión[13]. Actualmente, y tomando como base los estudios ya mencionados del INSM, sobresale el estrés que sufre la población general, entre cuya génesis destacan los relacionados: al trabajo, en un rango de 17.5% (Tumbes y Chimbote) a 42.6% (Ayacucho); al dinero, 27.3% (Tumbes) a 53.7% (Ayacucho); los hijos: 12 % (Chimbote) a 51.9% (Ayacucho) y los problemas de pareja, 14.3% (Piura) a 35.1% (Ayacucho). Todos ellos, con mayor prevalencia en el sexo femenino que el masculino (INSM 2002-2007). En una óptica global, destaca el departamento de Ayacucho (el más castigado por la violencia política y terrorista en las décadas 80 y 90), por presentar las frecuencias más altas de estrés poblacional (Ver Gráfica 6.6.1), al mismo tiempo que su prevalencia anual de abuso/dependencia de alcohol es, también, la más alta del país 15%.

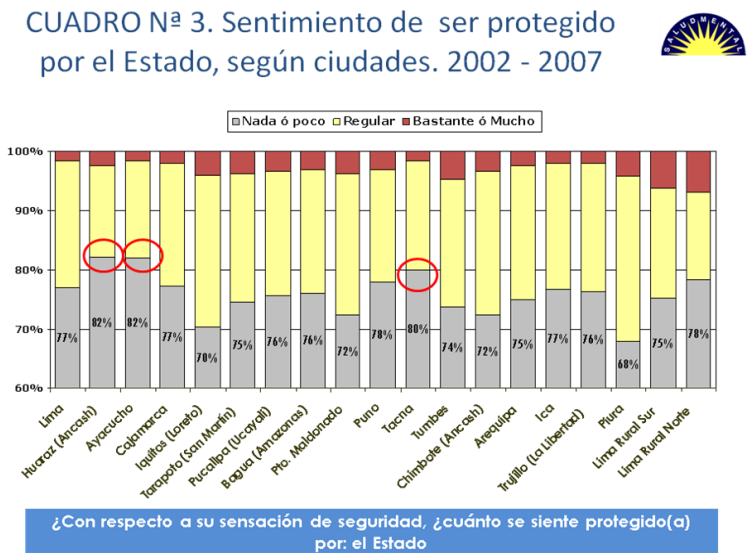


Gráfica 6.6.2.- Nivel de Tensión (bastante o mucho) según áreas específicas en Lima, sierra, selva, fronteras, costa y Lima rural según ciudad.



Gráfica 6.6.3.- La población del departamento de Ayacucho, la más afectada por la violencia política, muestra las mayores prevalencias de tensión (Cortesía del Dr. Javier Saavedra).

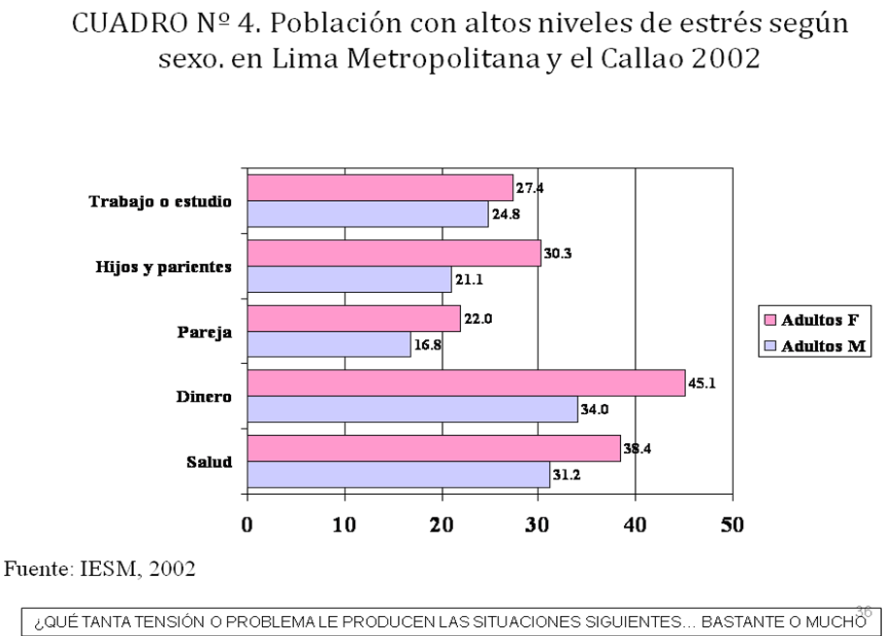
Contribuye también al alto nivel de estrés, el sentimiento de inseguridad que refleja la población respecto a su percepción de sentirse protegida por el Estado, tal como se aprecia en el Cuadro Nº 3 (Gráfica 6.6.3.).



Gráfica 6.6.4.- Sentimiento de ser protegido por el Estado, según ciudades: 2002 – 2007. NOTA: Ayacucho y Huaraz muestran el mayor porcentaje de sensación de que el Estado no los protege (Cortesía del Dr. Javier Saavedra).

Salud Mental de la Mujer

Las manifestaciones de estrés se detectan, particularmente, en el sexo femenino, en todos los estresores estudiados, lo cual resulta congruente con los informes mundiales sobre mayores prevalencias de trastornos psiquiátricos en el sexo femenino (Ver Cuadro N° 4, Gráfica 6.6.4.).



Gráfica 6.6.5. Población con altos niveles de estrés según sexo en Lima Metropolitana y el Callao. 2002. El impacto del estrés respecto a preocupaciones de la vida diaria se refleja con mayor intensidad en la mujer que en los hombres (Cortesía del Dr. Javier Saavedra).

Más aún, la mujer es objeto de violencia y, en Lima Metropolitana, ésta se da con mayor frecuencia en las de lengua materna quechua (33.2%) que aymara (20.3%) o español (19.5%) (2002) y en las de menor nivel educativo (analfabetas, 43.7% vs universitarias, 7%)[10].

Los Problemas Emergentes

La conducta suicida

La conducta suicida se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, especialmente en el grupo etario adolescente[14]. Está constituida por un espectro que fluye dimensionalmente entre: 1) Deseos de morir; 2) Pensamientos de quitarse la vida; 3) Planificación para quitarse la vida; 4) Intento de hacerse daño o quitarse la vida y 5) Suicidio consumado. Esta secuencia no necesariamente se da en forma regular. Su duración puede extenderse en lapsos de horas o años.

Los estudios realizados en el Perú, en estudiantes universitarios, por el Instituto de Ética en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ofrecen resultados preocupantes. En la Escuela de Medicina, de un universo de 919 estudiantes, aceptaron el consentimiento informado para participar en la encuesta, 618 (67%), con una edad promedio de 22 años y una distribución por sexo de 58% hombre y 42% mujeres. Los resultados se muestran en el Cuadro Nº 5 (Cuadro 6.6.2).

CUADRO Nº 5. INDICADORES DE CONDUCTA SUICIDA EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA. UNMSM, LIMA, 2010

		Número	%	ENSM
Deseo de morir alguna vez en la vida	No	430	71.7%	
	Si	170	28.3%	
Pensó quitarse la vida alguna vez	No	521	87.1%	
	Si	77	12.9%	
Planeó quitarse la vida alguna vez	No	578	97.0%	
	Si	18	3.0%	
Intento de quitarse la vida	No	572	96.0%	
	Si	24	4.0%	3.6%
Pensamiento homicida	No	505	87.5%	
	Si	72	12.5%	3.2%

Cuadro 6.6.2.- Indicadores de conducta suicida en los estudiantes de medicina. UNMSM, Lima, 2010.

La prevalencia de vida de intento suicida es de 4% mientras que en la población general adolescentes es de 3.6%; sin embargo, el pensamiento homicida es de 12.5% mientras que en la población general. adolescente de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) es de 3.2%. El pensamiento homicida muestra una prevalencia claramente mayor que la población general. Asimismo, el potencial que significa la presencia de ideas homicidas12.55 mayor que en la población general, 3.2%, indica la necesidad de profundizar la investigación en esta área.(Perales et al)[14].

En la Escuela de Enfermería de la misma universidad, sobre un universo de 375 estudiantes, 260 aceptaron el consentimiento informado para participar en la encuesta, (69%), con una edad promedio de 20.6 años y una distribución por sexo de 10% hombres y 90% mujeres. Los resultados se muestran en el Cuadro Nº 6 (Cuadro 6.6.3).

CUADRO Nº 6. INDICADORES DE CONDUCTA SUICIDA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. UNMSM, LIMA, 2010

		Número	%	ENSM
Deseo de morir alguna vez en la vida	No	149	58.2%	
	Si	107	41.8%	
Pensó quitarse la vida alguna vez	No	191	74.9%	
	Si	64	25.1%	
Planeó quitarse la vida alguna vez	No	226	89.7%	
	Si	26	10.3%	
Intento de quitarse la vida	No	229	89.8%	
	Si	26	10.2%	3.6%
Pensamiento homicida	No	232	92.4%	
	Si	19	7.6%	3.2%

Cuadro 6.6.3.- Indicadores de conducta suicida en estudiantes de enfermería. UNMSM, Lima. 2010.

La prevalencia de vida de intento suicida es de 10.2% mientras que en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), en población general adolescente, es de 3.6%. La del

pensamiento homicida es de 7.6%, mientras que en la población general adolescente es de 3.2% (Perales et al)[13].

La conducta suicida, por otro lado, ha sido estudiada en población pre-universitaria. La prevalencia de intentos suicidas alcanza el 8.7%[15]. Estos resultados implican una alta responsabilidad moral y científica de parte de las autoridades universitarias, que deben organizar programas de intervención para preservar el valioso capital social que esta juventud significa.

Trastornos psiquiátricos y conducta de búsqueda de ayuda

Estudios previos han señalado la observación del retardo de búsqueda de atención de salud en diversos trastornos psiquiátricos[16]. Las encuestas de salud mental, ya mencionadas, cuantifican tales observaciones a nivel de Lima Metropolitana, donde sólo el 10.5%, del 26.5% de la población afectada en su salud mental, recibió atención en el sistema de salud.

Investigación Psiquiátrica Farmacológica

Finalmente, nos referiremos brevemente a la producción de ensayos clínicos aplicados a trastornos psiquiátricos en el país, autorizados, por ley, por el Instituto Nacional de Salud. Su frecuencia e impacto han sido muy limitados y su tendencia es a disminuir. En el último quinquenio (2006-2010) su promedio, en relación a los 544 ensayos clínicos realizados en el país en todas las especialidades, ha sido de 2.57 ensayos por año, mientras que en el 2010 no se ha realizado ninguno.

Conclusiones

1.- Resulta imprescindible diferenciar los conceptos de psiquiatría y salud mental, particularmente en países del tercer mundo, pues mientras la primera es una especialidad médica, la segunda, como parte del concepto de salud, es fundamental para el desarrollo humano individual y colectivo de los pueblos y naciones.

2.- Entre los problemas de salud mental que más afectan al país se señalan: el subdesarrollo y la pobreza, la corrupción generalizada y la violencia.

3.- En lo relativo a psiquiatría, 1 de cada 3 peruanos ha sufrido de un trastorno mental, leve, moderado o grave en algún momento de su vida. Las mayores prevalencias se registran en las ciudades de Ayacucho, Puerto Maldonado e Iquitos.

4.- Los trastornos más prevalentes son los de depresión, ansiedad y abuso de alcohol.

5.- La población peruana, particularmente la de sexo femenino, muestra altos niveles de estrés relacionados con la familia, el dinero, el trabajo y la pareja.

6.- En población universitaria y pre-universitaria se registran prevalencias preocupantes de conducta suicida y de pensamiento homicida.

7.- El maltrato a la mujer es más prevalente en población andina de habla quechua, apreciándose relación con nivel de escolaridad.

8.- A pesar de que la población identifica la patología mental, sólo una pequeña proporción desarrolla conducta de búsqueda de ayuda en el sistema de Atención de Salud.

Referencias.

1.- PERALES CABRERA, Alberto y colaboradores. *Un Modelo*.
2.- DELGADO, Honorio. *Curso de Psiquiatría*. Segunda edición. Imprenta Santa María. Lima, 1955.
3.- EY, H, BERNARD, P, BRISSET, Ch. *Manuel de Psychiatrie*. Troisiéme édition. Masson et Cie. Editeurs. Paris, 1967.
4.- Organización Mundial de la Salud. Constitución OMS. Documentos básicos. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
5.- PERALES CABRERA, Alberto**.** *Salud Mental y desarrollo nacional*. *Rev Med Hered 1994; 5(1):8 -12*
6.- ORTIZ CABANILLAS, Pedro. *Introducción a una Psicobiología del Hombre*. Segunda edición. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Lima, 2010.
7.- ORTIZ CABANILLAS, Pedro. *Educación y formación de la personalidad*. Fondo Editorial UCH. Universidad de Ciencias y Humanidades. Lima, 2008.
8.- SUSSER, E. *Ecoepidemiology: Thinking outside the black box*. Epidemiology. 2004, **15**:519-520
9.- SUSSER, M, SUSSER, E. *Choosing a future for epidemiology: From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology*. Am. J. Public Health. 1996. **86**:674-677
10.- Instituto Especializado de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002*. Informe General. Anales de Salud Mental 2002, **XVIII, Nº 1 y 2**:1-197
11.- Instituto Especializado de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003*. Informe General. Anales de Salud Mental 2003, XIX, Nº 1 y 2:1-216
12.- Instituto Especializado de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana, 2004*. Informe General. Anales de Salud Mental 2005, XXI, Nº 1 y 2:1-212
13.- PERALES CABRERA, Alberto. *Concepto de Salud Mental: La Experiencia Peruana*. Anales de Salud Mental, 1989, V (1 y 2):103-110
14.- PERALES CABRERA, Alberto CABRERA, ALARCÓN, J., SÁNCHEZ, E, ARCAYA, M. J., et al. *Conducta suicida en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Informe Final elevado a la Vice rectoría de Investigación 2010. (Aún no publicado).
15.- MUÑOZ, J., PINTO, V., CALLATA, H., NAPA, N., PERALES CABRERA, Alberto. *Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes pre-universitarios entre 15 y 24 años en Lima*. Rev Per Med Exp Salud Pública, 2006, 23 (4) 239-246
16.- VALLE, R. y PERALES CABRERA, Alberto. *Demora en la búsqueda de atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas*. Addicciones, 2010. **22 (1)**:73-80.

Agradecimientos

Al Instituto Nacional de Salud Mental y a su Jefe de Investigación y Docencia, Dr. Javier Saavedra.
Al Instituto Nacional de Salud.
Al Instituto de Ética en Salud de la Facultad de Medicina de la UNMSM.

7.- Hacia un sistema de investigación en salud.

Señor Académico
Profesor
GILBERTO RÍOS FERREIRA
Delegado
Academia Nacional de Medicina del Uruguay.

"Hacia un sistema de investigación en salud.
Informe MSP URUGUAY[18]"

Jueves 28 de octubre de 2010

Fig. 6.7.1.- Profesor Gilberto Ríos Ferreira. Delegado de la Academia del Uruguay. Fotografía de ZCM.

Antecedentes

Vinculados a la reforma

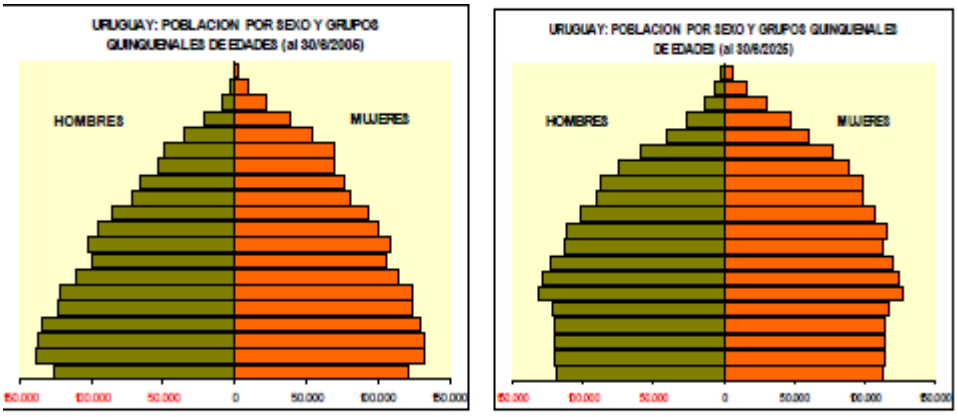
La República Oriental del Uruguay se ubica al sudeste de América del Sur, tiene una superficie de 176.215 km2, limita con la República Federativa del Brasil y la República Argentina. Tiene una población de 3:344.052 habitantes, con alto grado de concentración urbana (93%), siendo su capital Montevideo, donde reside el 40% de la población.

[18].- Documento preliminar. Dr. Gilberto Ríos Ferreira, Director General de Salud.

Población:	3:344.052 habitantes
Superficie:	176.215 km2
Capital :	Montevideo (reside el 40% de la población)
Idioma Oficial:	Español
Tipo de Gobierno: Republicano-Democrático con sistema presidencial y división de Poderes:(Ejecutivo, Legislativo y Judicial	
Tasa de crecimiento poblacional (acumulada anual): 0.3% a.a	
Densidad poblacional : 19 hab/km2	

Fig. 6.7.2.- Mapa de la República Oriental del Uruguay. División Político Administrativa.

Desde el punto de vista socio demográfico, su estructura por edad muestra una tendencia al envejecimiento 13.6% (mayores 65años), situación similar a otros países de América Latina. Esta tendencia se acompaña, según estimación para el año 2009, de una disminución de la natalidad de 14,5 por mil habitantes y una esperanza de vida de 76.1 años, para ambos sexos, destacándose una disminución progresiva en su tasa de mortalidad infantil, alcanzando cifras de un dígito para el año 2009 (9,56 por mil nacidos vivos).



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INE)

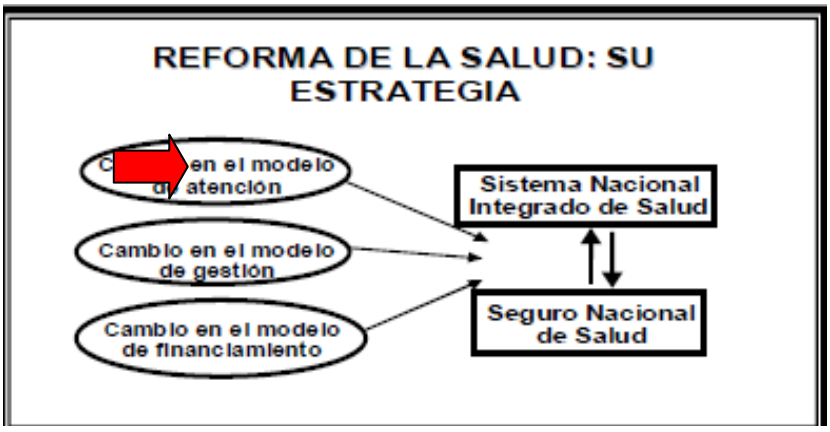
Gráfica 6.7.1.- Proyección de la población por sexos y grupos quinquenales. Uruguay 30-VI-2005-2025.

Uruguay se encuentra en un proceso de reforma del sector salud a partir del año 2005, desde el punto de vista de la organización el Sistema de Salud, convivían en forma paralela dos subsistemas uno público y otro privado con escasos o nulos contacto entre sí, eso generaban diferentes respuestas frente a similares situaciones de salud, agudizadas por la debilidad de rectoría del Ministerio de Salud Pública la que le fuera concedida por la Ley Orgánica en 1934. Se concibe a la Salud como "una categoría biológica y social en una unidad dialéctica entre el individuo y su medio, por tanto de carácter multi causal; que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, que permite al individuo el cumplimiento de su rol social y está condicionada al modo de producción y cada momento histórico del desarrollo de la sociedad"(Dres. H. Villar y Capote).

La salud es un derecho humano fundamental, un bien público y una responsabilidad del gobierno, para lo cual el proceso de construcción de la Reforma permitirá transitar hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud (*SNIS*) y un Seguro de Salud que racionalice servicios, ahorre costos y asegure la accesibilidad a los servicios. La integración y complementación interinstitucional, conjuntamente con la activa participación social, permitirá optimizar los recursos involucrando a todos los actores del Sistema de Salud.

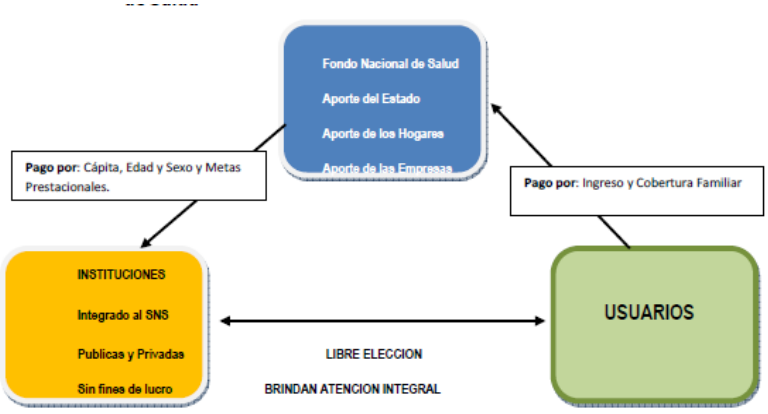
La situación de la atención de la salud, antes de la Reforma estaba marcada por diferentes servicios de salud, centrados en la atención de la enfermedad desde un modelo hegemónico, con un enfoque individualista, asistencialista, medicalizado y con una fuerte orientación hospitalaria, además de una definida tendencia a la superespecialización y un abordaje reparador de la enfermedad. De esta situación resultaba marcada inequidad y baja accesibilidad a las prestaciones, escasas o nulas acciones de promoción y prevención de la salud, con altos costos y bajos beneficios sobre el impacto en la calidad de vida de las personas. La implementación de la Reforma es un proceso complejo, que implicó estudios, acuerdos, conflictos y negociaciones que, aún hoy, siguen presentes en el transcurso de la aplicación de los cambios.

El objetivo central del *SNIS* es la universalización de la atención de la salud a toda la población en niveles de accesibilidad y calidad homogéneas con el propósito de alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población, promoviendo las actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente. Propone un modelo de atención integral, con políticas articuladas, fortaleciendo la implementación de programas y promoviendo la promoción, la protección, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la salud de los y las usuarias del Sistema. El Sistema de Salud está centrado en tres ejes: Cambios de los Modelos de Atención, Gestión y Financiamiento, con principal énfasis en el cambio del Modelo de Atención.



Gráfica 6.7.2.- Estrategia de la reforma de la salud en el Uruguay.

Sobre la base de integración de los dos subsectores preexistentes, previos a la Reforma, la estructura del Seguro Nacional de Salud esta dada por los aportes del Estado, de los hogares, de las Empresas y del Fondo Nacional de Salud (*FONASA*), el pago de las "cuotas salud", a las Instituciones se diferencia de acuerdo al riesgo (edad y sexo) y un pago adicional por cumplimiento de metas asistenciales.



Gráfica 6.7.3.- Funcionamiento económico y operacional del Seguro Nacional de Salud en el Uruguay.

Parte del proceso de reforma es el fortalecimiento del MSP. Como punto de partida en el caso del Uruguay, la base es un estudio del año 2004, donde se reflejan el grado de desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública en aquel momento y el punto de partida entre ellos, la investigación en salud pública.

FESP

1.- Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.
2.- Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
3.- Promoción de salud.
4.- Participación de los ciudadanos en salud.
5.- Desarrollo de políticas y capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública.
6.- Fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación en salud pública.
7.- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8.- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9.- Garantía y mejoramientos de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos.

Investigación en Salud Pública

Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

Es elocuente en ese sentido la precariedad del Ministerio en el ejercicio de sus funciones, en particular en lo que se refiere a investigación en salud. El desarrollo de políticas y capacidad institucional de regulación y fiscalización, capacitación y optimización de los recursos humanos y financieros, con el propósito de garantizar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva es posible, entre otros componentes de la investigación continua en salud pública.

Vinculados a la investigación

Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje e Investigación en Salud (*RIMAIS*)

A partir de las Declaraciones de Salamanca y Granada (2005), durante la IX Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud, celebrada en el mes de Julio de 2007 en Iquique, Chile, fue ratificada la "Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje e Investigación en Salud" (*RIMAIS*[19]). El objetivo es el desarrollo de los Sistemas Nacionales de Enseñanza e Investigación en Salud Publica y se constituye en una instancia impulsora de acciones regionales, dirigidas a fortalecer la enseñanza y la investigación en salud publica.

En el mes de marzo de 2008 se realizó, en la ciudad de San José de Costa Rica, la Primera Reunión Técnica de Enlaces Ministeriales de la *RIMAIS*. Colaboraron Instituciones del Comité Técnico Asesor: OPS/OMS; *EASP*, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica; Colaboración *COCRHANE*. En esta reunión se analizó la realidad latinoamericana en la materia, se definieron las acciones para el fomento a la investigación y la enseñanza en salud pública, fortalecer el uso de la evidencia en la toma de decisiones, impulsar las políticas de educación permanente del recurso humano en salud y de las poblaciones etc.

Investigación e Innovación en Salud

En el mes de abril de 2008, en Río de Janeiro, se realizó la "Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación en Salud", donde se analizaron diferentes temáticas definidas como prioritarias: "Financiamiento del Sector Salud", "Recursos Humanos para la Investigación en Salud", "Estructura de los Sistemas Nacionales de Investigación en Salud", "Innovación, Desarrollo de Productos y Acceso". Esta conferencia fue organizada por un Comité Ejecutivo, conformado por el Ministerio de Salud de Brasil (Departamento de Ciencia y Tecnología); el Consejo sobre Investigación en Salud para el Desarrollo (*COHRED*); el Foro Mundial de Investigación en Salud; la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), entre otros.

Universidad de la República

Con la iniciativa de la Universidad de la República – Comisión Sectorial de Investigación Científica (*CSIC*), tuvo lugar, el día 10 de junio de 2008, el Taller "Inclusión social", donde se incorporó el tema de investigación en salud, con la participación de representantes de distintas facultades relacionadas con el sector salud, los prestadores asistenciales públicos y el Ministerio de Salud Pública (*MSP*). Fue un primer espacio de encuentro interinstitucional, con un enfoque amplio de la investigación y el comienzo de un diálogo para que el proceso de reforma incorpore la investigación e innovación como un componente más en su desarrollo.

[19] Enlace ministerial a la *RIMAIS*: Director General de Salud

Ministerio de Salud Pública - Estrategias de Desarrollo

Gran parte del proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (*SNIS*) necesita del desarrollo simultáneo de la autoridad sanitaria con otra fisonomía, muy diferente a la tradicional, con competencias bien definidas y con los mecanismos aptos para poder desarrollar las mismas; con una masa crítica de recursos humanos competentes, comprometidos con sus funciones y con una imagen que trasmita respeto al conjunto de los efectores del sector salud (tanto públicos como privados), así como también al resto de la población. Es con base en ésta conceptualización que se comenzó a desarrollar una estrategia para la investigación en salud.

La investigación en salud fue definida por la 43ª Asamblea Mundial de la Salud[20] como "Un proceso de obtención sistemática de conocimientos y tecnologías que pueden ser utilizadas para la mejora de la salud de individuos y de grupos. Proporciona la información básica sobre el estado de salud y enfermedad de la población, procura desarrollar instrumentos para la prevención, cura y alivio de los efectos de las enfermedades y se empeña en planificar mejores enfoques para los servicios de salud individuales y comunitarios".

La **Investigación en Sistemas de Salud (*ISS*)**, por su parte, constituye un campo relativamente reciente, por lo cual su delimitación y contenidos, así como las disciplinas que en ella participan aún son objeto de discusión.

Según Patmanathan y Nuyens[21], la "Investigación en sistemas de salud (*ISS*) es el método científico para la adquisición de informaciones que pueden ser usadas para el proceso decisorio racional en el gerenciamiento en salud. Concierne a las poblaciones, estructuras organizacionales e interacción entre ellas. Proporciona información para identificar las necesidades en salud en contextos específicos, para establecer prioridades..... La investigación en sistemas de salud coloca a la salud y la enfermedad en un contexto más amplio que toma en consideración los factores políticos, económicos y sociales. También proporciona información para posibilitar la aplicación más efectiva de la tecnología disponible, para evaluar políticas y programas y sugerir prioridades para nuevos direccionamientos en investigación".

Según Hassouna[22], por otra parte, "*ISSS* es el enfoque científico que posibilita la generación de datos necesarios para la decisión informada para introducir los cambios necesarios para reorientar los problemas de salud existentes y superar los obstáculos que aparecen en la implementación de tales cambios".

---

[20].- Informe de Discusiones Técnicas , Documento A 43, Ginebra, mayo 16, 1990

[21].- PATMANATHAN, I & NUYENS, I. 1992. *Information for Health Development*. En: *Research Strategies for Health* (WHO). New York, Toronto, Bern, Gottingen: Hogrefe & Huber Pushisers

[22].- HASSOUNA, W. A. 1992. *Status and Future Directions: "The Lone Ranger"*. En: *Research Strategies for Health (WHO)* . New York, Toronto, Bern, Gottingen: Hogrefe &Huber Publishers.

Ambas definiciones coinciden en la vinculación con la toma de decisiones, si bien no debe entenderse por ello que su aplicación deba ser inmediata, error al que se ha caído frecuentemente en el pasado reciente, limitando las líneas de investigación que, por ser

críticas de políticas vigentes podrían no ser aceptadas inmediatamente pero sí contribuir a la generación de un "nuevo espacio de lo socialmente aceptable", tal como ha sucedido con la investigación sobre equidad en los últimos años.

Propuesta *MSP*: Hacia un Sistema Nacional de Investigación en Salud

El Ministerio de Salud Pública (*MSP*) realizó un primer Taller con la presentación de esta propuesta, que implicaba, entre otras acciones, ir a un proceso de definición de prioridades de investigación en salud pública. El primer grupo convocado representaba a todas las áreas técnicas del *MSP*, a través de los cuales se llegó a un diagnóstico de situación y se fijaron líneas de trabajo para la definición de prioridades.

Los técnicos que participaron en representación del *MSP*, realizaron una presentación acerca de las funciones y competencias de cada una de sus áreas, relataron sumariamente los casos, las actividades de investigación que estaban realizando o la importancia de contar con información que se constituye en insumo, al momento de llevar adelante proyectos de investigación. También se esbozaron los temas que podrían ser objeto de investigación en función de la reforma.

Luego de esa primera iniciativa interna del *MSP*, se convocó a un nuevo taller, pero ahora con participación de la Universidad. Se presentaron los lineamientos del *MSP* y las autoridades de la *UDELAR* ratificaron su voluntad de continuar el camino de acercamiento, en el marco de la reforma del sector salud, para avanzar en el conocimiento de las prioridades de investigación del *MSP* y que éstas sirvan de referencia para la investigación universitaria. En ese marco se planteó, como desafío, impulsar un Sistema de innovación e investigación del *MERCOSUR*. Además, en esta instancia también participó la Agencia Nacional de Innovación en Investigación (*ANII*), informando sobre sus cometidos, posibilidades de acciones conjuntas, forma de trabajo y como podía apoyar estas iniciativas.

Finalmente, la *OPS*, que colaboró técnicamente, destacó la necesidad de crear sistemas nacionales de investigación en salud, fortalecer la rectoría de investigación en salud y formar recursos humanos para la investigación en políticas y sistemas de salud.

Se acordó una nueva instancia de encuentro, donde cada área del *MSP* se comprometió a avanzar en la definición de temas y de prioridades de investigación, para presentarlos en un Taller a la *UDELAR*.

En Suma

El *MSP*, a partir de iniciativas regionales, comienza a trabajar intensamente hacia la conformación de un Sistema Nacional de Investigación en Salud, optimizando las capacidades que existen a nivel país y con la cooperación técnica de *OPS/OMS*, en un

proceso donde se profundizan los vínculos con la Universidad de la República y se inicia una adecuada articulación con la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (*ANII*).

La Ley 18084 de fecha 28 de diciembre del año 2006, creó la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (*ANII*), cuyos objetivos son: 1) Preparar, organizar y administrar instrumentos y programas para la promoción y el fomento del desarrollo científico-tecnológico y la innovación, de acuerdo con los lineamientos político-estratégicos y las prioridades del Poder Ejecutivo; 2) Promover la articulación y coordinación de las acciones de los actores públicos y privados involucrados, en sentido amplio, en la creación y utilización de conocimientos, de modo de potenciar las sinergias entre ellos y aprovechar al máximo los recursos disponibles y 3) Contribuir, de forma coordinada, con otros organismos del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación, al desarrollo de los mecanismos efectivos de Evaluación y Seguimiento de Programas y demás instrumentos de Promoción en la materia. Este sistema de evaluación se constituirá en un insumo central para el diseño de incentivos a los agentes públicos y privados que participen.

Asimismo, desde el inicio, se acordó la incorporación paulatina de otros protagonistas de la investigación en salud, tanto del área académica como de los servicios asistenciales. La estrategia implica, como meta principal, la definición de las Prioridades de Investigación en Salud Pública, en el marco de la Reforma del Sector Salud y en la búsqueda de un adecuado equilibrio entre investigación básica, clínica y en salud pública.

Metodología para Avanzar hacia un Sistema Nacional de Investigación en Salud

Se partió de un diagnóstico en investigación a nivel país, que se corresponde con la mayoría de la región: es decir, salvo las excepciones de Brasil, México y Cuba, con sus institutos de investigación de renombre internacional, en el resto de los países el común denominador es el siguiente: 1) Déficit y/o crisis en el aprendizaje de la investigación en salud pública; 2) Predominio de la Investigación básica; poca investigación clínica; y débil investigación en salud pública; 3) Muchos grupos de investigadores conectados a los ensayos clínicos multicéntricos; 4) Debilidad en la enseñanza de la bioética en la investigación y en el control de la misma por parte de las autoridades sanitarias; 5) Dificultades para acceder a la financiación para la investigación en salud pública, tanto de los presupuestos nacionales como de las agencias de cooperación internacional y 6) Los marcos normativos que facilitan la investigación son muy heterogéneos.

Con el objetivo de contar con un instrumento estandarizado para la determinación de prioridades, se utilizó la Matriz de Abordaje Combinado, elaborada por el *Global Forum for Health Research*[23]. Se trata de un instrumento diseñado para la identificación de

[23].- DE FRANCISCO SERPA, Andrés, GHAFFAR, Abdul and MATLIN, Stephen A. *The Combined Approach Matrix: A priority-setting tool for health research*. The Global Forum for Health Research, Geneva 2004. ISBN 2-940286-26-4

prioridades de investigación, dirigido preferentemente a la identificación de problemas de salud que requieren investigación, al cuál se le hicieron algunas modificaciones para adaptarlos a la realidad del Uruguay. La primera fue el agregado de una pregunta, que se formuló como "¿Cuál es la investigación necesaria para que el MSP pueda ejercer su función de rectoría?". La segunda modificación fue que la opinión de expertos sustituyó, en parte, a la evidencia bibliográfica en lo relativo a la dimensión del problema, ya que no existe bibliografía sobre brechas de conocimiento para la toma de decisión de políticas de salud. Se trabajó a nivel de Divisiones y Departamentos dependientes de la Dirección General de Salud y Dirección General de Secretaría.

Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (*OPS*), se contrató a una consultora, que fue quien propuso la metodología, tradujo el material necesario y trabajó en forma de taller con los equipos de las Divisiones y Departamentos. El trabajo con los equipos consistió en presentar la metodología, evacuar dudas sobre la misma, acordar modificaciones cuando fueron pertinentes y, fundamentalmente, apoyar el proceso de elaboración de consensos. Como producto de ese proceso, cada equipo de trabajo produjo un documento de prioridades de investigación para el ejercicio de rectoría al nivel que le correspondía.

Los trabajos elaborados por las Divisiones o Departamentos se pusieron en común en un taller, que tuvo lugar en Diciembre de 2008. No se intentó jerarquizar entre las prioridades de los distintos grupos, sino comprender los fundamentos utilizados y verificar la homogeneidad de criterios y metodología.

Todas las áreas técnicas del *MSP*, expusieron sus áreas de investigación y destacaron las priorizadas para esta etapa. Igualmente, se plantearon líneas más generales, sin aspectos específicos, pero que están en la agenda del *MSP* para la toma de decisiones en el marco de la reforma.

Se hicieron aportes en el marco de los ejes de la reforma del sector salud, tomando en cuenta dicho diagnóstico, apuntando a un nuevo orden de equilibrio entre investigación básica, clínica y en salud pública. Asimismo, se considera este proceso como la hoja de ruta hacia la construcción de un sistema nacional en investigación en salud. Ello implica el diálogo con otros actores relevantes, tanto del sector público como privado, pero donde el *MSP* presenta sus aspiraciones en cuanto a líneas de investigación.

Este desarrollo de prioridades actuará como factores facilitador para la *ANII*, que en un proceso simultáneo creó un Fondo Sectorial de Investigación en Salud y tomará en cuenta las definiciones de salud pública.

Como conclusión de una primera etapa, luego del trabajo de un año, se presentó un primer listado de prioridades de investigación determinadas por las áreas técnicas del *MSP*, que intentan, por primera vez, ir hacia un nuevo equilibrio entre investigación básica, clínica y en salud pública.

Tal como se consideró en su oportunidad, cuando se creó este grupo, se seguirán las interacciones con otros actores pero, a la vez, ya se estarán impulsando estas primeras

líneas detectadas y priorizadas, utilizando las capacidades ya disponibles. En ese marco también deberán surgir iniciativas para el fomento del aprendizaje en investigación, para incorporar jóvenes a este proceso y para la incorporación de la bioética.

El objetivo de este informe es obtener una primera validación para retomar el proceso, interactuando con los actores externos del *MSP* y transformarse en un insumo concreto para la *UDELAR* y la *ANNI*.

En octubre de 2009, se realizó, en conjunto con la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la *UDELAR*, una reunión *MSP* - investigadores del sector salud. Tuvo 2 días de duración, participando alrededor de 70 personas (50 investigadores de Medicina, Enfermería y Ciencias). El *MSP*, expuso sus prioridades de investigación y su firme propósito, de ir hacia un Sistema Nacional de Investigación en Salud.

Durante noviembre próximo, se estarán estimulando a los equipos técnicos a presentar los proyectos al Fondo Sectorial de la *ANII*, ya que se priorizarán las propuestas relacionadas con la investigación en salud pública: se adjunta cuadro de las actividades, a modo de síntesis de lo actuado.

Fecha	Población Objetivo	Cometidos
Junio 2008	**Áreas técnicas del MSP y Comisión de Bioética y Calidad de la Atención**	**Informar sobre las iniciativa, avanzar en el diagnóstico de situación en los ámbitos de la investigación y el aprendizaje de la investigación en Salud Pública**
Julio 2008	**Áreas técnicas del MSP, Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC)**	**2DA Reunión del Grupo de Investigación en Salud Públicas, con el apoyo técnico de OPS/OMS, Facultad de Medicina y Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII)**
Diciembre 2008	**Áreas técnicas del MSP, Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC)**	**Definición prioridades**
Octubre 2009	**Áreas técnicas del MSP y grupo de investigadores de la UDELAR**	**Presentación de prioridades del MSP para la investigación**

Cuadro 6.7.1.- Actividades *MSP – ANII*.

Conclusiones

En un proceso complejo y multifacético que caracteriza a la reforma del sector salud en el Uruguay, donde aspectos como el financiamiento, la organización de los servicios, el

relacionamiento con los profesionales aparecen como más relevantes, se logró incorporar a la agenda la investigación en salud.

1) El punto de partida no se diferencia del contexto de la región, donde es evidente el neto predominio de la investigación básica, las dificultades de la investigación clínica y la precariedad de la investigación en salud pública, con una fragmentación del financiamiento y acciones individuales que no estimulan las sumas de capacidades.

2) Para el abordaje de la investigación en salud, se define un camino que implica la interacción con actores académicos, con organismos financiadores, servicios asistenciales, públicos y privados, sumando capacidades nacionales hacia la conformación de un Sistema Nacional de Investigación en Salud.

3) Las definiciones de prioridades de investigación en salud pública son un ingrediente imprescindible para éste proceso, al igual que el desarrollo de la investigación clínica, buscando un nuevo equilibrio entre la investigación básica, clínica, epidemiológica y en salud pública.

4) El desarrollo de sistemas alternativos nacionales y/o regionales de formación de investigadores deben acompañar éste proceso, para superar las brechas existentes en ese plano.

5) Finalmente, ésta estrategia implica un relacionamiento muy fuerte con las experiencias regionales, compartiendo avances y capacidades, estimulando las sinergias para optimizar la sustentabilidad de estos procesos.

8.- Inversión en Investigación y Tecnología en Venezuela

Señores Académicos
Pofesores
LEOPOLDO BRICEÑO-IRAGORRY
Secretario General y
CLAUDIO AOÜN SOULIE
Presidente
Academia Nacional de Medicina de Venezuela

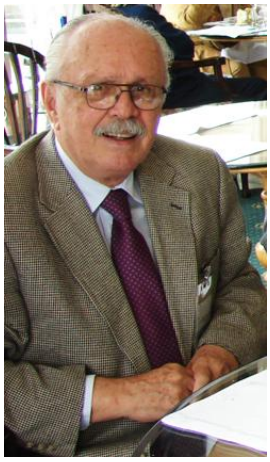


Fig. 6.8.1.- Profesor Leopoldo Briceño-Iragorry. Secretario de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela.
Fig. 6.8.2.- Profesor Claudio Aoün Soulie. Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela.
Fotografías de ZCM.

Introducción

En tiempos de crisis, muchos países depositaron su proyección al futuro, por intermedio del desarrollo científico-tecnológico derivado de la inversión primaria, a labores de investigaciones, como una estrategia de Estado para la seguridad y protección de la República y la garantía de bienes y servicios para toda la población.

La inversión en Investigación y Desarrollo de manera sostenida y continua, permite y facilita transferir, a cualquier país, las herramientas de lucha para generar independencia y esforzar la soberanía, la geografía y valores. La autosuficiencia alimentaria, el control de enfermedades y defensa de fronteras y población deben ser retos permanentes, apoyados en un plan de I + D.

Para complementar los comentarios anteriores y la seriedad con que algunos países asumen la inversión en I+D, es preciso observar el informe sobre el Estado de la Ciencia en el Mundo, elaborado por la *UNESCO*. Así, Japón invierte el 3% del Producto Interno Bruto

(*PIB*) en Investigación + Desarrollo; la Unión Europea invierte el 2%; los países del Sudeste de Asia el 1,6%; los países latinoamericanos dedican a la ciencia entre el 0,3% y el 0,7%, superando sólo a los países de Oriente Medio (0,3%), África (0,3%) y Asia subdesarrollada (0,2%).

El modelo de desarrollo de los países del Sudeste de Asia (Corea del Sur, Malasia, Hong Kong, Singapur y Taiwán), que registraron un fuerte crecimiento económico en los años noventa, basaron el modelo de desarrollo en la utilización de la ciencia, en aumentar sin cesar su inversión en Investigación + Desarrollo hasta el punto que Corea del Sur iguala a la Unión Europea en porcentaje del *PIB*, destinado a tal fin.

Venezuela, en los años noventa, destinó entre 10 y 15 millones de dólares en inversión en ciencia por millón de habitantes, mientras Brasil asignó ente 20 y 50 millones de dólares en ciencia por cada millón de habitantes. De acuerdo con el Informe de la Academia de Ciencias de América Latina, en términos de inversión en ciencias, destaca Brasil, seguido por México, Argentina y Cuba.

La historia de los países desarrollados o industrializados revela que en los períodos de crisis incrementaron los recursos financieros, gracias a los programas de I+D. En Venezuela y muchos países latinoamericanos, siempre que se viven tiempos de crisis, los recursos presupuestarios para Investigación+Desarrollo suelen ser reducidos o recortados, evidenciándose un absoluto divorcio entre Ciencia y Estado, contrario al texto de la *UNESCO* que dice, a la letra: "Las capacidades científicas y técnicas de un país se derivan directamente del entorno político y social, del entorno institucional, del nivel educativo y de los lazos entre el sector público y la industria y se exigen dos factores indispensables: "la ausencia de guerra y de desorden social" .

Venezuela dispone de instituciones jurídicas que pudieran concertar con las capacidades científicas del país (Ministerio de Ciencia y Tecnología, *FONACIT*, Ministerio de Educación Superior, entre otras) a los fines de apuntalar un modelo de desarrollo, siempre y cuando el Gobierno Nacional garantice los recursos necesarios y suficientes, todos comprometidos con los máximos intereses de la República. No obstante, en los últimos años, la premura social ha diferido la agenda de la ciencia, lo cual atenta contra todo el proceso de transformación o de revolución. Venezuela, al igual que el resto de América Latina, era un país donde no se invertía ni siquiera el 1% del *PIB* en ciencia y tecnología y que, gracias a la aprobación de la Ley Orgánica de Ciencia y Tecnología, *LOCTI*, y su modificación del 2005, se pasó de 0,34 del *PIB* a 1,78 en el 2006 y a 2,69 en 2007.

En fecha 03 de agosto de 2005 fue publicada, en la Gaceta Oficial Nº 38.242, la Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Innovación (*LOCTI*), la cual entró en vigencia a partir de la fecha de su publicación. En fecha 17 de octubre de 2006 fue publicado, en la Gaceta Oficial Nº 38.544, el Reglamento de la Ley de Ciencia, Tecnología e Innovación (*RLOCTI*). Ambas normativas le son aplicables a las grandes empresas **(**aquellas empresas que para el 31 de diciembre de 2005 obtuvieron ingresos brutos anuales superiores a 100.000 Unidades Tributarias (*UT*) calculadas a la *UT* del año 2005, es decir, Bs. 29.400,00, por lo tanto, nos referimos a ingresos brutos equivalentes a Bs. 2.940.000.000,00). Las grandes empresas deberán realizar un aporte a favor de alguno de

los organismos adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología, así como a las Universidades o Instituciones de Educación Superior, Institutos o Centros de Investigación y Desarrollo, y cualquier otra institución pública o privada, inscritas como beneficiarias en el Sistema para la Declaración y Control del Aporte-Inversión en Ciencia, Tecnología e Innovación. Otra de las modalidades que las grandes empresas tienen es la de realizar inversiones internas enmarcadas en el ámbito de la ciencia, tecnología e innovación. Ante la entrada en vigencia de la declaración y aporte contenidos en la *LOCTI* y su respectivo Reglamento, que las grandes empresas deberán realizar antes del próximo 31 de marzo de 2007, es necesario contar con profesionales que puedan asesorarle en el uso e inversión de los aportes que le corresponde.

La realidad de nuestras Universidades

Si algo caracteriza a los países latinoamericanos es el de ser, principalmente, productores de materia prima (petróleo, níquel, plata, hierro, productos agropecuarios, etc.) y tener poca capacidad de transformación tecnológica e industrial, unido a los continuos endeudamientos nacionales e internacionales, muchos de ellos producto de manejos dudosos y/o procesos de corrupción, han caído en una crisis de altas proporciones. Esta situación nos obliga a participar en el proceso de proponer alternativas de desarrollo autóctono y sostenible que nos permitan solucionar los ingentes problemas regionales planteados. Así, resulta innegable una vinculación de los sectores académico, político y empresarial (las universidades, el Estado y las empresas) a través de proyectos-programas de investigación científica, humanística, tecnológica, que permitan, entre otras cosas, mejorar y adecuar la formación de nuevos recursos humanos dedicados a la investigación, resolver los principales problemas económico-sociales a los cuales nos enfrentamos y, además, obtener recursos adicionales para la realización de actividades y proyectos de investigación dirigidos hacia nuestra transformación científico-tecnológica.

Aspectos relacionados con las funciones docentes, investigación (calidad, cantidad, dedicación e infraestructura de apoyo), relación docencia-investigación, formación de recursos humanos, son algunos aspectos que están siendo discutidos en nuestras universidades, como respuesta a la necesidad de establecer un proceso permanente de evaluación de nuestras instituciones y de esta manera estar en capacidad de responder y proponer alternativas que nos permitan mantener un desarrollo regional adecuado y sostenible. Debemos igualmente disminuir la brecha que nos separa del llamado mundo desarrollado. Sin embargo, para lograr esto es necesario adecuar nuestros recursos humanos mediante un sustento adecuado, infraestructura efectiva, pertinencia de su trabajo y redistribución de las riquezas.

Aspectos Históricos

Tres etapas marcan el desarrollo de la investigación durante el período democrático moderno (APIU, 1991; Di Prisco, 1983; Machado-Allison, 1992; Villegas, 1992; Yero, 1993). La primera, a partir de los años 60, durante la cual muchos de los gobiernos y universidades de la región, se dedicaron a la promoción y financiamiento de la investigación, como parte de los planes de desarrollo, tanto nacionales como de garantía

para la integración en programas regionales. Ministerios de Ciencia y Tecnología, Consejos de Ciencia y Tecnología (*CONICIT*) o equivalentes fueron creados, conjuntamente con los Consejos de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico (*CDCH-T*) en las universidades. Posteriormente, se agregarían las Fundaciones o Rentales de las propias universidades. Como resultado, la inversión en Investigación y Desarrollo y Formación de Recursos Humanos de cuarto nivel, se incrementó substancialmente en las universidades, así como también en centros de investigación especializados (p.e. *IVIC*, en Venezuela) creados con este fin. En lo que respecta al recurso humano, se mantuvo un nivel de ingresos adecuado, que permitió su desarrollo (principalmente en formas de becas al exterior) y un sustento aceptable para quienes laboran en el sistema de Ciencia y Tecnología o las universidades. Como resultado, las universidades y otros centros, generaron y desarrollaron recursos humanos que todavía hoy día son de primordial importancia para el mantenimiento de la actividad científica en nuestros países. Sin embargo, con igual o mayor ímpetu se masificó la educación del tercer nivel y se descuidó la formación a nivel primario, secundario y técnico, lo que traería posteriormente consecuencias desastrosas en el sistema educativo.

La segunda etapa se cumple durante las décadas 70 y 80. En nuestros países, en general, pero de manera particularmente notoria en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Venezuela, se produce un incremento de la tasa de inversión en Investigación y Desarrollo (I&D) en la medida en que fueron incorporados créditos externos y el desarrollo económico se expandía, muchas veces sin metas o planes concretos a largo plazo por parte del Estado. Las universidades son llamadas a participar en los denominados Planes Nacionales de Ciencia y Tecnología. Sin embargo, estos planes se les presentan preconcebidos, sin su participación en su elaboración y, muchas veces, en alta contradicción con las misiones universitarias, posiciones ideológicas o sumisión a intereses transnacionales, en desmedro de un desarrollo humano, científico-tecnológico sustentable, nacional e independiente. La participación en los recursos, por ende, es sesgada y muchas áreas son descuidadas, produciéndose daños aparentemente irreversibles, al menos a corto y mediano plazos.

La tercera etapa ocurre en las postrimerías de los 80; se produce una constricción acentuada en la medida en que estos países no pueden garantizar los pagos de los intereses de las inmensas deudas contraídas. Los presupuestos universitarios y de otros centros de investigación fueron congelados, afectando la incorporación de personal de reemplazo (generación de relevo). Esto, unido a la emigración de cerebros, jubilaciones, muchas de ellas en la plenitud de producción científica y pérdida del poder adquisitivo, debido a inflación y cambios en la tasa de cambio con respecto al dólar (US), trajo como consecuencia un deterioro enorme en la producción científica y la formación de recursos humanos de cuarto nivel dedicados a esta actividad. Además, las nuevas políticas gubernamentales neoliberales profundizan, de alguna manera, el divorcio Universidad-Estado-Empresa. Las primeras tratando de mantener una actividad y desarrollo autónomo y los segundos, presionando para convertir a las universidades en Centros de Producción, equivalentes a empresas o deslastrando al Estado de su responsabilidad de financiamiento mediante la "sugerencia" del cobro de matrícula. Se expande en América Latina la idea que las universidades son centros con alto potencial de producción, debido principalmente a su capacidad intelectual y física; se desvirtúa su función formadora de recursos humanos y creación del conocimiento mediante la investigación, sustituyéndola por una empresa de

prestación de servicios, muchas veces compitiendo con empresas del propio Estado o particulares. Se promueve así el slogan de las universidades al frente del país, retórica que causa un estancamiento en su desarrollo. Las universidades que sucumben con este modelo, son consecuentemente aquellas a la cabeza de la producción científica y tecnológica en áreas como Agronomía, Veterinaria, Ciencias Básicas y Ciencias de la Salud. Los profesionales y técnicos dedicados a la actividad de investigación, pierden posiciones económicas y sociales, debido a la devaluación de su salario y dedican entonces parte de su actividad a las luchas gremiales para la consecución de beneficios que les permita recuperar su poder adquisitivo.

Producción Científica

Como resultado de lo anteriormente expuesto, la participación de América Latina en la producción de conocimiento científico no alcanza al 1% del total mundial (Ayala, 1995; Garfield, 1995; Gibbs, 1995); sin embargo, contribuye en más de un 20% de la producción de los llamados países del Tercer Mundo. En Venezuela, por ejemplo, en el período 1986-1991, se publicaron aproximadamente 2.000 artículos (aprox. 400/año), en revistas arbitradas e indizadas según el *Science Citation Index*. Este volumen, coloca a nuestro país como quinto país productor de conocimiento científico y tecnológico en América Latina. Aunque podemos sentimos orgullosos de esta posición, a pesar de la grave crisis económica a la cual el sector Ciencia y Tecnología ha sido sometido desde 1982, estamos lejos del cuarto lugar ocupado por Chile, país que ha producido 3.5 veces más (7.000), o México (8.200) y mucho más lejos de Argentina (12.700) y Brasil (17.350) (Guimaraez, 1994). Sin embargo, Ayala (1995), utilizando otros indicadores, concluye acertadamente que si tomamos en cuenta el monto invertido en estas actividades, nuestros países son doblemente más efectivos que los Estados Unidos o Europa.

Además, la gran diferencia en producción científica (reflejada en publicaciones) que aparentemente los separa, es minimizada al tomar en cuenta la relación Inversión: masa crítica de investigadores dedicados a esta actividad productiva (Tablas I y II). Las Tablas III y IV muestran los cursos de postgrado ofrecidos por Venezuela (III) y la relación con otros países de América Latina (IV).

PAIS	MILLONES $	P.T.B.	PUBLICACIONES POR 10^6 HABITANTES
Argentina	466	0.80	62.1
Brazil	3.179	0.89	26.4
Chile	148	0.52	92.0
Colombia	206	0.60	16.5
Cola Rica	43	0.89	38.5
Cuba	171	0.85	15.3
Ecuador	11	0.11	6.1

México	961	0.35	19.3
Perú	106	0.23	8.5
Uruguay	18	0.20	32.0
Venezuela	200	0.45	27.1

Datos de Ayala 1995. Science 267:826

Tabla 6.8.1.- Tabla I. La Inversión y Publicaciones en algunos países de América Latina

	P.T.B.	INVERSION	%	PUBLIC.	EFECTIVIDAD
América Latina	715	3.22	0.45	1.4	43.5%
Estados Unidos	5.362	155.50	2.9	35.8	23.0%
Europa	4.862	97.24	2.0	27.7	28.5%

Tabla 6.8.2.- Tabla II. Cuadro comparativo de Inversión en Investigación

	1973		1985		1991	
Areas	Número	%	Número	%	Número	%
Ciencias Médicas	56	41.5	148	35.0	246	34.1
Ciencias Sociales	20	14.8	82	19.4	126	17.5
Humanidades y Educación	9	6.7	49	11.6	126	17.5
Ingeniería y Arquitectura	30	22.2	63	14.9	104	14.4
Ciencias Básicas	14	10.4	49	11.6	91	12.6
Agropecuarias y Veterinarias	5	3.7	25	5.9	25	3.5
Otras	1	0.7	7	1.7	3	
Totales	135	100	423	100	721	100

Fuente: Gisela Alvaray: En Postgrado. Vol. 1. (1), 1993.

Tabla 6.8.3.- Tabla III. Cursos de Postgrado por área de conocimiento en Venezuela.

	Especialidad		Maestría		Doctorado		Totales	
País	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Brasil	455	37.7	429	31.2	174	46.3	1058	35.8
México	400	33	587	42.8	171	34.8	1118	37.8
Venezuela	349	281	357	26.0	74	117	no	214

Fuente: Alvaray, 1993; Salcedo, 1994; Villegas, 1994

Tabla 6.8.4.- Tabla IV. Cuadro comparativo Postgrado en América Latina 1994

Por otro lado, es de hacer notar que entre el 60 y el 70 % de la investigación científica (producción de conocimientos y desarrollo de tecnología), se materializa en las universidades. Centros éstos que, durante los últimos treinta años, han sido presionados, tanto económica como socialmente, para cumplir una labor principalmente docente, debido a la gran masificación de los estudios del tercer nivel.

¿Cómo enfrentar la crisis y lograr el desarrollo sostenido en América Latina?

Las universidades deben pasar de ser centros dedicados principalmente a la fabricación de diplomas a ser centros productores de conocimientos en todas las ramas del saber. Deben rescatar su conformación y constituirse en una comunidad de investigadores, estudiantes y personal de apoyo dedicados a explorar, enseñar y aprender o facilitar estas tareas (Bunge, 1984; Neghme, 1984). Debemos, igualmente, rediseñar estructuralmente la universidad, de forma tal que garantice la investigación como pilar fundamental y actividad necesaria para el desarrollo de una buena y actualizada enseñanza y la formación de profesionales aptos para resolver los problemas a los cuales se deberán enfrentar en la sociedad nacional o regional. No podemos permitir que sólo un minúsculo grupo de profesores, estudiantes de pre y postgrado participen en esta actividad productiva, más aún, cuando nuestros países poseen un déficit alarmante de investigadores según todos los índices internacionales (p.e. Unesco, 1993).

Por otra parte, es inquietante observar que menos del 1% de los profesionales del 4º nivel, formados en América Latina o en países más avanzados, estén incorporados al sector empresarial, tanto del campo como de las ciudades. Sólo en aquellos países donde el empresariado está convencido de la importancia del uso de innovaciones tecnológicas para su propio beneficio o de la colectividad, es donde se ha evidenciado que ésta formación sólo se logra mediante estímulos tales como becas, premios, financiamiento, etc. (= inversión) y su posterior utilización o incorporación exitosa al mercado de trabajo.

Necesitamos, igualmente, realizar una revisión y sincerar la inversión en investigación. Redimensionarla hacia el apoyo de nuevos sistemas organizacionales, que hagan más efectivo el gasto y más productivos los resultados. Ampliar el espectro/variedad individual o apoyar pocos programas multi o interdisciplinarios que incorporen un gran número de investigadores. Además es imperativo incrementar nuestra participación en los programas ofertados por el Banco Interamericano de Desarrollo (*BID*), el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (*CONICIT*), el Banco Mundial (*BM*) y la Comunidad Económica Europea (*CEE*) dirigidos al financiamiento de proyectos multi o interdisciplinarios y con la finalidad de formar recursos humanos en áreas prioritarias del desarrollo y/o resolver problemas nacionales en áreas del agro, salud, biotecnología, ambiente, economía, sociales, etc. Sin embargo, es obvio que nuestros países deben invertir más en Investigación y Desarrollo. El Estado debe continuar con el financiamiento y fortalecimiento de los programas: sin embargo, también es necesario involucrar al sector empresarial. Debemos, igualmente, probar diferentes modalidades de financiamiento a

través de la incorporación de experiencias exitosas en algunos de nuestros países como, por ejemplo, Brasil, que toma la decisión de invertir un cierto porcentaje de los impuestos nacionales, estatales o municipales, dirigidos hacia la formación de recursos humanos o de investigación y programas de estímulo dirigidos a los investigadores en las universidades y otros Centros de I&D.

Debemos entonces contemplar programas de promoción que nos permitan lograr la añorada relación de un investigador por cada mil habitantes. Como Universidades, debemos garantizar, principalmente, el desarrollo de proyectos de investigación que garanticen el desarrollo del conocimiento por el conocimiento mismo, no por simple definición académica tradicional, sino porque: "como ha sido demostrado fehacientemente en los países desarrollados, el rápido progreso de la tecnología y los grandes logros científicos en este siglo han producido profundos cambios en nuestras vidas, en la economía global y en nuestra percepción de ver al mundo; sin embargo, esto ha sido logrado por una pequeña comunidad, concentrada en las naciones más avanzadas y no deja de preocuparnos qué hubiera pasado si todo el potencial de recursos humanos hubiera participado en este esfuerzo" (Da Costa, 1995:827)".

Debemos indicar que esta posición no es contradictoria, sino complementaria con el desarrollo de proyectos de investigación dirigidos hacia la solución de problemas nacionales o regionales aplicados en diferentes áreas y formación de recursos humanos actualizados y eficientes. Es muy posible que podamos encontrar respuestas tomando en cuenta el conocimiento y experiencias de culturas ancestrales de América Latina, especialmente en el mantenimiento de un desarrollo sostenible y garantizando un equilibrio ecológico. Así, pequeñas innovaciones tecnológicas han demostrado la alta riqueza americana, especialmente en áreas del agro, biotecnología, fauna y flora, con un alto potencial económico. Los programas de ganadería de doble propósito (carne/leche o leche/carne) utilizando ganado tropicalizado; los métodos de cultivo con mínima labranza; la sustitución del país cerealero mediocre por un país fruticultor eficiente, son algunos ejemplos prometedores. Además, tratar de entender las razones por las cuales ha sido poca la contribución de nuestros países al desarrollo científico y tecnológico global no es sólo de interés académico, sino esencial para la promoción y el desarrollo económico y social de la región. Mientras que el papel de la tecnología, en gran extensión, es reconocido por nuestros gobernantes, la importancia de la investigación básica, humanística y social, no lo es.

Así, es necesario lograr una sincronía entre las necesidades de los países en cuanto a recursos humanos e investigación y los productos de las universidades latinoamericanas. Para que esto suceda, es imprescindible tener en cuenta ciertas condiciones básicas (Castillo, 1995): "1) Que existan definiciones claras de las necesidades del país. 2) Que las instituciones de educación superior tengan el necesario dinamismo y flexibilidad para adaptarse a esas necesidades. 3) Que los aspirantes a ingresar en esas instituciones sean orientables. 4) Que exista una masa crítica de investigadores concentrados en una o varias instituciones con hallazgos de punta en un área del conocimiento y capaces de ser transferidos a procesos tecnológicos. 5) Que exista un sector productivo con clara conciencia de las necesidades de innovaciones tecnológicas para mejorar procesos y

productos. 6) Que exista un sector financiero con capacidad y noción de inversión a riesgo para invertir capital en desarrollo tecnológico".

A menos que esta sincronía o interconexión sea entendida y demostrada, existen muchas dudas de que un sistema de Ciencia y Tecnología o Investigación y Desarrollo pueda ser implementado en nuestros países. Las universidades deben tratar de adoptar estrategias de vinculación con los sectores productivos internos, que no las involucre directamente a ellas, sino mediante la creación de instancias administrativas autónomas "Fundaciones, rentales o incubadoras", con responsabilidad jurídica propia, que facilite la integración sin que estas se inmiscuyan en la formulación de políticas de investigación de la universidad que la genere, sino destacando resultados de investigación que sean transferibles y generando los mecanismos necesarios para ello. Además, deben estimular esta actividad mediante premios, bonos o programas especiales. Sólo así, podemos entender que: "el desarrollo de sistemas de Ciencia y Tecnología en la región necesita urgentemente, por encima de todo, cambios fundamentales en las actitudes y hábitos administrativos de nuestros gobernantes, mientras que los científicos deben reconocer la necesidad de implementar decisiones realísticas con respecto a nuevas inversiones en investigación y formación de recursos humanos".

Datos finales

Del total del monto de la inversión mundial en investigación y desarrollo, el 42% va a los Estados Unidos y Canadá, el 28% a Europa, el 27% a los países asiáticos, y sólo el 1% a América Latina, según la Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología (Ricyt). Mientras Israel gasta el 5% de su producto bruto en investigación y desarrollo, Japón gasta más del 3%; los Estados Unidos, cerca del 3%; Corea del Sur, el 2,5%; China, el 1,2%, y la India, cerca del 1%.

El promedio de América Latina es del 0,5%, según el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (*PNUD*). Brasil, el país de América Latina que lleva la delantera en la materia, invierte cerca del 1% de su producto bruto en investigación y desarrollo, mientras que Chile invierte el 0,5%; México, la Argentina y Venezuela, el 0,4% cada uno, y Colombia, Ecuador y Perú, el 0,1% cada uno, según el *PNUD*. Hay un consenso cada vez más generalizado en que la forma de aumentar la investigación y el desarrollo en América Latina no consiste en que los gobiernos gasten más, sino en que creen las condiciones para mayores inversiones privadas en plantas para investigación.

Entre otras cosas, los países necesitan respetar derechos de propiedad intelectual y hacer que sus sistemas universitarios estén en sintonía con el sector privado.

Fig. 6.8.2.- Vista panorámica de los "ranchos" a la entrada de Caracas. Aún así la calidad de vida ascendió al puesto 58. Que ironía.

Conclusiones

1.- El desarrollo de una Nación, su progreso y la mejoría en las condiciones de vida de su gente, están fuertemente ligados a su capacidad para generar conocimientos y obtener de ellos la respuesta a los desafíos de su tiempo.

2.- La ciencia y la tecnología han constituido, a lo largo de la historia, uno de los principales elementos transformadores de la dinámica social, de la manera en que se concibe el ser humano y de su interacción con el universo.

3.- La ciencia conduce al hombre a indagar sobre sí mismo y su entorno, en un afán inagotable de saber.

4.- La tecnología, por su parte, hace del conocimiento un mecanismo operativo de transformación.

5.- Por ello, el desarrollo social de una Nación, tendrá horizontes tan amplios como lo sea su capacidad para enfrentar sus grandes desafíos con las herramientas del pensamiento racional, que rige los razonamientos científico y tecnológico.

Linkografía

http://www.saber.ula.ve/items-by-subject?subject=Revista+Bit%C3%A1cora-e

. (http://www.forodeseguridad.com/artic/reflex/ref_8043.htm)

Antonio Machado Allison (http://www.interciencia.org/v21_02/art03/)

(http://www.venelogia.com/archivos/3132/)

http://www.anm.org.ve/ftpanm/online/2009/coleccion_razetti/volumen3/06.%20brice%c3%b1o%20l%20(231-253).pdf

9.- Situación de Salud en Latinoamérica.

La segunda Sesión de Trabajo de la *ALANAM* se inició el día viernes 29 de octubre de 2010, a las 08:30 horas, en la sede de la Academia Chilena de Medicina, ubicada en la Calle Almirante Montt 453, en Santiago Centro.

La Sesión de Trabajo sobre el tema de la "*Situación de Salud en Latinoamérica*" se inició con una "*Introducción*", que estuvo a cargo del Doctor Rubén Torres M. D., Representante de la O.P.S. en Chile.

"Sistemas de salud en América Latina y el Caribe: panorama actual y perspectivas"

Doctor
RUBÉN TORRES M. D.
Representante de la OPS en Chile.

Fig. 6.9.1.- Doctor Rubén Torres M. D. Representante de la OPS en Chile. Fotografía de ZCM.

Resumen

La segmentación y fragmentación de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe (*LAC*), con su secuela de inequidad, diferencias de calidad y accesibilidad, constituyen un reto para el conjunto de los gobiernos de la región, en el marco de una transición demográfica y la coexistencia, en muchos países, de una carga de enfermedad que, cada vez más vinculada a las enfermedades crónicas no transmisibles, convive con la

persistencia de transmisibles aún no erradicadas. La protección social en salud es el marco a ser alcanzado con la necesaria adaptación a las peculiaridades culturales de cada país.

Summary

The segmentation and fragmentation of health systems in L. America and the Caribean, with its consequences of inequity, differences in quality and accessibility, are a challenge for all governments in the region, as part of a demographic transition and the coexistence in many countries of a burden of disease. This fact is linked increasingly to the chronic noncommunicable diseases, existing with the persistence of communicable diseases not yet eradicated. The social protection in health is the framework to be reached with the necessary adaptation to the cultural needs of each country.

Introducción

La mayoría de los países de América Latina han desarrollado sistemas de salud mixtos segmentados, en que coexisten subsectores públicos, privados y de la seguridad social en los ámbitos asegurador y prestador; y todos ellos presentan diferentes realidades, producto de la historia de su desarrollo, la naturaleza de sus sistemas sociales, políticos y económicos y de los problemas de salud que tienen que enfrentar.

La experiencia dice que no existe un modelo único para alcanzar la cobertura universal y los países usan diversas maneras de generar recursos, compartir riesgos, financiar y disponer servicios, y ello constituye los sistemas en modelos profundamente ligados a valores culturales, históricos y sociales. A pesar de ello, todos tienen varias características comunes:

1) Segmentación por riesgo, por nivel de ingresos y tipo de cobertura a la cual están adscriptos los ciudadanos.

2) Un conjunto de problemas de salud relacionados con el envejecimiento de la población y otro con la pobreza.

3) Problemas de eficiencia en el manejo de los recursos y de calidad de los productos que entregan.

4) Inequidad en el acceso, la calidad y el financiamiento de su sistema de salud.

5) Coexistencia de subsistemas, con diferentes grados de integración y en muchos casos con un desarrollo tipo estanco, en el cual existen pocos puntos de comunicación.

Además, los profundos cambios acaecidos en el panorama social y político de América en las últimas décadas, tuvieron una importante incidencia en el campo de la salud. Desde los inicios del siglo XX, con la concepción de la salud como un hecho benéfico vinculado a la llamada “asistencia pública”, se ha transitado por el desarrollo de la seguridad social en salud para los trabajadores formales, especialmente en las décadas del 20 al 40, truncada en su desarrollo, entre otras cosas, por la crisis económica subsiguiente a la crisis del petróleo, y fracasada hoy como posibilidad de cobertura universal, en la medida en que crecientes niveles de informalidad laboral y desempleo campean en la región. En los últimos años, la creciente aparición de aseguramiento privado, no de carácter complementario o

suplementario, sino como intento de cobertura total en muchos países, han agregado un nuevo componente de inequidad a la composición de los sistemas.

La aparición del fenómeno de la globalización y su consecuente nuevo orden económico acompañante signaron, especialmente, alguno de estos cambios, conjuntamente con el derrumbe de la seguridad social que continuó a la crisis del petróleo.

Los niveles de desempleo, los de empleo informal, sus secuelas de aumento de la exclusión y de ampliación de las disparidades sociales, son otra clara manifestación de estos cambios. La mirada de las reformas económicas del Estado y, especialmente, del sector salud, llevadas a cabo durante los 90, en los países de América Latina, contribuyeron a profundizar los problemas derivados de estos acontecimientos. Esas reformas buscaron mejoras en el acceso y el financiamiento, poniendo énfasis en mecanismos de incentivos y eficiencia más que en los de solidaridad, y trasladaron la desigualdad en la distribución de ingresos a la protección social, y la exclusión social en salud es hoy un exponente incontrastable del fracaso de las promesas incumplidas de aquellas reformas, que acentuaron, además, los niveles de segmentación y fragmentación de nuestros sistemas de salud.

El "*trade off*" (cambalacheo) entre eficiencia y equidad, habitualmente mencionado por los economistas, parece desaparecer cuando se observan niveles paralelos de ineficiencia e inequidad, como resultado del accionar de muchos de estos sistemas.

La protección social en salud

La protección social en salud[24], como inalienable derecho ciudadano, e independiente de un Estado de Bienestar basado en la sociedad del trabajo, representa el modelo a alcanzar y el desafío para el conjunto de los países de la región, tanto los de ingresos bajos como altos. Todos están enfrentados a los desafíos de la provisión de protección social en salud: los de ingresos altos en relación con el envejecimiento de sus poblaciones y un incremento de enfermedades relacionadas con los estilos de vida; los de ingresos bajos y medianos por el bajo gasto público, la escasa cobertura de los pobres y las dificultades en el acceso a los servicios y el elevado nivel de gasto de bolsillo; y en todos, el incremento de los costos, las consideraciones económicas y las restricciones financieras para acomodarse a la competitividad internacional hacen, de las reformas a la protección social, una prioridad política.

[24].- Basada en los valores fundamentales de la equidad, la solidaridad y la justicia social, la protección social en salud puede ser definida como una serie de bienes públicos, u organizados bajo mandato público y privado, que constituyen medidas contra la angustia y la pérdida económica causada por la reducción de la productividad, paro o la reducción de ganancias, o el costo de tratamiento necesario que puede ser el resultado de la mala salud. La equidad, la solidaridad y la justicia social se entienden allí como las características básicas de acceso universal a la protección de la salud basada en la distribución de la carga de riesgos y el empoderamiento y participación de la población cubierta. Consiste en varias opciones de financiamiento y organización para la provisión adecuada de conjuntos de prestaciones para la protección contra los riesgos de salud y su relación con la carga financiera catastrófica para los hogares que ellos pueden tener.

La ausencia de acceso a los cuidados médicos necesarios tiene repercusiones sociales y económicas importantes; además de los efectos sobre la salud y la pobreza (para las personas en pobreza extrema, y sus familias, la pérdida de la salud - y por ende de la productividad - puede obligarlos a abandonar gastos de educación, alimentación, y a la venta de bienes ante la pérdida de obtención de ingresos y los gastos[25]).

Las relaciones entre salud, mercado laboral y generación de riqueza, tienen un importante impacto en el crecimiento económico y en el desarrollo. Aquellos cambios a que hicimos referencia, que sucedieron en la década de los noventa, estuvieron enfocados más en aspectos organizacionales y de eficiencia en el manejo de los recursos financieros, pero no atendieron los desafíos vinculados con la equidad en el acceso y en el financiamiento de los sistemas de salud, en un contexto de grandes cambios demográficos y epidemiológicos, ni tampoco los derechos de las personas, la satisfacción de los usuarios ni, y muy especialmente, el problema de los recursos humanos en salud. Fruto de estas falencias, por un lado, los sistemas sanitarios aumentaron sus deficiencias, y, por otro, mejoraron determinadas cuestiones, como resultado de los procesos descritos, que se desarrollaron en diferentes épocas y con diferentes orientaciones y profundidades.

Además, en la mayoría de ellos, la falta o un serio debilitamiento en las funciones de rectoría de las autoridades de salud, especialmente aquellas referidas a la regulación, el control y la fiscalización de los servicios, han condicionado seriamente el desarrollo de condiciones de equidad en el acceso de todos los ciudadanos.

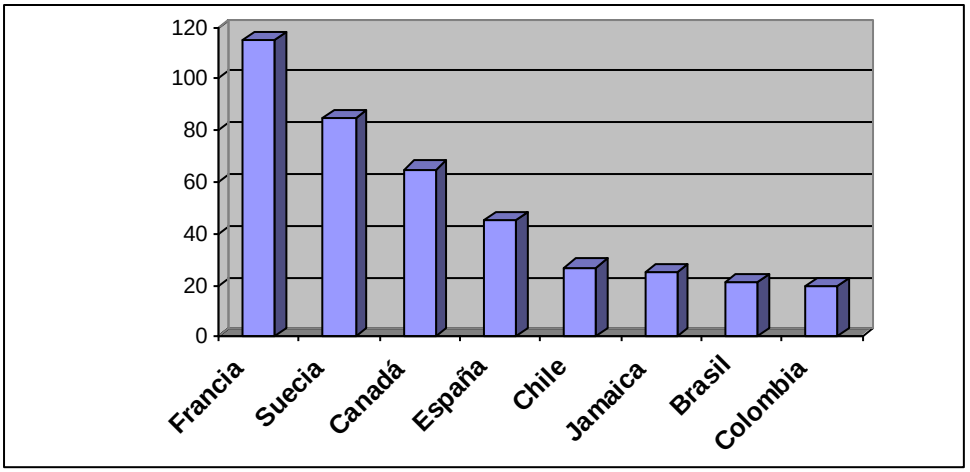
A su vez, la transición demográfica, y la polarización epidemiológica, con la coexistencia de perfiles de riesgo y enfermedad opuestos, y el aumento de las poblaciones de trabajadores migrantes, agregan aprietos al funcionamiento de estos sistemas (Cuba, Uruguay, Argentina y Chile están en un avanzado proceso de esta transición demográfica). Estos trabajadores migrantes, sin cobertura ni beneficios, son a su vez los más frecuentemente expuestos a condiciones de trabajo peligrosas y poco saludables, con horarios de labor prolongados, y situaciones de habitación poco higiénicas, y comparten la condición de desprotección social en salud (esta situación es especialmente crítica en la región de Mesoamérica).

El nivel medio de cobertura de los sistemas de seguridad social, de neto corte bismarckiano en los países de la región (medido en término de porcentaje de afiliados respecto de la población en edad de trabajar (37,3%), y las notables desigualdades de cobertura entre poblaciones urbanas (43,9%) y rurales (13,9%); primer (16,3%) y quinto quintiles (61,3%), y hombres (25,5%) y mujeres (15,4%), sumados a los elevados niveles de informalidad laboral y de desempleo, exponen claramente la incertidumbre sobre la posibilidad de la seguridad social tradicional (seguro social bismarckiano) como mecanismo de protección social universal en salud.

[25].- En el mundo, según datos de la OMS, unas 1.3 billones de personas tienen acceso efectivo a servicios de salud cuando requieren de ellos, pero hay 170 millones que se ven forzadas a gastar más del 40% de sus ingresos en tratamientos médicos.

Por ello, es necesario un nuevo acuerdo social, en el cual el papel de las autoridades sanitarias nacionales deberá centrarse en superar las fuertes inequidades en el acceso y la calidad de los servicios y la falta de integración entre los sectores (público, de la seguridad social y privados) y los impactos que la transición demográfica, epidemiológica y tecnológica tienen sobre los sistemas.

En este último aspecto, la velocidad de la transición demográfica, en relación a las condiciones de crecimiento económico y de sustentabilidad financiera de los sistemas, pone a los países de la región en la apremiante situación de que muchos de ellos serán viejos antes que ricos (Grafica 6.9.1).



Fuente: elaboración propia en base a Kinsella,K; Gist,Y. Olders Workers,Retirement and Pensions.
Gráfica 6.9.1.- Número de años para que la población de 65 años o más pase de 7 a 14%

Del mismo modo, el logro de una mayor equidad en el acceso y la calidad está, necesariamente (aunque no suficientemente), ligado a las condiciones de financiamiento y, en este aspecto las medidas debieran realizar una visión retrospectiva de lo sucedido entre los años 2002 y 2008. En ese lapso, el producto bruto interno por habitante en la región de América Latina y el Caribe, creció por encima del 3% anual consecutivamente, logrando una importante disminución de la pobreza, pero cuando se observa su impacto en los presupuestos de salud y, específicamente, en las fuentes de financiamiento del gasto en salud, podemos observar una tendencia persistente en un pronunciado gasto de bolsillo por sobre las inversiones públicas y aún de la seguridad social.

El camino, entre un modelo con matriz de financiamiento público limitado con predominio de gasto de bolsillo, a otro con mayoría de la población cubierta a través de esquemas financiados públicamente, con seguros privados otorgando solamente cobertura secundaria, de carácter complementaria o suplementaria, es la tarea prioritaria de los sistemas de salud de la mayoría de los países de Latinoamérica, y se requiere de ese nuevo acuerdo social mencionado para universalizar la protección social[26].

[26].- En el año 2005, los estados miembros de la OMS se comprometieron a un objetivo definido como "cobertura universal", basado en el desarrollo de sus sistemas de financiamiento sanitario, de forma que todas las personas tuvieran acceso a los servicios, sin sufrir dificultades al pagar por ellos.

Uno de los grandes desafíos de ese acuerdo social lo constituye la inclusión de más componentes solidarios y, particularmente, la integración de los mismos con el resto de los subsistemas, aumentando el nivel de financiamiento no contributivo (a través de mecanismos de reasignación de gasto, de aumento de la recaudación, etc.).

Los Estados se enfrentan a importantes desafíos en su afán de alcanzar este objetivo, tales como: la forma de financiar el sistema de salud, protegiendo a los ciudadanos de las consecuencias financieras de la enfermedad, el pago de los servicios y cómo estimular el uso adecuado de los recursos.

Cada año, cerca de nueve millones de niños mueren por enfermedades que podrían haberse prevenido o tratado y unas 400.000 mujeres fallecen por complicaciones del embarazo: casi todas estas muertes se producen en los países más pobres del mundo, y muchas de ellas en América Latina, y evitarlas, no sólo reduciría los niveles de sufrimiento sino que, además, fomentaría la prosperidad económica en estas sociedades empobrecidas.

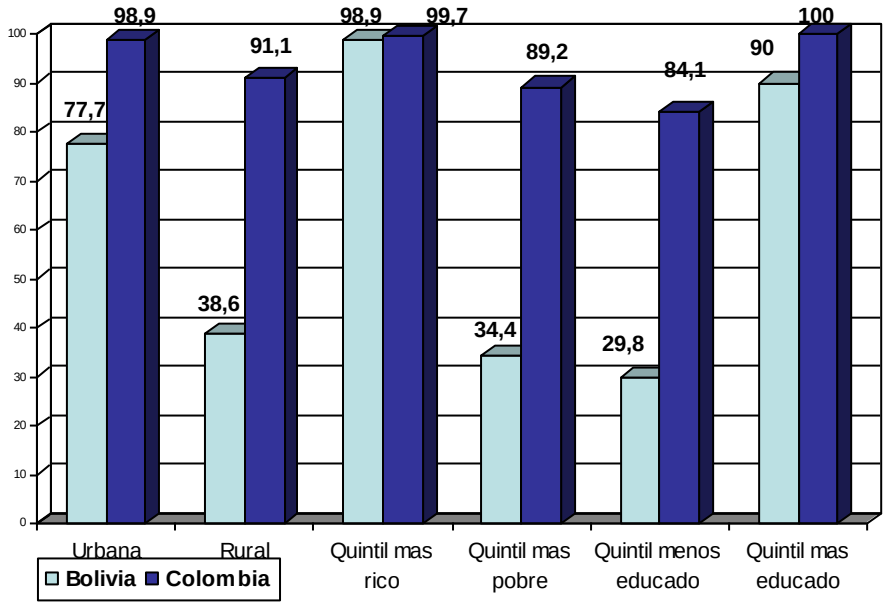
El acceso universal a la Atención Primaria de Salud tiene un costo estimado en alrededor de 54 dólares por año y por persona[27], en los países más pobres, que alcanzan a cubrir con sus recursos propios algo menos de un tercio de esa cifra, pero no es el problema de los países de ingresos medios mayoritarios en la región, por lo cual su instrumentación depende casi exclusivamente de decisiones políticas.

En los últimos años, muchos países de ingresos bajos y medios han demostrado que la posibilidad de acercarse a la cobertura universal no resulta un desafío imposible, ni sólo privativo de los países ricos: Brasil, Chile y aún México, han dado importantes pasos en este sentido.

Igualmente, estas decisiones están en estrecha relación con la definición de derechos explícitos, garantizables y exigibles, de alcance universal y la coordinación de las redes de servicios públicos, de la seguridad social y privados. En la definición y explicitación de estos derechos resulta de muy importante consideración la utilización del meta-análisis, la medicina basada en evidencia y la costo-efectividad, como herramientas clave para otorgar transparencia a estas decisiones y, a la vez, contrarrestar la fuerte prédica mediática, llevada a cabo por los productores de tecnología, que suele llegar a los ciudadanos sin una adecuada filtración que permita aseverar su disponibilidad masiva, su utilidad real y, consecuentemente, la posibilidad y sostenibilidad de financiamiento en el tiempo, sin agredir los derechos comunitarios por sobre las demandas individuales. La globalización y su consecuente aumento en la accesibilidad a la información, por diversos medios, requiere de una especial atención a este tema, al igual que una creciente judicialización de las decisiones. Con las herramientas citadas se puede también racionalizar el conjunto de prestaciones cubiertos, de forma transparente y consensuada en cada sociedad, para poder garantizar la sustentabilidad de la universalización, con integralidad y calidad de atención de la salud para toda la población.

[27].- Estimaciones recientes sobre el dinero necesario para alcanzar los ODM, en países de ingresos bajos, sugieren una media de 60 dólares per capita (casi el doble de su gasto actual).

La definición de los modelos de atención y, especialmente, de las condiciones de gestión de los mismos, constituye otro de los aspectos sobre los cuales se deberá incidir en forma importante y, en este aspecto, la acreditación y la certificación de servicios y de profesionales, con base en estándares mínimos, aplicables a todos los subsectores, constituye un paso importante, al igual que la concentración en una Atención Primaria resolutiva, con una inclinación definida a la promoción y prevención, especialmente de estímulo a los estilos de vida saludables. Esto permitirá eliminar, o por lo menos disminuir, inaceptables diferencias en las condiciones de acceso y calidad a los servicios (Grafica 6.9.2).



Fuente: elaboración propia, con base en indicadores Básicos ops.

Gráfica 6.9.2.- Porcentaje de partos atendidos por personal especializado. Variaciones entre países según diferencias geográficas, económicas y de educación (Bolivia y Colombia).

Naturalmente, la mejoría de los mecanismos de pago, incluyendo la implementación de incentivos adecuados, es otra de las tareas a abordar. Estos innumerables desafíos, que apuntan a alcanzar la meta de una salud para todos, sustentada en una concepción de derechos humanos inalienables, con canales de información y conocimiento masivos y transparentes, apoyados en la atención primaria de la salud, como estrategia fundamental, la promoción de la salud, como herramienta indispensable, y la protección social, como eje de las políticas sociales, demanda un importante fortalecimiento de la capacidad y calidad institucional del Estado, pues cuando se intenta alcanzar una protección social en salud universal, ésta debe ser vista como parte de una estrategia general de gobierno. La organización y financiación no son suficientes en sí mismas, los factores económicos y sociales también desempeñan un papel fundamental y se debe abordar la pobreza, el apoyo a la formalización de la economía informal y la creación de trabajo decente. Implica, además, desarrollar regulaciones dirigidas a alcanzar eficiencia y equidad, en términos de compra y pago de servicios a los proveedores, distribución de los recursos y servicios equilibradamente en los distintos niveles de cuidados, áreas geográficas, en términos de calidad y con participación de todos los actores.

Requiere, además, el desarrollo de un marco legal que establezca explícitamente las reglas de juego, en términos de condiciones de uso, definición del conjunto de prestaciones, condiciones de pago a los prestadores y equilibrio entre los subsistemas. Los diferentes subsistemas necesitan ser coordinados a nivel nacional para cubrir todas las brechas de acceso y establecer sinergias entre las redes y los recursos. Pueden sugerirse algunos principios comunes que pueden ser aplicados en la construcción de los sistemas para alcanzar un acceso universal, como el de coordinar y racionalizar los diferentes mecanismos de financiamiento (público, de la seguridad social y privado), para ir logrando, paulatinamente, una protección social en salud universal y efectiva, con solidaridad en la financiación, de acuerdo con la capacidad de pago y equidad en el acceso (aumentando el pool de riesgo) y, a la vez, integrar sus respectivas redes de servicios, de acuerdo con el contexto social de cada país, incluyendo a todos los ciudadanos, sin discriminación de género, etnicidad, capacidad de pago, condición de empleo, etc. Pero, la adaptación a las realidades sociales, políticas, económicas y culturales de cada una de las naciones de Iberoamérica constituye un hecho clave, que evite la aplicación de soluciones "prefabricadas", como muchas veces se intentó, sin respetar esas peculiaridades.

A su vez, los gobiernos requieren de un claro compromiso con la calidad institucional del sector salud, condición ineludible en el camino de alcanzar una Latinoamérica más saludable para todos.

Bibliografía

1.- International Labour Office, Social Security Department , *Social health protection. An ILO strategy towards universal access to health care. Social security policy briefings; Paper 1/–* Geneva: ILO, 2008

2.- BENNETT, S. "*The role of community-based health insurance within the health care financing system: a framework for analysis*", in *Health Policy and Planning*, **19 (3)**: pp. 147-158 (Oxford University Press, London); 2004. Available in (http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/3/147)

3.- Organización Panamericana de la Salud; Instituto Salud y Futuro (Universidad Andres Bello). *Las tendencias de los marcos reguladores de los sistemas de salud en América Latina-Perfeccionamiento de los sistemas en beneficio de la gente.* Santiago de Chile, 2010.

4.- BONILLA, A. and GRUAT, J.V. *Social protection. A life cycle continuum investment for social justice, poverty reduction and sustainable development,* Version 1.0 (ILO, Geneva); 2003. Available in (http://www.ilo.org/public/english/protection/download/lifecycl/lifecycle.pdf)

5.- CICHON, M. *Health protection in developing countries: Breaking the vicious circle of disease and poverty,* Third Roundtable Conference, Paris, France; 2007.

6.- ESTIVILL, J. *Concepts and strategies for combating social exclusion. An overview,* ILOSTEP/Portugal, Geneva; 2003. Available in (http://www3.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/96p1.pdf)

7.- EVANS, T. "*Universal coverage: from concept to implementation*", in: J. Holst and A. Brandrup-Lukanow (eds.): *Extending social health protection – developing countries experiences.* (Eschborn, GTZ), pp. 7-12. 2007.

8.- FRENK, J., KNAUL, F.; GONZÁLEZ-PIER, E. and BARRAZA-LLORÉNS, M. "*Poverty health and social protection*". In: J. Holst and A. Brandrup-Lukanow (eds.): *Extending social health protection – developing countries experiences* (Eschborn, GTZ), pp. 22-31.2007.

9.- MACEIRA, D. *Social protection mechanisms in health and impact of financial shocks. The Argentinean case*. Paper presented at Forum 9, Mumbai, India 12-16 September 2005 (Center for the Study of the State and Society (CEDES), Buenos Aires). Available in: (http://www.globalforumhealth.org/filesupld/forum9/CD%20Forum%209/papers/Bumbak%20S%20-%20Maceira%20D.pdf)

10.- MESA-LAGO, C. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: Su impacto en los principios de la seguridad social.* CEPAL/GTZ, United Nations, Santiago, 2005. Available in: (http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Indice.pdf)

11.- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). *Towards Asia's sustainable development. The role of social protection.* Paris.2001. Available in: (http://213.253.134.43/oecd/pdfs/browseit/8102031E.PDF)

12.- PAL, K., BEHRENDT, C., LEGER, F., CICHON, M. and HAGEMEJER, K. *Can low income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise,* Issues in Social Protection, Discussion Paper 13 (ILO, Geneva), 2005. Available in: (http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/1023sp1.pdf)

13.- Panamerican Health Organization. *Health in the Americas 2007*. WHO, Copenhagen. 2007. Available in: (http://www.paho.org/hia/vol2paisesing.html)
14.- PERRY, G., ARIAS, O., LÓPEZ, H., MALONEY, W. and SERVÉN, L. *Poverty reduction and growth:Virtuous and vicious circles*. (World Bank, Washington, DC.) 2006.
15.- PREKER, Alexander S., CARRIN, Guy, DROR, David, JALAB, Melitta, HSIAO, William and ARHIN-TENKORANG, Dyna. "*Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness*", in: *Bulletin of the World Health Organization* (Geneva, WHO), 80(2), pp. 143-150. 2002. Available in: (http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v80n2/a10v80n2.pdf)
16.- SACHS, Jeffrey. *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health (WHO, Geneva). 2001.
17.- SCHMIDT, J.O., SCHRAMM, B., HOHMANN, J., HOLST, J., HOWETT, M., RAMM, F. et al. *Linking up social protection systems in developing countries. Overview of some experiences and approaches* (Eschborn). 2005. Available in: (http://www.gtz.de/de/dokumente/en-linking-up-social-protection-systems.pdf)
18.- TITELMAN, D., UTHOFF, A. and JIMÉNEZ, L.F. "*Toward new social security systems in the 21st century: universal coverage is impossible without cohesion in financing*", in: *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2), pp. 112-117. 2000. Available in: (http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3010.pdf)
19.- VÁSQUEZ, E. and MENDIZÁBAL, E. "*Social protection policies and challenges in Latin America*" in: *Cooperation South Journal*, No. 2, pp. 4-30. 2001. Available in: (http://tcdc.undp.org/coopsouth/2001_2/4-30.pdf)
20.- XU, K., EVANS, D., KAWABATA, K., ZERAMDINI, R., KLAVUS, J. and MURRAY, C. "*Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis*". In: *The Lancet*, Vol. 362, pp. 111–117. 2003. Available in: (http://www.who.int/health_financing/Lancet%20paper-catastrophic%20expenditure.pdf)
21.- SACHS, Jeffrey. *Project Syndicate 1995-2010*. Earth Institute, Universidad de Columbia.

10.- “Atención Primaria de Salud en Bolivia”

Señor Académico
Profesor
EDUARDO ARANDA TORRELIO
Presidente de la Academia Boliviana de Medicina.

Viernes 29 de octubre de 2010

Fig. 6.10.1.- Profesor Eduardo Aranda Torrelio.
Presidente de la Academia Boliviana de Medicina. Fotografía de ZCM.

Antecedentes

En Medicina aún se mantienen vigentes ciertos pilares de acción referidos a la atención, prevención y rehabilitación de la salud y que deben ser extensivos a todos los grupos de edad, en cualquier población del orbe y sin discriminación alguna. Cada uno de esos pilares se desarrolla con el concurso de varios protagonistas con distintos grados de responsabilidad: a) el personal de salud en sus diversas modalidades de profesionalización; b) los ejecutivos, directivos ó componentes de entes gubernamentales vinculados con salud y de extensión local, regional ó nacional; c) la población en su conjunto, como el beneficiario potencial de acciones de salud, así como el grupo humano capaz de cooperar al mantenimiento y preservación de la salud. A ello se añaden los requerimientos materiales ó insumos que tienen características especiales para habilitarse en servicio de la población, constituyendo la infraestructura necesaria para que esos protagonistas se desenvuelvan con eficiencia, bajo un modelo organizado de asistencia médica.

Por otra parte y desde principios del siglo XX, se han perfeccionado las distintas modalidades de asistencia médica, con la creación de especialidades y sub-especialidades que posibiliten la atención calificada a casos complicados, con dolencias raras ó de difícil tratamiento. Asimismo, se ha ampliado otra área importante para el avance de la Medicina, cual es la investigación básica y aplicada, la cual posibilita la innovación y la oferta de recursos tecnológicos que perfeccionen la asistencia médica, mejorando el pronóstico de las distintas dolencias que afectan a los distintos grupos etários, con mayor o menor prevalencia colectiva.

En este contexto y bajo un enfoque de Salud Pública, durante el siglo XX, en particular, se fueron creando varias estrategias que beneficien a la mayor colectividad posible y, a su vez, se dediquen a enfermedades vigentes y prevalentes en la población; así, se desarrollaron múltiples talleres y cónclaves de expertos, que analizaron las modalidades más prácticas para que la asistencia médica sea eficaz, con costos no elevados y extensivas a medidas preventivas, para disminuir los índices de morbilidad y mortalidad en esos grupos etários.

De las reuniones que contaron con la participación de diversos especialistas ó expertos en tópicos de salud, aquella que innegablemente destacó por el impacto de sus declaraciones y objetivos planteados, fue la Conferencia Internacional de Alma-Ata, en la Unión Soviética, la misma que enfocó la "Atención primaria de salud" (APS) donde mas de 100 representantes de países del orbe firmaron una declaración histórica que reconoce a la salud como derecho fundamental de los seres humanos en su mas alto grado, se reconoce desigualdad en el estado de salud de las poblaciones, se admite la importancia del desarrollo económico y social en cada uno de los países, así como el derecho de la población a planificar su salud, la obligación de los gobiernos de cuidar la salud colectiva, así como a la Atención Primaria en Salud como asistencia sanitaria esencial para toda la población mundial.

Esta estrategia, que surge como reflejo y consecuencia de las condiciones colectivas de salud, debe orientarse hacia los problemas sanitarios dominantes mediante diversas actividades: de educación, promoción, prevención y asistencia médica, requiriendo la participación de todos los sectores involucrados. Asimismo, se fomenta el compromiso de la comunidad en las tareas a cumplirse, con la asistencia médica mediante un sistema asistencial que envía casos integrados, incluyendo no solo a los equipos de salud sino, también, a aquellos que fomentan la Medicina tradicional, con la referencia y contra-referencia de los casos complicados.

La formulación de esta atención primaria se aplica mediante políticas adecuadas, con estrategias y planes de acción debidamente coordinados. Su aplicación inicial surgió del informe conjunto elaborado por la Organización Mundial de la Salud y *UNICEF*, en el cual destaca la recomendación de asignar una proporción adecuada de recursos a la atención primaria de salud. Solo así podría alcanzarse un nivel aceptable de salud en toda la humanidad hacia el año 2000, mediante una utilización mejorada y completa de esos recursos en los distintos países del orbe.

Referencias Nacionales

Con referencia a las tasas y datos que conciernen a la atención primaria en salud, se reconoce que el binomio madre-niño merece una asistencia preferencial, dada su magnitud poblacional y por constituirse en el germen de la población que, unos años más tarde, sería la económicamente activa.

En Bolivia, cabe mencionar con relación a la fecundidad, la tasa global es muy baja: 4.9/1000 mujeres en edad fértil, la tasa de fecundidad general es de solo 121/1000 mujeres y la tasa bruta de natalidad, de 25,5/1000 personas.

En cuanto a planificación familiar, solo hay 6/10 mujeres en unión conyugal formal; los métodos modernos que se aplican en Bolivia incluyen la inyección mensual de anticonceptivos, el dispositivo intra-uterino (DIU) y la misma esterilización femenina. Otros métodos tradicionales aún incluyen al cálculo del ritmo del ciclo menstrual, así como a la abstinencia periódica. Todo ello no sería dependiente del nivel educativo de las mujeres, lo cual es muy disperso, sobre todo en áreas no urbanas del país. Asimismo, se reconoce que 34.3% de mujeres que viven en áreas urbanas y 47.4% de aquellas residentes en áreas rurales, no usan método anticonceptivo alguno.

Con referencia a la salud materno-infantil y la misma atención prenatal y del parto, su asistencia por médico ocurre actualmente en el 77% de los casos, siendo casi óptima en áreas urbanas (91%) y notoriamente menor en áreas rurales (58%). El 52% de mujeres sin educación alguna requieren asistencia por médico al momento del parto y en el extremo favorable, el 95% de las mujeres con niveles de educación superior acuden a esa asistencia profesionalizada.

Otros datos de interés epidemiológico incluyen la cobertura global de inmunizaciones, que en el caso del toxoide tetánico alcanza solo al 41% de mujeres sin antecedentes de escolaridad y al 68% de aquellas que accedieron a la educación secundaria. Por otra parte, el consumo de suplementos de hierro en las gestantes, durante su último embarazo, fue del 77% en aquellas con educación escolarizada vs. el 60% en quienes no accedieron a ello. El parto institucional se va incrementando con diversas estrategias desarrolladas por el Ministerio de Salud y Deportes, así como por organizaciones no-gubernamentales, que alientan lo mismo reconociendo que, según el censo de salud y vivienda del año 2008, ocurre en el 68% de los casos, aunque las mujeres con mayor paridez solo lo hacen en el 42% y quienes viven en áreas rurales solo acuden a centros de salud en el 35% de los partos.

Al referirnos a la atención primaria en el área materno-infantil, puede señalarse que las enfermedades respiratorias agudas ocurren en el 20% de menores de cinco años con síntomas previos, en el 51% de ellos se requirió tratamiento médico; las madres de esos niños acudieron a los centros en el 74% si correspondían a aquellas con educación escolarizada y solo al 40% de ellas si no habían asistido a la escuela. La incidencia de estas enfermedades aún es prevalente advirtiendo – sin embargo – que en una ciudad altiplánica, La Paz, solo en el 41.4% de los niños se requirió atención médica a diferencia del 67%

observado en una ciudad con menor altitud y clima subtropical: Tarija. A más de ello, las infecciones respiratorias mantienen su vigencia al observar porcentajes casi similares en menores de 5 años con síntomas respiratorios y que requirieron consulta: 42.5% en 1998, 51.5% en el año 2003 y 50.9% el año 2008.

Con referencia a la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, el 26% de ellos había tenido ese episodio en las dos semanas precedentes a la encuesta, en 49% de ellos se procuró asistencia sanitaria, el 35% de los niños afectados recibieron sales de rehidratación oral (SRO) ó una solución casera recomendada. Los episodios ocurrieron en el 55% de casos en áreas urbanas y 43% en áreas rurales; el uso de SRO fue constatado en el 27% de los niños con residencia en La Paz, porcentaje que ascendió a 45% en una ciudad del llano oriental: Santa Cruz de la Sierra.

En lo inherente a la situación de la lactancia en Bolivia, se constató que el 70% de los menores de seis meses reciben lactancia materna, modalidad que al ser exclusiva ocurrió en el 11% de lactantes hasta los 18 ó más meses de edad. El censo aplicado constató - sin embargo - que solo el 18% de las mujeres ofrecen a sus niños la lactancia exclusiva; ya a los 18 meses el 60.6% de los lactantes habían recibido lactancia artificial.

En cuanto a la condición nutricional de los niños, se constató desnutrición crónica en el 22% de los menores de 23 meses, siendo menos notoria en áreas urbanas (13%) que en áreas rurales (33%). La desnutrición aguda, como cuadro reciente y actual, solo se informó en el 1% de los casos y la desnutrición global en el 6% de menores de cinco años; como dato adicional destacable se reconoció que este déficit era evidente hasta en el 44% de hijos de madres sin escolaridad previa.

Otro acápite de importancia epidemiológica para un país en desarrollo es el inherente a la aplicación de inmunógenos, advirtiendo que el uso del carnet de salud infantil se demostró en el 75% de familias con menores de cinco años; la aplicación de la vacuna pentavalente de administración temprana y en sus tres dosis, ocurrió hasta en el 98% de lactantes, en quienes se requirió asistencia sanitaria y la vacuna triple viral (sarampión, rubeóla y parotiditis) se aplicó al 72% de los lactantes según el esquema oficial vigente. En suma, la aplicación de todas las vacunas ocurrió en el 64% de menores de cinco años hacia el año 2003 y subió discretamente hasta 67% el año 2008. Menores coberturas de vacunación se registraron en el altiplano (64%) con relación a localidades del llano (hasta 92%).

Por otra parte y como en Bolivia no hay declinación significativa del bocio endémico, hacia el año 1984 había una oferta de sal yodada tan solo para menos del 10% de la población total, con una prevalencia de más del 65% de bocio en el mismo año. A partir de campañas masivas de alcance educativo y de disponibilidad de dicha sal, el año 1996 se declaró a Bolivia como país libre de la deficiencia de yodo, aunque su consumo solo es del 91% en todo el país.

Otro problema sanitario, que bien puede ser enfocado mediante la atención primaria en salud, ejercida en la mayoría de localidades urbanas y rurales, es el referido a la anemia crónica detectada en niños y en mujeres en edad fértil. Se asume que la anemia severa, ó sea, aquella con una hemoglobina menor de 70 g/L, será infrecuente; la misma dolencia con

Hb menor entre 70 y 99 g/L, corresponde a la forma moderada y la más probable de observar será la que revele cifras de 100 a 119 g/L. Al respecto, el 61% de los menores de cinco años tiene algún grado de anemia, por encima de los registros del año 2003 (51%). Esa prevalencia es mayor en menores de 24 meses (74 a 80%); en hijos de madres con tan solo 15 a 19 años, la anemia crónica alcanza hasta el 73% de casos. De manera peculiar, la anemia moderada es más frecuente que la forma leve: 33% y 25% respectivamente.

Finalmente y como dato epidemiológico destacable, de aplicación en todos los países del orbe, los registros de mortalidad al año 2008 en Bolivia señalan el 27/2000 para neonatos, la misma mortalidad infantil es de 50/1000 nacidos vivos; esta última es muy notoria en el área rural: 67/1000 vs. áreas urbanas: 36/1000 nacidos vivos. En forma global y para menores de 5 años, las cifras de mortalidad aún se mantienen en 63/1000 nacidos vivos. Es muy probable que el nivel educativo de las madres influya en estas cifras en lo concerniente al requerimiento de asistencia médica, al haber observado que esa mortalidad asciende hasta 111/1000 en mujeres sin instrucción superior vs. solo el 21/1000 en aquellas favorecidas con cierto grado de educación.

Conclusiones y Recomendaciones

Como corolario de esta descripción, inherente a la Atención primaria en salud aplicada en Bolivia a través de distintos programas de cobertura sanitaria y gratuita, se puede sostener que las cifras provistas son fieles por las siguientes razones: provienen de una muestra probabilística y realizada por etapas, se practicó un análisis según desagregación geográfica, ocurrió una definición antelada del número mínimamente válido, se procedió al entrenamiento previo del personal de campo, se realizó una prueba "piloto" en áreas rurales y urbanas, con un trabajo de campo aplicado durante cuatro meses, ocurrió una supervisión constante con evaluaciones oportunas, hubo un correcto procesamiento de datos y la labor de campo incluyó a más de 20000 viviendas urbanas y rurales de Bolivia.

La atención primaria o "Medicina de primer contacto" tiene ventajas innegables bajo distintos enfoques: sanitario, económico, social, cultural etc. y su aplicación no está circunscrita a la población infantil; la misma estrategia es extensiva a los adultos mayores, quienes tienen accesos a seguros gratuitos de salud según las políticas de cada gobierno y, a su vez, también es aplicada por las diversas especialidades, donde se identifican los problemas dominantes ó prevalentes y las modalidades preferenciales y de bajo costo para su registro y control secuencial.

En suma, la atención primaria en salud como estrategia ya reconocida en países en desarrollo y de aplicación extensiva a países desarrollados, mantiene su trascendencia en el esfuerzo de ofrecer a la población una asistencia sanitaria aceptablemente calificada para el control y manejo de problemas dominantes de salud, que son identificables en distintos grupos etários, desde el mismo binomio madre-niño hasta los adultos de la tercera edad.

Bajo este contexto, debe seguir alentándose el desarrollo de cónclaves o eventos que analicen la experiencia acumulada alrededor de la Atención primaria en salud aplicada en países en desarrollo, como los de Latinoamérica, identificando avances válidos con

estrategias de costos no elevados, para una cobertura cada vez mayor a la población residente en áreas urbanas y rurales, reconociendo, a su vez, las peculiaridades de las distintas zonas geográficas o ecológicas que influyen en los registros de morbilidad selectiva.

Referencias

1.- BENGUIGUI, Y. and STEIN, F. *Integrated Management of Childhood Illness: An Emphasis on the Management of Infectious Diseases*. Semin. Pediatr. Infect. Dis. 2006;**17**:80-98.

2.- Ministerio de Salud y Deportes/Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 – ENDSA 2008*. Informe preliminar. La Paz: INE/MSD; 2008.

3.- OPS/OMS. *Perfil del sistema de salud de Bolivia*. 3ª. ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.

4.- Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRS). *Metas de los indicadores a nivel nacional y departamental del proyecto APL II (2008)*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2008.

5.- ROWE, A.K., ROWES, S.Y, HOLLOWAY, K.A., IVANOVSKA, V., MUHE, L. and LAMBRECHTS, T, eds. *A systematic review of the effectiveness of shortening Integrated Management of Childhood Illness guidelines training*. Final Report. Geneva:World Health Organization; 2008.

6.- WHO/Department of Child and Adolescent Health and Development, eds. *Primary Child Care: A manual for health workers*. Geneva: World Health Organization; 2009.

11A.- A Situação da Sáude no Brasil

Señor Académico
Profesor
JOSÉ AUGUSTO DA SILVA MESSIAS
Academia Nacional de Medicina del Brasil.

Viernes 29 de octubre de 2010

Fig. 6.11A.1.- Profesor José Augusto Da Silva Messias. Delegado a Academia Nacional de Medicina do Brasil. Fotografía de ZCM.

A Academia Nacional de Medicina do Brasil sente-se honrada em participar da XIX Reunião do Conselho Diretor da Associação Latino Americana de Academias de Medicina (*ALANAM*), com Portugal e Espanha; mais ainda na cidade de Santiago do Chile e com a afetuosa recepção da Junta Diretora da Academia Chilena de Medicina, nomeados os Acadêmicos Alejandro Goic Goic e Rodolfo Armas Merino, Presidente e Secretário Alterno da *ALANAM*. Muito obrigado!

O Tema que escolhemos, da agenda proposta, *"A Situação da Saúde no Brasil",* desenvolver-se-á em duas partes. Na primeira, descreveremos um quadro geral de contexto e a nosografia específica da população brasileira; na segunda parte, descreveremos os paradigmas conceituais e o contexto da implantação da Política Nacional para o Setor Saúde, no Brasil.

Introdução

O médico é uma personagem central em qualquer discussão que envolva a saúde das pessoas (cidadãos) e das comunidades (população). Mesmo sabendo que o objeto histórico da nossa profissão sempre foi a doença, não é possível falarmos em saúde sem médicos. Werner Jaeger, em seu enciclopédico *Paideia,* nos ensina: *"*O médico é a personificação de

uma ética profissional exemplar. Inspira confiança na fecundidade do saber teórico para a edificação da vida humana. A ciência médica ultrapassa as fronteiras da profissão para ser uma força cultural predominante*"*. ¡A importância histórica do médico na sociedade! Esse conceito é a base teórica da nossa apresentação.

Nas últimas décadas, mercê do espetacular desenvolvimento das ciências em geral, mormente as biológicas, vemos esse paradigma ser constrangido por diversas circunstâncias. Sem compromisso com a sua importância específica ou a sua predominância geográfica, nossa profissão (e sua representação social) necessita aprimorar sua relação com a progressiva multiprofissionalização na assistência às pessoas e o seu inevitável conflito de interesses e de seus limites de atuação; necessita redefinir os modelos assistenciais em função da especialização e subespecialização, hoje, imprescindíveis para uma boa prática médica. Para além desses desafios, outros há, por exemplo, na qualidade da formação médica muito decorrente da proliferação indiscriminada de escolas médicas muitas delas sem requisitos mínimos de funcionamento, verdadeiras estruturas de negócios apenas. De outro modo, a reorganização do mercado de trabalho e as necessárias garantias do emprego estão em íntima relação com o desenvolvimento formal da carreira; baseamos essa argumentação na natureza essencialmente pública da atividade médica, independente do vínculo empregatício ser governamental (estatal) ou particular (privado), não incluindo, por óbvio, a atividade médica como profissional liberal – quase em extinção...

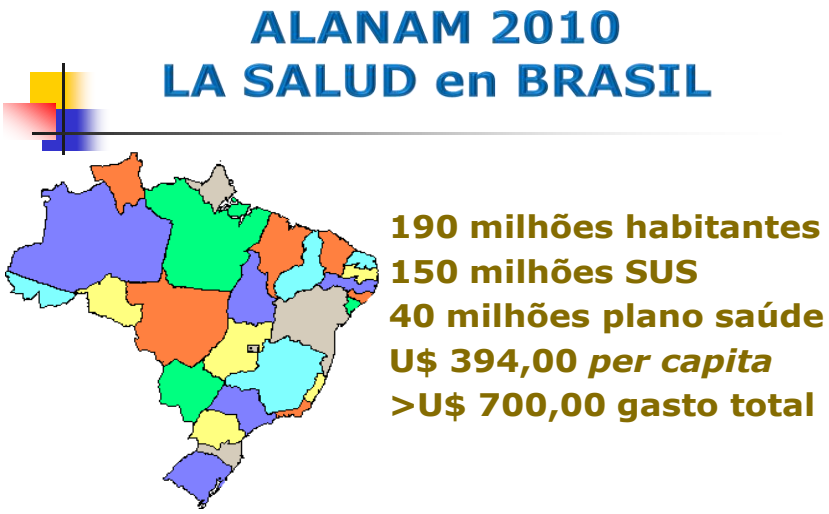
Ao fim dessa Introdução, um pequeno comentário sobre o conceito de Saúde. Há muito se pergunta o que é saúde e, sem dúvida, não temos como defini-la! Instituições, filósofos e poetas o tentaram sem nunca apreenderem um sentido único como, por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao ser utópica, nos afirma que *la salud es el completo bién estar físico, psíquico y social (ambiental)*, e, Paul Valèrie, poeticamente nos ensina que *la salud es un estado subjectivo en lo cual las funciones necesárias ocurren de modo insensible o com placer*. De modo mais sombrio, mas talvez mais consetânea com a realidade biológica moderna, outro autor diz que *la vida es una enfermedad crónica y incurable que va a durar el tiempo que los riesgos, individuales o coletivos lo permitir* e, para finalizar, uma síntese filosófica: *La salud es un mito!!!*

Mesmo assim, todos nós temos uma clara noção da diferença habitual entre saúde e doença e o que faz as pessoas procurarem atendimento em virtude de seu sofrimento; mais ainda, e cada vez mais, sabemos os procedimentos e ações necessárias à prevenção e profilaxia do adoecimento humano. Em síntese, como nos afirma Winnicot (1967), *"a ausência de doença pode ser saúde, mas não é vida".*

As bases do Sistema de Saúde no Brasil

Na década de 1980, desenvolveu-se no Brasil o movimento denominado "*REFORMA SANITÁRIA"* que foi o responsável por notáveis avanços na discussão das questões envolvidas na organização de um Sistema Nacional de Saúde, decorrente de uma política pública comprometida com a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde de todos os brasileiros. Isso consolidou-se na Constituição promulgada pelo Congresso Nacional, em 1988, ao estabelecer o princípio imutável da *"saúde como um direito do cidadão e um*

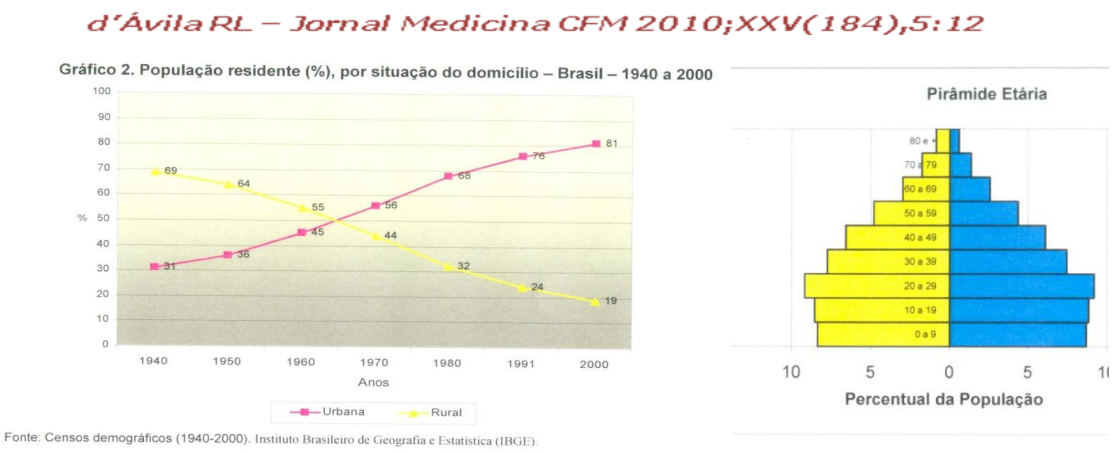
dever do Estado"; à época, e ainda hoje, um feito que nos orgulha. Criou-se o *Sistema Único de Saúde (SUS)*, que, sinteticamente, fundamenta-se nos conceitos da *universalidade* da cobertura, na *equanimidade* da prestação dos serviços, na garantia do *acesso* indiscriminado e na *conformidade* da organização e das práticas com as necessidades das pessoas e da população. Muito avançamos desde então mas muito mais ainda há que se fazer para alcançarmos as metas estabelecidas, haja vista que, em 2006, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS) afirmou: *"iniqüidades (sociais, econômicas, de gênero, raça...) são a nossa maior doença"*.



Gráfica 6.11A.1.- ALANAM 2010. Saúde no Brasil. Tamanho absoluto da nação.

Podemos acrescentar, como mostra a figura acima, que o tamanho dos nossos problemas é proporcional ao tamanho absoluto da nação! Apesar de muitos avanços nas últimas duas décadas, ainda somos o país com o maior índice de desigualdade social das Américas e, proporcionalmente ao seu Produto Interno Bruto (PIB), um dos que menos investe na área da saúde no continente, apesar de um investimento global em saúde da ordem de U$ 75 bilhões, mesmo sabendo que mais da metade dos gastos totais são de responsabilidade das pessoas *(gastos de bolsillo)**; Valor esse que nos coloca em posição bem abaixo da média mundial que é de U$ 806,00 por pessoa. De outro modo, temos > 330 mil médicos no Brasil. Isso nos coloca numa posição confortável, sob o ponto de vista numérico, na relação médico:habitante=1,72 (ou 1 médico/582 habitantes), aproximadamente. No entanto, esses médicos concentram-se nos centros urbanos das metrópolis das regiões mais desenvolvidas do país, o sudeste e o sul, onde estão > 70% de todos eles.

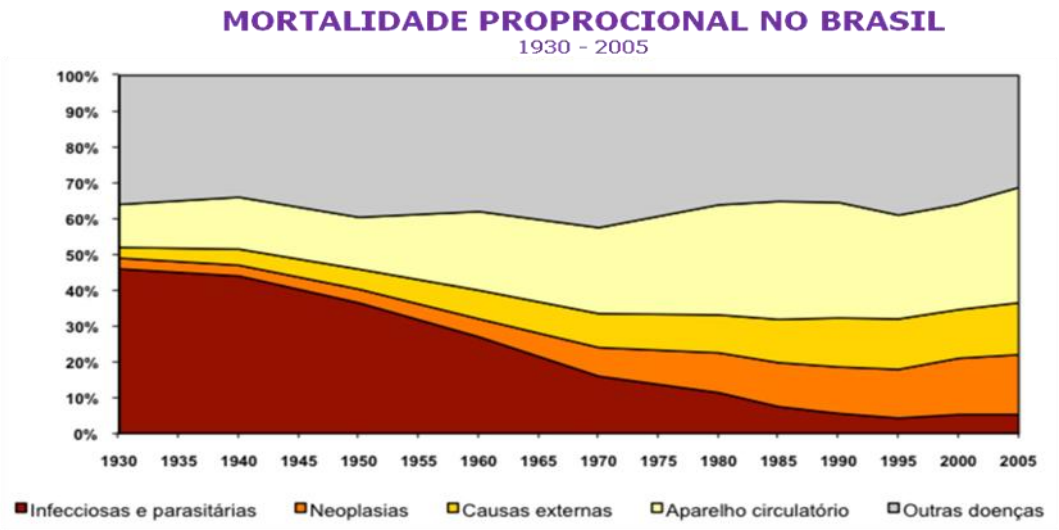
Há, além disso, uma conjuntura em curso e que é comum a todos nós que circunscreve nosso assunto. São as transições que, identificadas, impõem aperfeiçoamentos e ações específicas do sistema de saúde a fim de garantir a qualidade dos serviços oferecidos às pessoas e à população; são elas: *a demográfica, a nutricional e a epidemiológica*.



Gráf. 6.11A.2.- População residente (%) por situação do domicilio – Brasil – 1940 a 2000.
Gráf. 6.11A.3.- Prâmide Etária.

Nessas duas figuras, exemplificamos dois aspectos fundamentais da transição demográfica no Brasil: a urbanização e o envelhecimento das pessoas, inclusive sob esse aspecto, afirma-se que o *bônus* demográfico no Brasil está por se encerrar até o ano de 2020. As variáveis que mais se correlacionam com esse fato são a brutal queda da fecundidade das mulheres brasileiras e nosso imenso aumento da expectativa de vida ao nascer. Atualmente, e progressivamente em queda, a taxa global de fecundidade está em 1,94 (1,63 no Rio de Janeiro e 2,96 no Acre) mas com uma queda nas diferenças regionais > 55%, aproximando nossos índices dos da Europa (1,51). Logo, mais idosos, mais aposentados, mais necessidade de atenção médica e da seguridade social, além de outras demandas já experimentadas nas economias mais desenvolvidas que ultrapassaram esse ponto. Hoje vemos, nelas, as dificuldades enormes de adaptação que o sistema atual precisa superar. No Brasil, inclusive, como em vários outros desenvolvidos e em desenvolvimento, o único quintil populacional que aumenta em número é o dos idosos, pessoas com mais de 60 anos de vida. E, segundo dados do Banco Mundial, nos últimos 40 anos, a expectativa de vida para as pessoas que nascem e vivem nos países em desenvolvimento, aumentou em 20 anos!

Destarte, e do mesmo modo que a transição anterior, outra em curso e com características semelhantes na forma de impactar os sistemas nacionais de saúde, é a transição nutricional. Há, em curso, uma verdadeira pandemia de obesidade *(globalobesity)*! Há algum tempo, divulgou-se que *"nos EUA, pela primeira vez na história, a geração dos filhos tem uma expectativa de sobrevivência menor que a geração dos pais e que a única variável independente que o determina é a obesidade".* E isso, muito provavelmente, não será uma peculiaridade dos EUA...



Gráf. 6.11A.4.- Mortalidade proporcional no Brasil 1930 – 2005.

Nesta figura, apresentamos a transformação epidemiológica caracterizada por um dos seus indicadores, a *Taxa Bruta da Mortalidade*, a partir de uma série histórica desde 1930: da infecção para as crônicas e degenerativas, capitaneadas pela tríade *cardiovascular*, o câncer e o diabetes melito,* a transformação é evidente. Sua causação e fatores associados são do conhecimento geral. No entanto, para nós, ainda há um contingente de doenças infecciosas que merecem destaque. Não pelas doenças em si, mas, sim, pelo que elas representam para o sistema de saúde, como nos mostra a figura abaixo.

Fig. 6.11A.2.- Contingente de doenças transmissíveis.

**acidentes vasculares encefálicos, miocardiopatias isquêmicas e doença vascular periférica*

Na figura, vemos que para além dos diagnósticos o que importa são os fatores gerais envolvidos na sua permanência. Para todas, de uma maneira ou de outra, e independentemente de termos um tratamento específico e eficaz para cada uma delas, há componentes sistêmicos, individuais e de políticas públicas, capazes de circunscrever seu impacto populacional ao biologicamente inevitável. Esse é o seu (nosso) maior desafio!

No entanto, uma verdadeira tragédia epidemiológica está em curso no Brasil, mormente nas grandes cidades e no ambiente urbano: as mortes decorrentes de acidentes de trânsito, muito associadas ao consumo de álcool, e as mortes violentas, particularmente o assassinato de pessoas com < de 45 anos de idade. Sabe-se, hoje, no Brasil, que 46% das mortes de adolescentes, entre 12 e 18 anos, decorreram de homicídio e que, segundo o Índice de Homicídios na Adolescência (IHA) da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, em 2010, 33 mil adolescentes que tinham 12 anos em 2006 não chegarão aos 19 anos, em 2012, porque serão vítimas de homicídio. Confirmado o dado, confirma-se a tragédia!

Gráf. 6.11A.5.- Cobertura vacinal nas ações de rutina para menores de um ano de idade. Brasil – 1980 – 2004.

Esse é o contraponto feliz da triste figura anteriormente descrita: o sucesso do Programa Nacional de Imunização (PNI). Em conjunto com o Programa de Medicação de Alto Custo e a Farmácia Popular constituem marcos operacionais dos pilares do princípio da solidariedade, base do SUS.

Os Fundamentos da Política Nacional de Saúde

A política, qualquer política, depende de um binômio essencial e seu constituinte: IDÉIAS + RECURSOS. Sem um ou sem outro, e muito menos sem os dois, não é possível a atividade política no sentido histórico para o bem da *polis* - no contexto da *res publica*. Como vimos anteriormente, apesar do volume de investimentos e gastos com a saúde da população brasileira, tanto pelo poder estatal como pelas pessoas, ainda estamos situados

nos patamares inferiores da disponibilidade desses recursos, mesmo quando comparados com os países em estágio de desenvolvimento social e econômico similar *(medium range).*

Nesse contexto, o das idéias, a síntese pictórica do modelo de Göran Dahlgren e Margaret Whitehead, M. (**Fig. 6.11A.3**), expressa na figura acima, é um bom exemplo dos conceitos que regulam a organização, os programas e a aplicação das ações do Sistema Nacional de Saúde, no Brasil. E, como é do conhecimento de todos, ele está assentado na

Figura 1:Modelo de Dahlgren e Whitehead

Fig. 6.11A.3.- Modelo de Dahlgren e Whitehead.

mudança fundamental, ocorrida nas últimas décadas, quanto ao entendimento do binômio saúde:doença – a evolução do paradigma biomédico estrito da doença para a idéia da saúde integral das pessoas e das populações. Processo ainda em curso e de difícil aceitação pelas estruturas estabelecidas, mas que, pela sua evidência positiva quanto aos resultados, impõem-se progressivamente nos sistemas nacionais sustentados pelo conhecimento científico e pela democracia como sistema político dominante, mercê de algumas exceções. Como demonstrado na mandala incompleta do modelo, o que se destaca é a presença, para além do núcleo biológico individual, são os diversos níveis de influências para muito além do organismo humano particular. Todo esse conjunto de fatores, influentes para a idéia do adoecimento humano, estão englobados pela denominação de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que incorpora, dentre outros, componentes econômicos, sociais, culturais, étnicos e ambientais.

O Brasil há alguns anos, constituiu sua Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) e assim definiu seu escopo: "São os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população" (2008). De forma mais simplificada, a OMS, diz que "são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham". Outras muitas há, mas o que resulta é a abrangência do conceito e sua indispensável conseqüência para a saúde das pessoas e dos sistemas nacionais de saúde: mais informação e conhecimento determinando intervenções transformadoras!

A pertinência do conceito pode ser expressa, por exemplo, como o então presidente da Fundação Osvaldo Cruz, no Rio de Janeiro, Acadêmico Paulo Marchiori Buss, citou alguns desses determinantes em 2001. Discriminando o papel do tabagismo, do consumo excessivo do álcool e do sal, do sedentarismo, do uso de drogas lícitas outras e as ilícitas todas, dos diversos tipos de desvios alimentares (todos levando a desequilíbrios metabólicos importantes) da direção perigosa ou irresponsável, da falta do aleitamento materno e das práticas sexuais inseguras (nem sempre promíscuas), ele aponta uma série de fatores determinantes do adoecimento humano que, mais importante, se controlados por intervenções sistêmicas terão como conseqüência inevitável mais saúde para as pessoas e para a sociedade em geral. Essa a qualidade maior desse conceito!

As conseqüências operacionais da implementação dessas idéias são de variada natureza. Uma delas, que quero destacar, foi a criação do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE) no Brasil, em anos recentes. A partir do Regimento Sanitário Internacional (RSI), promulgado pela OMS, e da criação do SVE, estabelecem-se as bases regulamentares para a implantação do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância e Saúde (CIEVS), baseado na fundamentação do SVE, que é o "conjunto de ações para o conhecimento da mudança de fatores determinantes da saúde individual e coletiva que implicam em medidas de prevenção e controle das suas consequências", englobando tanto as doenças transmissíveis como as não transmissíveis.

No mundo globalizado, no seu sentido principal da interconexão de realidades díspares, mas com interfaces comuns, aos Sistemas Nacionais de Saúde oferecem-se desafios e oportunidades. No escopo da *ALANAM*, a política externa brasileira tem bem definida a importância da área da saúde na realização de seus objetivos tanto da integração regional como da multilateralidade. Mister se faz ressaltar, nesse sentido, o envolvimento da política externa brasileira com o Mercado Comum Sul Americano (MERCOSUL) e a União das Nações Sul Americanas (UNASUL), nos aspectos relacionados, entre outros, com os temas da saúde e que resultou, em dezembro de 2008, na reunião na Costa do Sauípe, Bahia, Brasil, com a criação pelos seus Chefes de Estado, do Conselho de Saúde Sul Americano (in short, UNASUL SAÚDE 1). Sua agenda de trabalho, definida em abril de 2009, em Santiago do Chile, consta de 6 itens, a saber: 1) estabelecer o escudo epidemiológico Sul Americano, 2) desenvolver sistemas universais de saúde, 3) dar acesso universal a medicamentos e outros insumos para a saúde, 4) desenvolver o complexo produtivo da saúde na América do Sul, 5) promover a saúde pela via dos Determinantes Sociais da Saúde e 6) desenvolver os recursos humanos para a área da saúde. Mais coerente com o tema da nossa reunião, impossível! Exemplo pontual, mas marcante, dessa necessidade foi a recente circulação do vírus da influenza A H1N1 da gripe suína. Para a política externa brasileira, a ênfase Sul-Sul e na Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) está bem definida e, para além desse aspecto regional, há uma clara determinação de estabelecer-se parcerias estratégicas com a União Européia nessa área.

Entre esses desafios e oportunidades circunscritos, dois componentes sistêmicos dessa área e que impactam, negativamente e de forma constante, o alcance dessas ações dizem respeito à concentração do capital transnacional no setor e as questões decorrentes da propriedade intelectual dos insumos. Há tensão permanente a esse respeito mesmo sob a regulamentação do Trade Related Intelectual Property Rights (TRIPS), da World Trade

Organization (WTO), assinado em abril de 1994, em Marrakesh, Marrocos e que substituiu o General Agreement on Tarifs and Trade (GATT), de 1948. A evolução positiva de todos esses desafios e o aproveitamento dessas oportunidades de desenvolvimento, sem dúvida, são etapas essenciais para que os nossos países consigam atingir, e superar, as Metas do Milênio estabelecidas, por todos nós, em 8 de setembro de 2000, na assembléia da Organização das Nações Unidas (ONU) e que derivam no United Nations Development Program (UNDP).

Corroborando esse novo contexto de inserção das discussões sobre o binômio saúde:doença, o dos DSS, e ressaltando não se tratar de idiossincrasias terceiromundistas, retórica ineficaz de conglomerados políticos periféricos, cito e remeto à leitura, 2 artigos recentemente publicados, com o status de Editoriais , na prestigiosíssima The New England Journal of Medicine e, cujos títulos são autoexplicativos: Global Noncommunicable Diseases – Where Worlds Meet e An International Service Corps for Health – An Unconventional Prescription for Diplomacy (NEJM 2010;363(13):1196-1201.

Complementarmente, há uma agenda conhecida e pré-definida de obstáculos para a implementação eficiente e eficaz de todo esse complexo programa, base para a organização produtiva de Sistemas Nacionais de Saúde, no contexto dos nossos países. Destacamos os seguintes, sob o título abrangente da Dependência Tecnológica: a) fármacos, medicamentos e patentes, 2) equipamentos para diagnósticos por imagens, 3) órteses e próteses, 4) hemoderivados, 5) radioisótopos e 6) reagentes para biotecnologia.

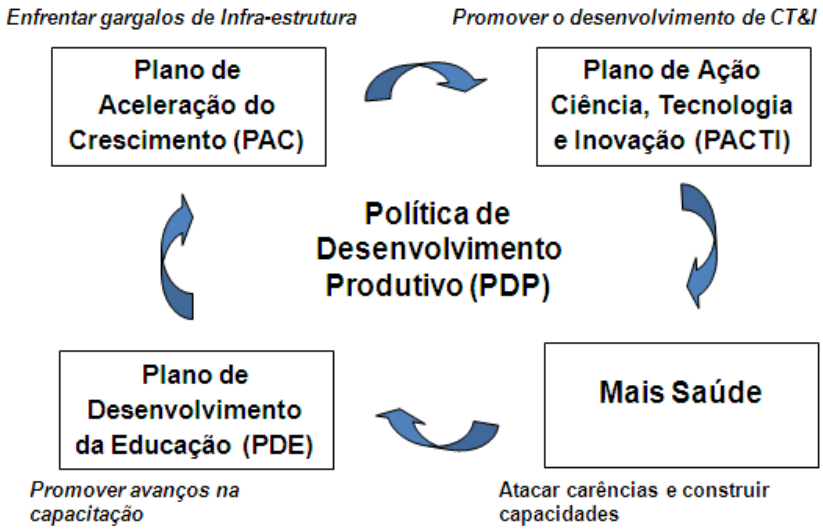
A Saúde na Perspectiva do Desenvolvimento Nacional

Fig. 6.11A.4.- A Saúde na perspectiva do desdenvolvimento nacional.

Nessa figura, a síntese da importância do tema: o Complexo Produtivo da Saúde (CPS) como propulsor do desenvolvimento não apenas pelas consequências no bem estar das pessoas e na saúde da população mas, inclusive, pelos seus aspectos financeiros. Essa

instituição. Global Forum Research (GFR), criou a expressão 10/90 gap para refletir, em termos comparativos globais, a disparidade dos investimentos e despesas dos países periféricos em pesquisa e desenvolvimento tecnológico (P&D), menos de 10% do volume mundial, quando confrontada com o fato de que aí ocorrem mais de 90% das mortes! No Brasil, estima-se que o Setor Saúde movimenta algo em torno de 8% do seu Produto Interno Bruto (PIB) e que representa uma força de trabalho de 12 milhões de pessoas, entre empregos diretos e indiretos; há indicativos, inclusive, sob essa perspectiva, de que seja o setor líder da oferta de postos de trabalho para a população.

Nas 2 figuras que se seguem, está resumida a concepção da posição do Setor Saúde brasileiro, sob a perspectiva do desenvolvimento nacional. Na primeira, coloca-se sua relevância no conjunto de ações estratégicas para a implementação de ações em diversas áreas cognominadas como Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP). O Mais Saúde, claramente, constitui um dos seus pilares sabendo-se que sem saúde não é possível o desenvolvimento.



Gráf. 6.11A.6.- Política de Desenvolvimento Produtivo (*PDP*).

Na outra figura, sob a lógica de resolver carências e construir capacidades, detalha-se os diversos componentes da ação denominada, em termos de Programa, Mais Saúde. Como vemos, a partir de uma centralidade de objetivos nas pessoas, são múltiplos os seus componentes. Eles estão fundamentados na qualidade de vida decorrente de um sistema universal de cobertura. E, no seu entorno determinístico, vemos todos os componentes mencionados sob a égide do conceito dos Determinantes Sociais da Saúde que, aqui, mais apropriadamente, denominarei do adoecimento humano. Destacamos, inclusive, o forte componente estruturante, nessa concepção, da participação e o controle social a ser exercido pela sociedade no desempenho do sistema. Todos os outros componentes foram mencionados em outras partes desse documento, daí a sua importância.

Gráf. 6.11A.7.- Programa Mais Saúde.

Mais significativa, talvez, que essas 2 figuras, seja a seguinte onde estabelece-se a hierarquia global do Setor Saúde, cognominado como Complexo Industrial da Saúde (CIS), no painel global do desenvolvimento nacional.

Gráf. 6.11A.8.- Hierarquia global do Sector Saúde. Complexo Industrial da Saúde (*CIS*).

Para esse mister, diversas ações de controle e avaliação são imprescindíveis. Na figura seguinte, as mais importantes estão destacadas. Cada um dos 5 tópicos geram as informações necessárias que subsidiarão as diversas políticas conseqüentes e todas dependentes da sua disseminação e discussão, com as capacitações indicadas e, principalmente, com o envolvimento dos seus promotores na transformação de mentalidades necessária para a eficácia do sistema.

Grág. 6.11A.9.- Ações de controle e avaliação.

Podemos concluir, pelo apresentado, que entendemos a saúde como programa estruturante de longo prazo para o desenvolvimento nacional e não como o setor perdulário de gastos, com recursos restritos, e que esse setor não é um problema, mas, sim, parte da solução para o desenvolvimento brasileiro.

Considerações Finais

Sir Edwin Chadwick (1800-90) foi um reformador social na Inglaterra vitoriana. Notabilizou-se pelo seu trabalho no aperfeiçoamento da Lei dos Pobres e na sua intransigente ação pela melhoria das condições sanitárias da população londrina, à sua época sob os conceitos higienistas de então consolidados pelo trabalho de John Snow (1813-58) sobre o surto de cólera de 1854, no Soho. Interessante notar que, nos seus escritos, ele sustentava suas idéias e propostas higienistas porque acreditava que as ações de saúde pública *"save money"* (nas suas palavras!). Em 1842, ele perguntava: *os inglese pobres são pobres porque são doentes ou são doentes porque são pobres?* Quase 170 anos depois e decorrente do enorme desenvolvimento científico, tecnológico e social que ocorreu desde então, podemos responder a Sir Edwin Chadwick da seguinte maneira: *os pobres do mundo tem menos saúde porque não tem acesso às ações que evitam, previnem e tratam as doenças. Os pobres do mundo são mais doentes devido às políticas públicas excludentes!*

Porém, essa constatação verdadeira à maneira de Sir Karl Popper (1902-94), em suas *Conjecturas e Refutações*, traz outra que abre as perspectivas da esperança, qual seja, que "*porém, nunca, globalmente como no último século, tantos se beneficiaram das políticas públicas includentes, portanto, a esperança de um futuro mais saudável é possível para muitos excluídos de hoje"*.

Todos sabemos da facilidade do discurso quando confrontado com a realidade, mas, sem linguagem não há entendimento e sem entendimento não há progresso. Essa a função do discurso que, em termos práticos, é a sustentação da coerência das nossas decisões que justificam nossas ações no alcance dos nossos objetivos. Não temos dúvidas que o que acabamos de demonstrar conclui pela pertinência da Política Nacional de Saúde do Brasil e que, com dificuldades óbvias, ela é um instrumento definitivo para, mais do que o desenvolvimento do país, a garantia de melhores condições de vida da maioria da população brasileira.

Finalizo com uma frase emblemática sobre tudo que foi dito: *"Saúde integral é um objetivo da nação e não uma meta de governo."*

11B.- La Situación de Salud en Brasil

Señor Académico
Profesor
JOSÉ AUGUSTO DA SILVA MESSIAS
Academia Nacional de Medicina del Brasil.

Viernes 29 de octubre de 2010

Fig. 6.11B.1.- Profesor José Augusto Da Silva Messias. Delegado de la Academia Nacional de Medicina del Brasil. Fotografía de ZCM.

Es un honor para la Academia Nacional de Medicina del Brasil participar en la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Asociación Latino Americana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*), muy especialmente al tener como sede la ciudad de Santiago de Chile, donde hemos podido contar con la afectuosa recepción de la *Junta Directiva* de la Academia Chilena de Medicina, siendo los Señores Académicos Profesores Alejandro Goic Goic y Rodolfo Armas Merino, Presidente y Secretario Alterno de la *ALANAM*, respectivamente.

El tema que hemos escogido, de la agenda propuesta, es: *"La Situación de la Salud en Brasil"*, el que vamos a desarrollar en dos partes. En la primera, describiremos el cuadro general del contexto y la nosografía específica de la población brasileña y, en la segunda parte, detallaremos los paradigmas conceptuales y el contexto de la implantación de la Política Nacional para el Sector Salud, en Brasil.

Introducción

El médico es un personaje central en cualquier discusión que involucra la salud de las personas (ciudadanos) y de las comunidades (población). A pesar de saber que el objeto histórico de nuestra profesión siempre fue la enfermedad, no es posible hablar de salud sin

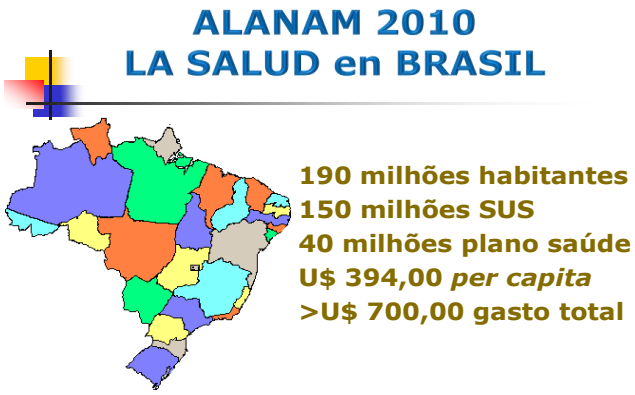
la participación de los médicos. *Werner Jaeger*, en su enciclopédico *Paideia*, nos enseña que "El médico es la personificación de una ética profesional ejemplar. Inspira confianza en la fecundidad del saber teórico para la edificación de la vida humana. La ciencia médica sobrepasa las fronteras de la profesión para convertirse en una fuerza cultural predominante". ¡He aquí la importancia histórica del médico en la sociedad!, concepto éste que constituye la base teórica de nuestra presentación.

En las últimas décadas, en virtud del espectacular desarrollo de las ciencias en general, principalmente las biológicas, vemos como ese paradigma ha sido constreñido por diversas circunstancias. Independientemente de su obligación con su importancia específica o su predominancia geográfica, nuestra profesión (y su representación social) necesita perfeccionar su relación con la progresiva presencia de otros profesionales en la asistencia a las personas y su inevitable conflicto de interés y de sus límites de actuación, necesita redefinir los modelos asistenciales en función de la especialización y sub-especialización, en el día de hoy imprescindibles para una buena práctica médica. Además de esos desafíos, hay otros, por ejemplo: el surgimiento indiscriminado de universidades médicas, muchas de ellas sin requisitos mínimos para la graduación de estos profesionales, que han hecho de estas instituciones verdaderas estructuras de ganancias, sin importar la calidad de la enseñanza. La reorganización del mercado de trabajo y las necesarias garantías del empleo, están íntimamente relacionadas con el desarrollo formal de la carrera: basamos esta argumentación en la naturaleza esencialmente pública de la actividad médica, independiente del vínculo laboral, sea éste gubernamental (estado) o particular (privado), no incluyendo, obviamente, la actividad médica como profesional liberal (casi en extinción) .

Al final de esta apertura, un pequeño comentario sobre el concepto de La Salud. Hace mucho tiempo que se preguntan sobre el concepto de Salud y, sin duda, no sabemos cómo definirla. Instituciones, filósofos y poetas lo intentaron sin nunca haber existido un consenso en cuanto a un sentido único para esta cuestión, como por ejemplo: la Organización Mundial de la Salud (OMS), al ser utópica, nos afirma que *la salud es el completo bienestar físico, psíquico y social (ambiental),* y Paul Valèrie, poéticamente, nos enseña que *la salud es un estado subjetivo en lo cual las funciones necesarias ocurren de modo insensible o con placer.* De modo más sombrío, pero tal vez más consonante con la realidad biológica moderna, otro autor dice que "la vida es una enfermedad crónica e incurable, que va a durar el tiempo que los riesgos individuales o colectivos lo permitan". Bueno, para finalizar, una síntesis filosófica: ¡¡¡*La salud es un mito!!!* A pesar de todas estas explicaciones, tenemos una clara idea de La diferencia habitual entre salud y enfermedad que es lo que lleva a las personas a buscar una buena atención en virtud de su sufrimiento, aún más y cada vez más sabemos los procedimientos y las acciones necesarias a la prevención y profilaxis de la enfermedad. Sintetizando, como nos afirma Winnicot (1967), "*la ausencia de la enfermedad puede ser la salud, pero no es vida*".

Las bases del Sistema de Salud en Brasil

En la década de los 80, se desarrolló en Brasil un movimiento denominado "*Reforma Sanitaria*", responsable de notables avances en la discusión de las cuestiones involucradas en la organización de un Sistema Nacional de Salud, resultante de una política pública comprometida con la promoción, al mantenimiento y la recuperación de la salud de todos los brasileños. Planteamiento que se consolidó en la Constitución promulgada por el Congreso Nacional, en 1988, al establecer el principio inmutable de "*La salud como un derecho del ciudadano y un deber del Estado*"; en aquella época, y aún hoy, es un hecho que nos enorgullece. Se creó el *Sistema Único de Salud (SUS)* que, sintéticamente, se fundamenta en los conceptos de la universalidad de la cobertura, la ecuanimidad de la prestación de servicios, la garantía del acceso indiscriminado y de la conformidad de la organización y de las prácticas con las necesidades de las personas y de la población. Ya hemos avanzado mucho desde aquel entonces, pero aún hoy, hay mucho por hacer para alcanzar las metas establecidas, recordando que, en 2006, la *Comisión Nacional de Determinantes Sociales en Salud (CNDSS)* afirmó: "*iniquidades (sociales, económicas, de género, raza..) son nuestra mayor enfermedad*".



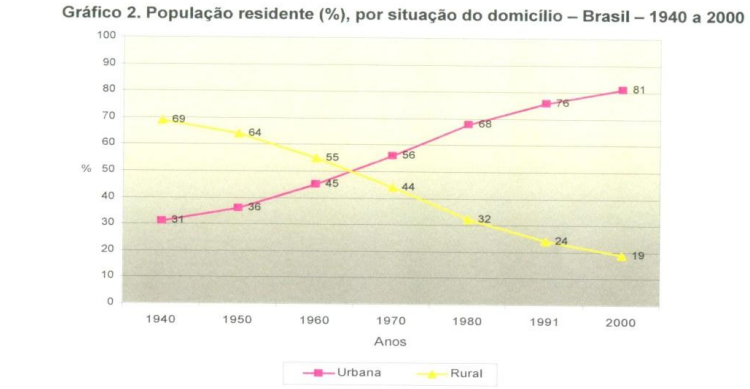
Gráf. 6.11B.1.- ALANAM 2010. Salud en el Brasil. Tamaño absoluto de la nación.

Podemos añadir, como lo muestra la figura anterior, que el tamaño de nuestros problemas es proporcional al tamaño absoluto de la nación. A pesar de los últimos avances en las últimas dos décadas, aún somos el país con el mayor índice de desigualdad social de las Américas y, proporcionalmente a su *Producto Interno Bruto (PIB)*, uno de los que menos invierte en el área de salud en el continente. Aunque la inversión global en salud alcanza a unos $75 billones, se sabe que más de la mitad de los gastos totales son responsabilidad de las personas (gastos de bolsillo)[1]; valor este que nos coloca en una posición bien por debajo de la media mundial, que es de $806,00 por persona. Por otro lado, contamos con más 330 mil médicos en Brasil, lo que nos coloca en una posición confortable, desde el punto de vista numérico, en la relación médico habitante=1,72 (ó 1 médico por 582 habitantes), aproximadamente. Sin embargo, esos médicos se concentran

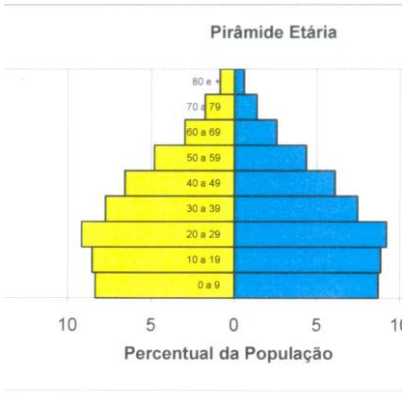
en los centros urbanos de las metrópolis, en las regiones más desarrolladas del país, el sureste y el sur, donde ejercen más del 70% de los médicos.

Además de eso, hay una coyuntura en curso, común a todos nosotros, que involucra nuestro tema: son las transiciones que, identificadas, imponen perfeccionamientos y acciones específicas del sistema de salud, con la finalidad de garantizar la calidad de los servicios ofrecidos a las personas y a la población, que son: *la demográfica, la nutricional y la epidemiológica.*

d'Ávila RL – Jornal Medicina CFM 2010;XXV(184),5:12



Fonte: Censos demográficos (1940-2000). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

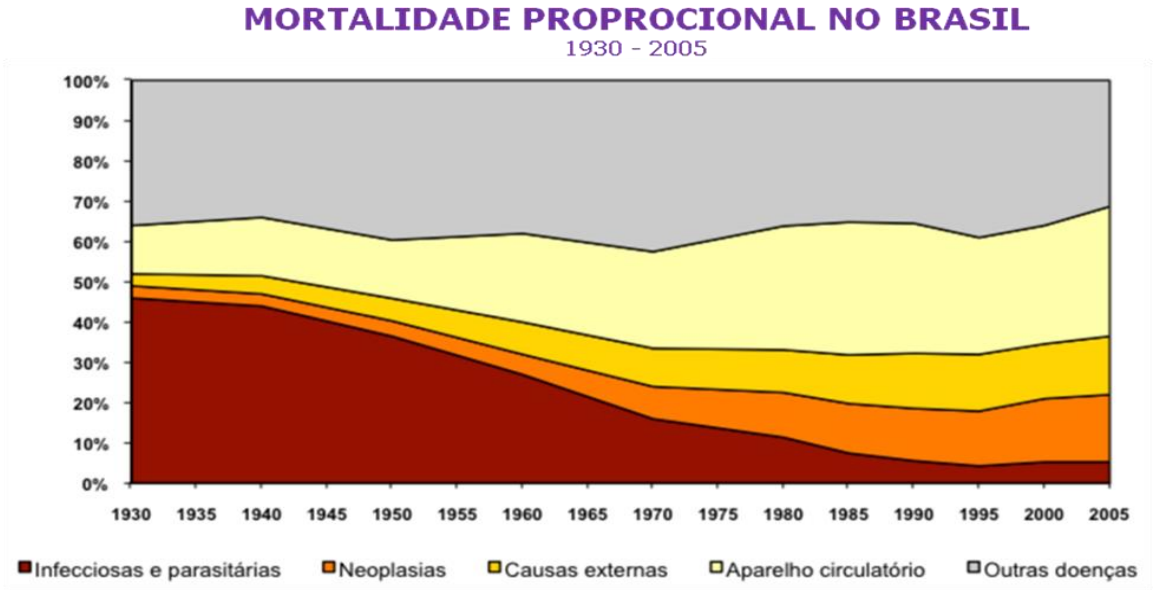


Gráf. 6.11B.2.- Población residente (%) por situación de domicilio. - Brasil - 1940 a 2000.
Gráf. 6.11B.3.- Pirámide Etaria.

En estas dos gráficas ejemplificamos dos aspectos fundamentales de la transición demográfica en Brasil: la urbanización y el envejecimiento de las personas, incluso sobre este aspecto, se afirma que el aumento demográfico en Brasil está por estabilizarse hasta el año de 2020. Las variables que más se correlacionan con este hecho son: la brutal caída de la fecundidad de las mujeres brasileñas y nuestro inmenso aumento de expectativa de vida. Actualmente, y progresivamente en descenso, la tasa global de fecundidad está en 1,94 (1,63 en Rio de Janeiro y 2,96 en Acre), más con una caída en las diferencias regionales (mayor de 55%), aproximando nuestros índices a los de Europa (1,51). Como resultado, más ancianos, más jubilados, más necesidad de atención médica y del *Seguro Social*. Además de otras demandas ya probadas en las economías más desarrolladas, que sobrepasan ese punto. Hoy vemos en ellas, grandes dificultades que el sistema actual

necesita superar. En Brasil, incluso, como en varios otros países desarrollados y sub-desarrollados, el único porcentaje de la población que aumenta en número es el de los ancianos, personas con más de 60 años de vida. Según datos del Banco Mundial, en los últimos 40 años la expectativa de vida para las personas que nacen y viven en los países en desarrollo, aumentó en 20 años.

Se debe destacar, y del mismo modo que la transición anterior, otra en curso y con características semejantes en la forma de impactar los sistemas nacionales de salud: es la transición nutricional. Hay, en curso, una verdadera pandemia de obesidad ¡(*globalobesity*)!. Hace algún tiempo se divulgó que "en los EUA, por la primera vez en la historia, la generación de los hijos tiene una expectativa de supervivencia menor que la generación de los padres y que la única variable independiente que lo determina es la obesidad", y esto, muy probablemente, muy pronto no será una peculiaridad exclusiva de los EUA.



Gráf. 6.11B.4.- Mortalidad proporcional en Brasil: 1930 - 2005.

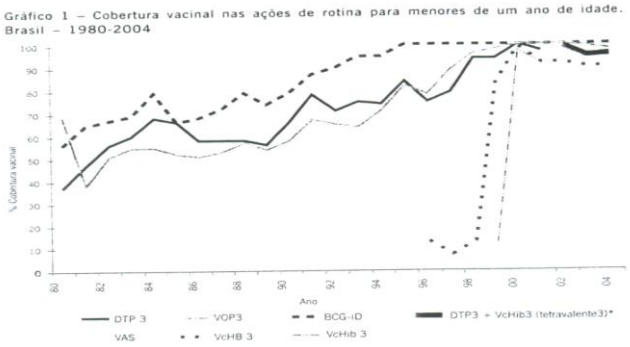
En este gráfico, presentamos la transformación epidemiológica caracterizada por uno de sus indicadores, la tasa bruta de la Mortalidad, a partir de una serie histórica desde 1930: La de la infección para las crónicas y degenerativas, capitaneadas por la tríada cardiovascular[2], el cáncer y la diabetes mellitus, la transformación es evidente. Las causas y factores asociados son de conocimiento general. Sin embargo, para nosotros, aún hay un contingente de enfermedades infecciosas que merece destacarse, no por las enfermedades en sí, sino por lo que ellas representan para el sistema de salud, como nos muestra la Gráfica siguiente.

2.- Accidentes vasculares encefálicos, miocardiopatías isquémicas y enfermedad vascular periférica.

Fig. 6.11B.2.- Contingente de enfermedades transmisibles.

En la Gráfica vemos que, además de los diagnósticos, lo que importa son los factores generales involucrados en su permanencia. Para todas, de una manera o de otra, e independientemente de tener un tratamiento específico y eficaz para cada una de ellas, hay componentes sistémicos, individuales y de políticas públicas capaces de involucrar en su impacto a la población, en forma biológicamente inevitable. Ese es el suyo (nuestro) mayor desafío.

Mientras tanto, una verdadera tragedia epidemiológica está en curso en Brasil, principalmente en las grandes ciudades y en el ambiente urbano: las muertes provenientes de accidentes de tráfico, la gran mayoría asociadas al consumo de alcohol, y las muertes violentas, particularmente el asesinato de personas menores de 45 años. Se sabe que hoy en día en Brasil el 46% de las muertes de adolescentes, entre 12 y 18 años, provienen de homicidio y que, según el índice de homicidios en la adolescencia (IHA), datos de la *Secretaría de Derechos Humanos de La Presidencia de La República*, en 2010, 33 mil adolescentes que tenían 12 años en 2006 no llegarán a los 19, en 2012, porque serán víctimas de homicidio. Confirmado el dato, se confirma la tragedia.



"A experiência brasileira na área das vacinas é o exemplo destacado da articulação virtuosa entre a dimensão social, econômica, industrial e tecnológica na área da saúde"

(Temporão e Gadelha, 2007)

Gráf. 6.11B.5.- Cobertura de vacunación en acciones de rutina para menores de 1 año de edad. Brasil – 1980 – 2004.

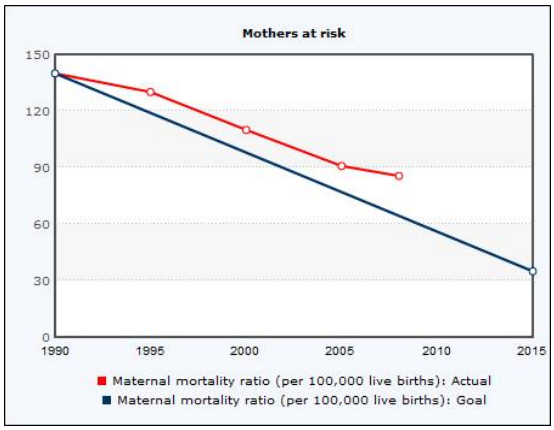
He aquí la cara positiva de la negativa de la Gráfica anteriormente descrita: el éxito del *Programa Nacional de Inmunización (PNI)*. En conjunto con el *Programa de Medicación de Alto Costo y la Farmacia Popular*, constituyen los marcos operacionales, verdaderos pilares del principio de solidaridad, base de *SUS*.

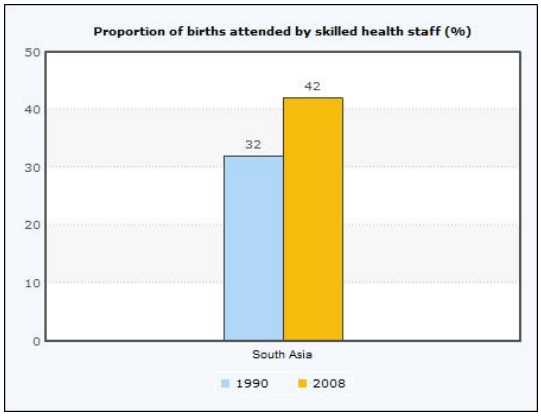
Vale la pena recordar, en ese aspecto, los compromisos brasileños con los "*Objetivos Del Milenio*", acordados por la *Organización de las Naciones Unidas (ONU)* en su Asamblea General del 2000 y que son en número de 8, así:

Tabla 6.11B.1.- Objetivos del Milenio en Brasil.

Como hemos visto, los objetivos establecidos para ser alcanzados hasta el año 2015 incluyen la reducción de mortalidad infantil (4) y mejorar la salud materna (5), con metas

específicas para cada uno de ellos. La disminución de la pobreza, la eliminación del hambre, el parto asistido por un profesional habilitado y en un ambiente adecuado, el acceso de agua tratada y el PNI son todas acciones en curso en Brasil, que contribuyen para que alcancemos las metas pre-establecidas para esos 2 objetivos. En contra partida de la disminución de la mortalidad infantil, que será alcanzada, la mortalidad materna no. A pesar de presentar un desarrollo favorable, desde 1990, con una caída de 120 óbitos por un millón de nacimientos para 58, en 2008 con una tasa aproximada de 4% al año, aún es insuficiente para que alcancemos la meta de 75% de disminución de la tasa de mortalidad materna en 2015, como se demuestra en las dos Gráficas siguientes.





Gráf. 6.11B.6.- Madres en riesgo. Mortalidad materna.
Gráf. 6.11B.7.- Proporción de nacimientos atendidos por personal de salud calificado.

Fundamentos de la Política Nacional de Salud

La política, cualquier política, depende de un binomio esencial y su constituyente: *IDEAS+RECURSOS*. Sin uno o sin el otro, y mucho menos sin los dos, no es posible la actividad política en el sentido histórico para el bien de la *polis* - en el contexto de la *res publica*. Como vimos anteriormente, a pesar del volumen de inversiones y gastos con la salud de la población brasileña, tanto con el poder del estado, como por las personas, aún estamos situados en las escalas inferiores de la disponibilidad de esos recursos, más cuando son comparados con los países en fases de desarrollo social y económico similar *(rango medio).*

En este contexto, las ideas, la síntesis pictórica del modelo de *Göran Dahlgren y Margaret Whitehead*, muestra, en la Figura siguiente (**Fig. 6.11B.3**.), un buen ejemplo de los conceptos que regulan la organización, los programas y la aplicación de las acciones del *Sistema Nacional de Salud*, en Brasil. Como ya es de conocimiento de todos, él está basado en el cambio fundamental, ocurrido en las últimas décadas, en cuanto al concepto del binomio salud, enfermedad, el desarrollo de los paradigmas biomédico estricto de la enfermedad para las ideas de la salud integral de personas y poblaciones, proceso aún en curso y de difícil aceptación por las estructuras establecidas, pero que, por su evidencia positiva en cuanto a resultados, se impone progresivamente en los sistemas nacionales basados en el conocimiento científico y en la democracia como sistema político dominante, a pesar de algunas excepciones. Como queda demostrado en la mandala incompleta del modelo, lo que se destaca es la presencia, además del núcleo biológico individual, de los diversos niveles de influencias sobre el organismo humano particular. Todo este conjunto de factores, influenciados por la idea del padecimiento humano, están incluidos en la denominación de *Determinantes Sociales de la Salud (DSS)* que incorpora, entre otros, componentes económicos, sociales, culturales, étnicos y ambientales.

Figura 1:Modelo de Dahlgren e Whitehead

Fig. 6.11B.3.- Modelo de Dahlgren y Whitehead.

Hace algunos años que en Brasil se constituyó la *Comisión Nacional de Determinantes Sociales de la Salud (CNDSS)* y, de esta manera, de definieron sus prioridades, que "*son los factores sociales, económicos, culturales, étnicos, raciales, psicológicos y comportamentales que influencian la ocurrencia de problemas de salud y sus factores de riesgo en la población*" *(2008)*. De forma más simplificada, la OMS dice que *"son las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan".* Hay muchas más, pero lo que resulta es el alcance del concepto y su indispensable consecuencia para la salud de las personas y de los sistemas nacionales de salud: más información y conocimiento que determinan intervenciones transformadoras.

La pertinencia del concepto puede ser expresa: por ejemplo, en la época del presidente de la *Fundación Osvaldo Cruz*, en Rio de Janeiro, *Académico Paulo Marchiori Buss*, que citó algunos de estos determinantes en 2001. Discriminando el papel del tabaquismo, del

consumo excesivo de alcohol y de la sal, del sedentarismo, del uso de drogas lícitas otras y las ilícitas todas, de los diversos tipos de desviaciones alimentarias (todos llevan a desequilibrios metabólicos importantes), de la conducción peligrosa o irresponsable, del amamantamiento y de las prácticas sexuales inseguras (fundamentalmente la promiscuidad), se señala toda una serie de factores determinantes de enfermedades, que tendrían gran importancia, si fueran colocados en práctica los puntos citados, tendríamos como consecuencia inevitable más salud para las personas y para la sociedad en general. Esa es la calidad mayor de ese concepto.

Las consecuencias operacionales de la implementación de esas ideas son de variada naturaleza. Una de ellas, me gustaría resaltar, fue cuando se creó el *Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE)* en Brasil, hace pocos años atrás. A partir del *Regimiento Sanitario Internacional (RSI),* promulgado por la OMS, y de la creación de SVE, se establece las bases reglamentarias para la implantación del *Centro de Informaciones Estratégicas en Vigilancia y Salud (CIEVS)*, basado en la fundamentación de SVE, que es el "*conjunto de acciones para el conocimiento del cambio de factores determinantes de la salud individual y colectiva que implican medidas de prevención y control de sus consecuencias*", que engloban tanto las enfermedades transmisibles como las no transmisibles.

En el mundo globalizado, en su sentido principal de interconexión de las realidades únicas con más interfaces comunes con los *Sistemas Nacionales de Salud*, se ofrecen desafíos y oportunidades. En el proyecto de la *ALANAM*, la política brasileña tiene bien definida la importancia del área de la salud en la realización de sus objetivos, tanto de la integración regional como de la multilateralidad. Es importante resaltar, en este sentido, el que la política externa brasileña se involucró con el *Mercado Común Sudamericano (MERCOSUR)* y con la *Unión de las Naciones Sudamericanas (UNASUR)* en los aspectos relacionados, entre otros, con los temas de la salud, lo cual dio como resultado, en diciembre de 2008, en la reunión de jefes de estado en la *Costa de Sauípe, Bahia (Brasil)*, de la fundación del *Consejo de Salud Sudamericano* (*UNASUR SAUDE 1*). Su agenda de trabajo, definida en abril de 2009 en Santiago de Chile, consta de 6 puntos, a saber: 1) Establecer el *Escudo Epidemiológico Sudamericano*; 2) Desarrollar *Sistemas Universales de Salud*; 3) Dar acceso universal a medicamentos y otros insumos para la salud; 4) Desarrollar el *Complejo Productivo en América del Sur*; 5) Promover la salud por medio de los *Determinantes Sociales de la Salud* y 6) desarrollar los recursos humanos para el área de la salud. Más coherente con el tema de nuestra reunión, imposible. Ejemplo puntual, partiendo de esa necesidad, fue la reciente circulación del virus de la influencia AH1N1 de la gripe porcina. Para la política externa brasileña, el énfasis *Sur-Sur y en la Comunidad de los Países de Lengua Portuguesa (CPLP)* está bien definido y, además de ese aspecto regional, hay una clara determinación de establecer cooperaciones estratégicas con la *Unión Europea* en esa área.

Dentro de esos desafíos y oportunidades se hallan circunscritos dos componentes sistemáticos de esa área que impactan, negativamente y de forma constante, el alcance de esas acciones, respeto a la concentración del capital transnacional en el sector y las cuestiones provenientes de la propiedad intelectual de los insumos. Hay tensión permanente a ese tema mismo sobre la reglamentación del *Trade Related Intelectual Property Rights (TRIPS),* de la *World Trade Organization (WTO),* firmado en Abril de 1994, en

Marrakesh, Marruecos, que sustituye el *General Agreemente on Tarifs and Trade (GATT)*, de 1948. El desarrollo positivo de todos esos desafíos y el aprovechamiento de esas oportunidades de desarrollo, sin duda, son etapas esenciales para que nuestros países consigan alcanzar, y superar, los *Objetivos del Milenio*, establecidos por nosotros, el 8 de setiembre de 2000, en la Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y que derivan en el *United Nations Development Program (UNDP).*

Ratificando ese nuevo contexto de inserción de las discusiones sobre el binomio salud y enfermedad, el de los DSS, y dejando claro que no se trata de idiosincrasia de tercer mundo, retórica ineficaz de conglomerados políticos periféricos, cito y remito a la lectura, 2 artículos recientemente publicados, con el status de Editoriales, en la prestigiosísima *The New England Journal of Medicine* y, cuyos títulos son auto explicativos: "*Global Noncommunicable Diseases - Where Worlds Meet*" y "*An Internactional Service Corps for Health – An Unconventional Prescription for Diplomacy*" (NEJM 2010; **363 (13)**:1196-1201.

Para complementar, hay una agenda conocida y pre-definida de obstáculos para que sean vencidos y con eso, facilitar la implementación eficiente y eficaz de todo ese complejo programa, base de la organización productiva de *Sistemas Nacionales de S*alud, en el contexto de nuestros países. Destacamos los siguientes sobre el titulo de la dependencia tecnológica: a) Fármacos, medicamentos y patentes; 2) Equipos para diagnósticos por imágenes; 3) Orteses y prótesis; 4) Hemoderivados; 5) Radioisótopos y 6) Reactivos para biotecnología.

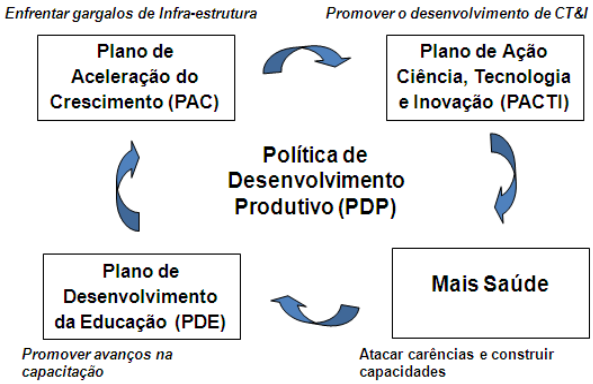
La Salud en la Perspectiva del Desarrollo Nacional

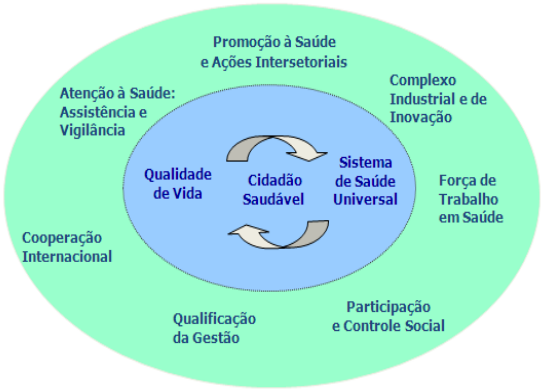
Fig. 6.11B.4.- La Salud bajo la perspectiva del desarrollo nacional.

En esta figura se puede apreciar una síntesis de la importancia del tema: el Complejo Productivo de la Salud (CPS), actúa como propulsor del desarrollo, no sólo por las consecuencias del bienestar de las personas y la salud de la población sino, también, por sus

aspectos económicos. Esa Institución, *Global Forum Research (GFR)*, creó la expresión *10/90 gap* para reflejar en términos comparativos globales, la gran diferencia de las inversiones y gastos de los países de la periferia en *Pesquisa y Desarrollo* tecnológico *(P&D)*, menos del 10% del volumen mundial, cuando se confronta con el hecho de que en este punto ocurre más de 90% de las muertes. En Brasil, se calcula que el *Sector Salud* mueve aproximadamente un 8% de su *Producto Interno Bruto (PIB)*, lo que representa una fuerza de trabajo de 12 millones de personas, entre empleos directos e indirectos; hay indicativos, incluso, sobre esa perspectiva, de que sea el sector líder de la oferta de puestos de trabajo para la población.

En los dos esquemas que siguen está resumida la concepción de la posición del *Sector Salud* brasileño, sobre la perspectiva del desarrollo nacional. En la primera (**Graf. 6.11B.8**), se coloca su importancia en el conjunto de acciones estratégicas para la implementación de acciones en diversas áreas denominadas como Política de Desarrollo Productivo (PDP). O Mais Saúde, claramente, constituye uno de sus pilares, sabiéndose que sin salud no es posible el desarrollo.





Gráf. 6.11B.8.- Política de Desarrollo Productivo (*PDP*).
Gráf. 6.11B.9.- Programa "*Más Salud*".

En el otro esquema (**Graf. 6.11B.9**), sobre la lógica de resolver carencias y construir capacidades, se detallan los diversos componentes de la acción denominada, en términos de programa, *Más Salud*. Como vemos, a partir de una concentración de objetivos en las personas, son múltiples sus componentes. Ellos están fundamentados en la calidad de vida proveniente de un sistema universal de protección y, en el entorno que determina, vemos

todos los componentes mencionados sobre el punto de vista del concepto de los *Determinantes Sociales de la Salud*, que aquí, apropiadamente, denominaré la enfermedad humana. Destacamos, incluso, el fuerte componente estructural, en esta concepción, de la participación y el control social a ser ejercido por la sociedad en el desempeño del sistema. Todos los otros componentes fueron mencionados en otras partes de ese documento, de ahí su importancia.

Tal vez más significativa que esas figuras, sea la siguiente, donde se establece la jerarquía global del *Sector Salud*, denominado como *Complejo Industrial de la Salud (CIS)* en el panel global de desarrollo Nacional.

Gráf. 6.11A.10.- Jerarquía global del Sector Salud. Complexo Industrial de Salud (*CIS*).

Para alcanzar ese objetivo, diversas acciones de *control y evaluación* son imprescindibles. En el esquema siguiente, las más importantes están destacadas. Cada uno de los 5 tópicos generan las informaciones necesarias que subsidiarán las diversas políticas consecuentes y todas dependientes de su diseminación y discusión, con las capacitaciones indicadas y, principalmente, con el involucramiento de sus promotores en la transformación de las mentalidades necesarias para la eficacia del sistema.

Grág. 6.11A.11.- Acciones de control y evaluación.

Podemos concluir, por lo presentado, que entendemos la salud como programa de estructuración a largo plazo para el desarrollo nacional y no como el sector productor de gastos, con recursos restringidos, y que ese sector no es un problema, pero sí, parte de la solución para el desarrollo brasileño.

Consideraciones Finales

Sir Edwin Chadwick (24 de enero de 1800 – 16 de julio de 1890), fue un reformador social en la Inglaterra victoriana, que se destacó por su trabajo en el perfeccionamiento de la ley de los pobres y en su intransigente acción para mejorar las condiciones sanitarias de la población londinense, en su época sobre los conceptos higienistas vigentes, consolidados por el trabajo de John Snow (1813-58) sobre la epidemia de cólera de 1854, en Soho. Es interesante notar que, en sus escritos, él sostenía sus ideas y propuestas higienistas, porque creía en las acciones de salud pública "*sabe Money*" (en sus palabras). En 1842, él preguntaba: ¿los ingleses pobres son pobres porque son enfermos o son enfermos porque son pobres?. Casi 170 años después y proveniente del enorme desarrollo científico, tecnológico y social que ocurrió desde aquella época, podemos responder a Sir. Edwin Chadwick de la siguiente manera: *los pobres del mundo tienen menos salud porque no tienen acceso a las acciones que evitan, previenen y tratan las enfermedades. Los pobres del mundo son más enfermos debido a las políticas públicas que los excluyen!*

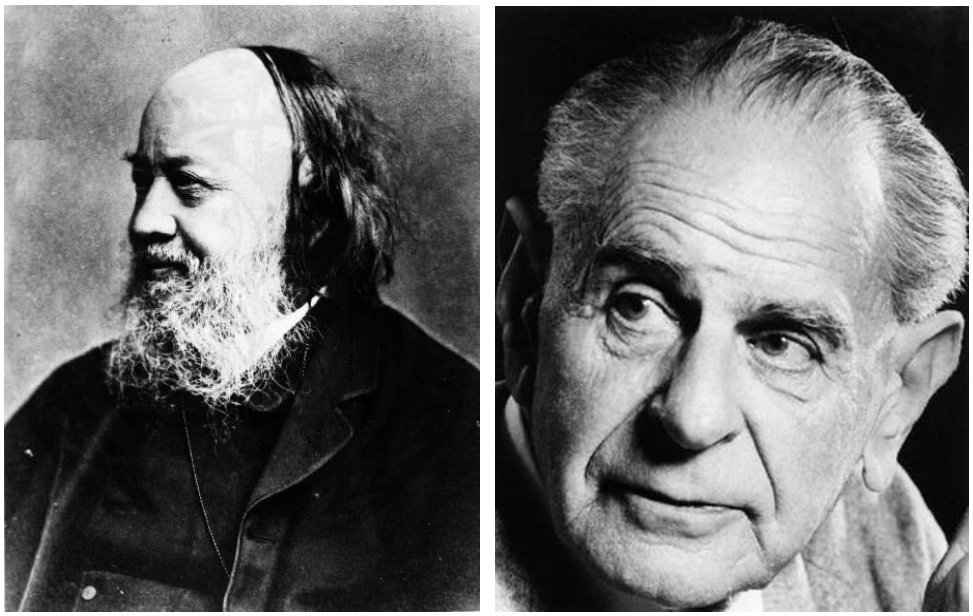


Fig. 6.11B.5.- Sir Edwin Chadwick[1]. Nacido en Longsight, cerca de Manchester, el 24 de enero de 1800 y muerto en Parck Cottage, East Sheen, Surey, el 6 de julio de 1890[2]. **Fig. 6.11B.6. Sir Karl Popper**. Nacido en Viena, Austria, el 28 de julio de 1902 y muerto en Londres, el 17 de septiembre de 1994[3].

Sin embargo, esa comprobación verdadera a la manera del *Sir Karl Popper (1902-94)*, en sus *Conjeturas y Refutaciones*, trae otra constatación, que abre las perspectivas de la esperanza, que es, que a pesar de todo, nunca globalmente como en el último siglo, tantos se beneficiarán de las políticas públicas incluyentes, por lo tanto, es esta la esperanza de un futuro más saludable y posible para muchos excluidos de hoy. Todos sabemos de la facilidad del discurso cuando es confrontado con la realidad más, sin lenguaje, no hay entendimiento y sin entendimiento, no hay progreso. Esa es la función del discurso que, en términos prácticos, es la sustentación de la coherencia de las decisiones que justifican nuestras acciones en el alcance de nuestros objetivos. No tenemos duda de que lo que acabamos de demostrar concluye una pertinencia de la *Política Nacional de Salud de Brasil* y que, con dificultades obvias, ella es un instrumento definitivo para, más allá del desarrollo del país, se constituye en una garantía de mejores condiciones de vida de la mayoría de la población brasileña. Finalizo con una frase emblemática sobre todo lo que se ha sido dicho: la "*Salud integral es un objetivo de la nación y no una meta del gobierno*".

1.- WIKIPEDIA. LA ENCICLOPEDIA LIBRE. es.wikipedia.org/wiki/Edwin_Chadwick.
2.- The Victorian Web. victorianweb.org/history/chad1.html
3.- WIKIPEDIA. LA ENCICLOPEDIA LIBRE. *Karl Popper*. es.wikipedia.org/wiki/Karl_Popper.

12.- “Situación de la Salud en Colombia”

Señor Académico
Profesor
GUSTAVO MALAGÓN LONDOÑO
Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia.

Viernes 29 de octubre de 2010

Fig. 6.12.1.- Profesor Gustavo Malagón Londoño. Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Fotografía de ZCM.

Antes de 1993, el sistema de salud colombiano estaba diseñado para brindar un aseguramiento a la mayoría de la población trabajadora y permitir que entidades con fuero especial ofrecieran la atención a sus propios servidores. Las personas sin ningún tipo de aseguramiento y las familias de los trabajadores sin protección, eran atendidas en los hospitales públicos, con inconvenientes naturales de accesibilidad, pese a lo cual, la población, en general, aceptaba los servicios de salud que se le ofertaban. El Estado tomaba la mayor parte de la responsabilidad directa de la salud y reglamentaba a través del Seguro Social, Cajas de Previsión, hospitales públicos; muchas empresas privadas ofrecían directamente los servicios a sus afiliados, la fuerza pública atendía a sus dependientes con régimen especial a través de servicios de sanidad militar y de policía, buen porcentaje de población, especialmente de estratos cuatro y cinco, se acogían a planes privados de atención, era muy aceptable el servicio hospitalario público; la salud pública, especialmente lo relacionado con los cuidados del medio ambiente, las inmunizaciones, planes generales de fomento y prevención eran manejados directamente por el Ministerio de Salud, por medio de las denominadas campañas directas, dirigidas especialmente contra el paludismo, la TBC, el pian, el dengue, el Chagas, la fiebre amarilla; se introdujo el plan de medicamentos genéricos, que abarataban notablemente el costo de la atención.

Para cumplir el mandato señalado en la Carta Constitucional de 1991, que define *"que el Estado tiene la obligación de proveer salud integral a todos los colombianos, bajo las premisas de calidad, eficiencia y solidaridad*", fue propuesta la reforma que se materializó con la Ley 100 de 1993, llamada "*Ley de Seguridad Social en Salud*", con determinación para que la población se afiliara a través de programas obligatorios, *POS*, a los regímenes subsidiado y contributivo, con planes de beneficios diferentes y programa de aseguramiento por intermedio de empresas privadas, llamadas *EPS*, que podían contratar con los hospitales públicos o con sus propias instituciones prestadoras, llamadas *IPS*; las *IPS* facturan sus servicios a las *EPS* y estas cobran el dinero dentro de unos estándares *UPC*s, de diferente monto para un régimen y otro, a un fondo social del Sistema, *FOSYGA*, así mismo determinó que, a partir del año 2001, todos los habitantes del territorio nacional tuvieran acceso al Plan Obligatorio de Salud, lo cual no se cumplió por no haberse alcanzado las metas de crecimiento económico y de mercado laboral. Se esperaba que más del 65% de la población con capacidad de pago se afiliara al régimen contributivo y el porcentaje restante fuera del régimen subsidiado. La relación, hoy, es completamente opuesta. El Estado ha tenido que equilibrar la balanza con un inmenso esfuerzo económico para alcanzar la cobertura actual sobre una población calculada en 46 millones de habitantes, de 22 millones quinientos mil afiliados a régimen subsidiado y 18 millones doscientos mil a régimen contributivo, y 1.200.000 que corresponden a regímenes especiales. Se calcula que los recursos generales del sector salud corresponden al 8.2% del *PIB* o sea 37 billones de pesos. En reciente estudio, elaborado por el sector privado, se estableció que los recursos en el sector salud se estimaron en 2009, así:

Recursos del Sector Salud en 2009
(millones de pesos) Documento elaborado por la ANDI, 2010

	2009	Distribuci ón
Régimen Contributivo	12.264.255	33,4%
Régimen Subsidiado	7.395.788	20,1%
Vinculados	2.890.541	7,9%
Regímenes especiales	2.378.000	6,5%
Atenci ón en Salud Riesgos Profesionales	305.362	0,8%
Atenci ón en salud en accidentes de tr ánsito y eventos catastr óficos (SOAT)	1.145.862	3,1%
Salud P ública	1.514.145	4,1%
Gasto Privado – atenciones complementarias de car ácter voluntario	2.429.980	6,6%
Gasto Privado - gasto en medicamentos no institucional	3.188.250	8,7%
Otros Gastos Privados	2.178.839	5,9%
Otros Gastos P úblicos	1.014.337	2,8%
Total	**36.705.358**	**100%**
% del PIB	**7.65%**	

Tabla 6.12.1.- Recursos del Sector Salud, en 2009.

Demos una hojeada general al panorama demográfico, geopolítico y epidemiológico del país, con el objeto de partir de ahí para el análisis del programa vigente.

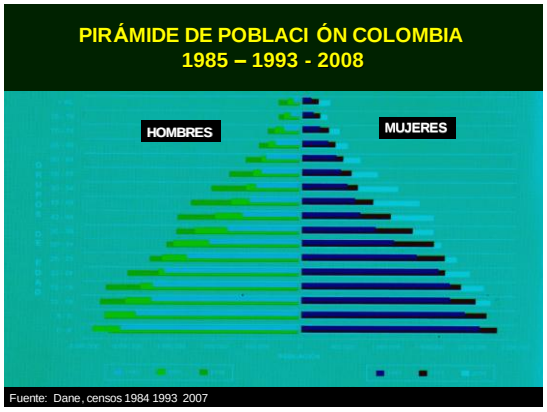
Colombia, situado en el ángulo noroeste de Sudamérica, además de su territorio continental posee las islas de San Andrés y Providencia, en al Mar Caribe, y pequeños islotes contiguos al continente, con superficie total de 1.141.568 km^2, bañada por dos mares, los Océanos Atlántico y Pacífico. La Cordillera de los Andes, que la atraviesa en sentido Sur-Norte con sus brazos central, oriental y occidental, determina características geopolíticas y enmarca regiones con diferentes perfiles epidemiológicos.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS		
ESTRUCTURA DE LA POBLACI ÓN, 2008		
Poblaci ón total		45.200.000
Poblaci ón femenina	52%	23.400.000
Poblaci ón masculina	48%	21.800.000
Poblaci ón < 15 a ños	29,6%	
Poblaci ón adolescente (15-19 a ños)	9,8%	
Proporci ón de mujeres en edad f értil (15-49 a ños)	26,7	
Poblaci ón de 60 y m ás a ños	9,5%	
Tasa media anual de crecimiento 2005-2010	1,18%	

Tabla 6.12.2.- Indicadores demográficos. Estructura de la población de Colombia en 2008.

Es un país agrícola y ganadero, con riquezas naturales como oro, carbón, caolín, hierro, cobre, plomo, zinc, gas natural, petróleo, notable capacidad hidráulica, con desarrollo industrial que le ha permitido afrontar la crisis económica mundial y mantener márgenes racionales de empleo. Infortunadamente, azotada desde hace varios años por la violencia inclemente de grupos extremistas, peor todavía, con la alianza del terrorismo con el narcotráfico, esta circunstancia ha llevado a cinco fenómenos fundamentales: 1) A colocar el índice de muertes violentas entre las primeras causas de mortalidad en el país. 2) A disminuir notablemente la producción agrícola al convertir grandes extensiones de tierra en campos sembrados de alucinógenos y minas antipersonas, o al ahuyentar por terrorismo al agricultor de sus tierras, antes proveedoras de promisorios mercados. 3) A obligar al desplazamiento masivo de altas cifras de habitantes del campo y poblaciones menores a las ciudades capitales. 4) A aumentar las cifras de desempleo. 5) A propiciar la inseguridad urbana. Altos porcentajes de estas comunidades desplazadas, cerca de 500.000 el último año, ofrecen precarias condiciones de salud y la mayoría serios problemas psicológicos.

La pirámide de población muestra 52.5% de mujeres, 47.5% de hombres y que la población de más de 60 años, alcanza el 10.2%.



INDICADORES SOCIOECONÓMICOS	
NIVEL EDUCATIVO	
Tasa de analfabetismo en poblaci ón de mayores de 15 años	6,7%
NIVEL DE INGRESOS	
PIB per cápita US$ corrientes proyecci ón para 2009	4.207
Tasa de crecimiento anual del PIB estimada 2009	8,5
Proporci ón de poblaci ón bajo l ínea de pobreza	45%
Tasa de desempleo a Diciembre 2009	12,2%
Inflaci ón: crecimiento anual del índice e precios al consumidor	5,69
Gasto nacional en salud por a ño como proporci ón del PIB en 2009	8,47%

Gráfica 6.12.1.- Pirámide de población en Colombia. Datos 1985 – 1993 - 2008.

Tabla 6.12.3.- Datos y porcentajes que ofrecen los indicadores socioeconómicos.

INDICADORES DE OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Cobertura Promedio Nacional de Servicios P úblicos

Cobertura del servicio de Acueducto	83%
Cobertura del servicio de Alcantarillado	73%
Cobertura del servicio de Energ ía	93%

INDICADORES DE OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

RECURSOS HUMANOS EN SALUD Estimaciones 2007

Razón de m édicos por cada 1000 habitantes	1,6
Razón de enfermeras profesionales por cada 1000 habitantes	0,8
Razón de odont ólogos por cada 1000 habitantes	0,9
Razón de auxiliar de enfermer ía por cada 1000 habitantes	3,4
Promedio de m édicos egresados por a ño (2009)	2.200
Promedio de enfermeras profesionales egresados por año (2008)	1.777

Tabla 6.12.4.- Cobertura de servicios públicos: ha ido mejorando notablemente hasta lograr, en la actualidad, las cifras anotadas. **Tabla 6.12.5.-** Indicadores de la oferta de servicios de Salud y Seguridad Social.

El crecimiento del número de médicos ha sido notable en los últimos años, el país pasó de 18 facultades de medicina, en 1980, a 55 en la actualidad, estimándose la cifra actual de estos profesionales en 62.000 y sobrepasarán seguramente los 100.000 para 2025, lo cual, lejos de ser el resultado de planeación alguna, significa un abuso en la interpretación de la autonomía universitaria dispuesta por ley y un afán de lucro de muchas instituciones docentes, que utilizan la predilección de los bachilleres por las ciencias de la salud para especular con la oferta de centros de formación. Una característica del país ha sido su ritmo acelerado de crecimiento: la población se multiplicó por 9 en los últimos 100 años, pasando de 5.100.000 en 1910 a 45.5 millones en la actualidad, no obstante la tasa bruta de natalidad en franco descenso en los últimos 50 años (Nacidos vivos por 1000 habitantes), actualmente en 19.8, la tasa de mortalidad infantil progresivamente disminuida hasta llegar a 19.9, la tasa bruta de mortalidad en 5.81, con esperanza de vida al nacer en hombres de 70.7 años y en mujeres de 77.5 .

INDICADORES DEMOGR ÁFICOS

Din ámica de la Poblaci ón (estimaciones 2008)

Tasa bruta de natalidad (nacidos vivos por 1000 habitantes) 2005 -2010	19,86	
Media anual de nacimientos	877.441	
Media anual de defunciones	256.703	
Tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes 2005 -2010	5,81	
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos 2005 -2010	19,9%	
Esperanza de vida al nacer (2005 -2010) – Mujeres	77.5	74.0
Esperanza de vida al nacer (2005 -2010) – Hombres	70.7	
Número de personas desplazadas por la violencia en 2008	359.740	

INDICADORES BASICOS PARA MONITOREO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y OTROS INDICADORES EN COLOMBIA Y LA REGI ÓN DE LAS AMÉRICAS

REDUCCI ÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL

	AMÉRICA LATINA	COLOMBIA
Defunciones registradas por EDA en menores de 5 a ños	4,9	3,7
Defunciones registradas por IRA en menores de 5 a ños	8,1	8,4
Cobertura de Inmunizaci ón DPT3 en menores de 1 a ño	93	92,9
Cobertura de Inmunizaci ón POLIO 3 en menores de 1 año	94	92,8
Cobertura de Inmunizaci ón BCG en menores de 1 a ño	96	93,3
Cobertura de Inmunizaci ón SARAMPION/SRP en ni ños de 1 a ño	94	94,6

Tabla 6.12.6.- Dinámica de la población en Colombia. Datos estimados en 2008.
Tabla 6.12.7.- Reducción de la mortalidad infantil en América Latina y en Colombia.

INDICADORES BASICOS PARA MONITOREO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y OTROS INDICADORES EN COLOMBIA Y LA REGI ÓN DE LAS AMÉRICAS		
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		
	AMÉRICA LATINA	COLOMBIA
Tasa de incidencia del SIDA	10,8	1,9
Casos reportados de MALARIA	761.586	110.480
Casos reportados de DENGUE	898.628	43.448
Casos confirmados de SARAMPION	179	0
Tasa de incidencia de TUBERCULOSIS	37,4	24,9
Tasa de incidencia de TUBERCULOSIS BK +	21,4	16,4

PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN

- AGRESIONES, HOMICIDIOS
- ENFERMEDADES ISQU ÉMICAS DEL CORAZ ÓN
- ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR
- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (NEUMONIA)
- CÁNCER
- DIABETES MELLITUS

Tabla 6.12.8.- Indicadores de enfermedades transmisibles en América Latina y en Colombia. **Tabla 6.12.9.-** Causas de mortalidad entre los 20 y los 60 años en Colombia.

La violencia ha generado unas cifras inusitadas de víctimas como se desprende de las siguientes Tabla y Gráfica:

HOMICIDIOS

CASOS Y TASAS POR CADA 100.000 HAB SEGÚN EDAD Y SEXO. COLOMBIA, 2009

0-4	25	1,20	38	1,74	-	63	1,47
5-9	15	0,71	25	1,13	-	40	0,92
10-14	40	1,84	106	4,66	-	146	3,28
15 - 17	104	8,03	800	58,59	-	904	33,99
18 - 19	81	9,71	983	112,02	-	1.064	62,17
20-24	253	12,87	3.043	150,71	-	3.296	82,70
25-29	239	13,17	3.221	184,55	4	3.464	97,32
30-34	194	11,80	2.370	151,73	14	2.578	80,40
35-39	120	7,95	1.749	124,51	1	1.870	64,17
40-44	136	8,89	1.301	92,59	3	1.440	49,67
45-49	102	7,3	941	73,37	3	1.046	39,83
50-54	64	5,55	576	54,95	3	642	29,16
55-59	41	4,50	374	44,88	-	415	23,80
60-64	21	2,97	215	33,40	-	236	17,46
65-69	18	3,36	141	29,61	-	159	15,70
70-74	20	4,51	76	20,51	-	96	11,80
75-79	14	4,56	38	15,42	-	52	9,39
80 y más	13	3,92	39	15,98	1	53	9,21
Fetos[1]	13	-	23	-	3	39	-
Sin información[2]	10	-	96	-	8	114	-
Total	1.523	6,69	16.155	72,76	39	17.717	39,39

Fuente: INMLCF-DRIP/SIRDEC/SINEI

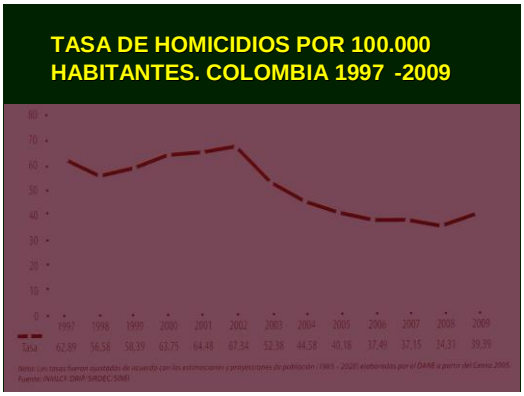


Tabla 6.12.10.- Casos y tasas de homicidios por 100.000 habitantes por edad y sexo en Colombia. **Gráfica 6.12.2.-** Homicidios en Colombia por 100.000 habitantes entre 1997 y 2009.

En términos generales, la seguridad social en salud ha logrado una cobertura que en la actualidad sobrepasa el 90% de la población, con numerosos reparos, observaciones y quejas por descontento en la prestación de servicios, que han conducido a replanteamientos del sistema.

VINCULACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL 2009

	No. Personas	Cob. Poblacional
Régimen Subsidiado a septiembre de 2009	22.997.637	75,86%
Régimen Contributivo a junio de 2009	18.198.673	78,1%
Cobertura de afiliaci ón al Sistema General de Riesgos Profesionales	5.945.653	67,0%

Tabla 6.12.11.- Cubrimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud para el año 2009 en Colombia.

El presupuesto actual, destinado a salud, corresponde al 8.2 del *PIB*, lo que equivale, en cifras, a 30 billones de pesos que, distribuidos por habitante del país, significaría una cantidad suficiente para cubrir, casi en su totalidad, la exigencia económica del sistema.

Se aprecian, a grandes rasgos, las siguientes fallas del sistema actual:

- Inadecuada utilización de los recursos económicos.
- Fallas en los sistemas de información que han conducido a sub-registros.
- Abusos en la intermediación por parte de las aseguradoras.
- Inequidad en la prestación de los servicios.
- Atropello y desconocimiento de la autonomía profesional.
- Menosprecio a la labor de los trabajadores de la salud.
- Desprotección socio-laboral de los profesionales de la salud.
- Debilitamiento de la salud pública.
- Falta de liderazgo por parte del estado.
- Debilitamiento en la calidad de los servicios.
- Colapso (o desaparición) de los Hospitales Públicos.
- Altos costos de los medicamentos.

Ante los problemas evidenciados y las constantes quejas de representantes de los prestadores de los servicios, por las numerosas demandas de los usuarios elevadas a través de mecanismos legales, como acciones de tutela, por déficit presupuestal que llevó a limitación o suspensión de servicios, hubo pronunciamientos de la Corte Constitucional, máximo organismo judicial, conminando al Ministerio al cumplimiento de lo dispuesto en la constitución y en la ley en un plazo determinado, so pena de severas sanciones. En determinado momento, el Gobierno Nacional decretó la emergencia social en salud, más tarde declarada inexequible por la Corte. La Academia Nacional de Medicina mantuvo su posición de liderazgo dentro de esas situaciones, en defensa no solamente de los profesionales y trabajadores en general de la salud sino, fundamentalmente, en consideración de los derechos de la población.

Así las cosas, la Academia Nacional de Medicina presentó, al nuevo gobierno, como lo hizo con el anterior, sus serios reparos al sistema actual y formuló un paquete de recomendaciones, técnicamente sustentadas, lo mismo que prepara un proyecto de reforma de la estructura del sistema para cursarlo al poder legislativo, previos debates con los representantes de los principales gremios de la salud y con los propios ejecutivos del estado.

La Academia considera que un sistema social de salud debe estar enmarcado dentro de los siguientes principios fundamentales:

- El sistema debe operar bajo la dirección y rectoría del estado para controlar los afanes de lucro de las organizaciones que actúan con fines comerciales.
- Debe ser de carácter público para manejo de los recursos, sin intermediación financiera con fines comercial o lucrativo.

- Debe contar con un modelo de atención integral, sin restricciones de uso en todo el territorio nacional.
- Debe ser participativo, con espacios de opinión para la comunidad académica, de usuarios y de veedores.
- Debe contar con una política de capacitación del talento humano, con énfasis en la investigación.
- Debe establecer mecanismos de estabilidad laboral para los trabajadores de la salud.
- Debe garantizar la atención con la mejor calidad posible, respetando la autonomía profesional.
- Debe garantizar la sostenibilidad financiera del sistema que permita la universalidad, equidad, calidad é integralidad.
- Debe cambiar el sistema de aseguramiento con fines lucrativos por un sistema integral de seguridad social que responda, con eficiencia, al derecho constitucional de toda la población.

Lo anterior, en síntesis, refleja la situación actual del sistema, sujeto en este momento a cambios estructurales fundamentales.

Bibliografía Consultada

1.- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Mortalidad y situación de la mujer. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Capítulo 9, 2005. Pág.189

2.- Colombia, Corte Constitucional. Obligatoriedad del sistema General de Seguridad Social en Salud. Sentencia T-760, 2007

3.- Colombia, Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud, Colombia, 2005.

4.- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Boletín Censo General 2005. Bogotá; 2006. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/boletin.pdf. Acceso el 27 de julio de 2006.

5.- Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Justicia y Seguridad. Cifras de violencia. Primer semestre 2005. 2006. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=562. Acceso el 27 de julio de 2006.

6.- Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia sobre Violencia. Forensis 2004. Datos para la vida, boletín de violencia en Colombia. Bogotá; 2005.

7.- Colombia, Ministerio de la Protección Social, Observatorio de Recursos Humanos, Sistema Nacional de Información de la Educación Superior. Base de datos. 2006. Disponible en: http://snies.mineducacion.gov.co:8080/pls/iesprogramas/ m_programas. programa_acreditado_lista?p_tipo=2. Acceso el 28 de julio de 2006.

8.- Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, 2005

9.- Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de la enfermedad de Chagas en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.

10.- Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de la lepra en Colombia. Informe 2004.

11.- Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de la tuberculosis en Colombia. Informe 2004.

12.- Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de malaria en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2005.

13.- Colombia, Ministerio de la Protección Social; Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).Diagnóstico actual y prospectivo de la salud ocupacional y los riesgos profesionales en Colombia con enfoques de entorno. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2005.

14.- Colombia, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. En: Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2002.

15.- Colombia. Corte Constitucional. Declaratoria de Inexequibilidad de la Emergencia Social en Salud. Sentencia C-252 del 16 de abril de 2010

16.- Colombia. Gobierno Nacional, Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud, 1993.

17.- Colombia. Gobierno Nacional. Declaratoria de Emergencia Social en Salud. Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009

18.- Grupo Aval. Indicadores económicos. Producto Interno Bruto (PIB) Histórico. Disponible en: http://www.grupoaval.com/oc4j/portales/jsp/gaviframes.jsp. Acceso el 27 de julio de 2006.
19.- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Profamilia Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud — 2005. Capítulo 3, Características generales de los hogares y de la población. Bogotá: ICDS; 2005:40–41.
20.- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lactancia y estado nutricional. En: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2005. 2005. Pág. 247–277.
21.- LUQUE, R. Situación de la epidemia en Colombia. Presentación del Día Mundial de Lucha contra el SIDA, Videoconferencia nacional, Servicio Nacional de Aprendizaje, diciembre 2005.
22.- MALAGÓN-LONDOÑO G., Moncayo Medina A. Salud Pública. Bogotá, Editorial Médica Panamericana de Buenos Aires, 2010
23.- Ministerio de la Protección social, Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos, Bogotá, 2008
24.- Montenegro S. Estimaciones de pobreza e indigencia en Colombia 2005. Departamento Nacional de Planeación; 2005. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/GCRP_Presentaciones/Presentación_cifras_pobreza_2005. Acceso el 27 de julio de 2006.
25.- Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Programa Nacional de Desarrollo Humano; Agencia Colombiana de Cooperación Internacional; Federación Colombiana de Municipios; Cooperación Técnica Alemana. Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio. Bogotá: NNUU; 2005. Pág.15–16.
26.- Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Salud en las Américas 2007 Vol II (países). Publicación Científica y técnica No. 622. Washington D.C., 2007.
27.- SARMIENTO, A., TOVAR, L.P. y ALAM, C. Citado en: Colombia, Departamento Nacional de Planeación y Sistema de Naciones Unidas en Colombia. Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2005. Bogotá: DNP/PNDH; PNUD; CEPAL; 2006. Pág. 65.
28.- VÉLEZ, M. *Salud: Negocio e inequidad. Quince años de la Ley 100 en Colombia*. Bogotá, Ediciones Aurora, 2008.
29.- YEPES, F.J., RAMÍREZ, M., SÁNCHEZ, L.H., RAMÍREZ, M.L. y JARAMILLO, I. *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993*. Bogotá, ASSALUD, Universidad del Rosario Facultad de Economía y Mayol Ediciones S. A., 2010.
30.- MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo, PATIÑO RESTREPO, José Félix, MONCAYO MEDINA, Álvaro y PEÑA QUIÑONES, Germán. *Propuesta de Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Academia Nacional de Medicina de Colombia, documento 26 agosto 2010.

GML CHILE 2010 SITUACION DE LA SALUD EN COLOMBIA 07/09/2010 10:36:10

13.- “Evolución de la Salud en Costa Rica en los últimos cincuenta años”

Señor Académico
Profesor
CARLOS ARREA BAIXENCH
Academia Nacional de Medicina de Costa Rica.

Viernes 29 de octubre de 2010

Fig. 6.13.1.- Profesor Carlos Arrea Baixench. Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Costa Rica. Fotografía de ZCM.

Exponer sobre la salud de un país es una cuestión compleja, ya que el término comprende muchos componentes: tratarlos todos haría muy larga la presentación, por lo que he seleccionado algunos temas que muestran la forma en que han evolucionado en resultados en esa materia en Costa Rica. Los gráficos que se presentan fueron tomados de distintas fuentes que se indican en cada uno de ellos.

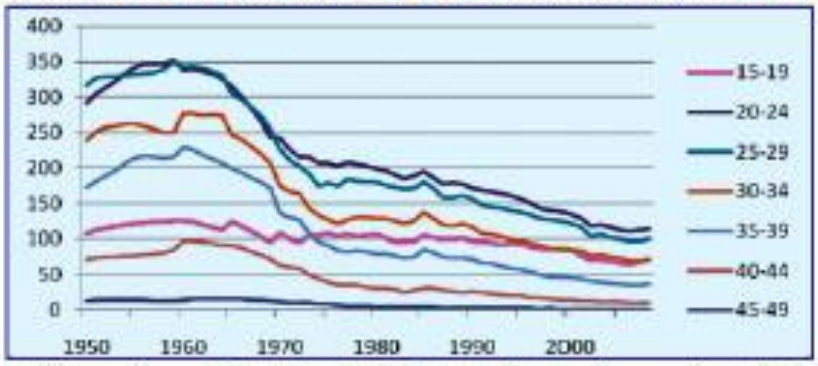
Crecimiento de la Población

En los últimos 50 años, el país ha tenido un crecimiento muy importante de la población, como lo muestra el hecho de que en 1950 existían menos de un millón de habitantes y en el 2009 alcanzamos 4.509.392 y seguimos creciendo. Quintuplicar, como ha sucedido, la población, obliga a hacerlo con todos los servicios y cuando el fenómeno se ha presentado en un lapso tan corto de tiempo, crea problemas de muy difícil solución.

Lo primero que hay que analizar son las causas de ese crecimiento: no se ha debido a que la tasa de fecundidad de las mujeres haya aumentado, ya que, por el contrario, en 1950

el promedio de hijos era de 7 hijos por mujer y, en la actualidad, es de 2. Como puede apreciarse en el gráfico 1, de 1950 al 2000, la fecundidad de las mujeres costarricenses ha descendido en todas las edades.

Gráfico 1
Tasas de fecundidad por edad. Costa Rica 1950 - 2009 (tasas por 1000 mujeres)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de Indicadores Demográficos. Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. (Consultado el 23 de marzo de 2010) URL: http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/fecun.htm Las tasas del 2009 fueron estimadas a partir de la base de datos de nacimientos del INEC y las poblaciones CCP-INEC

Gráf. 6.13.1.- Tasas de fecundidad en Costa Rica, por edad, por 1000 mujeres. 1950 - 2009.

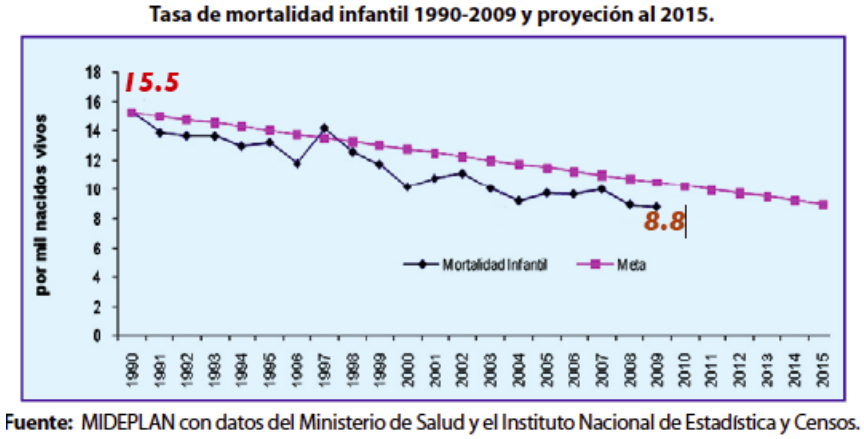
Una de las razones de ese crecimiento ha sido la disminución en la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes que, en 1950, se encontraba en 11 y, en el 2009, descendió a 4.1, siendo muy marcado hasta 1980: luego se ha mantenido estable, con un ligero aumento en el último año, como puede apreciarse en el grafico 2.

Gráf. 6.13.2.- Tasas bruta de mortalidad general en Costa Rica. 1950 - 2009.

Otros tres factores que han contribuido al aumento poblacional, son: 1) La disminución en la mortalidad infantil; 2) El aumento en la expectativa de vida y 3) La migración. Analizaremos cada uno por separado.

Disminución de la Mortalidad Infantil

Esta disminución ha sido constante y los datos que mostramos se remontan a 1990 cuando la mortalidad infantil era de 15.5 por 1000 nacidos vivos, teniendo una disminución que siempre ha estado bajo la meta fijada y que actualmente es de 8.8, la tercera mas baja de Latinoamérica, sólo superada por Cuba (donde el aborto es legal) y Chile. Tal como puede verse en el gráfico 3.



Gráf. 6.13.3.- Tasas de mortalidad infantil 1990 – 2009 y proyección al 2015.

Aumento en la expectativa de vida

El promedio de años que viven los costarricenses ha cambiado desde 1950, donde estaba en 56 años, a 82 para las mujeres y 76 para los hombres en el 2009. Lo que tiene relación con los dos parámetros analizados, si se mueren menos niños que nacen vivos y disminuye la mortalidad general es razonable esperar que aumente el promedio de años que vive la población. Es importante señalar que el promedio que actualmente tenemos es uno de los mas altos del mundo, donde estamos compitiendo con Japón que es el mejor.

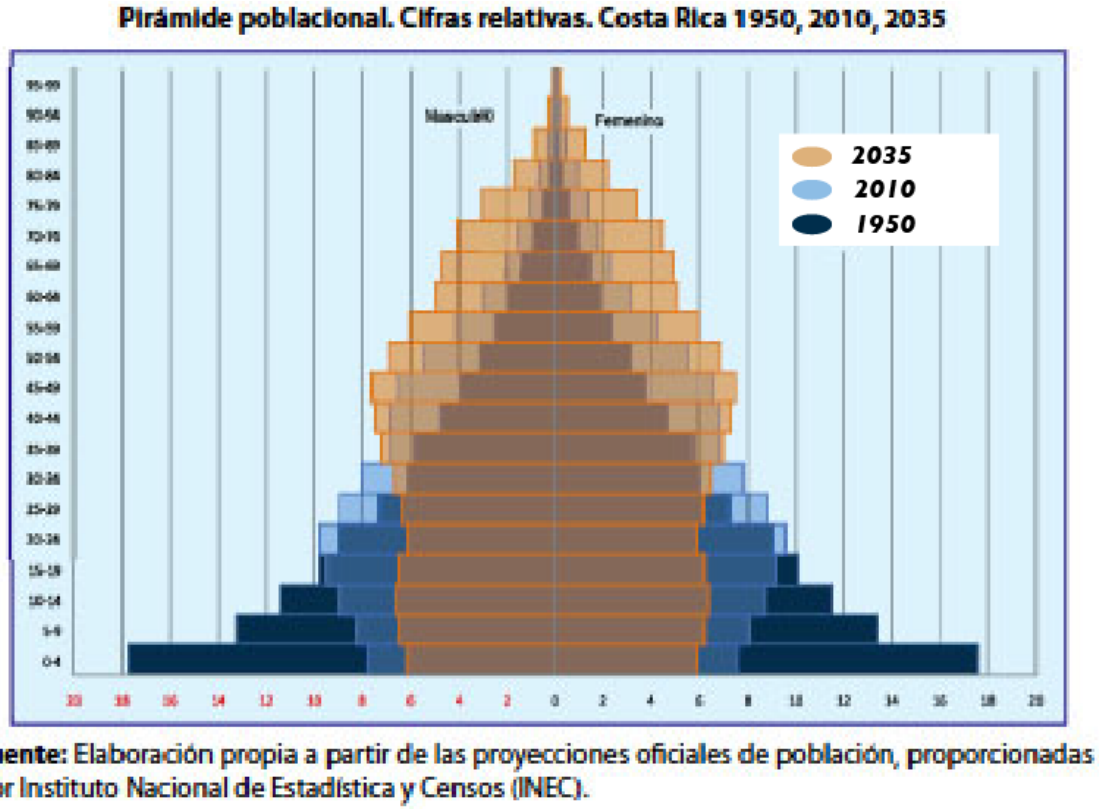
La migración

Si el promedio de hijos que las parejas tienen en Costa Rica es de 2 hijos y el del resto de Centro América es de 3, esto es un factor que permite asumir que la migración será hacía nuestro país, lo que se encuentra reforzado por el hecho de que el producto interno bruto por persona de los costarricenses es el más alto de la región $ 10.000 anuales contra $2.600 de Nicaragua, $4.200 de Honduras, $5.000 de Guatemala, y $6.000 de El Salvador: Panamá tiene un ingreso semejante $9.900. Si a lo anterior le sumamos que al ingresar al país cuentan con un seguro de enfermedad que los cubre y con un ambiente de paz y una legislación adecuada, tendremos las explicación del crecimiento de inmigrantes que ha experimentado nuestro territorio. Sin embargo, las personas que emigra buscando las condiciones anotadas, generalmente son personas sanas y no representan una gran carga

para nuestro sistema de salud: el problema lo han creado los familiares, esposa, hijos y otros miembros, que no han ingresado tan sanos.

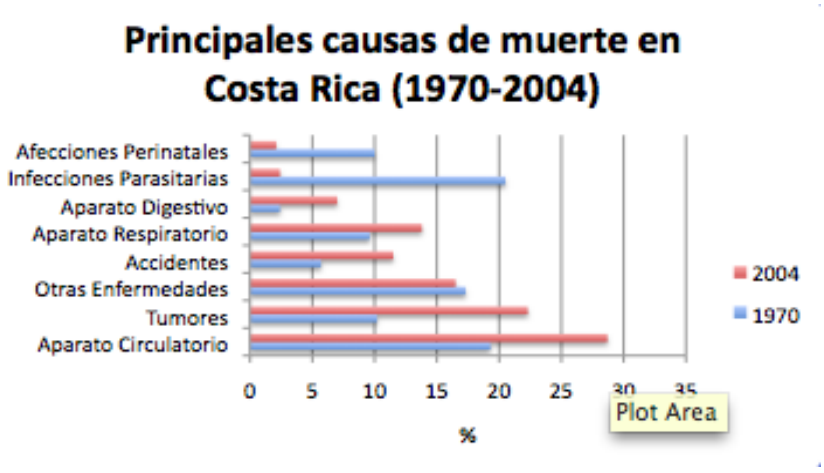
Cambios en la pirámide de Población

En 1950, nuestra pirámide de población era perfecta, una gran base formada por niños que conforme aumentaba la edad iba disminuyendo hasta formarse una punta con pocos adultos mayores. Los cambios que hemos analizado, han modificado esa pirámide de población y ahora tenemos menos niños, y han aumentado las personas adultas y en especial los adultos mayores. Las proyecciones al año 2035 nos hace suponer que en ese momento tendremos un rombo, con su parte ancha en la edad media de la población. Estos cambios son muy importantes a la hora de distribuir los recursos asignados al sector salud del país y tenemos que basarnos en ellos para hacerlo. Estos se aprecian claramente en el gráfico 4.



Gráf. 6.13.4.- Cifras relativas de la pirámide poblacional en Costa Rica. 1950, 2010, 2035

Esta modificación en la pirámide de población y los factores que ayudaron a producirla, han repercutido en las enfermedades que esa población padece. Las de los adultos, tanto de la edad media como mayores, han aumentado y las enfermedades infecciosas y perinatales han disminuido: es necesario mencionar que las infecciosas lo han hecho por las campañas de vacunación y mejoras en el medio ambiente. En las perinatales, la influencia docente del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, desde 1964, es innegable. Estos cambios pueden apreciarse en el grafico 5.

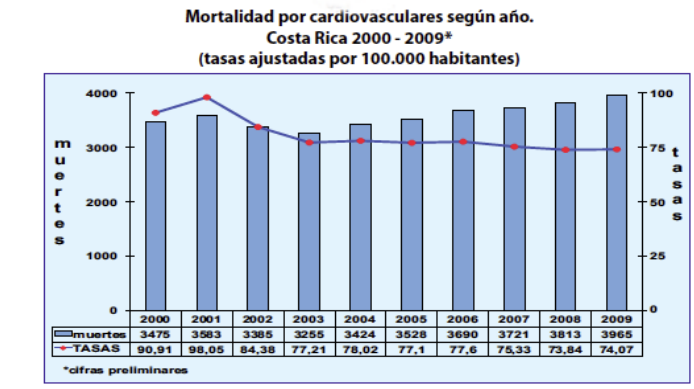


Gráf. 6.13.5.- Princpales causas de muerte en Costa Rica (1970 - 2004).

Principales Causas de Muerte

Se analizarán las cuatro principales, tanto en forma general como en algunos detalles específicos, tratando de correlacionarlas con los programas de salud existentes para lograr mejores resultados.

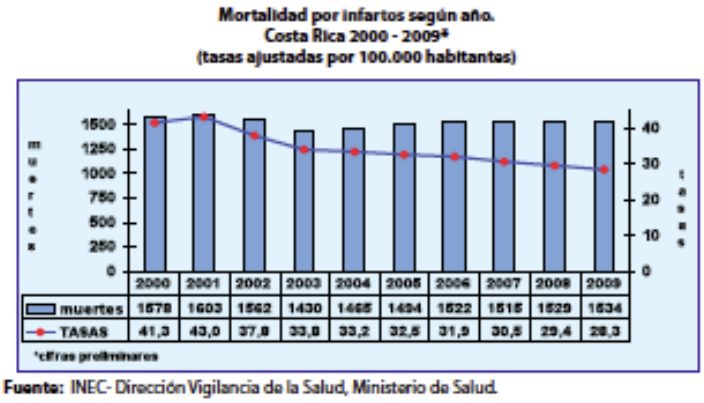
La causa principal es, en el momento actual, como en la mayoría de los países, las enfermedades cardiovasculares, pero en 1950 este lugar lo ocupaban las enfermedades infecciosas y parasitarias. No es sino hasta el año 2000 que se convierten en nuestra primera causa de muerte. La mejoría del ambiente (agua, letrinas etc.), y las campañas de vacunación, son las acciones que permitieron este cambio, en el que también ha influido la modificación que ha tenido la pirámide de población. La tasa de mortalidad de estas enfermedades tuvo un pequeño aumento a partir del año 2000 y luego ha descendido para mantener una tasa semejante hasta el año 2009. Sin embargo, el número de paciente si ha presentado un aumento, explicable por el crecimiento que ha tenido la población, especialmente la adulta. Tal como puede verse en el gráfico 6.



Fuente: INEC- Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Gráf. 6.13.6.- Mortalidad por enfermedades cardiovasculares, según año, en Costa Rica. 2000 – 2009.

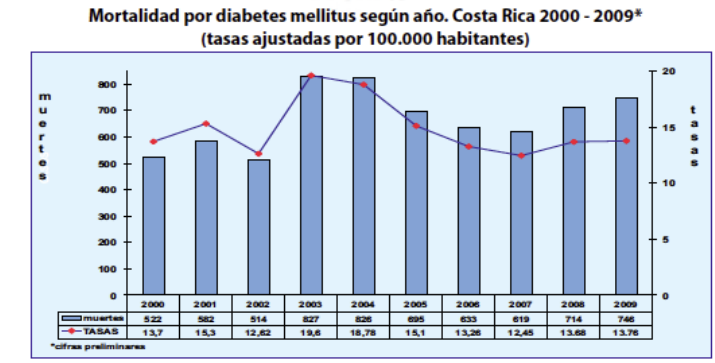
Dentro de este grupo, la enfermedad que mas muertes produce es el Infarto del Miocardio, el cual fue responsable de 1534 muertes en 2009. El país ha invertido mucho dinero, tanto en equipo como en personal, para dar un abordaje invasivo a estas patologías (diagnóstico, bypass coronario, angioplastías y colocación de stens); sin embargo, los resultados no han mostrado una franca disminución de la mortalidad y el número de pacientes sigue aumentando. Lo anterior permite asumir, con bastante posibilidad de estar en lo cierto, que la solución del problema no es por ese camino. La prevención, con una dieta correcta, no fumar, no beber licor en exceso, hacer ejercicio regularmente, pueden ser una mejor opción. El gráfico 7 muestra los datos.



Fuente: INEC- Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Gráf. 6.13.7.- Mortalidad por infarto del miocaardio en Costa Rica. 2000 – 2009.

La población diabética es más propensa a presentar problemas cardiovasculares, por lo que es muy importante para mejorar la mortalidad de estas enfermedades tener programas que garanticen el control adecuado de estos pacientes. El país ha invertido en ellos una buena parte de sus presupuestos. El gráfico 8 muestra los resultados en relación con la mortalidad, donde tanto la taza como el número de casos aumenta, lo que está dando una base para que se revisen los programas respectivos.

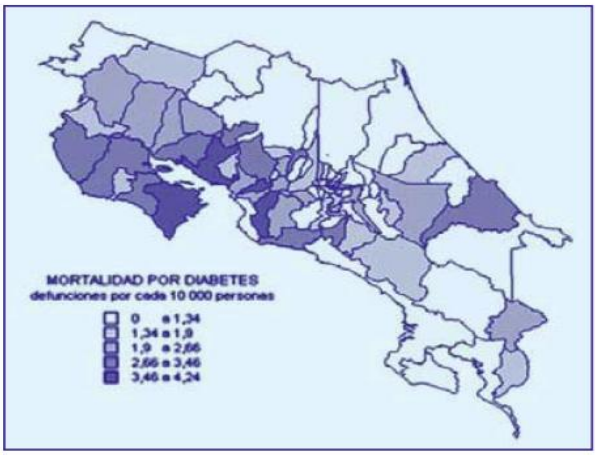


Fuente: INEC- Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Gráf. 6.13.8.- Mortalidad por diabetes mellitus, según año, en Costa Rica. 2000 – 2009.

En relación con la Diabetes, se han realizado estudios en los que se han marcado las regiones del país donde esas patologías se presentan con mayor frecuencia. Estos estudios son de gran utilidad para planear las estrategias a seguir. Se han realizado tanto sobre la diabetes, así como sobre la mortalidad infantil y los tumores malignos. Estos datos pueden verse en el gráfico 9.

Mortalidad por diabetes mellitus según cantón. Costa Rica 2008
(tasas por 10.000 habitantes)



Fuente: INEC-CCP - Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Gráf. 6.13.9.- Mortalidad por diabetes mellitus, según cantón, en Costa Rica. 2000 – 2009.

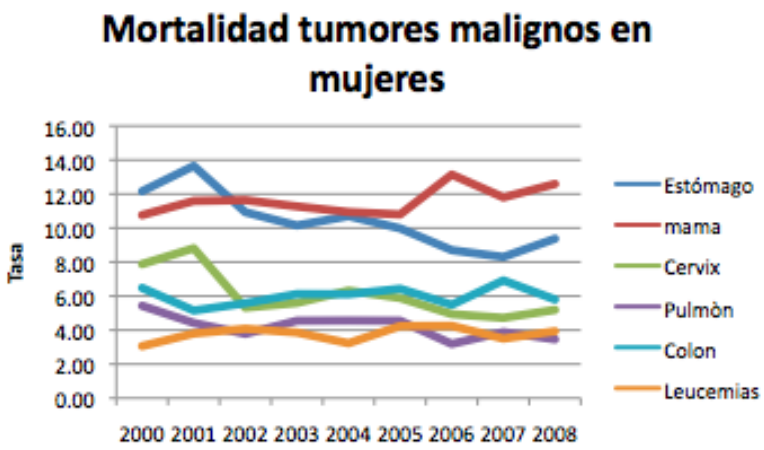
Mortalidad por tumores malignos en mujeres

Al analizar los tumores malignos más frecuentes en las mujeres encontramos que, en el año 2000 (fecha desde donde hay datos confiables), el más frecuente era el de estómago pero, debido al programa de detección temprana del mismo, las cifras han disminuido en forma importante, llegando a ocupar el segundo lugar. Sin embargo, en el año 2008 se nota un ligero ascenso en la tasa.

En cambio, el tumor maligno de mama ha aumentado, llegando a ocupar, en el 2008, el primer lugar entre los tumores de las mujeres y, algunos datos específicos publicados por el registro de tumores muestra, no solo un aumento en la incidencia, sino también en la mortalidad. Es, sin duda, uno de los tumores en donde se deben revisar los programas y tratar de implantar las medidas de diagnóstico precoz y de protocolos de tratamiento que nos permitan cambiar este panorama.

El cáncer de cérvix también ha disminuido su mortalidad, lo que se ha debido a los programas de detección temprana del mismo. El cáncer de pulmón muestra un descenso, que habla bien de los programas contra el hábito del tabaco y de la ley marco que se aprobará próximante en el Congreso de la República.

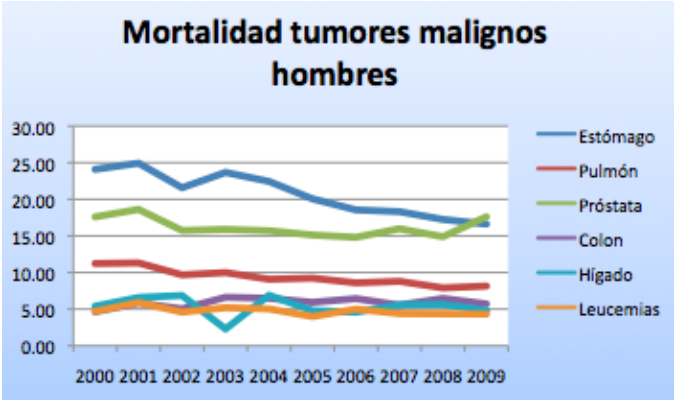
Los tumores de colon y las leucemias han mantenido cifras con pocas modificaciones. Estos datos se aprecian en el gráfico 10.



Gráf. 6.13.10.- Mortalidad por tumores malignos en mujeres en Costa Rica. 2000 – 2009.

Mortalidad por tumores malignos en hombres

En forma similar a como ha sucedido con las mujeres, el cáncer del estómago ocupaba el primer lugar en el 2000 y ha ido descendiendo, hasta colocarse en el segundo lugar en el 2008. Las razones de este comportamiento son las mismas que para las mujeres. El cáncer de pulmón, y el de colon, también han presentado un descenso en la mortalidad, por las campañas de lucha contra el fumado y de detección temprana del de colon. Un comportamiento contrario ha presentado el cáncer de próstata que, ocupando el segundo lugar en el 2000, ha mantenido un descenso en el 2002 para mantener una tasa sin modificación hasta el 2007, cuando vuelve a subir y supera al del de estómago, convirtiéndose en el más frecuente entre los hombres. Estos datos se muestran el en gráfico 11.



Gráf. 6.13.11.- Mortalidad por tumores malignos en hombres en Costa Rica. 2000 – 2009.

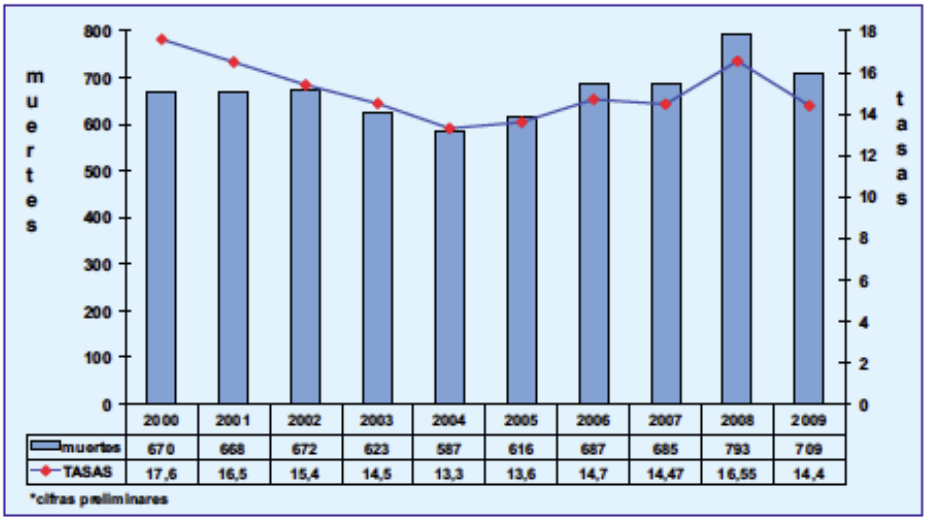
Mortalidad producida por causas externas

En este grupo, que ocupa el tercer lugar, se agrupan los accidentes y las causas relacionadas con la violencia, homicidios y suicidios.

Mortalidad por accidentes de tránsito

El aumento de la población ha traído un incremento en la cantidad de automotores y esto, lógicamente, ha producido un aumento de los accidentes los que, en el 2000, tenían una alta tasa, que motivó una campaña para lograr su disminución, la cual es constante hasta el 2004, cuando empezó a subir nuevamente, para bajar en el 2009. Este es un problema serio en la salud del país, tanto así que se discute una ley en el congreso para aumentar las multas, prohibir conducir bajo el efecto del alcohol y una penalidad de puntaje sobre la licencia para manejar automotores. Algo que ha contribuido a este fenómeno son las defectuosas carreteras, que no han podido modernizarse. Lo anterior puede verse en el gráfico 12

Mortalidad por accidentes de tránsito según año. Costa Rica 2000- 2009*
(tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
muertes	670	668	672	623	587	616	687	685	793	709
TASAS	17,6	16,5	15,4	14,5	13,3	13,6	14,7	14,47	16,55	14,4

*cifras preliminares

Fuente: INEC- Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Gráf. 6.13.12.- Mortalidad por accidentes de tránsito según año en Costa Rica. 2000 – 2009.

Mortalidad por homicidios

La forma en que han aumentado los homicidios es alarmante: su crecimiento ha ido en aumentando desde el 2001, siendo un fenómeno que no se ha detenido. Sin lugar a dudas, nuestra posición geográfica nos convierte en un lugar de paso de la droga, que va de Sur América hacía los Estado Unidos y esta circunstancia trae consigo muertes por ajusticiamientos y para crear temor entre las personas involucradas en ese negocio y que intentan salir del mismo o no cumplen con sus compromisos. El aumento lo podemos apreciar en el gráfico 13.

*cifras preliminares

Fuente: INEC- Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Gráf. 6.13.13.- Mortalidad por homicidios según año en Costa Rica. 2000 – 2009.

Mortalidad por Suicidios

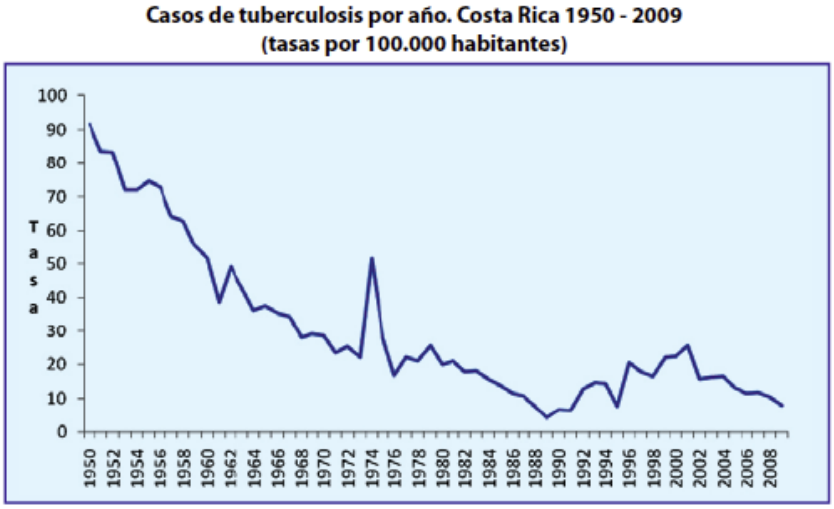
Son también un componente importante en este grupo causal, y ocupan el tercer lugar de nuestras causas de muerte. Lo preocupante es que cada vez vemos mas personas jóvenes que toman esta radical decisión.

Mortalidad de otras enfermedades

Agrupamos aquí algunas enfermedades como la malaria, que en los años anteriores a 1950 tuvo un primerísimo lugar en la incidencia de la enfermedad y en la mortalidad, pero que actualmente es muy poco frecuente, existiendo solo un lugar en la costa Atlántica donde su incidencia es mayor, pero es un territorio muy pequeño que cada día disminuye.

La Tuberculosis

Desde los inicios del siglo XX, este padecimiento era uno de los mas importantes, con una alta mortalidad, razón por la cual, en 1915, se construyó, en las faldas del volcán Irazú, un Sanatorio que contaba con varios edificios y las instalaciones necesarias para su tratamiento, que en ese tiempo era muy difícil. Los avances en la medicina han transformado su manejo y su pronóstico, esto es lo que provocó la construcción de un hospital en la capital para esos pacientes, el cual se inauguró en 1957 y que sólo se dedicó unos pocos años a esta enfermedad, pues su tratamiento hoy, casi siempre ambulatorio, no ameritaba tanta estructura. Es por eso que en la actualidad se ha convertido el hospital en uno donde sólo se atienden los adultos mayores. Se construyeron dos grandes centros y los tuvimos que dedicar a otras funciones, porque la tuberculosis ha tenido la evolución que se muestra en el gráfico 14.

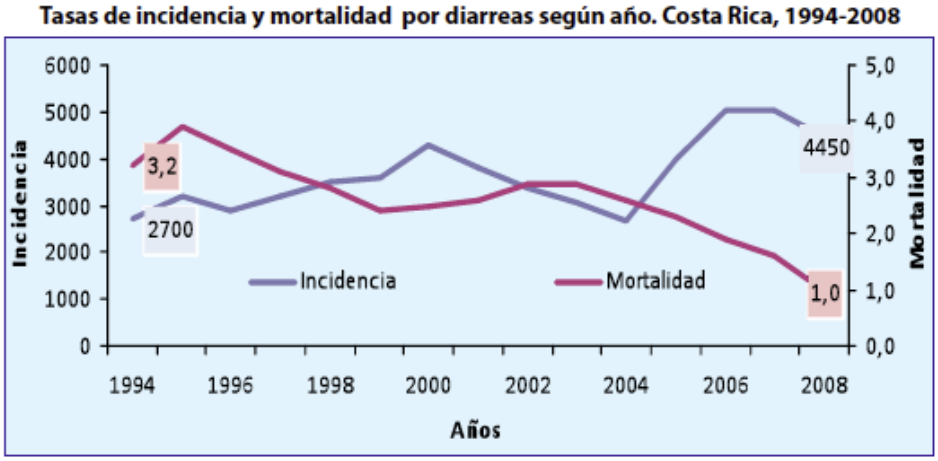


Fuente: Elaboración propia con base a registros – Memorias de microfilm MS y boletines de la Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Gráf. 6.13.14.- Casos de tuberculosis en Costa Rica. 1950 – 2009.

Diarrea

Es ésta otra de las patologías que ha mostrado un gran cambio pasando, de ser una de las causas mas importantes de mortalidad en los años anteriores a 1950, a tener una mortalidad mínima en el momento actual, lo que se muestra en el gráfico 15.



Fuente: Ministerio de Salud-INEC

Gráf. 6.13.15.- Incidencia y mortalidad por diarrea según año en Costa Rica. 1994 – 2008.

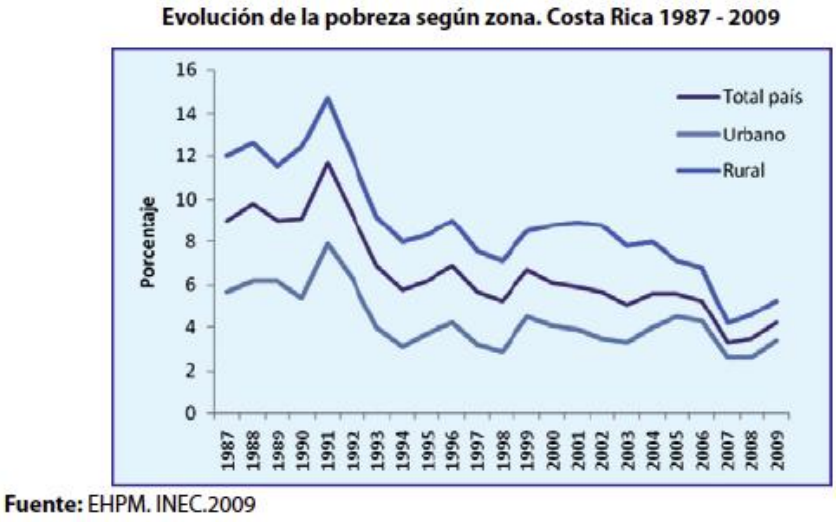
Donde se puede apreciar la bajísima tasa de mortalidad y el aumento en los últimos años del número de casos. Sin duda, las investigaciones realizadas en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera por el Dr Daniel Pizarro, sobre la hidratación oral de estos pacientes, son la causa de estos cambios.

Desnutrición y Pobreza

Una muestra clara del estado nutricional de la población se aprecia al compararlo con el resto de Centro América, donde nos encontramos muy por delante del resto de los países. Así, tomando el parámetro de retardo en la talla, las cifras de ese parámetro confirman nuestra ventajosa posición, tal como puede verse en el siguiente mapa.

Fig. 6.13.2.- Estado nutricional de la población costaricense, comparado con el del resto de países de Centroamérica.

En el análisis de la pobreza de nuestra población, a pesar de un aumento en los años 90, hemos presentado un descenso, que parece empezar a revertirse en los últimos años, sin duda relacionado con la crisis económica mundial. Los datos pueden apreciarse en el gráfico 16.



Gráf. 6.13.16.- Evolución de la pobreza, según zona, en Costa Rica. 1987 – 2009.

En éste se muestran las cifras de pobreza de todo el país, así como una separación entre la población urbana y la rural. Estas cifras deben continuar descendiendo en tanto el país se desarrolle y la riqueza se distribuya en forma equitativa.

Pentapilarismo en que se basa la organización de la Salud en Costa Rica

El siguiente dibujo presenta los 5 pilares en los que se sostienen los datos de salud que les he presentado:

Fig. 6.13.3.- Los cinco pilares que soportan los datos de salud en Costa Rica.

1) El Ministerio de Salud es el rector, el que fija las políticas a seguir.

2) La Caja Costarricense del Seguro Social, financiada en forma tripartita, por el patrono, el trabajador y el estado, es una institución autónoma en lo administrativo, que se encarga de parte de la prevención, a través de los "Equipos Básicos de Atención Especial" (*EBAIS*) y de la atención de las enfermedades con su red de Clínicas y Hospitales. En este servicio, cubren toda la población, incluyendo a los indigentes, (sólo Canadá lo hace en América). Sus servicios tienen un 75% de opinión favorable, según las últimas encuestas, pero también presenta problemas: la gran influencia de la política en sus decisiones, un sindicalismo poderoso y difícil de encausar, listas de espera prolongadas, y también corrupción. Ha sido y es un pilar fundamental de nuestra vida democrática. Sentirse atendido y seguro de sus cuidados, ha sido fundamental en la estabilidad de nuestra población. Debemos luchar por mejorarla.

3) Los seguros, hasta el año pasado como un monopolio del estado, actualmente han iniciando su apertura y son otro pilar donde se fundamenta la atención de la enfermedad. La medicina privada se ha mantenido siempre a su lado, pero solamente un pequeño porcentaje de la población podía usarla. Este porcentaje ha crecido y hemos empezado a desarrollar, con éxito, el Turismo Médico, como una alternativa a los estadunidenses que no pudiendo pagar los altos costos de sus seguros, buscan una medicina de calidad y mas barata. Esto ha creado hospitales privados mas grandes y mejor equipados.

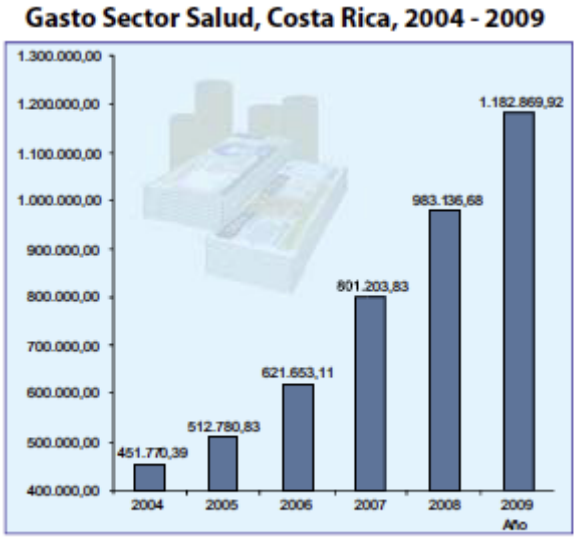
4) Otro pilar lo constituye la sociedad y el medio ambiente, contar con agua potable y con alcantarillado y letrinización en todo el territorio ha sido un impacto importante en nuestra salud. Lo mismo puede decirse del medio ambiente: cuidar nuestros bosques y ríos es un capítulo al que cada vez estamos dedicando mayor esfuerzo. Sin embargo es algo en lo que nos encontramos deficitarios y que debe mejorarse.

5) Finalmente, el capítulo de la educación es fundamental, es imposible tener buena salud si no se tiene buena educación. Costa Rica ha sido pionera en este campo y nuestros índices de alfabetización son de los mejores en América: cada día nuestro pueblo es mas conciente de que ese es solo el primer eslabón y hay que obtener conocimientos matemáticos, de idiomas y de tecnología. No es posible participar en los avances que ha tenido la Salud si no entendemos que los exámenes son los que deben viajar, y que muchas acciones médicas se pueden beneficiar de la trasmisión de datos y de los teléfonos celulares, de las redes de comunicación. Básico es la formación de buenos profesionales en Salud.

Este pentapilarismo da sus frutos tanto en cuanto exista una armonía y coordinación de cada uno de los pilares, algo que depende de los hombres que dirigen sus acciones, este ha sido en ocasiones el punto álgido del sistema.

Gasto en Salud

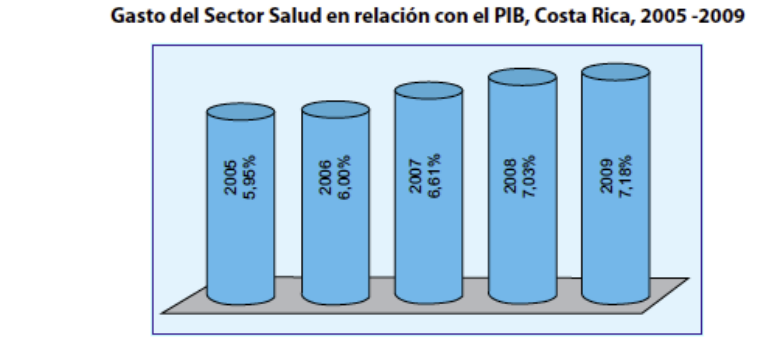
Como todos los países el gasto en salud de Costa Rica ha ido creciendo en forma constante y acelerada, tal como lo muestra el gráfico 17.



Fuente: Dirección Financiera, Bienes y Servicios, Unidad Financiera, Ministerio de Salud

Gráf. 6.13.17.- Gasto del Sector Salud en Costa Rica. 2004 – 2009.

En forma semejante ha crecido el porcentaje del *PIB* dedicado a ese rubro, tal como lo muestra el gráfico 18.



Gráf. 6.13.18.- Gasto del Sector Salud en relación con el *PIB* en Costa Rica. 2005 – 2009.

Para finalizar, es necesario presentar el gasto en salud que tienen los distintos países y compararlos con el de Costa Rica. Esto se muestra bien en el gráfico 19.

Gráf. 6.13.19.- Gasto per cápita en salud en Costa Rica y otros países. Año 2002.

En el se muestran los datos que corresponden al 2002 y en un anexo se han puesto los del 2009. De ellos podemos ver, con claridad, que los Estados Unidos tienen un gasto casi el doble del resto de los países, lo que se hace mas grande si tomamos en cuenta que ellos no cubren adecuadamente un porcentaje superior al 40 % de su población. Algunos países, gastando la mitad del dinero, tienen resultado iguales o superiores. Costa Rica, que desembolsa tan sólo $800 por persona y por año, en lugar de los $7.500 de los Estados Unidos, tiene cifras generales de salud muy similares. No es tema de esta exposición entrar a analizar en detalle porque gastan tanto dinero, pero si conviene puntualizar lo que muchos de sus críticos, como la Universidad de Harvard, han señalado. Gastan mucho en exámenes y procedimientos que no van en beneficio directo del paciente, no son estrictamente necesarios. Se pueden obtener resultados iguales prescindiendo de ellos.

Esto tiene importancia, porque estamos enviando a los Estados Unidos nuestros profesionales en salud a especializarse y, a su regreso, ellos traen los protocolos que usan en los centros donde realizaron su entrenamiento. Debemos ser cuidadosos y no tomarlos al pie de la letra, debemos analizarlos y probarlos, para comprobar, en primer término, que son necesarios y después que beneficial al paciente. Este análisis no es una negación al progreso, es simplemente la forma de emplear el sentido común para escoger lo que beneficia al paciente, aislándolo de otros intereses que pudieran existir.

14.- “El Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES)”

Señor Académico
Profesor
VICENTE VALDIVIESO DÁVILA
Academia Chilena de Medicina

Viernes 29 de octubre de 2010

Fig. 6.14.1.- Profesor Vicente Valdivieso Dávila. Académico de Número y Delegado de la Academia Chilena. Fotografía de ZCM.

El origen de la Reforma de Salud

El año 2000, a comienzos del gobierno del Presidente Ricardo Lagos, el Ministerio de Salud inició dos trabajos de gran trascendencia nacional: establecer los “Objetivos Sanitarios para Chile” y diseñar su seguimiento durante la década 2000 – 2010, iniciativa que fue liderada por la Dra. Ximena Aguilera y el Departamento de Epidemiología bajo su dirección; simultáneamente, el gobierno puso en marcha la Comisión para la Reforma, dirigida por el Dr. Hernán Sandoval por expreso encargo del Presidente de la República.

La metodología empleada incluyó el estudio de los objetivos sanitarios en otros países; el análisis de la situación de salud en Chile; la revisión de carga de enfermedad y de la efectividad de algunas intervenciones en patologías seleccionadas.

Preparando la reforma, se organizaron múltiples reuniones con académicos, profesionales de la Salud y representantes de los usuarios y del público en general. Simultáneamente, se realizaron ejercicios de definición de prioridades, objetivos y métodos.

El resultado del primero de estos trabajos fue la publicación de los "Objetivos Sanitarios para la Década 2000 - 2010"[1], entregados al Presidente a comienzos de 2002. Estos objetivos se resumieron así: 1) Mejorar los logros sanitarios alcanzados en el Siglo XX. 2) Disminuir la inequidad. 3) Enfrentar los nuevos desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios ocurridos en la sociedad chilena respecto de su visión de la salud, para 4) Proveer servicios a la altura de las expectativas de la población.

El año 2002, el Ministerio de Salud (*MINSAL*) acuñó el término "*AUGE*" (Acceso Universal con Garantías Explícitas) para denominar al núcleo conceptual de la futura reforma. De acuerdo con él, se plantearon 4 garantías explícitas: Acceso, Oportunidad, Calidad y Protección Financiera, que protegerían el derecho de los chilenos para recibir "Bienes de Salud Pública" (tanto colectivos como individuales) y "Bienes de Salud de las personas" individualmente consideradas[2].

Enfrentados a la imperiosa necesidad de establecer un racionamiento para estos últimos, se optó por priorizar una lista creciente de Patologías o Condiciones ("Problemas de Salud"), en los que exclusivamente tendrían vigencia las garantías explícitas mencionadas. La atención del resto de las enfermedades, como lo señala el artículo 3° de la ley[3], "no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud". Desgraciadamente, con mucha frecuencia no ha sido así.

Con el paso del tiempo, los componentes de Salud Pública propuestos en la Reforma original, no recibieron la atención necesaria, y el *AUGE* fue dando cada vez más importancia a la terapia individual de las patologías o condiciones priorizadas, las que han aumentado en número desde las 25 iniciales a las 69 actuales, a partir del 1º de julio de 2010. En cambio, las iniciativas de promoción y prevención de la salud no se han modificado sustancialmente como resultado del *AUGE*.

Establecidos estos conceptos generales, se enviaron al Parlamento los proyectos de ley necesarios para hacer efectiva la reforma de salud, que se mencionan a continuación[4]: 1) Financiamiento (agosto 2003): El Ejecutivo logró un aumento del 1% del *IVA* para este fin (de 18% a 19%). El proyecto contemplaba también un "Fondo Universal Solidario" e impuestos específicos al Tabaco y Diesel: ninguno de ellos fue aprobado. 2) Autoridad Sanitaria y Gestión (febrero 2004), que reformó la estructura del *MINSAL*, creando dos subsecretarías: Redes y Salud Pública, y la Superintendencia de Salud, a cargo de controlar, con independencia, las actividades de los sistemas público y privado y, en particular, el cumplimiento de las garantías explícitas del *AUGE*. 3) Régimen General de Garantías de Salud (*GES*) (septiembre de 2004). Se trata de la Ley 19966, que contiene lo medular de la reforma propuesta. Establece las garantías ya mencionadas y las hace explícitas, es decir, crea la obligación de informar de estos beneficios a la población y exigir su cumplimiento, incluso por la vía judicial. 4) Ley de Modificación de las *ISAPRES* (mayo de 2005) y 5) Ley de "Derechos y Deberes de los Pacientes", que todavía se encuentra en discusión en el Parlamento.

La Ley que faltó: los autores de este trabajo y muchos otros médicos del ámbito académico, societario y gremial, hicieron notar, oportunamente, **la falta de un proyecto de ley fundamental para la Reforma en general** y para el buen funcionamiento del *AUGE* en

particular, que propusiera al Parlamento financiar un programa ministerial, con respaldo universitario, para la formación de personal especializado, tanto en Medicina como en Enfermería y otras carreras de la salud. Ello nunca fue realizado.

La Ley 19.966 establece que, **cada 3 años**, el *MINSAL* debe proponer una lista de patologías o condiciones con sus prestaciones asociadas, para ser incorporadas al *AUGE*. El Ministerio de Hacienda evalúa los recursos disponibles y los expresa en una "Prima Universal", en *UF* por cada potencial beneficiario (sea de *FONASA* o de *ISAPRE*), la que está ligada al crecimiento del producto geográfico bruto del país. De esta forma, el nuevo decreto trianual del programa *AUGE*, ampliado por la lista de patologías o condiciones elaborada por el *MINSAL*, con el respaldo presupuestario emanado del Ministerio de Hacienda, pasa al Consejo Consultivo. Éste debe estudiar la factibilidad y conveniencia de incorporar cada una de las patologías o condiciones adicionales propuestas, utilizando con ese fin la información entregada por la Subsecretaría de Salud Pública. Las conclusiones del Consejo y sus fundamentos son entregadas al Ministro de Salud que, en conjunto con el Ministro de Hacienda, firman el decreto definitivo.

Los principales criterios de priorización utilizados por el *MINSAL* y por el Consejo Consultivo, de acuerdo con la ley, debieran ser: 1) Estudios de carga de enfermedad y de carga de factores de riesgo[5], ambos expresados en "*AVISA*" (suma de los años de vida perdidos, sea por muerte prematura o por incapacidad, atribuibles a cada patología o factor de riesgo); 2) Eficacia y efectividad de las prestaciones que se ofrece otorgar, de acuerdo con criterios de Medicina Basada en Evidencia; 3) Capacidad real de atención de los sistemas de salud para cada una de las patologías o condiciones propuestas; 4) Criterio de "preferencias sociales", que recientemente ha sido motivo de un estudio[6] que ha generado un informe al respecto, pero que por ahora no se aplica en plenitud.

El Consejo Consultivo

Está constituido por 9 miembros: un representante de la Academia de Medicina del Instituto de Chile; dos de las Facultades de Medicina; dos de las Facultades de Economía; uno de las Facultades de Química y Farmacia y tres representantes nombrados por el Presidente de la República. Cuenta con una Secretaria Ejecutiva. Los consejeros duran 3 años en sus cargos y su nombramiento puede ser renovable por una sola vez.

Como se ha señalado, la función principal del Consejo es estudiar las propuestas del *MINSAL* respecto de incorporar (o retirar) patologías o condiciones del listado del *AUGE*, de acuerdo con los criterios de priorización ya señalados y de estudios epidemiológicos o clínicos complementarios, que le deben ser proporcionados por la Subsecretaría de Salud Pública. Durante estos cinco años la entrega de información al Consejo ha sido irregular, incompleta y fragmentada. En particular, el *MINSAL* no ha informado nunca, con claridad, acerca de la brecha entre las necesidades asistenciales de las patologías propuestas y la real capacidad del sistema público de salud para atenderlas de acuerdo con las guías clínicas correspondientes. Especialmente preocupante ha sido el recargo de la atención primaria con patologías adicionales que, dudosamente, puede abarcar con eficiencia y cuya atención se hace a costa de

importantes funciones propias de este nivel, como son la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la comunidad que, geográficamente, corresponde a cada consultorio.

Aunque el Consejo Consultivo juega sólo un rol asesor, es responsable, ante la ciudadanía, del empleo de los mejores criterios disponibles para definir el uso de las garantías explícitas en campos específicos de la Medicina. De hecho, sus actas y sus informes son públicos y de fácil acceso por Internet (www.minsal.cl).

Durante los cinco años cubiertos por este trabajo, los informes dirigidos por el Consejo al Ministro de Salud insistieron, reiteradamente, en que se reforzara, en el plan *AUGE*, la prevención y el diagnóstico precoz de múltiples patologías ya incluidas en el programa, criterio que, en escasas oportunidades, fue acogido por el *MINSAL*, a pesar de la opinión de reconocidos expertos, consultados por iniciativa del Consejo para que evaluaran críticamente las Guías Clínicas respectivas. También, nos parece necesario señalar que en el seno del Consejo predominó la idea de reforzar el manejo de las enfermedades ya incorporadas sobre la de agregar otras nuevas y la propuesta del uso integral de los fondos asignados específicamente por el Ministerio de Hacienda para el programa AUGE[7].

Estado actual de cumplimiento de las garantías explícitas

1.- **La Garantía de Acceso** a los beneficios del *AUGE* ha sido muy exitosa, convirtiéndose en un poderoso instrumento para lograr una mejoría de la equidad en salud. A continuación, se entregan algunas cifras: el 95% de los beneficiarios provienen de *FONASA* y sólo el 5% de las *ISAPRES*; el 74% de ellos pertenecen a los estratos más pobres de la población (grupos A y B de *FONASA*). Los pacientes menores de 15 años y los mayores de 60 años son particularmente favorecidos. El 81,4% de las consultas se atiende en el nivel primario y el 18,6% restante, en los niveles secundario y terciario. Al 1º de julio de 2009, el número de consultas acumuladas en la red asistencial de *FONASA* superaba los 7,5 millones y habían sido atendidas cerca de 4,5 millones de personas, lo que representa, aproximadamente, 25% de la población nacional[8]. Las Tablas 6.14.1 y 6.14.2 muestran los problemas abordados con mayor frecuencia en la atención primaria y en pacientes hospitalizados. Durante estos cinco años, la garantía de acceso ha presentado serias dificultades administrativas: algunas pueden ser atribuidas a la deficiente información de la población respecto del *AUGE* y de los derechos que éste implica; otras son debidas a que los trámites de registro y notificación son engorrosos y explican en parte la reticencia del personal de salud para cumplir, de manera adecuada, con esta fundamental responsabilidad.

2.- **La Garantía de Oportunidad** se ha cumplido, en general, para la mayoría de los pacientes. Sin embargo existen retrasos notorios en la solución de varias patologías, entre las que destacan las cataratas y vicios de refracción; la hipoacusia bilateral del adulto; la colecistectomía preventiva de cáncer vesicular y la resolución de la hiperplasia prostática. La Tabla 6.14.3 muestra los resultados obtenidos por la Superintendencia de Salud en un estudio realizado a fines de 2008 en 16 hospitales públicos de la Región Metropolitana[9]. Sin duda que el déficit de oferta del sistema público de salud influye directamente en estos incumplimientos y, como ya señalamos, retarda también la solución de las patologías o condiciones que no están consideradas en el *AUGE*.

ATENCIÓN PRIMARIA	PROBLEMAS MÁS FRECUENTES %
Hipertensión arterial	21,6
IRA baja ambulatoria	17,5
Urgencias odontológicas	13.8
Diabetes mellitus tipo II	7,4
Depresión	6,6
Vicios de refracción	4,9
Salud oral en niños	4,0

Tabla 6.14.1.- Garantía de acceso. Problemas *AUGE* atendidos con mayor frecuencia en el nivel primario de salud[8].

ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA (*FONASA*)	PROBLEMAS MÁS FRECUENTES (CASOS)
Infarto agudo del miocardio	219.598
Cataratas	206.284
Analgesia del parto	127.063
Prevención de prematurez	77.784
Cáncer cérvico uterino	62.088
Colecistectomía profiláctica	56.839

Tabla 6.14.2.- Garantía de acceso. Problemas *AUGE* atenidos con mayor frecuencia en los niveles secundario y terciario de salud[8].

PROBLEMA EVALUADOS	(MILES)	RETRASADOS %
Vicios de refracción	487	30,6
Hipoacusia del adulto	210	22,9
Colecistectomía	318	19,2
Hiperplasia próstata	210	14,3
Escoliosis	315	8,9
Cáncer gástrico	502	8,4
Depresión	260	6,5

Estudio realizado en 16 Hospitales públicos.

Tabla 6.14.3.- Garantía de oportunidad. Retrasos más frecuentes en la atención de problemas *AUGE* en hospitales de la Región Metropolitana[9].

3.- **La Garantía de Calidad** no se ha hecho efectiva hasta hoy, principalmente por las falencias de personal especializado, indispensable para resolver técnica y humanamente muchas de las enfermedades o condiciones que actualmente se encuentran en el *AUGE*. Sin duda que la situación actual del sistema público de salud es claramente insuficiente para que esta garantía se haga realidad: a) **En la atención primaria**, los médicos certificados en Medicina Familiar son escasos y, en cambio, más de un tercio de los profesionales que actúan en ella como médicos generales son formados en el extranjero para atender problemas que no coinciden, precisamente, con la patología prevalente en el Chile de hoy. Además, sus

conocimientos clínicos y fisiopatológicos son, a menudo, insuficientes, como se comprobó en el último Examen Médico Nacional[10]. b) **En el nivel secundario** (*CRS* y hospitales de mediana complejidad) existe una marcada falencia de médicos internistas y pediatras generales, gineco-obstetras y psiquiatras, y de otras especialidades primarias de gran demanda, como sucede con oftalmología y otorrinolaringología, por nombrar sólo algunas. En consecuencia, muchas de las interconsultas de la atención primaria se acumulan en el nivel terciario, donde quedan sin resolver por largos períodos, hasta que alguna complicación de la enfermedad fuerza a los pacientes a consultar en algún Servicio de Urgencia y, en muchos casos, a ser hospitalizados. Sin duda que la congestión crónica de los Servicios de Urgencia se explica, principalmente, por las limitaciones señaladas en la atención en los niveles primario y secundario. c) Algo semejante sucede con las **especialidades propias del nivel terciario**, sobrecargadas por una demanda que, como vimos, no ha sido adecuadamente filtrada por el nivel precedente. Incluso, se ha permitido que la población desarrolle una "cultura de las especialidades derivadas", muy inconveniente por su alto costo y por sus prolongados tiempos de espera.

La ley de autoridad sanitaria pone especial énfasis en el funcionamiento en red del sistema público de salud, e incluso menciona una larga lista de hospitales que debieran alcanzar la condición de autogestionados para facilitar la creación de su red local. La idea es de fundamental importancia para integrar a los niveles de atención, sobre todo si se la respalda con una adecuada vinculación electrónica entre ellos. Pero poco se logra si el sector público no cuenta con especialistas en número y calidad suficiente en las diferentes profesiones vinculadas a la salud. De acuerdo con declaraciones recientes del *MINSAL*, este déficit alcanzaría a cerca de 1500 profesionales.

A pesar de estas limitaciones, hay ejemplos notables de atención de calidad dentro del *AUGE*: uno de ellos lo constituye el manejo del infarto agudo del miocardio. La Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular lleva, desde la década del 90, el registro *GEMI* (Grupo de Estudios Multicéntrico del Infarto), en el que participan hospitales públicos de Arica a Puerto Montt y el Hospital Naval de Viña del Mar. Recientemente se ha publicado el impacto del *AUGE* en la mortalidad de esta enfermedad, comparando 2.623 pacientes del período previo a la reforma, con 924 beneficiados por ella[11].

Las cifras correspondientes al año 2006 muestran una notoria disminución de la mortalidad al aplicar el protocolo *AUGE* (12% vs 8,6%), fenómeno especialmente llamativo en pacientes de sexo femenino (19,8 vs 11,8, $p < 0,01$). Ello demuestra que la guía clínica, que incluye el uso sistemático de trombolisis, asociado a la administración de drogas de eficacia comprobada, ha logrado en poco tiempo un progreso terapéutico y de pronóstico indiscutible en esta patología.

4.- **La Garantía de Protección Financiera** ha funcionado muy bien en el sector público y constituye un avance notable en pro de la equidad en la atención de los más desvalidos. Sólo merece nuestra crítica la entrega de los medicamentos garantizados, que en muchas patologías ha sido irregular, tanto en frecuencia como en calidad.

En el sistema privado, esta garantía ha tenido un resultado regular o deficiente, debido a problemas de gestión de varias de las *ISAPRES*. Sus asociados recurren con escasa frecuencia

al *AUGE*, al que le reprochan la pérdida de la libertad de elección, inherente al sistema de prestadores designados por la institución previsional. Una pérdida semejante sufren los pacientes de *FONASA*, que sólo pueden ser atendidos por *AUGE* con prestadores correspondientes al área de su domicilio.

A pesar de las fallas y limitaciones descritas, la evaluación general del *AUGE*, medida en una reciente encuesta de opinión por una agencia independiente[12], ha sido sorprendentemente buena. El 79% de las personas encuestadas lo evalúa con nota 6 o 7.

¿Es indispensable y correcta la priorización de las patologías *AUGE*?

1.- El gasto en salud, expresado como fracción del Producto Interno Bruto (*PIB*), ha crecido enormemente en las últimas tres décadas. En todos los países desarrollados, su incremento ha superado largamente a la inflación general, duplicándose en la Unión Europea, entre 1970 y 1990, y alcanzado en los EEUU la increíble cifra del 16% del *PIB*. Ante este desmedido aumento del costo de la salud, la respuesta universal ha sido **la priorización** en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento o, en el caso en Chile, de los "Problemas de Salud".

2.- ¿Cuáles son los principales factores que impulsan esta enorme inflación en el costo de la salud? Algunos son tan inevitables como el envejecimiento de la población, o tan deseables como el desarrollo científico y tecnológico y su aplicación al diagnóstico y tratamiento. Pero también influye el uso irracional de estos maravillosos progresos por el desmedido aumento en la solicitud de exámenes, procedimientos y uso indiscriminado de nuevos medicamentos; la aparición de "enfermedades emergentes", como el *SIDA*, o la epidemia de obesidad que hoy vivimos; el deterioro del medio ambiente y el crecimiento del gasto en investigación en el complejo médico-industrial, que se traduce en patentes, cuyos costos la mayoría de los pacientes del planeta no pueden cubrir.

Se define como "aporía" una dificultad lógica que entraba la solución de un problema especulativo. En el caso del *AUGE*, esta aporía, representada por la inflación desmedida del costo de la atención, pareciera insalvable.

Creemos, sin embargo, que existen medidas que podrían atenuar considerablemente este fenómeno. Hacemos, al respecto, las siguientes proposiciones, aplicables en la educación de los profesionales de la salud: 1.- Mejorar la promoción, la prevención y el diagnóstico precoz; 2.- Mejorar la capacidad de razonamiento clínico; 3.- Promover el uso de la Medicina Basada en Evidencia en el diagnóstico y la terapéutica; 4.- Promover la formación de post título de los médicos en especialidades holísticas, como Medicina Interna, Pediatría General o Medicina Familiar; 5.- Incorporar el concepto del "Uso Racional de los Recursos" a la enseñanza de la Ética Médica y también a los sistemas de remuneraciones de los profesionales y 6.- Mejorar la gestión de los sistemas de salud, tanto público como privado.

No debemos olvidar que la priorización en salud, por racionales que sean las bases en que se fundamenta, constituye un **racionamiento** de un derecho y por tanto se contrapone con una norma constitucional. En efecto, el capítulo III, Artículo 19 Nº 9 de la Constitución vigente

señala que "*El Estado protege el acceso libre e igualitario a acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud*"[13].

¿Hasta dónde, buscando alcanzar una mayor equidad mediante la priorización del *AUGE*, estamos estableciendo una nueva forma de inequidad para los pacientes que no se benefician de él?

Parece necesario recordar también que la aplicación de las garantías específicas, en la forma como se ha realizado hasta ahora, no tiene mayor impacto sobre muchos de los factores de riesgo que amenazan a nuestra población, incluyendo entre ellos a los determinantes socio-económicos de la salud[14]. Sin duda que el plan *AUGE* debe prestar mucha mayor atención y recursos a la promoción de una vida saludable y a la prevención en todos sus niveles, especialmente en la población más vulnerable del país.

¿Cómo ven los chilenos el plan *AUGE*?

En un reciente informe, solicitado por *MINSAL* a las Dras. Ximena Sgombich, Patricia Frenz y colaboradores[6] se resumen las opiniones a favor y en contra de este componente fundamental de la reforma. Los entrevistados consideran como aspectos favorables la mejoría del acceso y de la oportunidad; la respuesta a problemas complejos de diagnóstico y tratamiento, que rara vez había estado disponible para la población más desvalida; y la garantía de protección financiera, que se valora como un poderoso instrumento para **mejorar la equidad.**

Como aspectos desfavorables se mencionan: la insuficiente información acerca del plan y las trabas burocráticas al acceso; los retrasos que dificultan el cumplimiento de la garantía de oportunidad; el deterioro en la asistencia de las patologías o condiciones "no *AUGE*" e incluso, la existencia de restricciones dentro de él, sea por los tramos de edad existentes en varias patologías priorizadas o por la cobertura incompleta de las co-morbilidades; y, finalmente, la pérdida de la libertad de elección de los médicos tratantes, que afecta tanto a los beneficiarios de las *ISAPRES* como a los del *FONASA*.

En estos primeros cinco años, el *AUGE* ha significado un importante progreso en la atención de muchos miles de personas, logrando disminuir, considerablemente, la inequidad que sufre la población más desvalida; pero, en buena medida, ello se ha conseguido como consecuencia de las restricciones impuestas por la inevitable priorización.

Finalmente, queremos insistir ante las autoridades del *MINSAL* para que pongan en marcha con urgencia un programa para corregir el déficit cuanti y cualitativo de profesionales que sufre el sector público de la salud y el 80% de la población chilena que depende de él.■

Referencias

1.- Ministerio de Salud de Chile – *Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010*. Segunda edición, Enero 2005.
2.- Ministerio de Salud – *Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas AUGE*. Propuesta al país. Documento de trabajo 2002.
3.- Ministerio de Salud – 2004 – Ley Nro. 19966 : Establece un Régimen de Garantías en Salud.

4.- GIACONI, J. y CONCHA, M. *El Sistema de Salud chileno reformado*. Ediciones Universidad Mayor. – 2005
5.- BEDREGAL, P, MARGOZINI, P, GONZÁLEZ, G, AGUILERA, Ximena, BARCENA, R, FRENZ, Patricia, et al. *Estudio de Carga de Enfermedad y Carga atribuible. – 2008*. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile y Ministerio de Salud.
6.- SGOMBICH, Ximena, FRENZ, Patricia, AGURTO, I, VALENZUELA, V, GONZÁLEZ, C, GUERRERO, A, et al. *Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas de Salud. 2009* - Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria – Ministerio de Salud.
7.- INFANTE, A. *Los primeros tres años del Consejo Consultivo del AUGE*. Documento interno del Consejo- Octubre 2008..
8.- *FONASA – Boletín Estadístico AUGE: un proceso en curso* – Segunda edición – 2009.
9.- INOSTROZA, M. *Fiscalización GES 2006-2008* – Superintendencia de Salud – Enero 2009.
10.- Resultados generales del EUNACOM-ST 2009 – en www.emn.cl/resultados
11.- NAZZAL, C, CAMPOS, P, CORBALÁN, R, LANAS, F, BARTOLUCCI, J, SANHUEZA, A, et al. *Impacto del plan AUGE en el tratamiento de pacientes con infarto del miocardio con supradesnivel*. ST, en hospitales chilenos. Rev Med Chile 2008; 136:1231-1239.
12.- Evaluación plan AUGE – preparado por ADIMARK GfK Santiago , Julio 2009.
13.- Constitución Política de la República de Chile de 1980. Capítulo III, Artículo 19., Nro 9.
14.- BURROWS, J.- *Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what?* J. Med. Ethics 2008 34:e13

15.- “La Academia Nacional de Medicina: contribuciones a la toma de decisiones en el sistema de salud mexicano”

Señor Académico
Profesor
MANUEL H. RUÍZ DE CHÁVEZ
Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México.
Señor Académico
Profesor
PABLO KURI-MORALES
Secretario Adjunto de la Academia Nacional de Medicina de México
Leído por el Señor Académico
Profesor
ROBERTO MEDINA SANTILLÁN
Delegado de la Academia Nacional de Medicina de México.

Viernes 29 de octubre de 2010

Fig, 6.15.1.- Profesor Manuel Ruiz de Chávez. Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México. **Fig, 6.15.2.- Profesor Roberto Medina Santillán**. Delegado de la Academia Nacional de Medicina de México. Fotografías de ZCM.

México ha cambiado sustancialmente en los últimos doscientos años pero, particularmente, en el último siglo, el país ha transitado por procesos de cambio que han hecho que la forma en que mueren y enferman sus habitantes se haya transformado de manera sustancial. Las transiciones epidemiológica, demográfica y tecnológicas han contribuido a que, en estas últimas diez décadas, la salud de la población se haya modificado de manera dramática, lo que ha supuesto, indudablemente, la necesidad de adaptación de la respuesta sanitaria organizada para proteger a la población. Los cambios más relevantes se ven reflejados en la composición demográfica del país, ya que nos

estamos transformando en un país con una tendencia al incremento de los sectores de mayor edad, como ocurre en muchos de los países aquí presentes. Esto ha llevado, de manera paralela, a un incremento de enfermedades no transmisibles y ha hecho que la forma de morir haya cambiado, particularmente en los últimos cincuenta o sesenta años, al pasar de un perfil con predominio de enfermedades transmisible a no transmisibles.

Sin duda, la información es un elemento central para la toma de decisiones, en cualquier ámbito y nivel y, particularmente, en una sociedad con el dinamismo ya señalado, se convierte en elemento indispensable. El caso de la salud no es la excepción y los espacios de análisis y discusión de la información disponible se convierten en espacios valiosos e indispensables para ello. La Academia Nacional de Medicina en México ha sido, desde su fundación, un sitio de encuentro de los profesionales de la salud más insignes e ilustres, tanto de México como de otros países. Conviene recordar que la Academia Nacional de Medicina es sinónimo de tradición, excelencia y compromiso. En 1864, durante la intervención francesa, nace de la Comisión Científica, Literaria y Artística; toma el nombre de Academia, en 1873, y su carácter de nacional, en 1877, es decir, en este 2010, año del bicentenario de la independencia de nuestro país y del centenario de la primera revolución social del siglo XX, se cumplen más de 130 años de la Academia Nacional de Medicina como tal.

En 1912, el Presidente Francisco I. Madero la declara, oficialmente, Cuerpo Consultivo del Gobierno Federal y, en ese papel, permite que los que a ella pertenecen analicen, discutan y propongan, con base en la información disponible, sus ideas para contribuir a mejorar la salud de la población, apoyando con ello la toma de decisiones de quienes a lo largo de estos años han tenido bajo su responsabilidad la salud de los mexicanos.

Es entonces, la Academia, un espacio de discusión plural, libre, donde la aproximación a los problemas de salud que han afectado a la sociedad mexicana y aquellos que pueden llegar a afectarla, permite que, desde la perspectiva de las 59 especialidades que la integran, se debata, discuta y proponga. No sólo nuestra Academia otorga a sus miembros esa posibilidad, además, les señala el compromiso que los profesionales de la salud tienen con la sociedad.

Pero, para entender las contribuciones de nuestra Academia, es necesario hacer un recorrido por el pasado y por los hitos que la medicina mexicana ha alcanzado. Para ello, cito a la Dra. Anzures, que dice que "El ejercicio de la medicina, ya de por sí complejo, se ve confrontado con múltiples retos, como son el avance de los conocimientos, de la ciencia pura, que más rápido que en otras épocas encuentran su aplicación en la tecnología y del modo de asumir el reto de atender de la mejor manera al paciente, de hacer frente a los cambios sociales y económicos y a la vez no caer en el mercantilismo y en la medicina defensiva que han mostrado de manera contundente sus maleficios en otros países. La Academia es un ser vivo, su cerebro es la Mesa Directiva, sus órganos son los comités, sus células cada uno de sus miembros; como ser vivo, ha crecido y se ha desarrollado al parejo del país, del cual es un espejo que refleja los acontecimientos, pero es un espejo vivo que no los refleja pasivamente, influye con decisión en ellos para modificar las circunstancias desfavorables y marcar los derroteros para mejorarlas. Nace mestiza, como la mayor parte de los habitantes de este país, con raíces europeas y mexicanas. El segundo imperio nos

legó tres cosas importantes: el sistema métrico decimal, ya que México fue el primer país de América en que se implantó; el Paseo de la Reforma y la Academia Nacional de Medicina".

Sería imposible hablar de todos quienes, como parte de la Academia, han contribuido a la toma de decisiones en materia de salud en México, pero es indispensable mencionar a algunos de los más ilustres médicos que han, desde el seno de nuestra Corporación, contribuido al engrandecimiento de la medicina mexicana y, de manera más que significativa, a la preservación de la salud del pueblo de México.

En los últimos años del siglo XIX y al inicio del último siglo del milenio pasado, un hombre señero y de gran visión fue Eduardo Liceaga, nombrado director del Consejo de Salubridad y que, entre otras grandes aportaciones, sanea la ciudad de México al ordenar la construcción del sistema de alcantarillado de la misma, acción que, indudablemente, tuvo un gran impacto en las condiciones de higiene de la ciudad que, hoy por hoy, es una de las más pobladas del planeta. Además, propone, por primera vez, que antes de proceder a urbanizar y construir edificaciones, se deben hacer las obras necesarias para que se cuente con la infraestructura de urbanización mínima, para garantizar condiciones adecuadas, tales como la pavimentación, alcantarillado, agua potable y, además, convierte en obligatorias las disposiciones a cumplir en materia de reglamentos de sanidad.

Entre algunos más de sus logros, impulsa lo que ahora conocemos como sanidad internacional, al reglamentar los aspectos sanitarios en los puertos y ciudades fronterizas del país, llevando a cabo acciones como la instalación de estufas de desinfección y homologando los reglamentos correspondientes.

En su gestión llega a México la vacuna de la rabia y además se sientan las bases para la producción de la vacuna antivariolosa y los sueros antitetánico, antidiftérico y antialacránico. Es también en su tiempo que se planea y supervisa la construcción del Hospital General de México, que sigue siendo uno de los pilares de la atención médica en nuestro país.

Después de la Revolución mexicana, período en el cual el gobierno la declara, como ya mencioné, Cuerpo Consultivo del Gobierno Federal, y ya en la etapa de estabilización del país, puedo destacar a algunos académicos que no solo engrandecieron a nuestra corporación sino al sistema de salud en México: baste nombrar a Ignacio Chávez, Aquilino Villanueva, Gustavo Baz y Darío Fernández, entre otros.

Es, además, la etapa de consolidación de las grandes instituciones de salud del país: se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, ahora Secretaría de Salud; se fundan las grandes instituciones de seguridad social del estado, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado. Se inician las campañas para el control del paludismo, la vacunación intensiva contra la viruela, se crea la Escuela de Salud Pública, el Instituto de Higiene, y se fundan los primeros institutos nacionales de salud, y en todo ello intervienen académicos de reconocido prestigio como los ya mencionados. Con ello, se cierra un capítulo en la historia de la contribución de

distinguidos académicos a la salud de la población y al avance de las instituciones sanitarias de nuestro país.

El Dr. Somolinos (Juan Somolinos Palencia) y el Dr. Fernández del Castillo (Carlos Fernández del Castillo Sánchez), académicos e historiadores, señalan y cito: "En el año de 1956, la Academia comprendió que necesitaba crecer, que el recinto académico resultaba insuficiente para el desarrollo de su labor. Era menester ampliar su radio de acción, entrar en contacto con todo el gremio médico y con el investigador científico, incorporar los avances de la profesión y la ciencia médica en todos sus campos y aspectos y, al mismo tiempo, divulgar las actividades que podían ser de interés para el progreso médico en todos los rincones del país. De esta idea nacieron las Jornadas Médicas y los Congresos, que a partir de entonces han servido para reunir a los médicos de todas las entidades de la república. Esas actividades han propiciado, también, el intercambio de ideas sobre nuestra medicina con la que se practica en otros países."

En materia de investigación, han pasado por nuestro recinto científicos mexicanos y extranjeros, cuyas contribuciones al conocimiento son reconocidas en todo el mundo. De los colegas nacionales mencionaré solo algunos, con el riesgo inherente de dejar de mencionar a algunos otros con merecimientos similares, algunos aún entre nosotros y otros que se han adelantado en el camino que todos habremos de recorrer en algún momento. Me refiero a Donato Alarcón Segovia, Adolfo Martínez Palomo, Luis Benítez Bibriesca, Gregorio Pérez Palacios, Patricia Alonso de Ruiz, entre otros.

En estos años en México la vacunación de la población y la lucha por erradicar algunos padecimientos prevenibles con esta estrategia tienen un gran impulso, Contribución de gran impacto fue la que la Academia, a través de uno de sus miembros, logró en el proceso y finalmente erradicación de la poliomielitis en México y en el continente americano, me refiero a Carlos Canseco lo que culminó con el último caso en México en 1990. Sería imposible nombrar a todos quienes han contribuido al avance de la medicina en México y que lo han hecho desde el seno de nuestra Corporación.

Un aspecto que retomo es el de la formación de recursos humanos, porque es el capital humano de las instituciones el que lleva a la ejecución las decisiones que, en materia de política pública en salud, se toman por los responsables institucionales de ello, y es el médico general un pilar en ese proceso de ejecución: para ello, la Academia, ya desde hace quince años, desarrolla un amplio proceso de actualización a través de Programa de Actualización del Médico General, el *PRONADAMEG*.

Este año celebramos el cuadragésimo primer Congreso de Medicina, en el cual el tema central fue, justamente, el de "*Los 200 años de la medicina mexicana*". Para mantenerse vigente, nuestra Academia está en un proceso de modernización y renovación: recientemente llevamos a cabo un ejercicio intenso, con la participación de un grupo de académicos que representaron a los expresidentes, a los departamentos que conforman nuestra institución y a la mesa directiva. Producto de este proceso de renovación, hemos actualizado nuestro sitio en el internet mismo, que les invito a visitar, hemos renovado la imagen de la Gaceta Médica de México, que es nuestro órgano oficial de difusión y,

sobretodo, hemos impulsado un ejercicio de reflexión sobre el quehacer de nuestra corporación.

El año pasado, ante el reto que enfrentó el mundo por la aparición de la pandemia de influenza, distinguidos académicos contribuyeron con su experiencia a enfrentar el problema, desde la perspectiva de la atención médica hasta el de la respuesta en materia de salud pública. Fue nuestra academia el espacio seleccionado para que, en mayo del 2009, se organizara un primer evento de alto nivel científico para analizar y debatir sobre lo que hasta en ese entonces se sabía del problema y de ahí derivar recomendaciones para orientar la toma de decisiones en la materia y, justo a un año del inicio de la pandemia, en abril del 2010, fue nuevamente la Academia el sitio de encuentro de autoridades, académicos y expertos en el tema, para hacer un balance de lo ocurrido y analizar las lecciones aprendidas.

Como este, hay muchos otros ejemplos, pero quiero terminar mi intervención señalando que hoy nuestra corporación, comparada con aquella fundada hace ya más de 140 años, es un gigante: seguramente, sus 22 fundadores se sentirían orgullosos de los casi 600 académicos que ahora la conforman; las primeras cinco secciones que, en su momento, nuestro primer presidente, Carlos Alberto Ehremann consideró, ahora están representadas por cuatro departamentos, con 59 áreas. En su historia, la Academia Nacional de Medicina ha contribuido a enfrentar los grandes retos que, en materia de salud, a lo largo de este casi siglo y medio de existencia, se han presentado. Ha estado, siempre, atenta a los cambios e inquietudes de sus miembros y a las demandas sociales, y es hoy una organización viva y llena de energía, preparada para enfrentar los próximos cien años con el brío que enfrentó los anteriores.

Muchas gracias

16.- “Análisis de la situación de salud y desafíos en Paraguay 2010 - 2011”

Señor Académico
Profesor
JORGE CODAS THOMPSON
Academia Nacional de Medicina del Paraguay.

Viernes 29 de octubre de 2010

Fig. 6.16.1.- Profesor Jorge Codas Thompson. Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay. Fotografía de ZCM.

Paraguay: Algunas cifras

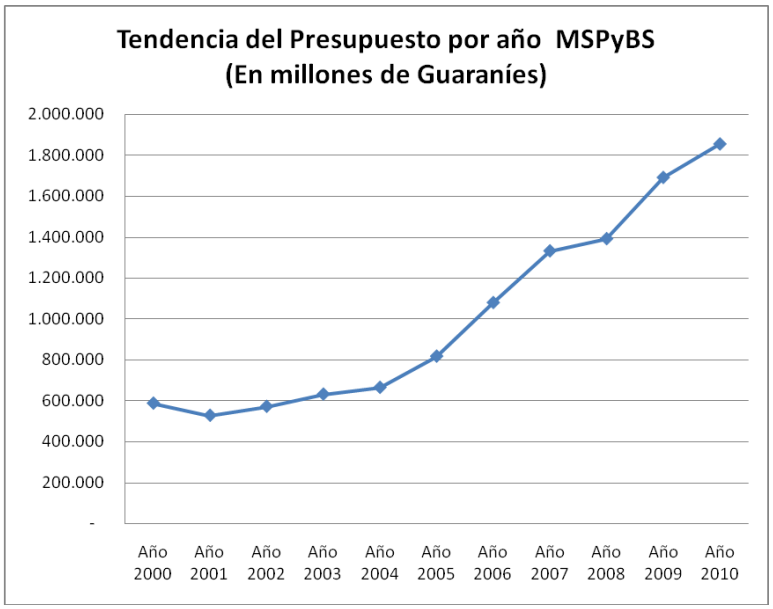
Paraguay cuenta, en la actualidad, con 6.400.000 habitantes (estimación 2010), de los cuales, el 58,6% se encuentran en los cascos urbanos, en 238 municipios, distribuidos en 17 Departamentos. La tasa de crecimiento poblacional alcanza el 2,2%. El TGF es de 3,1 (hijos/mujer) y la Esperanza de vida al nacer tiene ha alcanzado unpromedio de 72 años. El Ingreso nacional per cápita es, hoy por hoy, de US$1.470. El porcentaje de población con seguro de salud es del 21%. La Población pobre llega al 37,9%, con un Analfabetismo del 5,2 %; un Gasto en salud, per cápita, de US $ 97.31, un Gasto Público en Salud, per cápita, de U$ 34,26 y un Gasto Privado en Salud, per cápita, de U$ 63,05. El Principal gasto privado es en el rubro de MEDICAMENTOS, alcanzando el 58%.En

términos generales, el Gasto en Salud, como porcentaje del *PIB*, es del 2,1%, cuando el porcentaje ideal sería el del 5%.

Fig. 6.16.2.- Ubicación geográfica de la República de Paraguay en Suramérica.

Presupuesto

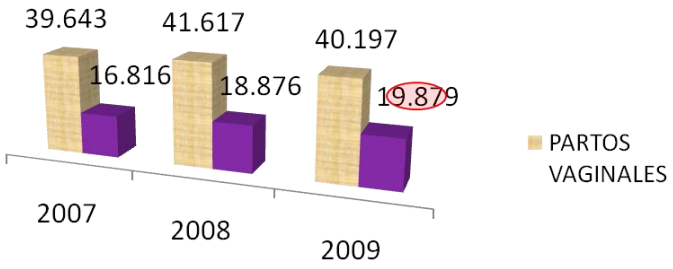
El presupuesto del Ministerio de Salud Pública y el BS, aprobado para el periodo de 2000 a 2010 se encuentra en la siguiente Gráfica, expresado en millones de Guaraníes por año, durante la década mencionada. Este indicador muestra un incremento que representa, comparando el año 2000 versus el año 2010, un porcentaje del 216%.



Gráf. 6.16.1.- Muestra la tendencia ascendente del Presupuesto, por año, del Ministerio de Salud Pública y del BS del Paraguay,en la década de 2000 a 2010.

Estadísticas de la Salud en el Paraguay

En este aspecto se pueden analizar los indicativos de Partos y Mortalidad Materno Infantil, a los cuales se suman las Causas Principales de Muerte, la Equidad Geográfica, el Agua y los Servicios Sanitarios y el Gastos de Salud. La Gráfica siguiente muestra lo relacionadocon partos vaginales.



(*) Cifras Provisorias
Fuente: Ficha de Egresos y Censo Hospitalario. Dirección de Bioestadística. MSPyBS

Gráf. 6.16.2.- Partos vaginales versus otros eventos: años 2007 a 2009.

Cuadro 6.16.1.- Partos institucionales. Total de nacidos vivos registrados, por año, en el Paraguay, años 2000 a 2007.

% de Partos institucionales / total de Nacidos Vivos registrados

	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	Año 2007
País	**84,5**	**85,6**	**85**	**85**	**81,2**	**84,2**	**86,5**	**88,8**

(*) Cifras Provisorias
Fuente: Ficha de Egresos y Censo Hospitalario. Dirección de Bioestadística. MSPyBS

Mortalidad Materna e Infantil

MORTALIDAD MATERNA SEGÚN AÑOS
PARAGUAY, (TASA REGISTRADA x 100.000 NACIDOS VIVOS)

CAUSAS	Año 2000		Año 2001		Año 2002		Año 2003		Año 2004		Año 2005		Año 2006		Año 2007		Año 2008	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
TOTAL GENERAL	141	164	134	159,7	164	182,1	151	174,1	155	153,5	136	128,5	124	121,4	122	127,3	117	117,4

Cuadro 6.16.2.- Mortalidad materna según año, en el Paraguay. Tasa registrada por 100.000 nacidos vivos, años 2000 a 2008.

MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN AÑOS PARAGUAY, (TASA REGISTRADA X 1000 NACIDOS VIVOS)																		
CAUSAS	Año 2000		Año 2001		Año 2002		Año 2003		Año 2004		Año 2005		Año 2006		Año 2007		Año 2008	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
TOTAL GENERAL	1.737	20,22	1.652	19,7	1.767	19,61	1.683	19,4	1.714	17,0	1.879	17,76	1.839	18,01	1.604	16,73	1.686	16,91

Cuadro 6.16.3.- Mortalidad infantil según año, en el Paraguay. Tasa registrada por 100.000 nacidos vivos, años 2000 a 2008.

COMPARATIVO DE % DE VACUNACIÓN Y MORTALIDAD

	% de Inmunización menor a 1 año			Mortalidad materna (cada 100.000)	Mortalidad infantil (cada 1.000)
	Tripe	Polio	BCG		
Cono Sur	91	92	97	49,6	12,5
Argentina	92	94	100	43,7	13,3
Chile	98	97	100	18,2	8,3
Paraguay	76	76	76	127,3	16,7
Uruguay	95	95	99	n/d	10,6
Fuente: Statistical Indicators - WHO 2009					

Tabla 6.16.1.- Comparativos entre el porcentaje de vacunación y la mortalidad, en países del Cono Sur.

DEFUNCIONES POR CAUSAS SEGÚN AÑOS PARAGUAY, PERIODO 2000 - 2008									
PRINCIPALES CAUSAS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1. Enfermedad del aparato Circulatorio	2742	2702	2582	2610	3334	3366	3839	3805	4097
2. Tumores	2379	2580	2620	2716	2894	3116	3260	3325	3432
3. Enfermedad Cerebro Vascular	1670	1650	1562	1625	1924	2008	2254	2126	2132
4. Enfermedad del Sistema Respiratorio	1322	1247	1166	1307	1536	1328	1283	1412	1228
5. Accidentes Todas Formas	999	1096	1036	1136	1380	1275	1539	1543	1871
6. Enfermedades Perinatales	836	825	864	853	903	1015	1019	862	963
7. Diabetes Mellitus	872	1012	1105	1223	1370	1495	1489	1595	1635
8. Diarreas	339	258	261	217	273	267	201	151	157
9. Homicidios	672	683	660	722	764	711	665	606	623
10. Septicemia	273	269	279	334	297	331	323	346	418
11. Anomalías Congénitas	237	248	280	263	309	367	404	394	347
12. Enfermedades Renales	295	347	288	328	349	414	494	457	555
13. Meningitis, Encefalitis	106	86	81	75	130	117	107	86	84
14. Tuberculosis	140	132	128	141	183	186	165	129	162
15. Enferm.Nutricional Avitamin. y Anemias	194	198	155	132	194	221	222	228	262
16. Compl. del Embarazo, Parto y Puerperio	141	134	164	151	154	136	123	121	117

Tabla 6.16.2.- Defunciones por causas según años en el Paraguay. Período de 2000 a 2008.

Situación de salud por área geográfica
(EPH 2009)

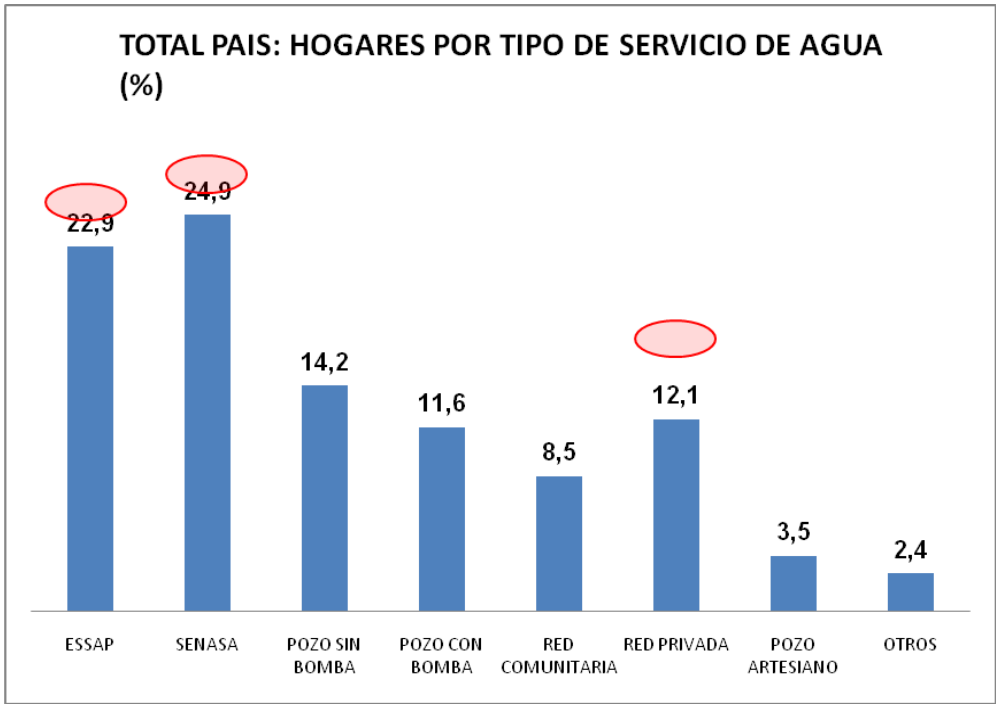
ESTUVO ENFERMO O ACCIDENTADO				
	Urbana %	Rural %	Población	%
SI, estuvo enfermo	**31,4**	**32,7**	**2.029.004**	**32**
SI, estuvo accidentado	0,8	0,5	4.385	0,6
NO, ha estado sano	67,8	66,8	4.267.250	67,3
Total de grupo	100	100	6.340.639	100

Cuadro 6.16.4.- Reseña de la condición de salud en el Paraguay por área geográfica.

REALIZO CONSULTA MEDICA			
	Urbana %	Rural %	%
SI	**78,5**	**64,2**	**71,7**
NO	21,5	35,8	28,3
Total de grupo	100	100	100
POR QUÉ NO CONSULTO?			
	Urbana %	Rural %	%
Dolencia no grave	26	20	22
No hay atención cercana	0	7	5
Atención mala	1	1	1
Consultas caras	5	15	11
Se automedicó	60,7	55	57
No tuvo tiempo	5,3	2	3
Otras razones	2	0	1
Total de grupo	100	100	100

Cuadro 6.16.5.- Reseña de asistencia a consulta médica en el Paraguay por área geográfica.

Acceso a agua en los hogares



Gráfica 6.16.3.- Tipo de servicio de agua en los hogares del Paraguay. Todo elpaís.

Tipo de Servicio	**2000**	**2008**
ESSAP/SENASA	42,3	47,8
Red privada	12,2	12,1
Pozo con bomba	15,6	11,6
Pozo sin bomba	25,7	14,2
Otros	4,2	14,3

Cuadro 6.16.6.- Diferentes tipos de servicio de agua en el Paraguay.

Acceso a servicio sanitario de los hogares

	AREA				Total de grupo	
	Urbana		Rural		Recuento	% col.
TIPO SERVICIO SANITARIO	Recuento	% col.	Recuento	% col.		
Hoyo ó pozo	95.973	11,4	315.173	58,3	411.146	29,7
WC pozo ciego	606.859	71,9	222.979	41,3	829.838	59,9
WC red pública	134.588	15,9	1.570	0,3	136.158	9,8
Arroyo - río	6.926	0,8	628	0,1	7.554	0,5
Total de grupo	844.346	100	540.350	100	1.384.696	100

Tabla 6.16.3.- Tipo se servicio sanitario en el Paraguay.

El acceso a red pública se mantuvo casi invariable pues en el año 2002, apenas se contaba con 9,6% de acceso de los hogares.

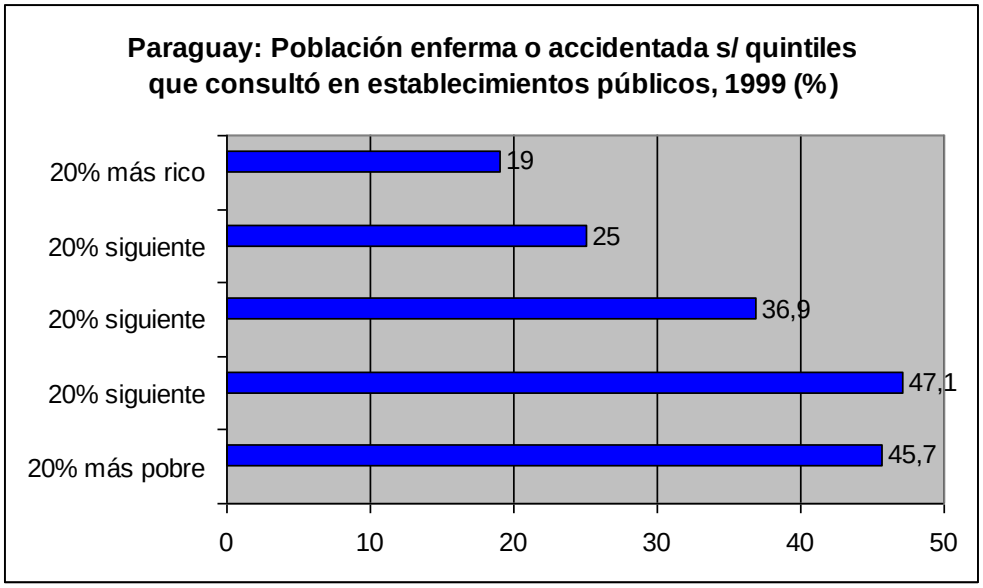
RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA

- Número de médicos x c/10.000 hab.= 6,0
- Número de enfermeras x c/10.000 hab= 2,8
- Número de odontólogos x c/10.000 hab= 0,9

Número de Camas hospitalarias x 1.000 hab=. 1,3 (MSPBS/IPS)

- Asunción x c/1.000 hab= 6
- Caaguazú x c/1.000 hab= 0,39
- Porcentaje de cobertura de la red de salud: 40% de la población no tiene acceso a servicios de salud.

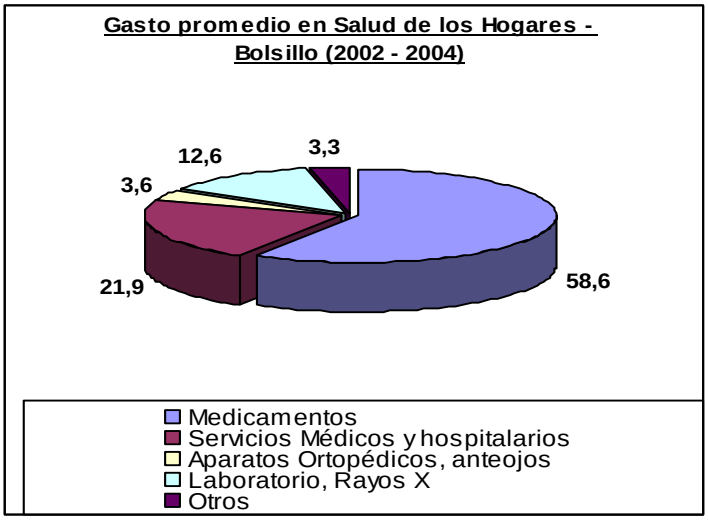
EQUIDAD EN EL GASTO PÚBLICO DE SALUD (1)



Gráfica 6.16.4.- Población enferma o accidentada en el Paraguay. s/quintiles consulta en establecimientos públicos, en 1999 (%).

Una porción importante del gasto público beneficia a los que no son pobres. El MSPBS tiene limitado éxito en focalizar sus recursos en la población más pobre y vulnerable.

GASTO DE BOLSILLO



Gráfica 6.16.5.- Promedio del gasto en salud en los hogares (Bolsillo) en el Paraguay. 2002 a 2004.

Gasto Privado en Salud per cápita en U$S

2000	67,2
2001	63,1
2002	50,6
2003	45,5
2004	49

Cuadro 6.16.7.- Gasto Privado en Salud per cápita en US $ en el Paraguay: años 2000 a 2004.

El gasto de los Hogares en salud presenta un crecimiento en promedio del 3,7%

Principales Problemas Detectados

Gestión y Organización

En este aspecto, se detectan los siguientes problemas: 1) Ineficiencia y baja calidad de los servicios; 2) Ausencia de un sistema de referencia y contrarreferencia efectivo; 3) Carencia de sistemas de información adecuado y oportuno y 4) un Modelo excesivamente centralizado de gestión. Dentro de este punto, se destacan: a) una deficiente focalización de recursos hacia la población más pobre y vulnerable. b) unos RRHH mal distribuidos. c) una Baja utilización de camas (52,3%) y d) la existencia de Partidización y prácticas de corrupción. Adicionalmente, el 65% de los establecimientos sanitarios del Ministerio de Salud Pública no está preparado para brindar Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales.

Programas y Servicios de Salud

En este aspecto se puede afirmar que existe: 1) Una escasa cobertura de programas y servicios de salud: por ejemplo, el *PAI*, programa prioritario; 2) Un Modelo de atención medicalizado, con poco énfasis en atención primaria; 3) La Fragmentación y segmentación del Sistema Nacional de Salud ha mejorado pero, sin embargo, el avance es aún insuficiente y 4) Una Escasa participación comunitaria: se promueve la participación instrumental.

Rectoría

Fundamentalmente, se puede afirmar que el Poder regulador y articulador de parte del Ministerio de Salud Pública, es débil, su credibilidad es escasa y es clara la ausencia de una política nacional de salud real, y no solo formal.

- **En resumen:**
- Existe una baja calidad en el gasto público de salud, que explican en parte los pobres resultados obtenidos; observándose:
    - Problemas vinculados a la eficiencia
    - Problemas vinculados a la equidad

- Esto conlleva a que la utilización de los servicios públicos de salud, es baja y desigual.

No bastan políticas específicas para la salud sino además acciones multisectoriales sobre los determinantes de la salud como :

- Crecimiento y distribución de la población.
- Educación, sobretodo de la mujer.
- Alimentación.
- Vivienda.
- Agua potable.
- Mejoramiento integral del ambiente.
- Empleo.
- Seguridad vial.
- Seguridad pública.
- Recreación y deporte.

Cómo puede contribuir la Academia de Medicina del Paraguay a lograr estos objetivos?

Se plantean tres posibilidades:

1. Estimular el intercambio de experiencias con otras Academias de países que hayan logrado superar los desafíos que aún enfrenta el Paraguay.
2. Coordinar la visita de investigadores y especialistas con experiencia directa en estas áreas, con el objetivo de disertar ante sus pares paraguayos.

Por último, fomentar el desarrollo de un sólido programa de investigación en salud, nuevamente intercambiando experiencias con Academias que posean la experticia e infraestructura necesaria.

El desarrollo de un sistema de salud de amplia cobertura y equidad es a la vez nuestro mayor desafío y nuestra más grande oportunidad.

Es voluntad de la Academia de Medicina del Paraguay aportar su apoyo, pues el impacto sobre la población del Paraguay, sobre todo la más vulnerable, así lo amerita.

17.- “Estado de la salud en Venezuela”

Señor Académico
Profesor
CLAUDIO AOÜN SOULIE
Academia Nacional de Medicina de Venezuela.

Viernes 29 de octubre de 2010

Fig. 6.17.1.- Profesor Claudio Aoün Soulie. Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Fotografía de ZCM.

Resumen

Se presenta una síntesis sobre la situación de la salud en la Venezuela de predominio rural, en las décadas de 1920-30 y 40; en la cual, un porcentaje de la población era diezmada por diversas endemias que ocasionaban una muerte prematura de ciudadanos en una amplia zona del territorio nacional.

Es así como un brillante médico venezolano, el Dr. Arnoldo Gabaldón Carrillo, forma un equipo notable de sanitaristas, ingenieros y trabajadores, que realizan una extraordinaria labor al eliminar la malaria, la enfermedad de Chagas, la bilharzia, la fiebre amarilla y las confinan en áreas muy definidas y controladas. Igualmente, otro excelente galeno, el Dr. José Ignacio Baldó Soulés, logra una disminución notoria de la tuberculosis en toda la geografía del país.

A raíz de esas campañas sanitarias, la expectativa de vida del venezolano pasa de 34 años, en 1926, a 76.8 años, en la actualidad.

La población rural migra hacia las capitales, especialmente Caracas, Valencia y Maracaibo, creándose cinturones marginales, con una muy alta densidad de pobreza, de donde surgen una serie de desajustes sociales.

Se crea una infraestructura hospitalaria que, al aumentar la expectativa de vida, tiene que hacer frente a una serie de patologías, como son los problemas cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, las neuropatías, procesos mentales, nuevas enfermedades como el SIDA, Alhzaimer y, actualmente, enfermedades reemergentes como el dengue, el paludismo y agresiones de tipo externo como son los homicidios y los accidentes de tránsito.

Se comentan una serie de novedades en la formación de nuevas escuelas de medicina, con patrones diferentes a la formación tradicional del médico venezolano. Se presentan cifras de mortalidad y la incidencia de las principales causas de mortalidad en el país, con el objeto de, luego de su análisis, se puedan formular las mejores sugerencias para su prevención y tratamiento.

Palabra clave: alerta sobre algunos aspectos médicos – Mortalidad y Morbilidad en Venezuela.

Summary

A síntesis on the health situation in the Venezuela of rural predominante, in which a porcentaje of the population was decimated by various epidemics that underlay a premature death of citizens in a broad zone of the nacional territory during the 1920-1930 and 1940.

As well as a brilliant venezuelan, Dr. Arnoldo Gabaldón Carrillo, a remarkable team of public health, engineers and workers, made extraordinary efforts to eliminate malaria, Chagas disease, the bilharzia, yellow fever and confine them in very defined and controlled areas. Also, other excellent Profesor Dr. José Ignacio Baldo Soulés, archived a noticeable reduction of tuberculosis in the geography of the country.

Following these health campaigns, th life expectancy of the venezuelan spends 34 years 1926 to snowiest years today.

The rural population migrates to capitals, particulary Caracas, Valencia, Maracaibo, crating marginal belt with a very high density of poverty, from which emerge a number of social imbalances.

Creates a hospital infraestructura, Vich increases the life expentancy has to deal with a number of pathologies Duch as cardiovascular problemas, cancer, diabetes, kidney and mental illness, new deseases as AIDS, Alzhaimer and now reemerging diseases as dengue, malaria and external causes Duch as homicidas and traffic type attacks.

A discusión of a number of developments in the formation of new medical schools with differences to the tradicional training of th country, are presented. In base of this análisis we formulate th best sugestions of prevention and treatment.

Key Words: Alert medical aspects – mortality and morbility in Venezuela.

Introducción

En Venezuela se realizó el V Censo general de la población en el año 1926, la cual apenas superaba los tres millones de habitantes (3.026.878). La expectativa de vida era de 34 años[1], en el período transcurrido hasta el presente, la población ha aumentado más de nueve veces y medio. En ese lapso, los médicos sanitaristas integraron un brillante equipo, que contribuyó a hacer habitable una enorme porción del país, al eliminar en esas áreas la malaria, la enfermedad de Chagas, la bilharzia, la fiebre amarilla, entre otras, y al disminuir, notablemente, la tuberculosis, enfermedades que quedaron confinadas a focos muy definidos y controlados. La población rural migró hacia las ciudades capitales, especialmente Caracas, aumentando en más de 120 % la expectativa de vida (76.8 años). Se logró establecer una red hospitalaria y se fue creando una distribución de agua potable y se iniciaron campañas masivas de vacunación. Sin embargo, la migración poblacional del medio rural al urbano, creó un hacinamiento de personas pobres, los llamados cinturones marginales, cuna de una serie de desajustes sociales, de graves consecuencias. Se tomó una medida negativa por las autoridades, como fue el desmantelamiento de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental, lo que trajo consigo el renacer de una serie de patologías que se encontraban controladas. Apareció una enfermedad no conocida, como es el HIV, en la década de 1980.

Al aumentar el promedio de vida de los venezolanos, sobresalieron las enfermedades crónicas, con su caudal de morbimortalidad, como son las patología cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, los procesos mentales, las neuropatías; surgieron patología nuevas como el SIDA y se comenzó a presentar la enfermedad de Alzheimer.

Los accidente de tránsito se convirtieron en un grabe problema de salud pública, por su elevada tasa de morbilidad, incapacidad y muerte, de la cual son responsables, en un 90 %, la velocidad, la imprudencia, la inmadurez, el alcohol y las drogas, a lo cual se agrega el no cumplimiento de la ley por los ciudadanos y las autoridades.

Indicadores

Población. La población estimada de Venezuela, para el 2010, es de 28.833.845 habitantes[2], de los cuales 14.456.287 (el 50.14 %) son hombres y 14.377.558 (el 49.86 %) son mujeres, observándose que el mayor número de habitantes se encuentra en los grupos de edades menores de 35 años.

La base de la Pirámide Poblacional de Venezuela se está ensanchando[2], ya que los grupos de edades entre 0 y 24 años tienen, aproximadamente, la misma anchura. Esto es producto del proceso de transición demográfica que sufre el país desde los años 60 y que se

ha ido acentuando en los últimos tiempos. Una transformación de este tipo sólo es el producto del descenso acelerado de la fecundidad. También se observa el incremento de la población de 15 años y más, indicando un aumento de la población en la edad económicamente activa (PEA) [2]. Este proceso, donde la población económicamente Activa supera a la Inactiva, se conoce como bono demográfico (2008 hasta 2030). Dicho proceso de transición demográfica produce un aumento acelerado de la población de adultos mayores (60 y más años).

El Fondo para la Población de las Naciones Unidas considera que, entre los años 2040 y 2050, el 25 %, o sea un cuarto de la población venezolana, estará integrada por adultos mayores. Para el sector salud, esto es de vital importancia, ya que un adulto mayor acude un promedio de tres veces más al médico que las personas de otras edades. Las enfermedades, en este grupo de edad, por lo general, son crónicas y requieren de tratamiento de por vida, superando en gran medida el costo de las enfermedades infecciosas. Esto traerá, como consecuencia que, en el futuro, los costos en el sistema de salud serán mayores.

Los médicos que atienden a la población del país ascienden a 231/100.000 hab., dato obtenido de la relación entre los habitantes de Venezuela, que ascienden a 28.000.000 y los 65.000 médicos existentes[3]. En relación al producto interno bruto y salud, el total del PIB es de 4.70, correspondiendo al sector público el 2.02 % y al privado el 2.68 %. La Cobertura de salud para 1997: 65 asegurados, no existiendo seguro universal del mismo. La Expectativa de vida es de 76.8 años.

Natalidad. La tasa de natalidad en Venezuela[2] ha tenido una tendencia al descenso en el período estudiado (1990 - 2007)[2]. Se observa que en el año 1990, la tasa de natalidad fue de 29.4 por 1.000 habitantes, la cual disminuyó, en el 2007, a 21.5 por 1.000 habitantes. La tasa más alta se observó en el año 1991 (29.7 por 1.000 habitantes) y la más baja en el año 2002 (19.6 por 1.000 habitantes). Según la ecuación de la recta, si las condiciones se mantienen igual, la tasa de natalidad disminuirá cada año – 0.433 por 1.000 habitantes.

Análisis de los Indicadores

La publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana de los Indicadores Básicos, en su descripción "*Situación de Salud en las Américas 2007*"[3] nos ha inducido a seleccionar un grupo de países para hacer estudios comparativos, con el fin de elaborar ideas en función del conocimiento de nuestra realidad, que nos permitiría, en el corto, mediano y largo plazo, señalarnos las posibles recomendaciones. En junio de 2007 se lanzó la Agenda de Salud para las Américas 2008 – 2017, preparada por los Ministerios y Secretarías de Salud de las Américas. Ello revela el compromiso del conjunto de las naciones de la región empeñadas en la salud y el desarrollo.

Material y Métodos

Decidimos seleccionar primero a los países de la Subregión Andina, de la cual formamos parte. Nos pareció conveniente tomar los datos de los grandes países: Brasil,

México y Argentina y del mayor de la región, Estados Unidos del Norte[3] y, además, el monto o promedio de la región. Hay cinco tipos de indicadores, a saber: 1) Demográficos, 2) Socioeconómicos, 3) De mortalidad, 4) De morbilidad y 5) De recursos, acceso y cobertura, que hacen un total de 57.

Indicadores Demográficos

Se destaca el hecho de que en la región existan 911 M de habitantes. Todas las cifras corresponden al 2007[3]. La mortalidad cruda es por cada 1.000 habitantes, tiene un promedio de 17.5, nosotros tenemos 21.4 que es la más alta de todos los países estudiados. La mortalidad cruda por 1.000 habitantes es, en la región, de 6.8 y, en Venezuela, de 5.1, siendo la más baja la de México, de 4.8. El crecimiento anual en la región da un promedio de 1.7, igual al nuestro, pero la tasa de reemplazo está en 2, por lo tanto, la población podrá aumentar por inmigración y no por crecimiento vegetativo. La razón de dependencia por porcentaje son los menores de 15 años y mayores de 64 años, el promedio de la región es de 53.1 y estamos en 72.8, una de las más altas. Consultamos las estadísticas de la CEPAL para el año 2000: dan 62.1 y para el 2010, 53.6. En la expectativa de vida estamos por encima del promedio de la región, 75.3 y nosotros 76.8 años, la cifra también es distinta de la CEPAL, que da 73.3 (2005 - 10).

Indicadores Socioeconómicos

En alfabetización[4] (1999) reportan, la Argentina primero, con 92.2 % y luego nosotros, con 93.0 %. En la ingesta de calorías (2005) per cápita/año, el promedio de la región es 3.223. Brasil está en 3.244 y nosotros en 2.509. El Ingreso Nacional Bruto per cápita (2005), dio un promedio en dólares americanos de 19.029, al valor corriente y para la América Latina y el Caribe, 4.164. De nuestros países, el más alto fue México, con 7.310 y Venezuela, 4.820. El crecimiento medio anual del PBI (2004 - 2005) en PC da, de promedio, 3,8; para América Latina y el Caribe, 4,1 y Venezuela, 9,3 que, junto con la República Dominicana son los más altos. El porcentaje de la población por debajo de la línea de pobreza (pobreza crítica) (1998 - 2004), el más alto fue Bolivia, con 23.2 %, y luego nosotros, con 18.5 %. La razón de ingreso (1998 - 2004) del 20 % superior con el 20 % inferior (1998 - 2004), no hay promedios, el más alto es Bolivia, con 42.0, nosotros estamos en 15.8 En materia de disponibilidad de agua potable (2004), son: de 20 litros de agua por persona al día a una distancia no mayor de 1 kilómetro, el promedio regional es 94 %, para Latinoamérica, de 90 % . Venezuela tiene 83 %. Se consideran fuentes mejoradas: conexión con los hogares, fuente de agua pública, pozo, pozo enclavado cubierto, fuente protegida, recolección de agua de lluvia. Y, las no mejoradas, son: pozo no cubierto, fuente no cubierta, río o estanque, agua suministrada por vendedores, agua embotellada, agua de camión cisterna. Está clasificado en total, urbana y rural. En instalaciones mejoradas sa saneamiento (2004), para la región es de 85 %, para Latinoamérica, 76 % y Venezuela, 69 %: citamos el total, está reportado total, urbano y rural.

Indicadores de mortalidad

La mortalidad se la considera por 100.000 nacidos vivos[4]. El promedio de la región es de 62,4 (2007), el más bajo el de Canadá, con 5,9 (2004). En nuestros países es alta y está asociada a la baja asistencia a la consulta prenatal y la atención obstétrica propiamente.

Brasil, 76,1 (2004), Argentina, 39,2 (2006) y Venezuela 59.9 (2005). Es evidente que representa un problema real. La mortalidad infantil, también por 1000 nacidos vivos. El promedio de la región es 17,7 (2007), la más baja, la de Canadá, 5,3 (2004) y Venezuela 15,5 (2005). Luego, la mortalidad infantil en menores de 5 años, el año varía con cada país. El promedio de la región es 22,4, y en Venezuela está en 22,3, también el Canadá tiene la más baja, 5,9. Hay dos grupos importantes en los menores de cinco años: EDA (enfermedad diarreica aguda) e IRA (infección respiratoria aguda). En EDA, el promedio es 3,6, siendo la más baja la de Estados Unidos, 0,1, en tanto que Venezuela tiene la más alta de la región, 9,4, mayor 1,4 que en el 2006. Estas enfermedades son producidas por falta de agua potable, esto es una clara señal de alarma. En IRA, la más baja es Trinidad y Tobago, 0,9; la más alta, Guatemala, 30,7; Venezuela tiene 6,8. Homicidios por 100.000 habitantes (2000 -04), el promedio de la región es 17,7, el más alto es Colombia, con 79,7, y el más bajo Jamaica, con 0,2; Venezuela tiene 34.5, que es el segundo de la región. Suicidios (2000 - 04), el promedio de la región es 7,7 por 100.000 habitantes: el más alto es Estados Unidos de Norte América, 10,7 y el más bajo Perú, con 1,7; Venezuela está por debajo del promedio con 5,5. Accidentes de tránsito (2000 - 04), que los denominan accidentes por transporte terrestre: el promedio de la región es 16,8; el más alto, Venezuela, con 24,3, y el más bajo Argentina, 10,1. Accidentes de causa mal definida o ignorada (2004), expresado en %: el promedio de la región es 5,8 %; el más bajo, Venezuela, con 0.8 %, y el más alto Bolivia, 45.0 %. Sub registro de mortalidad en %, (2000 - 04): el promedio de la región es 14.2 %; el más bajo, México y el más alto, Bolivia, con 67.3 %; Venezuela tiene 10.8 %. Mortalidad General (2000 - 04) por 100.000 habitantes: el promedio de la región es de 687,8; el más alto, Estados Unidos de Norte América y el más bajo Ecuador, 436,3. Mortalidad por enfermedades transmisibles (2000 - 04), por 100.000 habitantes: vamos a citar las cifras totales estimadas, hay otras más bajas, ajustadas; el promedio de la región es de 57,2; el más bajo, Costa Rica, 22,3; el más alto, Haití, 344,9. Mortalidad por enfermedades malignas (2000 - 04): el promedio de la región , por 100.000 habitantes, es 132,8; el más alto es el de Estados Unidos de Norte América, 193,5 y el más bajo, México, con 67,8; Venezuela tiene 73,9. Mortalidad por el sistema circulatorio (2000 - 04): el promedio de la región es de 227,8; el más alto, el de Estados Unidos de Norte América, 318,3; el más bajo, Perú, con 115,2; Venezuela tiene 151,9. Mortalidad por causas externas (2000 - 04): el promedio de la región es de 67,4; el más alto, Colombia, con 125,8; el más bajo Argentina, 50,9 y Venezuela tiene 100,7.

Indicadores de morbilidad

Dientes cariados, perdidos y obturados[4] (DCPO) 1995 – 2004 (último lapso disponible): el promedio de la región es de 2,3; el más alto, Bolivia, 4,6; el más bajo, Estados Unidos de Norte América, 1,3, y Venezuela, 2,1. Casos confirmados de sarampión (2006: el promedio de la región es de 237; el más bajo, México, 23; el más alto, Venezuela, 99. Tasa de incidencia de tuberculosis (2005) por 100.000 habitantes: promedio de la región, 25,7; el más alto, Perú, 122,6; el más bajo, Estados Unidos de Norte América, 4,7; Venezuela, 25,6. Casos reportados de cólera (2006): el promedio de la región, 13 y 8 en Estados Unidos de Norte América. **Índice parasitario anual** (2006): Malaria por 1.000 habitantes: el promedio de la región es de 9,6; el más alto, Venezuela, 431; el más bajo, Argentina, 0,5. Casos reportados de malaria (2006): el total de la región es de 963.939; el más alto, Brasil, 548.597; el más bajo, Argentina, 118; en Venezuela tenemos 37.062. Casos reportados de

dengue (2006): el total de la región, 562.349; el más alto, Brasil, 346.550; el más bajo, Argentina, 118; en Venezuela tuvimos 42.029. Tasa de incidencia de SIDA (2005) por 1.000.000 de habitantes: el promedio de la región es 107,5; el más alto, Brasil, 177,4; el más bajo, Argentina, 36,6; en Venezuela tuvimos 143,5. Razón hombre/mujer casados de SIDA (2005): el promedio de la región es de 2,9; el más alto, México, e,8; el más bajo, Brasil, 1,6; la relación en Venezuela es de 2,0. Prevalencia de bajo peso al nacer (2000 - 06) < 2.500 gr. Expresado en porcentaje: el promedio de la región es de 8.1 %; el más alto, Ecuador, 11.8 %; el más bajo, Estados Unidos de Norte América, 8.1 %; Venezuela, 9.5 %.

Indicadores de recursos, acceso y cobertura

Recursos humanos (2005): Médicos, expresado en 1 por 10.000 habitantes[4]: no hay un promedio de la región; el país que tiene el número mayor es Argentina, 33,4 y el que tiene menos es Bolivia, 7,6; Venezuela tiene 20. Esto nos trae una pregunta difícil de contestar: en atención primaria de salud está aceptado, universalmente, que un médico puede cuidar 2.500 habitantes o 500 familias; en un país ideal, con 20 médicos por 10.000 habitantes, o sea, una médico por cada 500 habitantes, cinco veces más. Esto requiere investigación. Enfermeras: el país que tiene más es Estados Unidos de Norte América, 78,5 y el que tiene menos es Argentina, 2,2; Venezuela tiene 5,7. Odontólogos: el país que tiene más es Brasil, 9,8 y el que tiene menos es Bolivia, 1,8; Venezuela tiene 5,7: el promedio de la región es de 2,4; el país que tiene más es la Argentina, 4,1 y los que tienen menos son Perú y Venezuela, 0,9. Gasto nacional en salud (2004), expresado en porcentaje del PBI, se divide en sector público y privado: en el primero, el país que invierte más es Estados Unidos de Norte América, 7.4 %; el que menos, Ecuador, 2.2 %. En el sector privado, igual Estados Unidos, 4.4 %, pero el que menos es Venezuela, 2.1 %. Atención en salud por personal capacitado (2004 - 06): Prenatal: el más alto, Estados Unidos de Norte América, 96.4 %; el más bajo, Bolivia, 79.1 %; Venezuela no reporta ni en el 2006 ni en el 2007. Partos: el más alto Estados Unidos de Norte América, 96.8 %; el más bajo, Bolivia, 64.2 %; Venezuela, 95 %. Porcentaje de cobertura de inmunizaciones en menores de un año: Difteria, pertusis, tétanos 3 dosis (D.P.T. 3):el promedio de la región es 94 %; los más altos Brasil, México y Argentina, 99 %; el más bajo Venezuela, 73 %. Sarampión, rubéola, polio, en mayores de un año: el promedio de la región, 94 %; el más alto, Brasil, 99 %; los más bajos Bolivia y Colombia, 88 %; Venezuela, 95 %. Uso de anticonceptivos, todo método: no hay cifra promedio en la región; el más alto, Estados Unidos de Norte América, 98 %; el más bajo, Bolivia, 21 %.

Formación Universitaria: A lo largo de la historia de Venezuela, nuestra universidades se han responsabilizado de la formación del médico venezolano, a través de una educación médica de excelencia que gira, fundamentalmente, alrededor del paciente hospitalizado. Las Facultades de Medicina de Venezuela pertenecen, en su totalidad, al Estado. Cada Facultad, de las que podríamos llamar tradicionales, cuentan con su respectivo hospital, de las cuales hay nueve Escuelas de Medicina en ocho Universidades Nacionales. Cada una de ellas tiene sus propios programas de estudios. En una muestra equivalente al 70 % de la totalidad de Facultades y Escuelas de Medicina, se obtuvo la siguiente información[5]: 1) Promedio de asignaturas de la carrera: es de 42, siete por año. 2) El número de Departamentos tiene un promedio de 13. 3) El promedio de unidades por año es de 21. 4)

El número de temas es de 1007, con un promedio de 252 por año. 5) El número de horas/docente por semana es de 70. 6) El número de horas/docente de la carrera es de 8.700.

Debemos aceptar que, así como todos los individuos no pueden ser científicos ni artistas, tampoco cualquiera puede ser médico. De él se espera un comportamiento distinto a los demás, dado que la enfermedad es un percance desdichado, que viene a convertirse en un desafío físico y moral para quien la padece y también para el médico; éste, por lo tanto, requiere poseer virtudes especiales para desempeñar adecuadamente su trabajo. Al graduarse, el Médico de formación tradicional está en capacidad de[5]: aplicar y practicar el buen juicio clínico; contar con amplios conocimientos; tener actitudes profesionales y de comportamiento; contar con habilidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales con el paciente, la familia y los colegas; excelentes cualidades humanísticas, morales y éticas; contar con habilidad diagnóstica, así como para la realización y utilización racional de los procedimientos; habilidad para reunir datos a través de una entrevista médica organizada y de la realización de un examen físico completo (Historia Clínica) y el uso apropiado (costo/efectivo) de los recursos diagnósticos y terapéuticos, con una adecuada logística durante el cuidado médico.

Ha surgido la situación de crear nuevas Escuelas de Medicina por el Gobierno, con un patrón totalmente diferente a las existentes. El Gobierno Nacional, dentro de su esquema político, ha creado una carrera universitaria médica paralela, en la cual ni las Universidades Autónomas ni las Experimentales, han sido consultadas para establecer los "Pensa" de su carrera y, en consecuencia, desconociendo sus objetivos y el perfil del egresado, se le otorgarán el título Universitario de Médico Integral Comunitario (M.I.C.), a diferencia del egresado de las Universidades de Educación Tradicional, al cual se le confiere el título de Médico Cirujano.

Es importante mencionar que, hasta la fecha de junio de 2010, cada uno de los 24.815 estudiantes del MIC, gozaban de una beca de 50 Bsf., financiada por el Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior (MPPES), a través de la Fundación Misión Sucre y Fundación Gran Mariscal de Ayacucho (incluyen más de 700 latinoamericanos, caribeños y africanos) y, a partir de esa fecha, fue aumentada por el Presidente de la República a 1000 Bsf[5]., hecho éste que contrasta, abiertamente, con la situación del Sistema Médico Tradicional, en el cual las ayudas becarias, por demás escasas, con un máximo de 200 Bsf., son otorgadas bajo las modalidades de becas trabajo, de alto rendimiento, y ayudas económicas esporádicas a estudiantes de bajos ingresos, plenamente comprobados.

El aprendizaje está basado en la solución de problemas y está soportado en las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (NTIC): los estudiantes utilizan materiales didácticos interactivos en CD-ROM y reciben las actividades orientadoras con ayuda de videos didácticos. La disciplina Morfo Fisiología Humana, que contiene los fundamentos científicos de la estructura y función del organismo humano en su interrelación dialéctica con el medio que lo rodea y durante las diferentes etapas del ciclo vital, está constituida por cuatro asignaturas denominadas Morfo Fisiología Humana I, II, III y IV[5]: las tres primeras las reciben en el primer año de carrera y la IV en el segundo año[3]. El estudio de los contenidos que se imparten en esta asignatura, lo realizan en textos básicos,

complementarios y de consulta de las asignaturas particulares que conforman la Morfo Fisiología, ya que no disponen de un texto integrado a estos efectos.

La realidad virtual utilizada como única herramienta docente, podría traer otra consecuencia negativa, como es la ausencia del trabajo en equipo, que es fundamental en el ejercicio médico. El sujeto manipula un ordenador y sólo trabaja los aspectos de su interés: no hay intercambio, ni comunicación directa de sus experiencias con otros compañeros o con el profesor.

Finalmente, si un estudiante del MIC quisiera realizar equivalencias para cambiar su formación a Médico Cirujano, no podría, ya que el Plan de Estudios no lo permite[5]. No es creando carreras paralelas a las que existen lo que va a dar solución a los múltiples problemas; es fortaleciendo las ya existentes lo que va a tener éxito.

Se suma a la problemática actual otra dificultad mayor, al generarse un éxodo de miles de médicos, que constituyen buen parte de la generación de relevo, creando, además, un vacío en la enseñanza y en la atención adecuada de la población. Esta situación, sumada a lo expuesto en el texto, crearía una calamidad en la atención en salud en un período relativamente corto.

Se agrega al momento un hecho abrupto complicado, como ha sido el envío de 8.900 estudiantes del MIC[5] a las facultades tradicionales, no existiendo el cupo ni las posibilidades docentes para atender este caudal de cursantes y cuyas carencias están surgiendo claramente.

Otra circunstancia que afrontan los médicos que trabajan en los hospitales públicos es la falta de insumos, que obliga al traslado de heridos graves a otros hospitales, a lo que se agrega la falta de seguridad personal, que afecta a los médicos en los puestos de emergencia e, incluso, en los estacionamientos de vehículos.

La dualidad de la atención médica por el Estado genera una situación muy particular en la asistencia de la población, especialmente la de bajos recursos: es el hecho de existir, en la práctica, un paralelismo en la atención primaria, agregándose a la tradicional atención de ambulatorios.

La creación de un sistema denominado *Misión Barrio Adentro*, atendido por médicos extranjeros, violando la Ley vigente al no haber efectuado la convalidación correspondiente, que durante varios años no se conoció en profundidad el tipo de atención que brindan a la población, ni el tipo de terapéutica o medicamentos que proporcionan. Dicha atención, actualmente, es deficiente, y no ha dado los resultados que se esperaban, a pesar de que, actualmente, existen 4.000 módulos en el Plan Barrio Adentro, por 900 ambulatorios, de acuerdo a declaraciones públicas formuladas por el Vice Ministro José España.

Algunos aspectos de prevención

Los agentes patógenos infecciosos, unidos a la pobreza, en un alto porcentaje en el planeta, y específicamente en América Latina, evitan que diversas enfermedades puedan ser controladas con el mejor bastión de la medicina preventiva, como son las vacunas: la primera erradicación conseguida hace dos siglos, tuvo el mejor éxito, como fue la de la viruela; igualmente, más tarde, el terrible flagelo que significó la poliomielitis fue prácticamente eliminado y significó un beneficio inconmensurable para la humanidad.

Para algunos tipos de cáncer, las infecciones pueden desencadenar tumores, por lo cual existe la posibilidad de prevenir los mismos mediante vacunas. Así, tenemos que en el mundo se presentan alrededor de 500.000 casos anuales de cáncer del hígado, de los cuales, el 85 % se relacionan con el virus de la Hepatitis B, lo cual significa que si se vacuna en forma masiva a la población contra la Hepatitis B, se podrían evitar la gran mayoría de los hepatocitomas. La misma situación se tiene planteada en relación con el virus del papiloma humano, en el cual, de vacunarse la población femenina en la edad adecuada, so borraría, casi en su totalidad, el cáncer del cuello uterino en un período razonablemente corto.

Las principales causas que pueden modificar el cáncer ingresan por la boca, como son el hábito de fumar: los fumadores mueren de cinco a ocho veces más temprano que los no fumadores; el tabaco aumenta diez veces el riesgo de sufrir cáncer pulmonar. Otros factores que pueden evitarse, para prevenir diversas enfermedades, son la obesidad, el sedentarismo, los rayos ultravioletas y una alimentación inadecuada: siempre, la prevención será la mejor barrera para contener toda la cadena de enfermedades que afectan al ser humano.

Mortalidad general

La tasa de mortalidad general en Venezuela, durante el período 1990 – 2007, ha mostrado una tendencia estacionaria o lineal, con un leve ascenso. La tasa, en el año 1990, fue de 4.6 por 1000 habitantes, manteniéndose la misma tasa en el año 2007[2]. La tasa más alta en el período fue la del año 2003 (4.7 por 1000 habitantes), y la más baja, la de los años 1991 – 1997 y 1998 (4.3 por 1000 habitantes).

Se mencionan, a continuación, las principales causas de muerte en nuestro país, en orden de importancia, a las cuales agregaremos las causas de morbilidad más importantes.

TABLA I

1)	Homicidios	¿?
2)	Enfermedades cardiovasculares	20.18 %
3)	Cáncer	15.1 %
4)	Accidentes de todo tipo	8.25 %
5)	ACV	7.76 %
6)	Diabetes	6.17 %
7)	Afecciones perinatales	3.92 %

8)	Enfermedades de Vías Respiratorias Inferiores	2.71 %
9)	Influenza y neumonías	2.42 %
10)	Enfermedades del hígado	2.19 %
11)	Anomalías congénitas	1.74 %
12)	Sida	1.32 %
13)	Nefritis y nefrosis	1.27 %
14)	Tumores benignos (comportamiento incierto)	1.25 %
15)	Enfermedades infecciosas intestinales	1.02 %

Tabla 6.17.1.- Principales causas de muerte en Venezuela.

Homicidios: Las muertes por homicidios en Venezuela[1] eran, en 1950, 8.2/100 habitantes; en el período 1994 – 1996, hubo 22 muertes por 100.000 habitantes, ocasionadas por homicidios, cifra que ascendió, en el 2008, a 52/100.000 h. Se estima que puede haber entre 10 a 15 millones de armas en manos de la población[4]. El número de homicidios en el año 2009 ascendió a 19.400. En Caracas, actualmente se registra una medio de 200 asesinatos por 100.000/h[6]. En el período del 2007 a junio de 2010, se registraron 43.792 fallecidos y, en los últimos 11 años, 118.541 personas[6] murieron por homicidio. Estas cifras colocan a Caracas con la tasa de homicidios más elevada del mundo. En la Tabla I, el signo de interrogación se explicará por el aumento excesivo de homicidios, no teniéndose el porcentaje correspondiente.

Enfermedades Cardiovasculares: Las enfermedades cardiovasculares constituyen un importante problema de salud pública por las siguientes razones: alta mortalidad, alta morbilidad, alta demanda de atención médica y soporte tecnológico para diagnóstico y tratamiento de alto costo. La incidencia de muerte por esta causa es de 20.18 %, cifra correspondiente al año 2007[2,3].

Un estilo de vida saludable puede ayudar a prevenir las enfermedades del corazón: 1) Eliminar el consumo de los productos derivados del tabaco. 2) Seguir una dieta saludable para el corazón. 3) Seguir un programa de ejercicios adecuados. 4) Evitar el sobrepeso. 5) Control de la presión arterial. 6) Control de otros factores de riesgo, tales como el síndrome metabólico y la diabetes mellitas. 7) Cifras de colesterol y triglicéridos, normales.

Accidentes cerebro-vasculares: Son un conjunto de trastornos en los que hay un área cerebral afectada, de forma transitoria o permanente[6], por isquemia o hemorragia o cuando el flujo sanguíneo, en uno o más vasos cerebrales, está afectado por un proceso patológico, sea un trastorno circulatorio, alteraciones hepáticas o de la estructura de los vasos (arteria, vena o capilar). Por ello, la función cerebral está en riesgo de padecer una alteración permanente o transitoria.

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el tercer lugar como causa de muerte en el mundo occidental[3], después de las cardiopatías y el cáncer, y son las primeras causas de invalidez en personas adultas mayores de 65 años. Cuando menos, la mitad de todos los pacientes neurológicos, en términos generales, tienen algún tipo de enfermedad de esta índole. De todas las causas de enfermedad cardiovascular, la isquemia cerebral es la entidad más incidente y prevalente entre todas las enfermedades cardiovasculares.

Entre los factores de riesgo modificables, están: hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, obesidad y sedentarismo, consumo excesivo de licor, tabaquismo, drogas adictivas y anticonceptivos orales.

En relación con los accidentes cerebrovasculares, la mortalidad en el año 2006 alcanzó el 7.76%[2,3,4]. Esto se encuentra en estrecha relación con factores congénitos, trastornos cardíacos y secuelas de otra índole.

Diabetes Mellitus

La DM es la enfermedad endocrina por excelencia más frecuente en escala nacional y mundial y, de ella, la de Tipo 2 en un 90%-96%. Así, tenemos que para 1998,la prevalencia mundial estimada, en la población adulta, era de 7.6%[2,3], esperándose, para el 2025, un incremento a 13.9%. Esta entidad puede y suele ser la causa de severas secuelas: vasculares periféricas, oftalmológicas y renales, con sus graves consecuencias como son, amputaciones de miembros inferiores, ceguera e insuficiencia renal crónica. Por otra parte, tenemos la Diabetes Mellitus Tipo 1, de estirpe inmunogénica, de predominio infantil, que tiene una menor prevalencia. La mortalidad por diabetes en Venezuela, en el año 2007, fue de 6.17%.

Cáncer

Pulmón: Primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial. Es una enfermedad que, en ésta localización, es devastadora: la sobrevida a los 5 años es de 5% a 16% y no se vislumbran esperanzas de solución, debido al incremento del hábito tabáquico. La localización en bronquios y pulmones, con una tasa de mortalidad de 13.5/100.000 hab., lo que equivale a 2.749 fallecidos, fue la primera causa de muerte por cáncer en Venezuela en el año 2006.

El tabaco causa más muertes que la malaria, el HIV y la tuberculosis juntos[8]. Es el único producto cuyo consumo expone a todas las personas. Todavía su uso es frecuente, tiene un precio bajo, una comercialización excesiva y carencia del conocimiento de sus peligros. El daño causado sólo se hace evidente hasta décadas después de haber comenzado su uso. Mata a la mitad de quienes lo utilizan.

Políticas de la OMS para el control en el uso del tabaco

1.- Subir los precios y los impuestos.
2.- Evitar la publicidad, el patrocinio y prohibir el uso.
3.- Proteger a la gente de la exposición al humo.
4.- Advertir a todo el mundo los riesgos del uso del tabaco.
5.- Ayudar a quienes deseen dejar el hábito, y
6.- Vigilar las políticas de prevención.

Próstata: Serio problema de salud, cuyo riesgo de muerte, afortunadamente, no pasa del 3 %, lo cual significa una disparidad, teniendo en cuenta su alta prevalencia; en Venezuela, en el año 2006, la incidencia de casos nuevos fue de 4.279 casos, con una mortalidad que alcanzó la cifra de 1.828 muertes, con una tasa de 31.5/100.000 hombres. Con la indicación del antígeno prostático, ha aumentado mucho el diagnóstico precoz de esta patología, que afecta 1 de cada 6 personas en Venezuela por encima de los 60 años.

Cuello Uterino: En los últimos años se ha demostrado que esta noxa es una enfermedad infecciosa, de transmisión sexual, donde ciertas cepas de virus de papiloma humano (VPH) son causa indispensable para el desarrollo de la neoplasia cervical, para los cuales se han desarrollado dos vacunas preventivas, no curativas; la incidencia, para la población femenina, es de 27 por 100.000 hab., lo que equivale a 1.606 muertes para el año 2006[7]; es necesario el desarrollo de una política adecuada, con el objeto de proceder a la vacunación de todas las niñas entre los 9 y los 11 años.

En el año 2008, el número de casos estimados alcanzó a 3.564 y la tasa de incidencia, estandarizada, fue de 27.47/100.000 mujeres, lo que equivale a 1 de cada 33 mujeres[7] en Venezuela. En los últimos cinco años, la mortalidad por esta causa muestra un aumento lento, que ha llegado a duplicar la tasa, en ese lapso, de la mortalidad por cáncer en mujeres que, en el año 2006, se ha repartido así[7]:

Cuello uterino no especificado:	1.606
Glándula mamaria:	1.405
Tráquea, bronquios y pulmones:	998
Estómago:	678
Colon, recto y ano:	621
Total de todos los cánceres femeninos:	8.192

Tabla 6.217.2.- Mortalidad por cáncer en mujeres, en Venezuela, en el año 2006.

Ca. Mama: El cáncer de glándula mamaria es una de las neoplasias más frecuentes del mundo y se ubica en la primera o segunda posición entre los diagnósticos de cáncer en mujeres en países desarrollados y entre la cuarta y quinta de los países en desarrollo. En Venezuela, el cáncer de glándula mamaria ocupa la segunda posición entre las causas de muerte por cáncer en mujeres, solamente superado por cáncer de cuello uterino. La mayoría de los factores de riesgo conocidos están ligados a la influencia de los estrógenos, tales como la menarquia precoz, la menopausia tardía, ausencia de embarazos, obesidad, o el uso prolongado de anticonceptivos orales o terapia hormonal sustitutiva.

Las tasas acumulativas, que miden el riesgo porcentual de tener cáncer de glándula mamaria en Venezuela, si se alcanza la edad de 74 años, son del 3%, lo cual nos da una proporción de una de cada 33 mujeres que padece este proceso[7]. En el 2002, fue la segunda causa más frecuente de cáncer en mujeres, 16% de todos los cánceres y una letalidad del 15% de las mujeres por cáncer. El porcentaje de fallecimientos por esta patología fue de 27.7%: por esta causa murieron 1.415 pacientes y 1.430 en ambos géneros[7], en el año 2006.

Es muy imporante el autoexamen y, sobre todo, la mamografía anual después de los 40 años: estas dos precauciones reducen la mortalidad hasta el 30%. La tasa de mortalidad total por cáncer, en el año 2007, fue del 15.17%.

El registro para las 5 primeras localizaciones de Ca en Venezuela, en ambos géneros[7], es:

TABLA III

Próstata:	4.279
Cuello uterino:	3.671
Mama:	3.535
Pulmón, bronquios:	3.063
Colon, recto, ano:	2.433
Total todos los cánceres	44.623

Tabla 6.17.3.- Registro de las cinco primeras localizaciones de Ca. en Venezuela en ambos géneros.

Mortalidad por las principales causas de cáncer en Venezuela. Año de 2006[7].

TABLA IV

Bronquios y pulmones	2.749
Próstata	1.828
Estómago	1.820
Cuello uterino y Útero	1.606
Glándula mamaria	1.430
Colon, recto y ano	1.234
Leucemias	818
Hígado	763
Páncreas	684
Linfomas, no Hodgkin	537
Encéfalo, meninges y otros del S.N.C.	446
Ovarios	361
Riñón	326
Laringe	321
Vesícula Biliar y Vías Biliares	285
Neoplasias malignas de piel	275
Esófago	263
Vejiga	232
Mieloma múltiple	228
Huesos y Cartílagos	181
Otras loc. y las neo. mal Def.	2.157
Total	**18.543**

Tabla 6.17.4.- Mortalidad en Venezuela, en el año 2006, según las diferentes ubicaciones del cáncer.

Deseamos hacer énfasis en una adecuad campaña anti tabáquica, más enérgica y clara, de forma que la ciudadanía tenga conciencia de que fumar cigarrillos es dañino, ocasiona angina de pecho, diez veces más posibilidades de contraer cáncer de pulmón, al igual que enfermedades cardiovasculares o accidentes cerebro vasculares, seis veces más chance de desarrollar enfisema, disminución de la expectativa de vida de 5 a 8 años. Como parte esencial de esa campaña, consideramos indispensable la distribución de un volante informando sobre el particular[8]: en todos los Centros Comerciales del país; en las taquillas de las estaciones del metro; en las librerías; en los terminales de pasajeros al momento de pagar; en los aeropuertos; en los hospitales y clínicas, al momento del ingreso o egreso; en las farmacias, al momento de cancelar; en las estaciones de gasolina y en los bancos de todo el país, en el momento de realizar cualquier operación. Ser explícito en el daño de ser un fumador pasivo, con especial referencia a los hijos. La mortalidad total por cáncer en Venezuela ascendió, en el año 2006, a 18.543 personas[9].

Accidentes viales

De acuerdo con las Naciones Unidas, fallecen 1.270.000 personas[10] al año por accidentes de tránsito; se producen de 40 a 50 millones de heridos y representa la primera causa de muerte entre los 15 y los 19 años. Cada día mueren 3.242 personas, lo que corresponde a más de dos personas por minuto, equivalente a si todos los días se estrellasen 16 aviones con 200 pasajeros y todos falleciesen: este ejemplo sirve para ilustrar la magnitud del problema y la población se muestra resignada ante una situación tan nefasta.

Se constituye, entonces, este hecho, en un enorme problema de salud pública: basta mencionar que en Venezuela, en el año 2007, la mortalidad debida a esta causa por 100.000 habitantes alcanzó un 27.2%, el porcentaje más elevado del Continente Americano y superior al de todos los países europeos, en los que, actualmente, ocurre una muerte por esta causa, cada hora. En el año 2007, los fallecidos ascendieron a 7.446 personas[10], ocurriendo cada hora 427 accidentes y 108 heridos, el 40% de los cuales presenta lesiones craneoencefálicas, que ocasiona discapacidad temporal, y el 10%, permanente. En el 80% de los que han sufrido un traumatismo craneoencefálico, se presentan crisis convulsivas en los primeros cinco años después del accidente, cifras que se han ido incrementando. De acuerdo con datos del Ministerio del Poder Popular para la Salud, entre los años 2001 a 2004 se produjeron, en promedio, 86.000 accidentes; en el 2006, 128.763; en el 2007, 156.008 accidentes, lo cual significa un 85% de aumento en relación al trienio 2001 – 2004. La mortalidad alcanzó, en el año 2005, la cifra de 5.387 personas y, en el 2006, fue de 6.215[10].

La mortalidad, en cuanto a sexo, predomina en varones, en una relación de 4.5 a 1 sobre las mujeres. La primera causa de esta debacle se debe a fallas humanas, en un 87%, debido a exceso de velocidad, ingesta alcohólica y drogas, lo cual constituye un coctel mortal: viene a ser la primera causa de muerte en el país entre los 15 y los 44 años de edad. Hay que enfatizar sobre las secuelas psicosociales no mesurables, por los trastornos de orfandad, viudez y carencias económicas para las familias y los enormes gastos en atención médica por el Estado, a lo cual se suma el ausentismo laboral.

Quemaduras

Las proyecciones, en Venezuela, pronostican 390 casos por cada 100.000 personas, lo cual equivale a 107.184 casos, de todas las edades, repartidos así: de 0 a 19 años de edad, 33.706, es decir, 17 quemados por cada 100.000 personas, que requerirán hospitalización, lo cual corresponde a 4.672 pacientes de todas las edades y 1.469 de 0 a 19 años. Siete quemados por cada 100.000 personas serán graves, con una cifra de 1.023 en todas las edades y 604 de 0 a 19 años de edad: esta proyección correspondió al año 2007[11].

La mortalidad por quemaduras, calculada por 100.000 personas, es la siguiente:

TABLA V

0 - 4	años	=	6 por millón
05 - 9	años	=	3 por millón
10 - 14	años	=	1 por millón
15 - 19	años	=	2 por millón
20 y más		=	5 por millón

Tabla 6.17.5.- Mortalidad por quemaduras en Venezuela, en el año 2007, por cada 100.000 personas.

Esta Tabla engloba a ambos sexos e indica la mortalidad por exposición al humo, fuego, llamas, contacto con calor y sustancias calientes en el año 2007[11].

Accidentes en niños y adolescentes

La magnitud de este problema puede medirse apelando a tres indicadores cuantificables: mortalidad, morbilidad, costos y un cuarto indicador no cuantificable, que es el sufrimiento de la víctima y sus familiares.

En Venezuela, en el año 2006[12], la mortalidad accidental ocupó el primer lugar en los niños entre 1 y 14 años de edad. Por otra parte, en el año 2005, en el grupo de 0 a 14 años de edad, las muertes accidentales que ocurrieron significaron, en ese grupo de población, 113.342 años de vida potencial perdida, años que se dejaron de vivir por la ocurrencia de la muerte a tan tempranas edades.

La morbilidad es difícil de cuantificar, porque no todos los pacientes reciben asistencia médica. Se calcula que por cada muerte accidental, 12 personas sufren lesiones que ameritan hospitalización y que dejan secuelas físicas, funcionales y psíquicas. Las víctimas graves requieren de atención médica más costosa, en Unidades de Trauma, Shock, Unidades de Cuidados Intensivos, Quirófanos, Unidades de Rehabilitación.

El sufrimiento es absolutamente incuantificable, pero suele ser intenso y duradero por las muertes y por las secuelas discapacitantes definitivas. Afecta a las víctimas, a los familiares y allegados y aún a los causantes de los accidentes.

La frecuencia de muertes accidentales de los lesionados, en ambos sexos, según ciertos grupos de edades, son:

TABLA VI

Grupo de edad	Frecuencia de muerte
1 a 4 años	1 cada 22 horas
5 a 14 años	1 cada 14 horas
15 a 19 años	1 cada 9 horas

Tabla 6.17.6.- Frecuencia de muertes accidentales de los lesionados en Venezuela, en el año 2007, según grupos de edades.

En las lesiones no intencionales se elevan la morbimortalidad, los costos y los sufrimientos[13]. Anuario 2007 = 2.220 muertes. De las cuales fueron 1.847 de sexo Masculino y 373 de sexo Femenino.

Mortalidad materna

La mortalidad materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o bien dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo. Las causas de dicha mortalidad[14], son, en orden de frecuencia: 1) Los trastornos hipertensivos del embarazo, a saber, pre eclampsia, eclampsia, Síndrome Hellp e hipertensión arteria crónica. 2) Las sepsis y 3) Las patologías asociadas a las hemorragias.

En el país, alcanzar el 5º Objetivo Del Milenio (ODM) significa que la tasa de Mortalidad Materna para 2015 debe estar en 14.82/100.000 nacidos vivos registrados, es decir, 89 muertes. Para el año 2006 se suponía que éstas serían 229,pero hubo 356 muertes maternas ese año. Venezuela suscribió esta declaración (ODM), se adquirió el compromiso mediante el Artículo 23 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que es vinculante para el país. En el 2010 se han reportado, durante la semana 30, que 202 mujeres han fallecido durante el parto, 5.8% más que la misma semana en el año 2008. En relación con el embarazo precoz, éste alcanza 9.8%, de los cuales, el 15% corresponden a Caracas: cada año nacen 20.000 niños de madres menores de 19 años.

En el Congreso Mexicano para la Salud de los Adolescentes[14], efectuado en el año 2005, se presentaron cifras mundiales que expresan que 585.000 mujeres (una por minuto), mueren por causas relacionadas con el embarazo, de ellas, del 10% al 24 %,son adolescentes. La incidencia de embarazo en adolescentes en el mundo oscila entre el 15% y el 25%, el 40% de las mujeres mayores de 40 años no tuvieron control prenatal, el 10% de las mujeres que mueren por esta causa son adolescentes. En relación al aborto, no hay cifras estadísticas en nuestro país.

Mortalidad Infantil

La tasa de mortalidad infantil es un indicador relacionado íntimamente con la pobreza y calidad de vida de un país. Los factores de desarrollo socioeconómico inciden directamente sobre las posibilidades de sobrevivencia de los recién nacidos. La tasa de mortalidad neonatal es el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir los 28 días de edad, en un determinado año, expresado por 1.000 nacidos vivos. La mortalidad postneonatal es el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año, pero que han vivido 28 días o más. La mortalidad perinatal abarca desde la semana 28 de gestación, hasta los siete días luego del nacimiento.

TABLA VII

		Año 2001		**Año 2006**	
Neonatal	1er mes	5.846	11.04%	5.882	10.00%
Postnatal	1er año	3.507	6.66%	2.489	4.20%
	Total:	**9.353**	**17.70%**	**8.371**	**14.20%**

Tabla 6.17.7.- Tasa de mortalidad infantil en Venezuela, comparativa entre los años 2001 y 2006.

Tasa de mortalidad

Pasó, de 17.7%[15] por 1.000 nacidos vivos en el año 2001 a 14.2% en el año 2006. En la semana 24 de 2010, se incrementó la mortalidad infantil en 8.7% y, hasta la semana 33, alcanzó el 11.6%. La mortalidad infantil en menores de 5 años, en 1990, fue de 6.5% por 1000 y, en el año 2007, se ubica en 3.5% por 1000. En el primer semestre del año 2010,se acumulan 2.310 muertes infantiles[16]. Dado que este es un indicador de extrema importancia, se hacen las siguientes recomendaciones[15]. El mayor peso de la Mortalidad Infantil lo soporta el Período Perinatal, por tanto, las inversiones y planes de salud que se hagan en función de reducir la Mortalidad Infantil, deben englobar estrategias dirigidas a fortalecer: 1) Captación precoz de la mujer embarazada. 2) Control prenatal de calidad, donde puedan ser diagnosticado y resuelto a tiempo, cualquier problema que se presente durante el embarazo. 3) El aspecto nutricional de la mujer embarazada. 4) Acceso fácil y oportuno de la mujer en trabajo de parto a cualquier servicio de salud donde pueda ser atendida. 5) Una atención institucional de calidad para el binomio madre-hijo en el momento del parto y 6) Los cuidados neonatales del recién nacido en los primeros 6 días de vida.

Ortopedia Infantil

La atención por el Estado, en relación a la Ortopedia Infantil, es casi nula, quedando un porcentaje importante de lactantes y niños en manos de Instituciones privadas. Diversas patología neuro-ortopédicas, como son las secuelas de Parálisis Cerebral, Mielomeningocele y otras, que deben ser atendidas por equipos multidisciplinarios[16] de

elevada experiencia y otras enfermedades importantes, como la displasia de cadera, Legg-Calve-Perthes, epifisiolístesis, escoliosis, junto con otras afecciones congénitas y adquiridas de diversa índole, no tienen cama para su atención por los hospitales públicos[17]. La situación se agrava, pues la asistencia de estos pacientes es costosa y los entes privados se han visto en la necesidad de cobrar remuneraciones más elevadas.

Diarreas

Las enfermedades infecciosas intestinales se encuentran difundidas en los países desarrollados y en aquellos en vías de desarrollo, determinando elevadas tasas de morbilidad en la población en general y mortalidad en los niños menores de cinco años. La tasa global (defunciones/100.000 hab.) fue de 2.0 para el año 1978; de 1.80, para 1981; de 1.30, para el año 1983: de 1.00, para 1985 y disminuyó en 1997[3]. A pesar de notarse una progresiva disminución de la tasa de mortalidad por estas enfermedades, la alta frecuencia con la que afecta a la población general, constituye un problema de morbilidad importante, que se traduce en diversas condiciones desfavorables para nuestra población, relacionadas no sólo con el deterioro de su estado de salud y de su calidad de vida, sino con un alto número de las horas/trabajo perdidas, siendo esto un efecto negativo para la productividad del país. La mayoría de diarreas por Rotavirus ocurren entre los 3 y 24 meses: los lactantes están protegidos hasta los tres meses, después de los tres años es rara, por la inmunidad adquirida. Fundamentales son: la provisión de agua potable, el control de las excretas y condiciones higiénicas alimenticias.

Enfermedades infecciosas y parasitarias

En Venezuela, entre 1995 y 2006, ellas fueron la causa de casi una quinta parte (20%) de los pacientes vistos en consulta externa las enfermedades respiratorias son el 17%, muchas de ellas de origen infeccioso, lo mismo que las enfermedades del aparato urinario y otras[5]. Una proporción importante de ellas se previene con las vacunaciones. En éstas, el programa más importante es el Programa Ampliado de Inmunización (*PAI*), para enfermedades emergentes y re emergentes prevenibles por vacuna[3].

Gripe

Es una enfermedad viral aguda del aparato respiratorio[3], cuyos síntomas principales son: fiebre, cefalea, mialgias, alergia, congestión nasal, dolor de garganta y tos y es la primera causa de consulta externa y primera causa de ausencia laboral y escolar: los virus más frecuentes son B y A (H1N1). Cuando los virus tienen nuevas proteínas, pueden causar pandemias: la de 1918 ocasionó, en el mundo, 40 millones de muertes[3]. Los más afectados son los niños y las personas ancianas y debilitadas por diversas causas, tales como enfermedades renales, metabólicas, cardíacas, inmunodepresivas, etc. Hay tres tipos de virus: A, B y C: el tipo A tiene 15 subtipos de los cuales, sólo los H1 y H3 han causado epidemias extensas. En los distintos países hay epidemias cada año y, en los países tropicales, éstas son más frecuentes en la temporada de lluvias. El medio de prevención ideal es la vacunación anual, antes de la época de epidemia, como lo recomienda la OMS.

Enfermedades emergentes y Re-emergentes

Pese a los grandes avances que han ocurrido en años recientes en el control, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas, éstas siguen planteando grandes retos para los países y para sus sistemas de salud.

Nuevas enfermedades infecciosas han aparecido en los últimos años, como el VIH-SIDA[2] y se suman a otras enfermedades infecciosas conocidas por la humanidad, que habían desaparecido, y que reaparecen luego de períodos prolongados de inactividad. Las enfermedades infecciosas emergentes, según lo establecido por el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de América, son aquellas que han aparecido y cuya incidencia ha aumentado en los seres humanos en los últimos 20 años y amenazan aumentar en un futuro próximo[2]. Las enfermedades infecciosas re-emergentes[2], por otra parte, son las que han vuelto a aparecer, tras una larga y sostenida disminución de su incidencia.

Entre las primeras, el VIH-SIDA, desconocida hasta principios de los años 80's del siglo XX; de las segundas, el dengue[1], también de origen vírico, que reapareció con gran fuerza a partir de los años 80's, luego de dos décadas de reducción de su incidencia, gracias a las exitosas campañas de erradicación de su vector, el *Aedes aegypti*.

Durante la transición, un cambio largo, a largo plazo, estaría ocurriendo: las enfermedades infecciosas y parasitarias vienen siendo substituidas como las principales causas de morbilidad y mortalidad por las enfermedades degenerativas y las causas externas. Esto estaría ocurriendo en tres etapas sucesivas: 1) La edad de las pestes; 2) La edad de las pandemias recientes y, finalmente, 3) La edad de las dolencias degenerativas. Se admite, además, que las causas infecciosas no desaparecen totalmente como causas de muerte y morbilidad, observaciones que no invalidan la teoría de la transición epidemiológica, sino que hacen variar el ritmo de la secuencia lineal y natural de etapas, pero no su dirección de sustitución por enfermedades degenerativas crónicas y causas externas.

Malaria: En Venezuela, la malaria abarca una zona de transición del 23% de la superficie del país, de la que se encuentra por debajo de la cota de 600 m sobre el nivel del mar. En el año de 1990, se notificaron 46.910 casos, con una tasa de 237.7 por 100.000 habitantes, lográndose disminuir, en el año de 1993, a 12.603 casos, con una tas del 59.7 por 100.000 habitantes. En los años siguientes, se presentaron oscilaciones y, en el año 2004, ocurrió un nuevo y considerable aumento, pues se llegó a 46.244 casos, con una tasa de 177.0 por 100.000 habitantes: casi alcanzó el número de casos presentados en 1990[1].

La tendencia de la tasa de morbilidad en el período de 1990 a 2009, tiene discretamente al descenso. La ecuación de la rata indica que si se mantienen las condiciones iguales, ésta podrá disminuir en – 0.159 por 100.000 habitantes por año. Es de hacer notar que una de las Metas del Milenio es la de disminuir la tasa de morbilidad por malaria a 59.7 por 100.000 hab. en el 2015, y esta alcanzó, en el año 2009, una tasa de 125.9 por 100.000 hab. Se presentó un repunte importante en el primer semestre del 2010, cuando se registraron, para

el 29 de agosto, 35.863 casos, lo cual significa un aumento del 68% al comparar con los 21.350 casos del período homólogo del 2009 en el cual, para la semana 37, del 12 al 18 de septiembre, de acuerdo con la Red de Sociedades Científicas del país, la cifra acumulada ascendió a 36.987 casos[16].

Dengue: En el período de 1990 a 2009 han ocurrido varios brotes epidémicos importantes: en los años 1990, 1994, 1995, 1997, 1998, 2001, 2002, 2007 y 2009, presentándose 80.646 casos en 2007, con una tasa de 293.4 por cada 100.000 habitantes. En 2008, ocurrieron 48.048 casos y la tasa fue de 172 por cada 100.000 habitantes y, en 2009, 65.869 casos, con una tasa de 232.1 por 100.000 habitantes. El número de casos hemorrágicos en ese año due de 5.149; se suscita una situación epidémica en lo que va del 2010: al 25 de septiembre se habían registrado 94.289 casos[17], de los cuales 7.627 son hemorrágicos. La Red de Sociedades Médicas Científicas[16] del país proyecta más de 100.000 casos a fines de año. La Red criticó la falta de información epidemiológica y la divulgación de datos incompletos. Venezuela concentra 24.74% de todos los casos de dengues bravos en el continente americano, ocupando el segundo lugar después de Colombia, de acuerdo con la OPS[17].

Antes del 2010, la tasa más alta de estos brotes epidémicos se observó en el año 2001, con 335.8 por 100.000 habitantes. La tendencia del período es hacia el ascenso. Es de hacer notar que, una de las Metas del Milenio con las cuales Venezuela está comprometida, consiste en disminuir la tasa de morbilidad a una cifra entre 25 y 50 por 100.000 habitantes en esta enfermedad, en el 2015. Con la situación antes planteada es evidente que será muy difícil que el país pueda cumplir con este compromiso. Se debe resaltar el hecho de que, para la semana epidemiológica 24 del año en curso, todos los Estados del país se encontraban en epidemia.

Enfermedad de Chagas: La enfermedad de Chagas ha disminuido, como consecuencia de la aplicación de insecticida y el mejoramiento de las viviendas, de alrededor del 45% de ellas en los años cincuenta a menos del 10% en la década del noventa. Sin embargo, la detección de un brote de Chagas agudo, por transmisión oral, en el Distrito Metropolitano, fundamentalmente urbano, plantea la necesidad de considerarla una enfermedad emergente, dado que en el país se desconocía, hasta el momento, esta vía de transmisión.

Estudios de seroprevalencia, realizados hasta el 2003 en 11 Estados, en 3.993 individuos, revelaron un 11.2% de positividad para *T. Cruzi*. Del total de individuos seropositivos, 38 de ellos, el 8.5%, fueron infecciones en menores de 10 años. Los expertos sugirieron la re emergencia de la enfermedad, a juzgar por la transmisión detectada en la última década[2].

En diciembre de 2007, se presentó un brote de Chagas agudo, en alumnos y maestros de una escuela pública en el municipio de Chacao: se pudo identificar que el mecanismo de infección fue el de la vía oral, mediante el consumo de jugo de guayaba procesado artesanalmente, en una vivienda de la parroquia de San José de Caracas. Un brote similar parece haber ocurrido en el Estado Guárico, en un hogar de ancianos, 3 años antes, pero no fue bien documentado. En el brote de Chacao fueron investigadas 887 personas y 122 fueron confirmadas serológicamente: de éstas, 12 fueron hospitalizadas por miocarditis

aguda y un niño falleció, por lo que la mortalidad fue muy baja, 0,81%, si se compara con el brote de Santa Caterina, Brasil, ocurrido en marzo de 2005, que se acompañó de una mortalidad de 20%[2].

Entre el 29 de abril y el 30 de mayo de 2010, apareció un nuevo brote de Chagas agudo, en el sector noroeste del Distrito Capital, que afectó a 19 personas[2]. El brote fue explosivo, afectando a miembros de 6 familias que ocupan viviendas cercanas y con poca diferencia de tiempo entre uno y otro caso, por lo que se supone la existencia de una fuente común de la infección. Se estima que la duración del brote fue de 6 semanas, iniciándose en la semana epidemiológica Nº 12 y finalizando en la Nº 17. El mayor número de casos se presentó en la semana epidemiológica Nº 14 y, el primer fallecido, en la semana Nº 17: se trató de un niño de 14 meses, cuyos síntomas se iniciaron el 8 de abril y, durante 21 días, sufrió de fiebre y edemas en la cara y extremidades. El 29 de abril fue llevado de emergencia al Hospital Pérez Carreño, en donde ingresó fallecido.

La detección de un brote de enfermedad de Chagas agudo, por transmisión oral, en un estado fundamentalmente urbano, plantea la necesidad de considerar la enfermedad como reemergente y ampliar las acciones de vigilancia en la lucha antichagásica a todo el territorio nacional, considerándolo como área endémica, debido a las evidencias de colonización de domicilios y peri domicilios por triatominos con infección tripanosómica.

Tuberculosis

El Mycobacterium tuberculosis infecta a 1.700 millones de personas, lo que, aproximadamente, representa un tercio de la población del mundo y, además, causa, cada año, 3 millones de muertes. Desde 1980, en las Américas, se reportaron entre 200.000 y 250.000 casos de tuberculosis cada año[2]. Existen cuatro factores que contribuyen a la reemergencia de esta enfermedad: 1) La epidemia de VIH/SIDA; 2) La fármaco resistencia; 3) El incremento de poblaciones marginales y 4) Las fallas de salud pública, específicamente, las relacionadas con el control de la tuberculosis.

La tuberculosis ha experimentado un descenso en Venezuela[1]: así, observamos que en 1990, la tasa fue de 27.7/100.000 hab., en tanto que en el año 2004, se presentaron 5.967 casos nuevos, en los que la forma pulmonar representó el 84.4%, con una tasa de 22.9/100.000 hab. y, en el año 2009, la tasa fue de 12.7/100.000 hab[2].

SIDA

El impacto de la epidemia de sida en América Latina, es particularmente importante: mientras que su población corresponde al 8.5 de la población mundial, la región tiene un 13% de los casos de SIDA notificados a la Organización Mundial de la Salud (*OMS*). La Organización Panamericana de la Salud (*OPS*) calcula que más de 1.5 millones de personas en América Latina y el Caribe están infectados de VIH. En Venezuela se describieron los primeros casos, en 1982[2]. La última cifra dada por la *OMS*[1] informa que, a nivel mundial, diariamente, en el 2008, se contagiaron 7.400 personas y fallecieron dos millones de personas.

Desde 1990 hasta la fecha, sea venido observando un incremento de casos de SIDA: en ese año se reportaron 161 casos, con una tasa de 0.8 por 100.000 habitantes; para el año 2009, se reportó una tasa de 5.3 por 100.000 habitantes. La tendencia, tanto para la tasa de morbilidad como de mortalidad por SIDA, está en ascenso. En el año 2007 vivían 104.860 personas con VIH y SIDA[18] que recibían tratamiento, la prevalencia, en el área Metropolitana, fue de 1.62/100.000 hab. hasta 0.08/100.000 hab. en otras regiones del país, de tal manera que la tasa promedio nacional, en ese año, fue de 1.32/100.000 hab.

En los últimos años, ha sido insuficiente el énfasis en la prevención del VIH-SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual: se ha debilitado el enfoque preventivo y se ha enfatizado en el enfoque médico-curativo. No se dispone de información oficial confiable sobre la magnitud de la epidemia y su impacto sobre la población.

Parotiditis

Enfermedad infecciosa, viral, de distribución mundial, la cual ha disminuido considerablemente en aquellos países que han llevado a cabo una vacunación sistémica. En Venezuela, se inició la aplicación exitosa de la vacunación triple viral (S.R.P.) en 1998, con una cobertura inicial de 92%, en el grupo de edades de 1 a 4 años. Como resultado, el número de casos notificados, de unos 40.000 anuales en todas las edades, pasó de 2.500 a 3.000 casos al año.

Sin embargo, para el año 2005 se tomó la decisión de abolir la vacuna trivalente y se comenzó a realizar, solamente, la vacunación bivalente Rubeola-Sarampión y, como consecuencia, para el año de 2006, el número de casos de parotiditis registrados fue de 2.668, con una tasa de 9.9 por 100.000 hab.: en el año 2007, el número de casos registrados fue de 19.142, con una tasa de 19.6 por 100.000 hab. y, en el año 2008, se presentaron 200.707 casos[2], con una tasa de 718.5 por 100.000 habitantes, cifra nunca vista en Venezuela.

Conceptos básicos sobre pobreza y desnutrición

Definiciones

Salud

Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Estado normal de las funciones orgánicas e intelectuales: estado de bienestar biopsicosocial[19].

Hambre

Ganas y necesidad de comer[19]. En el sentido económico, se tiene hambre cuando no se dispone de los medios necesarios para procurarse los alimentos suficientes para reponer y sostener la salud y la capacidad de vivir en condiciones humanas. El Instituto Nacional de Nutrición estableció que, para no padecer hambre, se deben ingerir alimentos que provean, al menos, 2.200 calorías por persona.

Pobreza

Necesidad, escasez o carencia de lo necesario para el sustento de la vida. En el Instituto Nacional de Estadística, se mide la pobreza extrema a partir de la percepción que no permite adquirir una canasta alimentaria capaz de proveer tal consumo calórico[19].

Se describen tres tipos de pobreza: la relativa, la crítica y la estructural.

Pobreza relativa: Se acepta como pobreza relativa, la que sufren las familias que tienen ciertas limitaciones para cubrir las necesidades básicas de alimentación, pero no tienen capacidad de ahorro y tienen dificultades para atender otras necesidades, tales como la salud, educación y recreación.

Pobreza crítica: Es cuando los ingresos son insuficientes para satisfacer los requerimientos mínimos de una alimentación adecuada.

Pobreza estructural: La pobreza estructural se presenta en las familias que, por carencias culturales, permanecen en pobreza crítica, aún logrando ayudas sociales o salarios por encima del nivel mínimo.

La desnutrición es dependiente de la insuficiente ingesta de alimentos, que puede ser por la falta de producción de éstos en el país, o seguridad alimentaria, o la falta de dinero para adquirirlos, que es lo más frecuente.

Las familias en pobreza crítica constituyen una enorme y creciente carga social, que necesita de la ayuda del Estado, ya que sus condiciones de vida son precarias, con muy bajos ingresos y severas deficiencias en cuanto al acceso a la educación, la salud y la alimentación, por lo tanto, conforman los grupos humanos con mayor vulnerabilidad social y nutricional.

El empobrecimiento de sectores importantes de nuestra población se produce en medio de una crisis económica, que tiene un efecto directo en la reducción de la disponibilidad de energía dietética, como sería alimentarse con harina de maíz y la de trigo, el arroz, las pastas y las leguminosas, el aceite y el azúcar proporcionan del 60% al 80% de las calorías, por tanto, sobre esos pocos alimentos descansa la seguridad alimentaria de la población[19].

La naturaleza de estos alimentos, generalmente, condicionan el tipo y la gravedad de la mala nutrición. Las familias de los estratos más humildes, ante la crisis que los afecta, ha incorporado en su dieta diaria alimentos que tienen un mayor rendimiento calórico, encontrándose que los carbohidratos aportan un 59% de las calorías totales y las grasas, el 25% de éstas, es decir, se ha incrementado el consumo de cereales y grasa y ha disminuido el consumo de las proteínas de origen animal, tales como carnes, huevos y leche.

La mayor vulnerabilidad social en los grupos familiares de menores recursos, se refleja en los altos porcentajes de hambre, como consecuencia de la deficiencia de hierro y anemia, presentes en los niños lactantes y preescolares, adolescentes femeninas y mujeres embarazadas de los estratos IV y V. El hambre crónica es la característica más

sobresaliente de la coyuntura económica y social en nuestro país, es decir, del niño o adulto que vive en un régimen alimentario deficiente[19].

Los procesos de mal nutrición que se inician desde la etapa prenatal, van minando progresivamente la salud del niño venezolano, encontrándose que, a los siete años, el niño desnutrido tiene una estatura similar a la de un niño bien nutrido de cuatro años. La desnutrición, en estos grupos, acentúa las secuelas de la agresión del medio ambiente y amplía la brecha social: son niños disminuidos, tanto en el crecimiento físico, como en el desarrollo funcional.

Estamos en un momento en el cual se han exacerbado los estados de hambre crónica, como consecuencia de una alimentación defectuosa o deficiente, producto de la acción conjunta de factores biológicos, sociales, económicos y ambientales, que hacen posible la aparición de la enfermedad.

Si persiste el alza en el costo de los alimentos y el desfase entre el salario y los gastos fundamentales de los grupos familiares, podría romperse la situación de equilibrio inestable en que se encuentra el niño venezolano[20].

En el país, la mayoría de los niños crece en ambientes plagados de infecciones, donde la falta de alimentación constituye el principal impedimento para alcanzar el peso y la talla que les corresponde, de acuerdo con su edad[20].

Ocho de cada diez hogares marginales están ubicados en las áreas urbanas. Para estos grupos, el hacinamiento se transforma en un hecho cotidiano, lo que crea un ambiente propicio para la generación de situaciones que afectan el desenvolvimiento físico y psicológico de los integrantes de las familias y, en especial, de los niños, que son los más vulnerables. Para sentir el problema, hay que darse una vuelta por algunas de las barriadas que acordonan la capital[20].

El crecimiento y el desarrollo del niño, son los mejores indicadores de la salud pues, en ellos, se refleja la distribución de la riqueza nacional, la cultura y los servicios[20].

Recomendaciones

1.- Políticas sanitarias de prevención. Firme política de estado en patrocinar, por medios audiovisuales y en todos los niveles educativos, campañas en contra del tabaco, delos factores que condicionan los accidentes de tránsito, del SIDA y de los embarazos precoces.
2.- Reactivar la Dirección de Malariología.
3.- Atención materno-infantil adecuada.
4.- Saneamiento ambiental: aguas potables y aguas servidas.
5.- Adecuación de Ambulatorios.
6.- Énfasis en atención médica primaria y formación de médicos para ello.
7.- Mejorar las estructuras hospitalarias.
8.- Salario médico adecuado.
9.- Colaboración del Estado con el sector médico privado.

10.- Seguro médico social universal.
11.- Fortalecer las Escuelas de Medicina existentes y no crear sistemas paralelos, no acordes con la realidad del país.
12.- La prevención es la mejor forma de mantener al ser humano sano, constituyendo la educación, las vacunaciones y el saneamiento ambiental, sus pilares fundamentales.
13.- La población venezolana debe ser protegida, proporcionándole educación, salarios, seguridad y servicios adecuados.
14.- La nutrición del niño, especialmente el de los estratos IV y V, debe ser cubierta con el número de calorías adecuadas para su desarrollo físico y mental por el Estado.

Referencias

1.- CHACÍN A., Luis y CASTRO A., Ramón. *Prevención y Medicina Interna*. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Editorial Litopar C. A. de Artes Gráficas. Caracas, Venezuela, 1998. **Capt. I**. *Introducción al Proyecto Prevención y Medicina Interna*. pp. 11 - 18.
2.- *Situación actual de Salud en Venezuela*. CXII Consejo Nacional de la Federación Médica Venezolana. Tucupita. Estado Delta Amacuro, 22 – 23 de julio de 2010. pp. 1- 51.
3.- CLEMENTE HEMERDINGER, Antonio y BRICEÑO-IRAGORRY, Leopoldo. *Plan de la Academia Nacional de Medicina. Prioridades de estudio en la Salud Colectiva e Individual 2008 - 2010*. Editorial Ateproca, Caracas, junio de 2010. **Vol. VI**. Sistema Circulatorio. pp. 101 - 111.
4.- LÓPEZ, José Enrique y BRICEÑO-IRAGORRY, Leopoldo. *Situación de Salud en las Américas. Salud Colectiva e Individual. Recomendaciones*. Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Colección Razetti. Editorial Ateproca. Caracas, noviembre de 2008. **Vol. VI**. pp. 71 - 74.
5.- Federación Médica Venezolana. *Presente y futuro de la formación y el Ejercicio Médico en Venezuela*. CXII Consejo Nacional. Tucupita. Estado Delta Amacuro, 22 – 23 de julio de 2010. pp. 1 - 92.
6.- Observatorio Venezolano de Violencia. Publicado en The New York Times. Artículo sobre violencia en Venezuela. Reproducido en el Diario "El Universal", el 24 de agosto de 2010. Cuerpo 1. p.4.
7.- *Mortalidad para las 20 primeras localizaciones de Cáncer. Ambos géneros. Venezuela 2006*. M.P.P.S. Registro Central de Cáncer. Venezuela, 2008.
8.- *Incidencia estimada para las 20 primeras localizaciones de Cáncer en Venezuela*. M.P.P.S. Registro Central de Cáncer. Venezuela, 2008.
9.- SILVA FIGUEROA, José R. y URDANETA, L., Guadalupe. *Prevención del Tabaquismo*. En: *Prevención y Medicina Interna*. CHACÍN ÁLVAREZ, L. Y CASTRO ÁLVAFEZ. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Editorial Litopar C. A., 1998. Capt. V. pp. 75 - 90.
10.- AOÜN SOULIE, Claudio y AOÜN B., Rodolfo. *Accidentes de tránsito. Epidemia creciente. Problema de Salud Pública*. Trabajo presentado a la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Caracas, 13 de noviembre de 2008.
11.- Anuario de Mortalidad. *Quemaduras. Mortalidad en Venezuela*. M.P.P.S. Venezuela. Instituto Nacional de Estadística. Caracas, Venezuela, 2007.
12.- CEBALLOS GARCÍA. Luis. *Accidente y lesiones no intencionales en niños y niñas. Breves notas sobre prevención y control de estas lesiones 2001 - 2006*. Caracas, Venezuela.
13.- CEBALLOS GARCÍA. Luis. *Análisis y estadística de la mortalidad accidental en Venezuela 2001 - 2006*. Caracas, Venezuela.
14.- CLEMENTE HEMERDINGER, Antonio y BRICEÑO-IRAGORRY, Leopoldo. *Plan de la Academia Nacional de Medicina. Prioridades de estudio en la Salud Colectiva e Individual 2008 - 2010*. Editorial Ateproca, Caracas, junio de 2010. **Vol. VI**. Sistema Circulatorio. pp. 71 - 86.
15.- *Mortalidad Infantil en Venezuela*. Anuario de Mortalidades. Año 2006. Procesamiento. Oficina de Análisis de Situación de Salud.
16.- *Estado actual de la Ortopedia Infantil. Revisión Crítica*. Trabajo presentado en el Congreso Centenario de la Academia Nacional de Medicina. Caracas, Venezuela, 26 de mayo de 2004.
17.- Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas. Boletín 149. Caracas, Venezuela, 2010.
18.- *VIH-SIDA Venezuela 2009*. Informe O.N.U. SIDA. Venezuela. Año 2009. pp. 1 - 2.
19.- CLEMENTE HEMERDINGER, Antonio y LANDAETA JIMÉNEZ, Maritza. Colección Razetti. Vol. III. Editores: Dr. José Enrique López y Leopoldo Briceño-Iragorry. Editorial Ateproca. Caracas, Venezuela, junio de 2007. pp. 305 - 336.
20.- MÉNDEZ CASTELLANO, Hernán. *Un Pediatra Social*. FUNDACREDESA. Fundación Cavendes. Centro Editor. Caracas, Venezuela, 1998. pp. 101 - 132.

18.- Informe de la Secretaría Ejecutiva de la *ALANAM*: bienio México D. F., septiembre de 2008 – Santiago de Chile, sábado 30 de octubre de 2010

Señor Académico
Profesor
ZOILO CUÉLLAR-MONTOYA
Secretario Ejecutivo
ALANAM

Fig. 6.18.1.- Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya. Secretario Ejecutivo *ALANAM*. Cámara de ZCM.

Santiago de Chile, sábado 30 de octubre de 2010.

Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic, Presidente de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (*ALANAM*); Señor Académico Profesor Rodolfo Armas Merino, Secretario Alterno de la *ALANAM*; Señores Expresidentes de la Asociación, Académicos Profesores Rodrigo Fierro Benítez, Mario Paredes Suárez, Rolando Calderón Velasco y Misael Uribe Esquivel; Señores Ex Secretarios Alternos de la *ALANAM*, Académicos Profesores Eduardo Pretell Zárate, Álvaro Moncayo Medina y Roberto Medina Santillán; Señores Presidentes de las Academias Nacionales de Medicina aquí presentes; Señores Académicos Delegados; Señoras y Señores:

Introducción

En la pasada Reunión de México, en septiembre del 2008, la XVIII, nuestra Asociación discutió, fundamentalmente, el tema de la "*Atención Primaria de Salud*" y las conclusiones y recomendaciones a las que se llegaron en ese entonces demuestran la gran importancia de dicha atención en salud, estrategia que debe ser adoptada definitivamente por todos nuestros Gobiernos y aplicada en forma universal y lo más inmediata que sea posible:

recalcamos entonces, y lo hago yo hoy, la gran importancia que reviste la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, haciendo copartícipes y corresponsables de estas no solamente al personal de la salud y a nuestros gobernantes sino, fundamentalmente, a la totalidad de la población de todos y cada uno de nuestros países. Adicionalmente, hubo una presentación del Señor Académico Profesor Leopoldo Briceño Iragorri, de Venezuela, sobre "*El uso de la Telemedicina en nuestras medicaturas rurales*", en la cual destacó el inmenso valor de las comunicaciones virtuales en la atención en salud de las áreas marginales y rurales de nuestros países.

Los temas centrales de ésta, la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*, aprobados por el Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacional de Medicina, en su XVIII Reunión, en la ciudad de México D. F., el sábado 20 de septiembre de 2008, fueron el de la "*Situación de Salud en Latino América*" y el de "*Investigación en medicina y salud en Latino América*", extensamente discutidos en esta Reunión, que toca ya a su fin. En tan sólo unos minutos más este Consejo Directivo de la *ALANAM* enfrentará la elaboración del documento de conclusiones y recomendaciones, documento que cada una de las Academias debe hacer llegar a su respectivo Gobierno, cumpliendo así con nuestra responsabilidad de asesorar a éstos en el ámbito de la salud pública y de la educación en salud de nuestros pueblos.

Jornada de Academias de Medicina del Cono Sur

La Academia Nacional de Medicina del Paraguay, por iniciativa de su entonces Presidente, el Señor Académico Profesor Andrés Arnaldo Acosta Núñez y de la Junta Directiva que regía los destinos de dicha Corporación, los Señores Académicos Profesores Juan Daniel Damus, vicepresidente, Enrique A. Courcelles, secretario general, Juan Bautista Wasmosy, tesorero y Rubén Darío Molinas y Rufino Gorostiaga, vocales, organizó y realizó la "*Jornada de Academias de Medicina del Cono Sur*", las cuales tuvieron lugar en la ciudad de Asunción, Paraguay, los días viernes 22 y sábado 23 de mayo de 2009 en el salón Emperatriz I del Hotel Excelsior de dicha capital.

Fig. 6.18.2.- Palacio de Gobierno. Asunción, Paraguay. **Fig. 6.18.3.-** Sede de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay. Asunción. Fachada. **Fig. 6.18.4.-** Auditorio de la Academia del Paraguay. Asunción. Fotografías de ZCM.

Fig. 6.18.5.- Señor Académico Profesor Andrés Arnaldo Acosta Núñez. Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay. **Fig. 6.18.6.-** Hotel Excélsior. Asunción. Salida a la piscina. Fotografías de ZCM.

Fig. 6.18.7.- Hotel Excélsior. Salón Emperatriz I. Auditorio. **Fig. 6.18.8.-** Hotel Excélsior. Salón Emperatriz I. Estrado. Pánel de la sesión del sábado 23 de mayo de 2009. Fotografías de ZCM.

Viernes 22 de mayo de 2009

La sesión del día viernes tuvo lugar a partir de las 19:30 horas, cuyo tema fue el de "*Mortalidad materna y perinatal. Metas del Milenio. ¿Dónde estamos?*", en la que actuó como moderadora la Señora Académica Profesora Carmen Serrano, Representante de OPS/OMS en Paraguay, sesión que contó con la participación, como expositores, de los Señores Académicos Profesores José Luís Peña Delgado, de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, Oswaldo Martínez Nuzarello, de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay y Alfredo Miguel Larguia, de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y, como panelistas, los Doctores Rubén Ortiz, del Ministerio de Salud Pública, Carlos Mongelos, de la Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia y Claudio Di Martino, de la Sociedad Paraguaya de Perinatología. En el curso de la sesión se presentaron las cifras de mortalidad materna en los diferentes países del Cono Sur y las delicadas consecuencias de esta problemática de salud pública, relacionándola, necesariamente, con el alarmante índice de embarazos no deseados, fundamentalmente en

adolescentes y, en consecuencia, de abortos en malas condiciones. Se presentaron también las soluciones propuestas e implantadas por cada país.

Fig. 6.18.9.- Señora Académica Profesora Carmen Serrano. Representante OPS / OMS en Paraguay. **Fig. 6.18.10.-** Mesa de expositores. De izquierda a derecha: Señores Académicos Profesores Alfredo Miguel Larguia (Argentina), Oswaldo Martínez Nuzzarello (Paraguay), Carmen Serrano (OPS/OMS) y José Luís Peña (Uruguay). Fotografías de ZCM.

Fig. 6.18.11.- Señor Académico Profesor José Luis Peña Delgado (Uruguay). **Fig. 6.18.12.- Señor Académico Profesor Oswaldo Martínez Nuzzurello** (Paraguay). Fotografías de ZCM.

Fig. 6.18.13.- Señor Académico Profesor Alfredo Miguel Larguia (Argentina). B.- **Fig. 6.18.14.- Doctor Rubén Ortiz**, del Ministerio de Salud Pública del Paraguay. Fotografías de ZCM.

Fig. 6.18.15.- Doctor Carlos Mongelos, de la Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia. **Fig. 6.18.16.- Doctor Claudio Di Martino**, de la Sociedad Paraguaya de Perinatología. Fotografías de ZCM.

Sábado 23 de mayo de 2009

La primera sesión del día sábado 23 tuvo lugar a partir de las 08:30 horas, con el tema de "*Proliferación de nuevas facultades de medicina en la región*", sesión en la cual participaron los Señores Académicos Profesores Antonio Cubillas, como coordinador y, como expositores, Enrique Vargas Pacheco de la Academia Boliviana de Medicina, Abraham Sonis, de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y Juan Daniel Damus de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay y, como panelistas, los Doctores Luís Berganza, de la Universidad del Pacífico del Paraguay y Juan Carlos Chaparro, de Uninorte, del Paraguay. Algunos de los participantes ponderaron la calidad de la enseñanza en las Universidades Oficiales versus las deficiencias de las Universidades privadas en sus países y el desequilibrio producido al convertirse en ellos la educación en un negocio, en tanto que otros delegados expresaron una experiencia contraria. Igualmente, se discutió sobre las dificultades de práctica de los médicos en formación al faltar escenarios idóneos de ésta en buena parte de los países y, posteriormente, la inadecuada distribución del talento humano en salud.

Fig. 6.18.17.- Señor Académico Profesor Antonio Cubillas (Paraguay), Coordinador de la primera sesión del sábado 23 de mayo de 2009. **Fig. 6.18.18.- Señor Académico Profesor Enrique Vargas Pacheco** (Bolivia). Fotografías de ZCM.

Fig. 6.18.19.- Señor Académico Profesor Abraam Sonis (Argentina). **Fig. 6.18.20.- Señor Académico Profesor Juan Daniel Damus** (Paraguay). Fotografías de ZCM.

Fig. 6.18.21.- Panelistas: Ac. Enrique Vargas Pacheco (Bolivia), Dr. Juan Carlos Chaparro (Uninorte), Ac. Abraam Sonis (Argentina), Profesor Luís Berganza (Universidad del Pacífico, Paraguay) y Ac. Antonio Cubillas (Paraguay), Coordinador. Fotografía de ZCM.

Fig. 6.18.22.- Profesor Luís Berganza (Universidad del Pacífico), Paraguay. **Fig. 6.18.23.- Profesor Juan Carlos Chaparro** (Uninorte), Paraguay. Fotografías de ZCM.

La segunda sesión del día sábado 23 tuvo lugar a partir de las 11:00 horas, después de un café, con el tema de "*Residencias Médicas versus Post-Grado*", sesión en la cual actuó como coordinador el Señor Académico Profesor José Marín, como expositores, los Señores Académicos Profesores Eduardo Aranda Torrelio, de la Academia Boliviana de Medicina,

Rodolfo Armas Merino, de la Academia Chilena de Medicina y Abraam Sonis, de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Argentina, y el Doctor Raúl Gulino, del Instituto Nacional de Salud del Paraguay y, como panelista, el Señor Académico Profesor Jorge Tadeo Jiménez, de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay. Se destacó, durante las presentaciones y en el curso del pánel, la gran importancia de la residencia en la formación de postgrado, excepción hecha de aquellas especialidades en las que no es necesaria dicha etapa, como pueden ser la epidemiología y la salud pública. Se insistió en la desproporción entre el número de solicitudes y los centros asistenciales donde se ofrece residencia con estructura verdaderamente académica. En algunos países las Universidades cobran matrícula y pensión al residente y son muy estrictos en los resultados de las evaluaciones para permitirles o no continuar la residencia a los jóvenes aspirantes a especialista.

Fig. 6.18.24.- Señor Académico Profesor José Marín (Paraguay). **Fig. 6.18.25.- Señor Académico Profesor Eduardo Aranda Torrelio** (Bolivia). Fotografías de ZCM.

Fig. 6.18.26.- Señor Académico Profesor Rodolfo Armas Merino (Chile). **Fig. 6.18.27.- Señor Académico Profesor Abraam Sonis** (Argentina). Fotogrfías de ZCM.

Fig. 6.18.28.- Doctor Raúl Gulino, del Instituto Nacional de Salud del Paraguay. **Fig. 6.18.29.- Señor Académico Profesor Jorge Tadeo Jiménez** (Paraguay). Fotografías de ZCM.

Fig. 6.18.30.- Panel final: Ac. Eduardo Aranda (Bolivia), Ac. Rodolfo Armas (Chile), Dr. Raúl Gulino (Paraguay), Ac. José Marín (Paraguay), Ac. Abraam Sonis (Argentina) y Ac. Jorge Tadeo Jiménez (Paraguay). Fotografía de ZCM.

La Jornada culminó, el sábado 23 en las horas de la noche, con una cena en honor de los participantes.

Fig. 6.18.31.- Cena de delegaciones y participantes. Fotografía de ZCM.

IAMP

La Doctora Jo Boufford, Co-Chear del IAMP contactó, en el mes de septiembre del presente año, al Secretario Ejecutivo de la *ALANAM*, con el fin de abrir una relación permanente entre las dos asociaciones. El Señor Académico Profesor Álvaro Moncayo Medina, Delegado de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, actualmente Miembro del Consejo del *IAMP*, a la *ALANAM* y al *IAMP*, se dirigirá a Ustedes al concluir mi informe, cuando presentará todo lo relacionado con dicha Corporación y la conveniencia de estrechar lazos las Academias Latinoamericanas y su Asociación con dicho Foro.

Estados Financieros de la *ALANAM*

Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina,
España y Portugal.
Estado de Resultados a junio 30 de 2010
(En dólares americanos)

INGRESOS		
Operacionales		**2.766,48**
Aportes academias asociadas	**2.766,48**	
Ingresos no operacionales		**246,19**
Intereses	**246,19**	
TOTAL INGRESOS		**3.012,67**
		=========
GASTOS		
Gastos Administración		**1.988,71**
Personal	**728.02**	
Servicios	**1.085.74**	
Gastos Libros	**112.64**	
Papeleria	**49.40**	
Gastos Financieros	**12.91**	
RESULTADO DEL PERIODO		**1.023,96**
		==========

Balance General
a 30 de junio de 2008
(en dólares americanos)

ACTIVOS		
DISPONIBLE		**5.576,00**
Caja	**176,40**	
Bancos	**321,96**	
Inversiones	**5.077,72**	
CUENTAS POR COBRAR		
ACADEMIAS		**5.028,56**
Cuentas Academias asociadas	**5.028,56**	
Anticipo e impuestos		**65,23**
Retención en la fuente	**65,23**	
ACTIVOS FIJOS		**1.821,64**
Muebles y enseres	**509,62**	
Inventario de libros	**545,91**	
Equipos	**1.275,73**	
TOTAL ACTIVOS		**12.491,52**
		==========
PASIVOS		**0,00**
Acreedores varios	**0,00**	
PATRIMONIO		**12.491,52**
Libros	**509,62**	
EXCEDENTES PERIODOS ANTERIORES	**11.467,55**	
RESULTADO PERIODO	**1.023,96**	
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO		**12.491,52**
		==========

Dr. ZOILO CUELLAR MONTOYA
Secretario Ejecutivo

Sr. JAIME IVAN PIÑEROS CASTRO
Contador Público
M.P.-16.243-T

Notas a los Estados Financieros de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina a 30 de junio de 2008

Los estados financieros de la *ALANAM* representan los hechos económicos del primer semestre de 2010, comprendido entre el mes de enero y el mes de junio de ese año, a lo cual se suman los excedentes de los períodos anteriores, resúmenes de los cuales (años 2008 y 2009), se anexan al presente informe y ya fueron remitidos, oportunamente, a todas las Academias miembros de la *ALANAM* y el tercer trimestre del año 2010 (julio, agosto y septiembre).

Estado de cuentas de cada Academia

Perú	US	$	400.oo	Períodos 2009 - 2010
Venezuela	US	$	400.oo	Períodos 2009 – 2010
Costa Rica	US	$	25.oo	Período 2010
México	US	$	20.oo	Período 2010
Portugal	US	$	1.600.oo	Períodos 2003 - 2010
T O T A L		$	2.445.oo	

Existe el compromiso de todas las academias mencionadas, salvo la de Portugal, de cancelar la totalidad de la suma adeudada en la Reunión de Santiago.

Caja

Esta cuenta es la que representa el disponible de la *ALANAM* depositado en caja menor y corresponde a recursos que se utilizan para cubrir los gastos menores, los del día a día de la administración de la Asociación.

Bancos

Son los saldos que se encuentran depositados en la cuenta corriente Nº 002-01704-4 del HELM BANk en la ciudad de Bogotá D.C., recursos conciliados a 30 de septiembre de 2010. Se debe aclarar que dichos saldos son conciliados al término de cada mes.

Inversiones

Son recursos colocados en inversión a la vista en el HELM TRUST S.A. HELM FINANCIAL SERVICE en la cartera colectiva abierta denominada CREDIFONDO (Fiduciaria), con recursos de baja rentabilidad por ser a la vista, fondo que durante el presente período rentó el …. % promedio sobre la inversión.

Activos fijos

Esta columna representa los activos con los cuales desarrolla su objetivo social la Asociación. En dichos Activos encontramos: 1) El computador. 2) Los escritorios y las sillas de la oficina. 3) Los equipos de comunicación.

Ingresos

Los ingresos de la asociación están representados por los aportes anuales de las Academias asociadas, exentos de impuestos en Colombia, y por los rendimientos financieros de los depósitos mencionados más arriba de los recursos disponibles de la *ALANAM*. Como ingresos adicionales, que no se han cuantificado, pero que se deben tener en cuenta, se debe considerar la permanente ayuda y apoyo de la Academia Nacional de Medicina de Colombia que nos ha facilitado una oficina y una cómoda área de archivo, sin cobro alguno y, en este sentido, la ayuda se extiende al pago de la totalidad de los servicios, tales como teléfono, luz y agua. Aporta también la Academia de Colombia el pago de la secretaria de la *ALANAM*. Igualmente, la Academia de Colombia aporta, en forma absolutamente gratuita, todos los servicios de mensajería que requiere la Asociación para su funcionamiento.

Gastos

Los principales gastos de la asociación son los que tienen que ver con la administración, tales como una discreta bonificación a la secretaria, servicios contratados, papelería y gastos financieros, especialmente el impuesto del cuatro por mil a cada cheque que se gire. Sin embargo, en este período se han realizado gastos importantes directamente relacionados con la marcha de la Asociación y con la realización de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM* en Santiago de Chile, entre el 28 y el 30 de octubre de 2010. La Asociación ha cubierto los gastos de viaje, desde sus ciudades de origen hasta Santiago de Chile y regreso a sus puntos de origen, a los Señores Expresidentes, a saber, los Señores Académicos Profesores Plutarco Naranjo Vargas (1981 - 1984), Rodrigo Fierro Benítez (1995 - 1997) y Mario Paredes Suárez (1999 - 2002), de la Academia Ecuatoriana de Medicina; Rolando Calderón Velasco(2002 - 2004), de la Academia Nacional de Medicina del Perú y Misael Uribe Esquivel(2006 - 2008), de la Academia Nacional de Medicina de México. Se cubrió también el pasaje del Señor Académico Profesor Eduardo Prettel Zárate Lima – Santiago – Lima, Ex Secretario Alterno de la *ALANAM* (2002 - 2004). Cubrió también la tesorería de la *ALANAM* los costos de elaboración de las condecoraciones: 7 medallas de oro, una de plata y 13 pergaminos, parte de los cuales fueron cancelados en este mes de octubre, razón por la cual no se ven reflejados en los estados financieros con corte a 30 de septiembre de 2010.

Boletín de la *ALANAM*

Desafortunadamente, y en este sentido es mi falta, en estos dos años no salió ningún Boletín, a pesar de contar en nuestro poder con la información de varias de las Academias.

Memorias de la XVIII Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*: Temas Médicos Volumen XVIII – México D. F., septiembre de 2008.

He dedicado estos meses, y muchas horas de mi tiempo, a la corrección, diagramación y edición de las memorias de la XVIII Reunión del Consejo Directivo de la Asociación, que tuvo lugar en la ciudad de México D.F., los días 18, 19 y 20 de septiembre de 2008, ocasión en la cual tuvo lugar, simultáneamente, una reunión administrativa del IAMP. Yo he realizado el trabajo editorial, adicionándoles todos los detalles que representan, para el

futuro, un referente histórico, tales como fotografías de todos y cada uno de los expositores y de las reuniones sociales, lo mismo que la fotografía del grupo de participantes a la Reunión de la *ALANAM*, a la del *IAMP* y una fotografía conjunta de todos los asistentes a las dos reuniones, así como algunas imágenes características de la ciudad anfitriona. Pero, más importante aún es resaltar el valor de las posiciones individuales de cada Academia frente a las estrategias de "*Atención Primaria de Salud*", en todos y cada uno de los países miembros de la *ALANAM*. La obra contiene la totalidad de las ponencias que nuestras Academias presentaron en México D. F. sobre dicho tema. Como sigo aprovechado la publicación de la Academia Nacional de Medicina de Colombia denominada "*Temas Médicos*", que aún carece de periodicidad formal, pero que ya alcanza el Volumen XVIII, para incluir en él los documentos de la XVIII Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*, se ha demorado la impresión, debido a la dificultad que he tenido en la consecución de artículos de temas quirúrgicos, médicos y de investigación que complementen el material ya trabajado. De todas maneras, ya están incluidos interesantes escritos históricos, de temas de opinión y tres netamente científicos, así como un verdadero libro de Paleopatología presentado como trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina de Colombia. La Tabla de Contenido de lo que ya se encuentra en el Tomo XVIII de *Temas Médicos* es la siguiente:

Tabla de Contenido. …… 9
Presentación.
Académico Profesor Gustavo Malagón Londoño. …….. 11
Prólogo.
Académico Profesor Alfredo Jácome Roca. ……...
Introducción.
Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya. …….

CAPÍTULO I
Temas Sociales, Históricos y Humanísticos. ……..

Notas para la Historia de la Educación Médica en Colombia.
Zoilo Cuellar-Montoya M. D. ……

Frente al retrato del Señor Académico Profesor
Juan Jacobo Muñoz Delgado.
Zoilo Cuellar-Montoya M. D. ……

CAPÍTULO II
Trabajos Clínicos. ……..

CAPÍTULO III
Trabajos Quirúrgicos. …….

CAPÍTULO IV
Trabajos de Investigación. ……..

CAPÍTULO V

XVIII Reunión de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*). ……

1.- Programa General de la XVIII Reunión de la *ALANAM*.
México D. F., México, 18 – 20 de septiembre de 2008. …….

2.- Introducción de la XVIII Reunión de la *ALANAM*. …….

CEREMONIA INAUGURAL. ……..
PRIMERA SESIÓN. ……..

Bienvenida.
Académico Profesor Misael Uribe Esquivel
Presidente de la *ALANAM*. ……

Breve historia de la Academia Nacional de Medicina de México.
Académico Profesor Emilio García Procel
Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México. ……

Intervención de la OPS sobre atención primaria de salud.
Doctor Julio Manuel Suárez Jiménez
Representante de la OPS en México. ……

La Academia y la Facultad de Medicina.
Profesor Doctor Enrique Graue Wiechers
Director de la Facultad de Medicina.
Universidad Nacional Autónoma de México (*UNAM*). ……

CEREMONIA INAUGURAL. ……..

Medicina de primer contacto en México.
Profesor Doctor José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud de México. …….

La medicina de primer contacto: Programa universitario.
Profesor Doctor José Narro Robles
Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México. ……

Funciones de la ALANAM y del IAMP.
Profesor Doctor Misael Uribe Esquivel
Presidente de la *ALANAM*. ……..

SEGUNDA SESIÓN. ……..

Los nuevos papeles de la Academia de Medicina.
Profesor Doctor Harvey Fineberg
Presidente del Instituto de Medicina (*IOM*) de los
Estados Unidos de América. ……

Una mirada a la Fundación Gates.
Doctor Tadataka Yamada
Presidente del Programa de Salud.
Fundación Hill & Melinda Gates. …….

Visión de la IAMP sobre medicina de primer contacto.
Profesor Doctor Guy de The
Co-chair del *IAMP*. ……

La atención médica primaria desde el punto de vista de FUNSALUD.
Profesor Doctor Manuel H. Ruiz de Chávez
Presidente de la Fundación Mexicana para la Salud (*FUNSALUD*). …

La biomédica en la Academia Mexicana de Ciencias.
Profesor Doctor Juan Pedro Laclette
Coordinador General del Foro Consultivo del *CONACYT*. ……..

La inversión social civil en la atención primaria en salud.
Profesor Doctor Roberto Tapia Conyer
Director General del Instituto CARSO de la Salud. …….

El PRONADAMEG y la Academia Nacional de Medicina.
Profesor Doctor Manuel de la Llata Romero
Director del Programa Nacional de Actualización y Desarrollo
Académico para el Médico General. ……

XVIII Reunión de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*).

PRIMERA SESIÓN. ……..

3.- *Presentación del Foro y bienvenida de la ALANAM.*
Señor Académico Profesor Misael Uribe Esquivel
Presidente de la *ALANAM*. ……

4.- *Bienvenida de la Academia Nacional de Medicina de México.*
Señor Académico Profesor Emilio García Procel
Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México. …….

5.- *Experiencia en Argentina en atención primaria*.
Profesor Roberto Chuit
Experto de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. ……

6.- *La atención primaria en Bolivia*.
Señor Académico Profesor Eduardo Aranda Torrelio
Presidente de la Academia Boliviana de Medicina. ……..

7.- *Atención primaria: problemas y oportunidades*.
Señor Académico Profesor José Augusto Da Silva Messias
Delegado de la Academia Nacional de Medicina del Brasil. ……

8.- *Atención Primaria en salud: una estrategia para la cobertura y la calidad*.
Señor Académico Profesor Gustavo Malagón Londoño
Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. …….

SEGUNDA SESIÓN. ……..

9.- *Experiencia y problemas de la atención primaria en Chile*.
Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic
Presidente de la Academia Chilena de Medicina. …….

10.- *Experiencia de la atención primaria en Costa Rica*.
Señor Académico Profesor Claudio Orlich Carranza
Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Costa Rica. ……

11.- *La gestión de salud y la atención primaria. Fortaleza y debilidades del sistema, en el envejecimiento de la población*.
Señor Académico Profesor Juan del Rey Calero
Delegado de la Real Academia Nacional de Medicina de España. ……

12.- *El ejemplo de la atención primaria en México*.
Señor Académico Profesor Alberto Lifshitz Guinzberg
Experto de la Academia Nacional de Medicina de México. ……..

13.- *Aspectos generales de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe. Atención primaria de salud en el Paraguay*.
Señor Académico Profesor Andrés Arnaldo Acosta Núñez
Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay. ……..

14.- *Experiencia de la atención primaria en Perú*.
Señor Académico Profesor Jorge Berrios Reiterer
Delegado de la Academia Nacional de Medicina del Perú. ……

15.- *Ejemplo de la atención primaria en el Uruguay*.
Señor Académico Profesor José Luís Peña Delgado

Delegado de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay.
Profesora Doctora Silvia Da Luz
Experta de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay. …….

16.- *Atención primaria de salud en Iberoamérica, gestión y evaluación*.
Señor Académico Profesor Antonio Clemente Heimerdinger
Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. ……...

17.- *El uso de la telemedicina en nuestras medicaturas rurales*.
Señor Académico Profesor Leopoldo Briceño Iragorry
Secretario Académico de la Academia Nacional de
Medicina de Venezuela. ……..

SESIÓN ADMINISTRATIVA. …….

18.- Informe de Secretaría
Señor Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya
Secretario Ejecutivo de la *ALANAM*.

19.- Acta de la XVIII Reunión de la *ALANAM*. ……..

20.- Conclusiones y Recomendaciones de la XVIII Reunión
del Consejo Directivo de la *ALANAM*. ……..

21.- Clausura de la XVIII Reunión de la *ALANAM*. ……

22.- Estatuto de la *ALANAM*. ……

CAPÍTULO VI
Índices. ……...

1.- Índice de Figuras y cuadros. ……..

2.- Índice de Fotografías. ……

3.- Índice Temático. ……

4.- Índice Geográfico. …….

5.- Índice de Autores. ……....

6.- Índice Onomástico. ……...

7.- Índice General. ……..

Naturalmente, otro obstáculo importante es que hasta este momento no he conseguido los recursos necesarios para llevar la obra a impresión, puesto que los costos de edición exceden los US $ 20.000.oo.

Condecoraciones y Distinciones de la *ALANAM*

Quizás a mediados del año 2009, el Señor Académico Profesor Misael Uribe Esquivel, de la Academia Nacional de Medicina de México, Presidente de la *ALANAM* en el período de 2006 a 2008, me preguntó si no existía algún tipo de reconocimiento a la labor desarrollada por el Presidente saliente de la Asociación, pregunta que me hizo pensar en la importancia de crear, como homenaje y agradecimiento a los servicios prestados por quienes de nosotros habíamos ocupado la Presidencia de la Asociación, una condecoración que representara, en forma imperecedera, una distinción en honor de quienes habían dedicado unos años de su vida profesional a regir los destinos de nuestra Asociación. Así, intercambiamos opiniones con el Señor Presidente Goic Goic y el Secretario Alterno, el Señor Académico Rodolfo Armas Merino y yo sugerí que siguiéramos el ejemplo de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, entidad que distingue a sus Presidentes salientes con la Cruz de Plata de la denominada Orden de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, condecoración que le impone en la sesión solemne en la que hace entrega del cargo a su sucesor. Adicionalmente, le propuse al Señor Presidente acompañar la condecoración con un pergamino en el que se incluye el número y fecha de la resolución del Consejo Directivo con la cual se otorga la distinción, el nombre del recipiendario, las razones de ésta y la fecha de entrega y lleva las firmas del Presidente, el Secretario Ejecutivo y el Secretario Alterno en ejercicio. Finalmente sugerí al Presidente que a los ex Secretarios Alternos les fuera también entregado un pergamino, como reconocimiento a su labor, aprovechando la presencia de la mayoría de ellos en esta reunión. Así, el Consejo Directivo de la *ALANAM* ha otorgado dichas distinciones a los Señores Académicos Profesores Zoilo Cuéllar-Montoya (2000 – 2002, Colombia), Eduardo Prettel Zárate (2002 – 2004, Perú), Álvaro Moncayo Medina (2004 – 2006, Colombia), Roberto Medina Santillán (2006 – 2008, México) y Rodolfo Armas Merino (2008 – 2010, Chile). Dichas condecoraciones y pergaminos fueron aprobadas en Junta Directiva por los Señores Académicos Profesores Alejandro Goic Goic, Presidente de la *ALANAM*, Zoilo Cuéllar-Montoya, Secretario Ejecutivo y Rodolfo Armas Merino, Secretario Alterno.

Reformas Estatutarias

Para darle marco legal a esta iniciativa se redactaron las siguientes modificaciones al Estatuto de la Asociación, aprobadas por vía epistolar, en primer debate, y ratificadas el día jueves 28 de octubre, al iniciarse esta XIX Reunión del Consejo Directivo de la Asociación, en segunda vuelta:

CAPÍTULO VII
De las Condecoraciones y otras Distinciones

El Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*), teniendo en cuenta la necesidad de honrar y enaltecer a personas e instituciones nacionales, regionales o de otros países del mundo que

se hayan distinguido por sus connotados servicios en pro de los objetivos de la *ALANAM*, que hayan contribuido en manera significativa a los avances y perfeccionamiento de la ciencia médica, de los principios éticos e incremento de las labores académicas íberoamericanas, que se hayan destacado por una trayectoria profesional y académica de excelencia y un elevado espíritu científico,

Resuelve:

Artículo 21º.- Del establecimiento de la "*Condecoración de la ALANAM*".

Establécese la "*Condecoración de la Asociación Latinamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*".

Artículo 22º.- De la regencia de la "*Condecoración de la ALANAM*".

La "*Condecoración de la Asociación Latinamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*", será regida por la Junta Directiva de la Asociación y el Consejo Directivo de ésta será su máxima autoridad.

Parágrafo: El Presidente en ejercicio de la *ALANAM* detentará las funciones de "*Canciller*" de la "*Condecoración*".

Artículo 23º.- Del otorgamiento de la "*Condecoración de la ALANAM*".

Corresponde al Consejo Directivo de la Asociación, por propuesta de la Junta Directiva de ésta otorgar, por Resolución motivada, la "*Condecoración de la ALANAM*" a las personas o instituciones que, a su juicio, y por sus ejecutorias y merecimientos, se hayan hecho dignas de ella.

Artículo 24º.- De los grados de la "*Condecoración de la ALANAM*".

La "*Condecoración de la Asociación Latinamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*", consta de los siguientes grados:

a.- Cruz de Oro de la *ALANAM*.

b.- Cruz de Plata de la *ALANAM*.

Parágrafo: Cada una de las condecoraciones será acompañada por un pergamino que incluye la nota de estilo con el Número de la Resolución de Junta Directiva por la cual se otorga la Condecoración y las razones de dicha distinción.

Artículo 25º.- De a quienes puede ser concedida la Cruz de Oro.

La Cruz de Oro sólo puede ser concedida a los Expresidentes de la Asociación, a Jefes de Estado y a aquellas instituciones académicas que se hayan distinguido por sus aportes a la Asociación y a la Salud de Latinoamérica, España y Portugal.

Artículo 26º.- De a quienes puede ser concedida la Cruz de Plata.

La Cruz de Plata de la Asociación está destinada para quienes dicten la Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*", que se establece como un homenaje a la Memoria del Fundador de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*). También se podrá otorgar a Ministros, Embajadores y Gobernantes, a Académicos y Benefactores que hayan prestado un decidido apoyo a la *ALANAM* y hayan contribuido en forma sobresaliente a su progreso.

Artículo 27º.- De la Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*".

La Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*" será asignada por recomendación de la Junta Directiva al Consejo Directivo de la Asociación y su elección recaerá en una persona de trascendencia iberoamericana o mundial, con experiencia en un tema de utilidad y actualidad para la región en el ámbito de la salud o que tenga algún tipo de injerencia en ella.

Artículo 28º.- De la imposición de las condecoraciones.

La imposición de las condecoraciones se hará en Sesión Solemne que presidirá el Presidente en funciones de la Asociación, en una Reunión Bienal del Consejo Directivo de la Asociación.

CAPITULO VIII
Disolución y Liquidación

Artículo 29º.- : Disolución y liquidación de la Asociación.

La Asociación podrá disolverse y liquidarse:

a.- Por determinación del *Consejo Directivo*.

b.- Por ausencia definitiva de más del cincuenta (50) por ciento de sus integrantes.

c.- Por voluntad de más del cincuenta (50) por ciento de sus integrantes.

Artículo 30º.- : Del destino de sus bienes.

Disuelta la Asociación por alguna de las causas anotadas, o por causas de orden jurídico, se producirá su liquidación en forma legal y los bienes que haya pasarán a una institución de beneficencia, previo el pago de las deudas sociales que puedan existir.

Propuesta de temas para la próxima Reunión

Como temas oficiales para la XX Reunión de *ALANAM* de 2012, que tendrá lugar en la ciudad de Cádiz, España, en el mes de octubre de ese año, propuestos por la Real Academia Nacional de Medicina de España, en cabeza de su Presidente, el Señor Académico Profesor Manuel Díaz-Rubio García, presento a consideración de todos Ustedes los siguientes títulos: "*Universalización de las Vacunas*" y "*Prevención de la obesidad*". Sugiero una división del grupo de Academias, como se ha hecho para esta Reunión de Santiago, con el fin de que realicen el trabajo sobre el título que hayan elegido.

Comunicaciones entre las Academias y la Secretaría Ejecutiva

No es la primera vez que, de la forma más comedida, les recuerdo la trascendencia que tiene, tanto para la marcha de nuestra Asociación como para el cumplimiento de nuestras responsabilidades como asesores de la salud pública y de la educación en salud de nuestros pueblos, la más activa comunicación entre nosotros. Sin una comunicación ágil, frecuente y permanente, es muy difícil hacer crecer nuestra Asociación y lograr el cumplimiento de sus objetivos. Espero sus cumplidas respuestas.

Preparación y desarrollo de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*

Debo resaltar la ingente labor desarrollada por el Señor Presidente, Profesor Alejandro Goic Goic, con la ayuda permanente y la colaboración del Señor Secretario Alterno, Profesor Rodolfo Armas Merino, para la planeación, desarrollo y realización de ésta, la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*: ellos, con la colaboración de la Señora Cristina Blamey V., han estado pendientes de todos los detalles, con el apoyo de la Mesa Directiva de la Academia Chilena. Nos han hecho entrega del interesante material que compone la sumatoria de las encuestas diseñadas y elaboradas por ellos, así como la de las participaciones individuales de cada Academia. Han preparado un borrador del documento de Conclusiones y Recomendaciones y otras declaraciones de altísimo interés para nuestra relación con los Gobiernos de cada uno de nuestros países. Desde los primeros meses de actividad presidencial del Profesor Goic Goic y la secretarial del Profesor Armas Merino, ha existido una intensa comunicación con la Secretaría Ejecutiva y con la totalidad de las Academias. La coordinación entre ellos y la Secretaría Ejecutiva ha sido tan activa y eficiente que la labor general para la organización y realización de esta Reunión ha sido conjunta y es, en forma muy importante a ellos a quienes se debe el éxito de ésta.

Agradecimientos

Debo agradecer aquí a todos y cada uno de quienes han apoyado el trabajo de esta Secretaría en el transcurso de estos últimos 8 años: con la interrupción de 2004 a 2006, cuando ocupé la Presidencia de la Asociación y Ustedes tuvieron a bien congelar el cargo por dicho período y reactivarlo nuevamente al concluir la Reunión de Bogotá, en febrero de 2006. En este momento concluye mi período estatutario como Secretario Ejecutivo y mi continuidad en el cargo, por un período adicional de seis años, depende de la decisión de Ustedes, Señores Presidentes y Señores Delegados. Mil gracias a nuestros anfitriones, a todos y cada uno de quienes han trabajado tan intensamente por el éxito de esta reunión y, a nivel personal, mil gracias a todos por su excelente colaboración con mis actividades.

ZOILO CUELLAR-MONTOYA, M. D.
Secretario Ejecutivo
ALANAM

19.- Acta de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*)

Santiago de Chile, 28 a 30 de octubre de 2010

1.- Citación

Al concluir la XVIII Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM* en la ciudad de México D. F., México, el sábado 20 de septiembre de 2008, después de aprobarse a la Academia Chilena de Medicina como próxima sede de la *ALANAM* y al Presidente de dicha Academia, el Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic, elegírsele como nuevo Presidente de la Asociación, éste citó oficialmente a los miembros de la *ALANAM* a la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Asociación para el mes de octubre de 2010, en la ciudad de Santiago de Chile, citación que aceptaron la totalidad de los miembros de la *ALANAM* allí presentes. Posteriormente, después de que la Academia Chilena acordó la fecha exacta de la Reunión, y por e-mail, Fax y correo, en varias oportunidades, cumpliendo con el tiempo estatutario, se realizó, de acuerdo a lo ordenado por el Señor Presidente Goic Goic, la confirmación de la citación oficial para la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*, para los días 28 a 30 de octubre de 2010, con reunión administrativa el día sábado 30 de ese mes y año, fecha de la presente reunión estatutaria, con lo cual dicha citación se ajustó a lo ordenado por la Ley.

2.- Quórum

En el día de hoy, sábado 30 de octubre de 2010, en horas de la mañana y de acuerdo con la citación mencionada, el Señor Secretario Ejecutivo, Académico Profesor Zoilo Cuellar-Montoya, constató la representación estatutaria presente en el salón de Actos de la sede de la Academia Chilena de Medicina, Instituto de Chile, Santiago, de 12 de las 14 Academias Asociadas y 20 Delegados con derecho a voto, lo cual constituye el quórum estatutario para deliberar y decidir válida y legalmente ("la mitad más uno de los miembros con derecho a voto"), de acuerdo con el Artículo 14º del Estatuto vigente, lo cual informó tanto al Señor Presidente, Académico Profesor Alejandro Goic Goic, como a los representantes de las 12 Academias asociadas presentes en el salón.

3.- Designación de Presidente y Secretario de la Reunión

El Consejo designó como Presidente de la Reunión al Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic y, como Secretario, al Señor Académico Profesor Zoilo Cuellar-Montoya, por decisión unánime, que aceptaron: votos a favor, 20, y votos en contra, 0.

4.- Aprobación del Informe de Secretaría y de los Estados Financieros

INFORME DE LA SECRETARÍA GENERAL. Se aprobó el Informe de la Secretaría General de la *ALANAM* sobre las actividades de la Asociación durante el bienio comprendido entre el mes de septiembre de 2008 y el de octubre de 2010, por unanimidad. Votos a favor, 20, y votos en contra, 0.

ESTADOS FINANCIEROS. Se aprobó el Balance, junto con el Estado de Resultados y demás componentes de los Estados Financieros de la *ALANAM* durante el bienio de 2008 a 2010, con cierre a 30 de septiembre de 2010, por unanimidad. Votos a favor, 20, y votos en contra, 0.

5.- Elección de Sede de la Próxima Reunión

De acuerdo con lo decidido unánimemente en la XVIII Reunión del Consejo Directivo en la ciudad de México, D. F., el sábado 20 de septiembre de 2008, por solicitud de la representación de la Real Academia Nacional de Medicina de España, con la vocería de los Señores Delegados, Académicos Profesores Miguel Lucas Tomás y Joaquín Poch Broto, el primero de los cuales informó a los presentes sobre el deseo de dicha Academia de organizar la XX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM* en la ciudad de Cádiz, en el año 2012, con ocasión del bicentenario de la Constitución de Cádiz, firmada el día de San José del año de 1812, razón por la que se la denominó "*La Pepa*", se aprobó entonces (de acuerdo con el Literal **a** del Artículo **8º**, del Estatuto vigente), por unanimidad, como sede para el período de 2010 a 2012, a la Real Academia Nacional de Medicina de España, por 20 votos a favor contra 0 negativos. Se ratificó también, cono sede de la *ALANAM*, por unanimidad, por 20 votos a favor y 0 en contra, para el período de 2012 a 2014, a la Academia Nacional de Medicina del Paraguay, la cual informará después de mayo de 2011 y se dejó por reconsiderar, para el período del 2014 al 2016, según las condiciones para esa época, a la Academia Nacional de Medicina de Venezuela como sede de la *ALANAM*. Se aprobó, también por unanimidad, continuar con el orden alfabético para siguientes Reuniones, por 20 votos a favor y 0 en contra.

6.- Elección del nuevo Presidente 2010 – 2012

Se aprobó (de acuerdo con el Literal **a** del Artículo **8º**, del Estatuto vigente), por unanimidad – 20 votos a favor contra 0 en contra – y por aclamación, el nombre del Señor Académico Profesor Manuel Díaz-Rubio García, Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina de España, como nuevo Presidente de la *ALANAM* para el período de 2010 a 2012. El Señor Académico Profesor Miguel Lucas Tomás, Secretario General de la Real Academia y Delegado plenipotenciario del Presidente Díaz-Rubio García, a quien le fue imposible asistir a la Reunión de Santiago, aceptó, en su nombre, públicamente, el cargo y piensa que la XX Reunión del Consejo Directivo de la Asociación podrá realizarse en octubre de 2012 en la ciudad de Cádiz, a la cual citó.

7.- Temas de la próxima Reunión

Se aprobaron, como temas oficiales para la XX Reunión de *ALANAM* de 2012, los siguientes, propuestos por la Real Academia Nacional de Medicina de España: 1) "*Universalización de las vacunas*" y 2) "*Prevención de la obesidad*", por unanimidad - 20 votos a favor y 0 en contra -.

8.- Elección de Secretario Ejecutivo

En virtud de culminar el Señor Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya su sexto año estatutario como Secretario Ejecutivo de la *ALANAM*, se procedió a elegir su reemplazo (de acuerdo con el Literal **d** del Artículo **5º**, y el Literal **c** del Artículo **8º** del Estatuto vigente). La Academia Nacional de Medicina de Colombia propuso el Nombre del Académico Cuéllar-Montoya como su candidato a continuar en dicho cargo, reelección que aprobó la Asociación por unanimidad, por 20 votos a favor y 0 en contra para el período comprendido entre 2010 y 2016.

9.- Reformas al Estatuto

Con una anticipación absolutamente suficiente, superior a los 90 días, acorde con lo dispuesto en el Parágrafo del Artículo **16º** del Estatuto vigente, la Junta Directiva, por conducto de la Secretaría Ejecutiva de la Asociación, hizo conocer de la totalidad de las Academias miembros de ésta la siguiente Propuesta de Reforma estatutaria, sobre la cual les solicitó concepto y aprobación como citación formal con fines estatutarios, incluida la citación para la segunda vuelta en Santiago, en octubre del 2010:

CAPÍTULO VII
De las Condecoraciones y otras Distinciones

El Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*), teniendo en cuenta la necesidad de honrar y enaltecer a personas e instituciones nacionales, regionales o de otros países del mundo que se hayan distinguido por sus connotados servicios en pro de los objetivos de la *ALANAM*, que hayan contribuido en manera significativa a los avances y perfeccionamiento de la ciencia médica, de los principios éticos e incremento de las labores académicas íberoamericanas, que se hayan destacado por una trayectoria profesional y académica de excelencia y un elevado espíritu científico,

Resuelve:

Artículo 21º.- Del establecimiento de la "*Condecoración de la ALANAM*".

Establécese la "*Condecoración de la Asociación Latinamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*".

Artículo 22º.- De la regencia de la "*Condecoración de la ALANAM*".

La "*Condecoración de la Asociación Latinamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*", será regida por la Junta Directiva de la Asociación y el Consejo Directivo de ésta será su máxima autoridad.

Parágrafo: El Presidente en ejercicio de la *ALANAM* detentará las funciones de "*Canciller*" de la "*Condecoración*".

Artículo 23º.- Del otorgamiento de la "*Condecoración de la ALANAM*".

Corresponde al Consejo Directivo de la Asociación, por propuesta de la Junta Directiva de ésta otorgar, por Resolución motivada, la "*Condecoración de la ALANAM*" a las personas o instituciones que, a su juicio, y por sus ejecutorias y merecimientos, se hayan hecho dignas de ella.

Artículo 24º.- De los grados de la "*Condecoración de la ALANAM*".

La "*Condecoración de la Asociación Latinomericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*", consta de los siguientes grados:

a.- Cruz de Oro de la *ALANAM*.

b.- Cruz de Plata de la *ALANAM*.

Parágrafo: Cada una de las condecoraciones será acompañada por un pergamino que incluye la nota de estilo con el Número de la Resolución de Junta Directiva por la cual se otorga la Condecoración y las razones de dicha distinción.

Artículo 25º.- De a quienes puede ser concedida la Cruz de Oro.

La Cruz de Oro sólo puede ser concedida a los Expresidentes de la Asociación, a Jefes de Estado y a aquellas instituciones académicas que se hayan distinguido por sus aportes a la Asociación y a la Salud de Latinoamérica, España y Portugal.

Artículo 26º.- De a quienes puede ser concedida la Cruz de Plata.

La Cruz de Plata de la Asociación está destinada para quienes dicten la Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*", que se establece como un homenaje a la Memoria del Fundador de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*). También se podrá otorgar a Ministros, Embajadores y Gobernantes, a Académicos y Benefactores que hayan prestado un decidido apoyo a la *ALANAM* y hayan contribuido en forma sobresaliente a su progreso.

Artículo 27º.- De la Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*".

La Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*" será asignada por recomendación de la Junta Directiva al Consejo Directivo de la Asociación y su elección recaerá en una persona de trascendencia iberoamericana o mundial, con experiencia en un tema de utilidad y actualidad para la región en el ámbito de la salud o que tenga algún tipo de injerencia en ella.

Artículo 28º.- De la imposición de las condecoraciones.

La imposición de las condecoraciones se hará en Sesión Solemne que presidirá el Presidente en funciones de la Asociación, en una Reunión Bienal del Consejo Directivo de la Asociación.

CAPITULO VIII
Disolución y Liquidación

Artículo 29º.- : Disolución y liquidación de la Asociación.
La Asociación podrá disolverse y liquidarse:
a.- Por determinación del *Consejo Directivo*.
b.- Por ausencia definitiva de más del cincuenta (50) por ciento de sus integrantes.
c.- Por voluntad de más del cincuenta (50) por ciento de sus integrantes.

Artículo 30º.- : Del destino de sus bienes.
Disuelta la Asociación por alguna de las causas anotadas, o por causas de orden jurídico, se producirá su liquidación en forma legal y los bienes que haya pasarán a una institución de beneficencia, previo el pago de las deudas sociales que puedan existir.

Con la aprobación vía epistolar, emitida por la totalidad de las Academias miembro de la *ALANAM* del texto anterior, se cursó la primera vuelta de aprobación de la reforma estatutaria y la segunda vuelta tuvo lugar, en sesión especial, al iniciarse la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Asociación el día jueves 28 de octubre de 2010, cuando, por unanimidad (20 votos a favor y 0 en contra) se ratificó lo aprobado en primera vuelta, vía epistolar y, también por unanimidad (20 votos a favor y 0 en contra) se dio aprobación definitiva al nuevo texto del Estatuto, que rige a partir de ésta fecha.

En esa misma sesión especial, el Consejo Directivo de la *ALANAM* respaldó, por unanimidad (20 votos a favor y 0 en contra), la iniciativa de otorgar un pergamino de reconocimiento a su labor a los Ex Secretarios Alternos de la Asociación, como resolución de la Junta Directiva, iniciativa que para la próxima Reunión del Consejo será considerada para incluirla como un articulo adicional al Capítulo VII del Estatuto, relacionado con las distinciones que otorga la Asociación.

10.- Primera Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*"

En la Ceremonia Inaugural de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*, habida en la Sede de la Academia Chilena de Medicina, el día jueves 28 de octubre de 2010, iniciada a las 18:30 horas, el Señor Profesor Doctor Juan Verdaguer Terradella dictó la Primera Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*", que versó sobre "*Arte y Medicina*".

11.- Imposición de condecoraciones y entrega de pergaminos

En la misma Ceremonia Inaugural, el Señor Presidente de la Asociación, Académico Profesor Alejandro Goic Goic impuso, a los Señores Expresidentes, Académicos Profesores Plutarco Naranjo Vargas (1981 - 1984), por intermedio del Señor Académico Profesor Fernando Hidalgo Ottolenchi, Presidente de la Academia Ecuatoriana de Medicina, puesto que el Profesor Naranjo, por motivos de salud, se vio incapacitado de asistir personalmente; Rodrigo Fierro Benítez (1995 - 1997) y Mario Paredes Suárez (1999 - 2002), del Ecuador; Rolando Calderón Velasco (2002 - 2004), del Perú, Zoilo Cuéllar-Montoya (2004 - 2006),

de Colombia y Misael Uribe Esquivel (2006 - 2008), de México, la "*Condecoración de la Asociación Latinamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*" en el grado de "*Cruz de Oro de la ALANAM*".

Igualmente, el Señor Secretario Alterno, Académico Profesor Rodolfo Armas Merino, por delegación del Presidente Goic Goic, hizo entrega de los pergaminos de reconocimiento a su labor a los Señores ex Secretarios Alternos de la Asociación, los Señores Académicos Profesores Zoilo Cuéllar-Montoya (2000 . 2002), de Colombia, Eduardo Pretell Zárate (2002 - 2004), del Perú, Álvaro Moncayo Medina (2004 - 2006), de Colombia y Roberto Medina Santillán, de México (2006 - 2008).

Para finalizar esta sección de la ceremonia, por delegación del Presidente Goic Goic, el Secretario Ejecutivo de la Asociación, el Señor Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya, impuso la "*Condecoración de la Asociación Latinamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*" en el grado de "*Cruz de Plata de la ALANAM*" al Señor Profesor Juan Verdaguer Terradella, Primer conferencista magistral de la Asociación.

La "*Cruz de Oro de la ALANAM*" fue impuesta al Señor Expresidente Alejandro Goic Goic (2008 - 2010) al finalizar la sesión administrativa de la Asociación, el sábado 30 de octubre de 2010, por el Señor Académico Profesor Miguel Lucas Tomás, en representación del Señor Presidente de la *ALANAM*, el Señor Académico Profesor Manuel Díaz-Rubio García, Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina de España y nuevo Presidente de la *ALANAM*. Igualmente, el Profesor Lucas Tomás hizo entrega al Señor Académico Profesor Rodolfo Armas Merino, ex Secretario Alterno de la Asociación (2008 - 2010), del pergamino de reconocimiento por su labor.

El Señor Académico Profesor Miguel Lucas Tomás, en nombre de la Real Academia de Medicina de España, por acuerdo de la Junta Directiva, entregó al Presidente saliente, Profesor Dr. Alejandro Goic Goic y al Secretario Alterno Profesor Dr. Rodolfo Armas Merino, el Sello de la Real Academia por la dedicación intensa y brillante que ha culminado con este Congreso.

12.- Posesión de dignatarios

El Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic, como Presidente saliente, dio Posesión de su cargo al Señor Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya, reelegido en la Secretaría Ejecutiva de la Asociación para el período de 2010 a 2016. Igualmente, dio posesión, en la persona del Señor Académico Profesor Miguel Lucas Tomás, al nuevo Presidente de la Asociación, el Señor Académico Profesor Manuel Díaz-Rubio García y, en su nombre, como Secretario Alterno, al Señor Académico Profesor Miguel Lucas Tomás, para el período 2010 - 2012.

13.- Conclusiones y Recomendaciones:

Se aprobó, por unanimidad (20 votos a favor y 0 en contra), el texto de conclusiones y recomendaciones sobre los temas "*Situación de Salud en Latino América*" e "*Investigación en medicina y salud en Latino América*", temas oficiales de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*, extensamente discutidos en esta Reunión, que toca ya a su fin, y la DECLARACIÓN PÚBLICA SOBRE POLÍTICAS DE SALUD PARA LATINOAMÉRICA, documentos que se anexan a la presente Acta, de la cual hacen parte integral.

Se nombró, en comité, al Señor Académico Profesor Eduardo Aranda Torrelio, de Bolivia, para realizar la redacción final del documento sobre Políticas de Salud Pública para Latinoamérica.

En la misma forma, y como complemento a la aprobación anterior, el Consejo Directivo de la *ALANAM* aprobó, por unanimidad (20 votos a favor y 0 en contra), la remisión de la Declaración Pública a las directivas del *IAMP* a través del Señor Académico Profesor Álvaro Moncayo Medina, lo mismo que solicitó a todas y cada una de las Academias miembros de la Asociación que hicieran llegar dicha Declaración Pública a los medios de comunicación de cada uno de sus países y, en forma personal y directa, lo hicieran conocer de sus Gobiernos, en la medida de lo posible, recomendación que fue aprobada también por unanimidad (20 votos a favor por 0 en contra).

14.- Proposiciones y varios:

El Señor Académico Profesor Álvaro Moncayo Medina, Delegado de la Academia Nacional de Medicina de Colombia y representante de ésta ante el Consejo del *IAMP*, presentó a la Asociación un informe general sobre dicho Panel Inter Académico Mundial y explicó sus objetivos, informando también la propuesta de la Co-Presidenta de dicha institución, la Doctora Jo Boufford, manifestación considerada y aprobada por el Consejo de *IAMP*, de una interrelación operativa entre la *ALANAM* y el *IAMP*. El Presidente Goic propuso que la Secretaría Ejecutiva, con el Profesor Moncayo, estudien a fondo la propuesta y la informen a las demás Academias, proposición que aprobó el Consejo Directivo de la *ALANAM*, por unanimidad: 20 votos a favor por 0 en contra.

15.- Aprobación del Acta:

La presente Acta fue leída y aprobada por unanimidad, por todos los Señores Académicos con derecho a voto, al finalizar la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*, el sábado 30 de octubre de 2010, así: votos a favor, 20 y votos en contra, 0.

El Acta se firmó, en original y tres copias, en el Salón de Actos de la Academia Chilena de Medicina, en la ciudad de Santiago de Chile, el día sábado 30 de octubre de 2010, a las 12:50 horas, por el Presidente de la Reunión, el Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic y por el Secretario de la Reunión, el Señor Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya, Secretario Ejecutivo de la *ALANAM*. Adicionalmente, la refrendaron con su firma los Señores Académicos con derecho a voto Profesores Abraham Sonis y Óscar H. Morelli,

Delegados de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Argentina; Eduardo Aranda Torrelio, Presidente de la Academia Boliviana de Medicina; Pietro Novellino, Presidente y José Augusto Da Silva Messias, Delegado, de la Academia Nacional de Medicina del Brasil; Alejandro Goic Goic, Presidente y Rodolfo Armas Merino, Delegado, de la Academia Chilena de Medicina; Gustavo Malagón Londoño, Presidente y Álvaro Moncayo Medina, Delegado, de la Academia Nacional de Medicina de Colombia; Fernando Hidalgo Ottolenchi, Presidente, y Mauricio Letort Calisto, Delegado, de la Academia Ecuatoriana de Medicina; Miguel Lucas Tomás, Delegado de la Real Academia Nacional de Medicina de España; Roberto Medina Santillán, Delegado de la Academia Nacional de Medicina de México; Jorge Codas Thompson, Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay; Fausto Garmendia Lorena, Presidente y Alberto Perales Cabrera, Delegado, de la Academia Nacional de Medicina del Perú; José Luís Peña Delgado, Presidente, y Gilberto Ríos Ferreira, Delegado, de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay; Claudio Aoün Soulie, Presidente, y Leopoldo Briceño-Iragorry, Delegado, de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela.

ALEJANDRO GOIC GOIC
Presidente XIX Reunión de *ALANAM*

ZOILO CUÉLLAR-MONTOYA
Secretario XIX Reunión de *ALANAM*

Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Argentina

ABRAHAM SONIS

ÓSCAR H. MORELLI

Delegados

Academia Boliviana de Medicina

EDUARDO ARANDA TORRELIO
Presidente

Academia Nacional de Medicina de Brasil

PIETRO NOVELLINO
Presidente

JOSÉ AUGUSTO DA SILVA MESSIAS
Delegado

Academia Chilena de Medicina

ALEJANDRO GOIC GOIC
Presidente

RODOLFO ARMAS MERINO
Delegado

Academia Nacional de Medicina de Colombia

GUSTAVO MALAGÓN LONDOÑO
Presidente

ÁLVARO MONCAYO MEDINA
Delegado

Academia Nacional de Medicina de Costa Rica

CARLOS ARREA BAIXENCH
Presidente

Academia Ecuatoriana de Medicina

FERNANDO HIDALGO OTTOLENGHI
Presidente

MAURICIO LETORT
Delegado

Real Academia de Medicina de España

MIGUEL LUCAS TOMÁS
Delegado

Academia Nacional de Medicina de México

ROBERTO MEDINA SANTILLÁN
Presidente

Academia Nacional de Medicina del Paraguay

JORGE CODAS THOMPSON
Presidente

Academia Nacional de Medicina del Perú

FAUSTO GARMENDIA LORENA
Presidente

ALBERTO PERALES CABRERA
Delegado

Academia Nacional de Medicina del Uruguay

JOSÉ L. PEÑA DELEGADO
Presidente

GILBERTO RÍOS
Delegado

Academia Nacional de Medicina de Venezuela

CLAUDIO AOUN SOUKIE
Presidente

LEOPOLDO BRICEÑO-IRAGORRI
Delegado

20.- Clausura de la XIX Reunión de la *ALANAM*

Sesión Administrativa.

El sábado 30 de octubre de 2010, a las 09:30 horas, en la sede de la Academia Chilena de Medicina, Instituto de Chile, se dio iniciación a la Sesión Administrativa de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*.

Asistieron a la sesión los Señores Académicos Profesores Abraham Sonis y Óscar Héctor Morelli, Delegados de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Argentina; Eduardo Aranda Torrelio, Presidente de la Academia Boliviana de Medicina; Pietro Novellino, Presidente, y José Augusto Da Silva Messias, Delegado, de la Academia Nacional de Medicina del Brasil; Alejandro Goic Goic, Presidente, Vicente Valdivieso Dávila, Delegado de la Academia Chilena de Medicina y Rodolfo Armas Merino, Secretario Alterno de la *ALANAM*; Gustavo Malagón Londoño, Presidente y Álvaro Moncayo Medina, Delegado, de la Academia Nacional de Medicina de Colombia y ex Secretario Alterno de la *ALANAM* y Zoilo Cuéllar-Montoya, Secretario Ejecutivo de la *ALANAM* y ex Presidente de ella; Fernando Hidalgo Ottolenchi, Presidente, Mauricio Letort Calisto, Delegado, y Mario Paredes Suárez, ex Presidente de la *ALANAM*, de la Academia Ecuatoriana de Medicina; Miguel Lucas Tomás, Delegado de la Real Academia Nacional de Medicina de España; Misael Uribe Esquivel, ex Presidente de la *ALANAM*, y Roberto Medina Santillán, Delegado de la Academia Nacional de Medicina de México y ex Secretario Alterno de la *ALANAM*; Jorge Codas Thompson, Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay; Fausto Garmendia Lorena, Presidente, Alberto Perales Cabrera, Delegado, Rolando Calderón Velasco, ex Presidente de la *ALANAM*, y Eduardo Pretell Zárate, ex Secretario Alterno de la *ALANAM*, de la Academia Nacional de Medicina del Perú: José Luís Peña Delgado, Presidente, y Gilberto Ríos Ferreira, Delegado, de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay y Claudio Aoün Soulie, Presidente, y Leopoldo Briceño Iragorry, Delegado, de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela.

La Sesión Administrativa se inició con la verificación del quórum por parte del Secretario Ejecutivo, Académico Zoilo Cuéllar-Montoya, constatándose la presencia, en la sala, de 19 delegados con derecho a voto. A continuación, el Consejo eligió, como Presidente y Secretario de la Reunión, a los Señores Académicos Profesores Alejandro Goic Goic y Zoilo Cuéllar-Montoya, respectivamente. A continuación, el Señor Secretario realizó la presentación de su Informe sobre las actividades de la Asociación durante el período comprendido entre el 20 de septiembre de 2008 y 30 de octubre de 2010. Al finalizar su presentación y después de poner el Presidente en consideración del Consejo dicho Informe, hizo uso de la palabra el Señor Académico Profesor Álvaro Moncayo Medina, quien informó al Consejo sobre el *IAMP* y el interés de dicho Foro Mundial de integrar en sus actividades a la *ALANAM*, lo cual también fue puesto en consideración del Consejo por el Señor Presidente Goic y aprobado por éste. A renglón seguido, el Consejo aprobó, como nueva sede de la ALANAM, para el período de 1910 a 1912, a la Real

Academia Nacional de Medicina de España, preaprobándose, pendientes de confirmación, a las Academias de Paraguay, para el período de 2012 a 2014 y a la de Venezuela para el de 2014 a 216. Igualmente, nuevamente el Consejo Ratificó continuar con el orden alfabético previsto en el Estatuto.

Fig. 6.20.1.- Asistentes a la XIX Reunión del Consejo Directivo de la ALANAM.
De atrás hacia delante y de izquierda a derecha: primera fila: José Luís Peña Delgado, Presidente y Gilberto Ríos Ferreira, Delegado, Academia del Uruguay; Rolando Calderón Velasco, ex Presidente de la *ALANAM*, y Alberto Perales Cabrera, Delegado, de la Academia del Perú; Claudio Aoün Soulie, Presidente de la Academia de Venezuela y Jorge Codas Thompson, Presidente de la Academia del Paraguay. Segunda fila: Mario Paredes Suárez, ex Presidente de la *ALANAM*, de la Academia Ecuatoriana; Fausto Garmendia Lorena, Presidente, y Eduardo Pretell Zárate, ex Secretario Alterno de la *ALANAM*, de la Academia del Perú; Gustavo Malagón Londoño, Presidente, y Álvaro Moncayo Medina, Delegado, de la Academia de Colombia y Leopoldo Briceño-Iragorri, Delegado de la Academia de Venezuela. Tercera fila: Mauricio Letort Calisto, Delegado de la Academia Ecuatoriana; Roberto Medina Santillán, Delegado de la Academia de México; Fortunato Benaima, Abraam Sonis, Delegado y Óscar H. Morelli, Delegado, de la Academia de Buenos Aires, Argentina. Fila de adelante: Zoilo Cuéllar-Montoya, de Colombia, Secretario Ejecutivo de la *ALANAM*; Pietro Novellino, Presidente, de la Academia del Brasil; Rodolfo Armas Merino, Delegado de la Academia Chilena y Secretario Alterno Saliente de la *ALANAM* y Alejandro Goic Goic, Presidente de la Academia Chilena y Presidente saliente de la *ALANAM*; Miguel Lucas Tomás, Delegado de la Real Academia de España y Secretario Alterno entrante de la *ALANAM*; Eduardo Arana Torrelio, Presidente de la Academia Boliviana y Fernando Hidalgo Ottolenchi, Presidente de la Academia Ecuatoriana. Faltan en la fotografía, por razones de conexiones aéreas, los Señores Académicos Profesores Carlos Arrea Baixench, Presidente de la Academia de Costa Rica, Misael Uribe Esquivel, Ex Presidente de la *ALANAM*, y José Augusto Da Silva Messias, Delegado de la Academia del Brasil. Fotografía tomada con la cámara de ZCM.

En el siguiente paso de la Reunión, el Consejo eligió, como nuevo Presidente de la *ALANAM*, al Señor Académico Profesor Manuel Díaz-Rubio García, Presidente de la Real Academia de España quien, por conducto de su Delegado, el Señor Académico Profesor Miguel Lucas Tomás, aceptó el cargo mencionado. El Señor Académico Profesor Miguel Lucas Tomás, Secretario General de la Real Academia, pasó a ser, por decisión del Presidente Díaz Rubio-García, el nuevo Secretario Alterno de la Asociación, quien confirmó la citación para la XX Reunión de la *ALANAM*, salvo modificaciones de fuerza

mayor, en la ciudad de Cádiz, España, en el mes de octubre de 2012. Como temas para la XX Reunión, el Consejo aprobó los de "*Universalización de las vacunas*" y "*La nueva epidemia: obesidad*". El Señor Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya fue reelecto en su cargo de Secretario Ejecutivo por proposición del Señor Académico Óscar H. Morelli, de la Academia de Buenos Aires. Se aprobaron las reformas al Estatuto relacionadas con las Condecoraciones y Distinciones de la *ALANAM*, así como la instauración de la Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*", la cual dictó, en el curso de la Sesión Solemne Inaugural del jueves 28 de octubre de 2010, el Señor Académico Profesor Juan Verdaguer Terradella, la cual versó sobre "*Arte y Medicina*".

Fig. 6.20.2.- Asistentes a la Sesión Administrativa de la *ALANAM*. Panorámica. Fotografía de ZCM.

Posesión de nuevos dignatarios de la *ALANAM*

A continuación y en sencilla ceremonia, el Presidente saliente, Profesor Alejandro Goic Goic, dio posesión de su cargo al Secretario Ejecutivo para el período de 2010 a 2016, al Señor Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya y, en la persona del Señor Académico Profesor Miguel Lucas Tomás, al nuevo Presidente de la Asociación, el Señor Académico Profesor Manuel Díaz Rubio-García y como Secretario Alterno de la Asociación, ambos para el período de 2010 a 2012, al Señor Académico Lucas Tomás. El siguiente punto se enfocó en la aprobación de los documentos de Conclusiones y Recomendaciones y el de la Declaración Públicas sobre Políticas de Salud para Latinoamérica. La Sesión Administrativa concluyó con la aprobación del Acta de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*, después de lo cual, el Presidente Encargado, el Señor Académico Profesor Miguel Lucas Tomás, después de hacer entrega al Presidente saliente, el Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic, de la "*Condecoración de la Asociación Latinamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*" en

el grado de "*Cruz de Oro de la ALANAM*", hizo entrega al Secretario Alterno saliente, el Señor Académico Profesor Rodolfo Armas Merino del Pergamino de reconocimiento de su labor y entregó, a los dos dignatarios salientes, el "*Sello*" de la Real Academia de Medicina de España. A continuación, levantó la sesión y clausuró la Reunión. Finalmente, tuvo lugar una Conferencia de Prensa, en la cual participaron el Señor Presidente Goic y algunos delegados de las Academias.

Fig. 6.20.3. - El Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic recibe, de manos del Señor Académico Profesor Miguel Lucas Tomas, en representación del nuevo Presidente de la ALANAM, el Señor Académico Profesor Manuel Díaz - Rubio García, la "Cruz de Oro de la ALANAM , ", como Expresidente de la Asociación. Fig. 6.20.4. - El Señor Académico Profesor Rodolfo Armas Merino recibe, del mismo Profesor Lucas Tomás, el Pergamino de reconocimiento como Secretario Alterno saliente. F otógrafo de la Academia Chilena.

21.- Conclusiones y Recomendaciones

SITUACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA Y SALUD EN LATINOAMÉRICA

CONSIDERANDO QUE:

1.- Las Academias Nacionales de Medicina son corporaciones que tienen una ineludible responsabilidad en el desarrollo de la medicina y congregan a profesionales de la más alta calificación, tienen la obligación de contribuir a superar los problemas de salud e investigación en sus respectivos países.

2.- La investigación en medicina y salud, entre otros aportes, contribuye al aumento de los conocimientos médicos, al desarrollo de la medicina, a la incorporación al medio local de los avances médicos que ocurren en el mundo, a conocer mejor la realidad sanitaria de la población y a corregir la inequidad en salud. Además, la inversión en investigaciones sobre patologías de frecuencia elevada o manejo costoso puede producir un beneficio social y económico significativo.

3.- La organización, el estímulo y financiamiento que recibe la investigación en salud en los países Latinoamericanos es débil y desigual, lo que indica una insuficiente y diferente valoración de la importancia de esta actividad. Ningún país ha establecido que una proporción de su gasto en salud se destine a investigación, como ha sido recomendado por la OPS/OMS.

4.- Prácticamente no existen organismos o instituciones que concentren la información, definan las políticas, gestionen y distribuyan los recursos disponibles para la investigación en salud. En algunos países esto lo realiza el Ministerio de Salud y, en otros, un Consejo o Comisión de Investigación en Ciencia y Tecnología, que abarca a todas las disciplinas.

5.- En el desarrollo de la investigación en Latinoamérica inciden, en forma relevante, la mayor o menor tradición en esta actividad, el grado de interés gubernamental y del sector productivo y la disponibilidad de investigadores calificados.

6.- Existen en la Región modelos de instituciones temáticas en áreas de salud específicas, que han favorecido significativamente la investigación, la atención médica y la docencia.

7.- Es común a los países de la Región la concentración de la investigación en salud en las universidades más tradicionales con poca participación del área productiva.

LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ACADEMIAS NACIONALES DE MEDICINA RECOMIENDA QUE:

1.- Los gobiernos de la Región se comprometan con el desarrollo y financiamiento de la investigación en medicina y salud en sus respectivos países y, establezcan una proporción de su presupuesto en salud para financiar las investigaciones en el área, dando cumplimiento a los acuerdos de la OPS/OMS sobre esta materia.

2.- Se implemente en los países un organismo o sistema técnico y autónomo que estimule la investigación, concentre la información disponible sobre ella, priorice las materias a investigar conjuntamente con las autoridades sanitarias y, en fin, facilite el desarrollo y aplicación de la actividad investigativa.

3.- Se estimule la formación de investigadores y se implemente una carrera estructurada y debidamente rentada para ellos, tanto en las universidades como en otras instituciones vinculadas al sector salud.

4.- Se contemple un mayor desarrollo de centros de investigación temáticos de calidad, que conjuguen el trabajo médico, la investigación aplicada y la docencia a un área específica de la medicina, de importancia médico-social.

5.- Las Academias Nacionales de Medicina se comprometan a ilustrar y colaborar con las autoridades sanitarias en la toma de conciencia de la trascendencia que tiene para la medicina y salud pública la investigación biomédica, la formación de investigadores en el área y la institucionalización de la investigación biomédica en los respectivos países.■

SITUACIÓN DE LA SALUD EN LATINOAMÉRICA

CONSIDERANDO QUE:

1.- En Latinoamérica los principales factores determinantes de la situación de salud son el modelo de sistema sanitario, la pobreza, la educación, el saneamiento ambiental, la disponibilidad de agua potable y alcantarillado y el envejecimiento de la población y, por otra parte, las principales carencias que dificultan la planificación e implementación de las políticas y programas de salud son: la insuficiente cobertura, la falta de recursos humanos y los defectos de gestión.

2.- En contraste con la magnitud de la pobreza, la proporción del PIB que se invierte en salud en Latinoamérica es, en promedio, de 5,9%, de carácter predominantemente público, muy por debajo de lo que invierten los países desarrollados como Canadá (8.9%) o USA (16%).

3.- En la mayoría de los países existe un seguro universal de salud pero, en lo que respecta a prevención y tratamiento, alrededor de un quinto de la población no está cubierta por los sistemas de salud. La atención primaria ha demostrado ser una estrategia de alta eficacia

para el cuidado de la mayor parte de las enfermedades del adulto y niño, en la medida que esté a cargo de profesionales calificados.

4.- Si bien algunos países de la Región tienen una adecuada relación médico-habitantes, el promedio regional es insuficiente (1 médico por 1.131 habitantes). Por otra parte, el número de Escuelas de Medicina en Latinoamérica es alta (354), predominantemente de carácter privado, pero su acreditación no está determinada en todos los países.

5.- En los países latinoamericanos, las principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y accidentes, tal como ocurre en los países desarrollados; sin embargo, en algunos todavía son causa importante de mortalidad las enfermedades infecciosas y parasitarias, la diabetes y las afecciones perinatales. El embarazo, parto y puerperio es la primera causa de egresos hospitalarios, seguida de las enfermedades cardiovasculares, digestivas y respiratorias y, en algunos países, el aborto, la neumonía, los traumas y envenenamientos y las enfermedades del sistema gíneco-urinario. Por su parte, las principales causas de pérdida de años de vida saludable son: las enfermedades cardiovasculares y neuro-psiquiátricas, los accidentes, las enfermedades infecciosas y el cáncer.

LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ACADEMIAS NACIONALES DE MEDICINA RECOMIENDA:

1.- Implementar, con urgencia, políticas económico sociales destinas a disminuir la pobreza y eliminar, en el más breve plazo, aquella de carácter extremo. También, aumentar una cobertura educacional de calidad, ya que pobreza y educación son los principales factores condicionantes de la situación de salud de la población.

2.- Lograr la cobertura universal de la atención sanitaria, tanto respecto al fomento de la salud y prevención de enfermedades como para la atención médica de las personas. Para este propósito y, particularmente, para la atención de los sectores más desvalidos de la población, la responsabilidad del Estado es ineludible.

3.- Adoptar medidas eficaces para el cuidado del medio ambiente, combatiendo la contaminación del aire, ríos, lagos y mar, aumentando significativamente la forestación y las áreas verdes en las ciudades y garantizando la disponibilidad de agua potable y alcantarillado.

4. Incrementar sustancialmente la inversión en salud, para poder enfrentar los costos de la atención sanitaria, particularmente elevados en la atención de las personas, en razón del desarrollo de los conocimientos médicos y de la tecnología de uso clínico habitual. La inversión en salud está justificada por la gran importancia médico social y política que tiene el sector para lograr el crecimiento y desarrollo económico de nuestros países. Particular atención debe darse a la eficiencia de la gestión de los servicios sanitarios y al uso responsable de los recursos disponibles.

5.- Esforzarse para que los sistemas de salud sean equitativos, centralizados en su planificación y descentralizados en su ejecución, para hacerlos más eficientes y cercanos a

las personas, de modo que hagan posible el acceso de toda la población a una atención sanitaria oportuna, eficiente, sin trabas burocráticas.

6. Poner énfasis en la educación, adopción de hábitos de vida saludable y en las acciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades infecto-contagiosas y crónicas no trasmisibles. Dar particular importancia al control de la embarazada, la atención del parto y puerperio y del recién nacido y al control periódico del niño sano.

7.- Garantizar una atención primaria resolutivamente eficaz, cercana a los enfermos, debidamente coordinada con los niveles de atención de mayor complejidad y a cargo de profesionales calificados para esta importante tarea.

8.- Adoptar políticas y medidas destinadas a disminuir el costo de los medicamentos esenciales, con el fin de hacerlos accesibles a los pacientes, especialmente a los de menores recursos. La introducción en el mercado de una extensa variedad de medicamentos genéricos, de calidad controlada, es una medida aconsejable para estimular la competencia y proteger a la población de eventuales abusos de los monopolios farmacéuticos.

9.- Implementar y hacer efectivos sistemas de acreditación de las Escuelas de Medicina para asegurar la calidad de la formación de los recursos humanos para la salud, definiendo criterios regionales comunes de acreditación, a lo que las Academias de Medicina pueden prestar importante ayuda. El número de médicos debe incrementarse en aquellos países en que es aún insatisfactorio, lo que actualmente se ve posible por el importante número de Escuelas de Medicina que hay en la región.■

22.- Declaración Pública de la *ALANAM* sobre Políticas de Salud para Latinoamérica

Los Presidentes y Delegados Permanentes de las Academias Nacionales de Medicina de Latinoamérica (*ALANAM*), reunidos en la XIX Reunión de su Consejo Directivo en Santiago de Chile, del 28 al 30 de octubre de 2010 acuerdan, por unanimidad, emitir la siguiente Declaración sobre Políticas de Salud para la Región:

CONSIDERANDO QUE:

1. La salud es uno de los componentes de la calidad de vida y bienestar de las personas y está íntimamente ligada a los niveles de ingreso, de educación, al saneamiento ambiental, disponibilidad de agua potable y alcantarillado y otras condicionantes sociales. De allí que el progreso en salud requiere de crecimiento y desarrollo económicos, de políticas y estrategias sociales integrales, éticas y coherentes y de un uso eficiente de los recursos disponibles.

2. Los índices de pobreza en la Región son muy elevados, estimándose que un 44% de su población, unos 230 millones de personas, viven en la pobreza y, de ellos, alrededor de 110 millones en la pobreza extrema e indigencia. En esta realidad, un gran porcentaje de esa población no puede asumir los costos de la atención de salud, situación que los Estados deben considerar prioritariamente al organizar sus sistemas de atención médica y sanitaria. Por otra parte, la educación muestra deficiencias, especialmente en el nivel preescolar; se estima que 15 millones de niños entre 3 y 6 años de edad no están en el sistema escolar, lo que corresponde a un 40% de ese grupo etario.

3. Los Gobiernos de los Estados tienen el deber de velar por el derecho a la salud de todo ser humano, asegurando el acceso de toda la población a los servicios sanitarios y a la atención médica. Esto implica lograr una cobertura universal en salud y equidad en el acceso a este bien, a través de sistemas sanitarios que, adaptados a la realidad de cada país, consideren las necesidades de la comunidad al margen de la capacidad económica de las personas y de los intereses comerciales. La atención médica debe estar a cargo de médicos cuya idoneidad esté debidamente certificada y estén sujetos a las regulaciones para el ejercicio de la profesión, propias de cada país. Por su parte, las personas tienen el deber del autocuidado de la salud, adoptando hábitos de vida saludables que prevengan enfermedades que son no sólo una carga para ellas sino para toda la sociedad.

4. La situación de salud de la población latinoamericana es, en muchos aspectos, insatisfactoria, sin perjuicio de los avances que han logrado en esta materia que, entre otros aspectos, se refleja en la disminución de tasas de mortalidad y el aumento en la expectativa de vida, indicadores que, en todo caso, están aún lejos de los que exhiben los países desarrollados.

5. Actualmente, el perfil epidemiológico de los países latinoamericanos muestra, como principales causas de muerte, a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes y violencia pero, en algunos de ellos, aún son muy importantes las enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes, el VIH/SIDA, el paludismo, las enfermedades prevalentes en la madre y el niño. También, en muchas comunidades hay carencias graves en la disponibilidad de agua potable y de alcantarillado**.**

6. El acceso de los pacientes a médicos generales y especialistas, el financiamiento de la atención, la calidad de la infraestructura sanitaria y la acogida que se brinda a los enfermos, son poco satisfactorios. En nuestros países se debe seguir ampliando el trabajo en la atención primaria de salud como estrategia eficiente y eficaz de atención de la población; sin embargo, ésta aún muestra deficiencias en su cobertura, funcionamiento en red y coordinación con los niveles más complejos.

7. Las acciones sistemáticas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, indispensables para mejorar la salud colectiva, muestran debilidades e incoherencias y suelen carecer de continuidad en el tiempo.

8. El acceso de las personas a los medicamentos es limitado, debido al alto costo de ellos que, muchas veces, la mayoría de la población no está en condiciones de cubrir.

9. La investigación en medicina y salud, en términos comparativos, es incipiente, pese a ser indispensable para un adecuado conocimiento de la realidad médica y sanitaria de cada país, así como para priorizar los problemas de salud que es necesario enfrentar y resolver.

LAS ACADEMIAS NACIONALES DE MEDICINA DE LATINOAMERICA, EXHORTAN A LOS GOBIERNOS DE LA REGIÓN A:

1. Hacer los mayores esfuerzos para actuar sobre las determinantes de la salud, definiendo objetivos e implementando estrategias para el crecimiento y desarrollo económico-social, que permitan eliminar, en el corto plazo, la pobreza extrema y la marginalidad y, en el mediano plazo, disminuir progresivamente la pobreza. Lograr en el plazo más breve cobertura universal en educación preescolar y primaria de calidad, mejorar la formación de los profesores e implementar tecnologías modernas de apoyo a la enseñanza. Así mismo, invoca a hacer efectivas políticas públicas adecuadas para lograr un medio ambiente saludable, impidiendo la instalación de industrias contaminantes, combatiendo la polución del aire, de los lagos, ríos y mares, extendiendo la forestación y las áreas verdes en las ciudades.

2. Definir objetivos sanitarios cuantificables y evaluables en plazos predeterminados, estableciendo metas e indicadores de salud. Asimismo, intensificar y extender las acciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, manteniéndolas en el tiempo y midiendo sus resultados.

3. Profundizar la estrategia de atención primaria de salud, extendiendo esta red asistencial a toda la población, haciéndola resolutiva y mejorando su coordinación con los niveles

secundarios y terciarios. Por otra parte, exhorta a perfeccionar los servicios de atención de urgencias médicas y quirúrgicas, de modo que den atención oportuna y de calidad a las personas que sufren afecciones que requieren solución impostergable.

4. Asegurar que la organización, funcionamiento e infraestructura de los establecimientos sanitarios resguarden la dignidad de las personas y su privacidad, dispongan de tecnología de uso clínico habitual, preserven condiciones laborales adecuadas de su personal y fomenten el trato humanizado a los pacientes, por parte de todos los miembros del equipo de salud. Incrementar progresivamente la inversión en salud, de modo que permita enfrentar el costo real de la atención sanitaria y satisfacer, oportunamente y con calidad, las necesidades de salud de las personas.

5. Adoptar políticas públicas destinadas a disminuir el costo de los medicamentos, haciéndolos más accesibles a la población e impidiendo prácticas comerciales abusivas, que dañan a los pacientes. Adicionalmente, implementar un amplio listado de medicamentos genéricos con control de calidad y diversificando su oferta.

6. Fortalecer la investigación en salud, de acuerdo con las buenas prácticas clínicas, en aquellas materias prioritarias para el interés sanitario de la población, asegurando su financiamiento, la formación de investigadores de carrera e implementando un sistema técnico y autónomo que la apoye

7. Requerir la acreditación de las Escuelas de Medicina e instarlas a que, en la formación de los futuros médicos y profesionales de la salud, se ponga énfasis en el espíritu solidario y de servicio a la comunidad y en el comportamiento ético que exige el ejercicio de las profesiones de la salud.

Finalmente, las Academias Nacionales de Medicina de los países latinoamericanos reiteran su ofrecimiento para colaborar con los Gobiernos a fin de alcanzar los objetivos arriba señalados.

23.- Actividades sociales de la XIX Reunión de la *ALANAM*

Las comidas (almuerzos y cenas) se efectuaron en el piso 21 de la San Cristóbal Tower del Hotel Sheraton de Santiago, donde se alojó a las delegaciones. El día jueves 28 de octubre se obtuvieron las siguientes imágenes, durante el almuerzo:

Fig. 6.23.1.- Académicos Misael Uribe Esquivel, Roberto Medina Santillán y, de espaldas, Leopoldo Briceño-Iragorry.
Fig. 6.23.2.- Académicos Eduardo Aranda Torrelio, Leopoldo Briceño-Iragorry, Misael Uribe y Roberto Medina Santillán.

Fig. 6.23.3.- Señora de Morelli, Académicos Óscar H. Morelli y Claudio Aoün Soulie y Señora de Aoün.
Fig. 6.23.4.- Académicos Leopoldo Briceño, Zoilo Cuéllar-Montoya, Misael Uribe y Roberto Medina.

Fig. 6.23.5.- Académico Eduardo Aranda Torrelio. **Fig. 6.23.6.-** Académicos Miguel Lucas Tomás, Carlos Arrea Baixench, … y, a la derecha, Mario Paredes Suárez.

El viernes 29 de octubre, a las 20 horas, tuvo lugar la cena oficial de la XIX Reunión de la *ALANAM*, en el mismo restaurante del Hotel Sheraton de Santiago, durante la cual se registraron las siguientes imágenes:

Fig. 6.23.7.- Académico Mario Paredes, Señora de Paredes, Académicos Zoilo Cuéllar-M. y Rolando Calderón V. **Fig. 6.23.8.-** Académicos Alejandro Goic G. y Eduardo Pretell Z., Sra. Cecilia de Pretell y Académico Mario Paredes. Fotografías de ZCM.

Figs. 6.23.9.- y Fig. 6.23.10.- Diferentes aspectos de los asistentes al comedor de la San Cristóbal Tower del Hotel Sheraton de Santiago. Fotografías de ZCM.

Fig. 6.23.11.- y Fig. 6.23.12.- Diferentes aspectos de los asistentes al comedor de la San Cristóbal Tower del Hotel Sheraton de Santiago. Fotografías de ZCM.

Fig. 6.23.13.- Señora de Morelli, Académicos Óscar H. Morelli y Abraam Sonis y Señora de Sonis.
Fig. 6.23.14.- De espaldas, Académico Miguel Lucas Tomás, a su izquierda, Académico Mauricio Letort Calisto y Señora, Académicos Fernando Hidalgo Ottolenghi y Roberto Medina Santillán y Señora de Lucas Tomás, … . Fotografías de ZCM.

Fig. 6.23.15.- Académicos Fernando Hidalgo Ottolenghi y Roberto Medina Santillán y Señora de Lucas Tomás y Señora …. **Fig. 6.23.16.-** Académicos Gilberto Ríos Ferreira, José Luis Peña Delgado y Miguel Lucas Tomás. Fotografías de ZCM.

Fig. 6.23.17.- Señora … Paredes, Académico Pietro Novellino, Señora de Novellino y Señora de Paredes Suárez. Fotografía de ZCM.

El sábado 30 de octubre, a las 13 horas, los participantes en la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Asociación Llatinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (*ALANAM*) asistieron a una visita guiada a la Viña Santa Rita, distante pocos kilómetros de la ciudad de Santiago, cuyas instalaciones sociales y las de elaboración y bodegaje de los vinos, tuvieron la oportunidad de conocer, con la gentil asesoría de una guía de la empresa. Al finalizar ésta, les fue ofrecido un almuerzo en el restaurante de la Viña durante el cual, además de compartir con todos los demás participantes y sus familiares, los asistentes tuvieron la oportunidad de una despedida digna de un País vinícola como la República de Chile..

Fig. 6.23.18.- Al ingresar el visitante a la Viña se encuentra, en primer lugar, con este letrero con el nombre de la empresa, alegóricamente gravado en la tapa de un tonel vinícola. **Fig. 6.23.19.-** Panorámica de los viñedos de la Viña Santa Rita. Fotografías de ZCM.

Fig. 6.23.21.- Diferentes aspectos del exterior de la sede social de la Viña Santa Rita. Fachada, patio y astas de bandera. **Fig. 6.23.21.-** Otro costado de la misma fachada. Fotografías de ZCM.

Fig. 6.23.22.- Fachada interior de la sede social de la Viña Santa Rita que mira a los viñedos. **Fig. 6.23.23.-** Furgoneta de reparto de la Viña, de la década de 1920. Fotografías de ZCM.

Fig. 6.23.24.- Vista general de algunos de los asistentes a la planta del viñedo, dentro de los cuales se pueden distinguir, de izquierda a derecho, a partir de la puerta de ingreso a la bodega, al Señor Académico Pietro Novellino y su Señora (Brasil), a los Señores Académicos Fernando Hidalgo (Ecuador), Leopoldo Briceño-Iragorry (Venezuela) y Miguel Lucas Tomás y su Señora (España), a los Señores Académicos Rodolfo Armas Merino y Alejandro Goic Goic (Chile), a la hija y la Señora de Paredes Suárez, tras ellas, el Señor Académico Fausto Garmendia Lorena (Perú) y el Señor Académico Mario Paredes Suárez (Ecuador), quien aparece de perfil. **Fig. 6.23.25.-** Detalle del grupo con los Señores Académicos Profesores Fernando Hidalgo (Ecuador), Leopoldo Briceño-Iragorry (Venezuela) y Miguel Lucas Tomás y su Señora (España) y, detrás de ella, el Señor Académico Roberto Medina Santillán (México). Fotografías de ZCM.

Fig. 6.23.26.- Señor Académico Eduardo Pretell Zárate (Perú), Señora de Sonis (Argentina), Señores Académicos Alberto Perales Cabrera (Perú) y Pietro Novellino (Brasil). **Fig. 6.23.27.-** Panorámica de los asistentes visitando la factoría de vinos de la Viña. Fotografías de ZCM.

Fig. 6.23.28.- Señores Académicos Roberto Medina Santillán (México) y Zoilo Cuéllar-Montoya (Colombia), en la bodega de la Viña Santa Rita. **Fig. 6.23.29.-** Durante el almuerzo en el comedor de la Viña, de izquierda a derecha: Académico Mario Paredes Suárez, su Señora y su hija; la Señora de Rivellino, los Académicos Pietro Rivellino y Claudio Aoün y … . Fotografías de ZCM.

24.- Reseña y Estatuto de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (*ALANAM*). Perfil de las Academias Iberoamericanas.

Reseña de la *ALANAM*

La Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*), es una Corporación que reúne a las Academias Nacionales de Medicina de Latinoamérica, e incluye a la Real Academia Nacional de Medicina de España y a la Academia Portuguesa de Medicina. Fue creada en la ciudad de Bogotá, Colombia, por iniciativa del distinguido Académico Profesor Gonzalo Esguerra Gómez, por ese entonces Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, el 29 de noviembre de 1967, en horas de la mañana, en el Auditoria de la sede de la Academia de Colombia, en el segundo piso del Edificio de la Carrera 9ª con Calle 20 de Bogotá, con la presencia, en la Mesa directiva, además del Presidente Esguerra Gómez y de los Señores Académicos Profesores Andrés Soriano Lleras, vicepresidente, Alberto Cárdenas Escovar, secretario general de la Academia, de los Señores Ministros de Relaciones Exteriores – Doctor Germán Zea Hernández – y de Salud – Antonio Ordóñez Plaja -, en representación del Señor Presidente de la República de Colombia, Doctor Carlos Lleras Restrepo (1966 - 1970), con el quórum completo de los miembros de la Academia Nacional de Medicina residentes en Bogotá y la presencia de los Señores Embajadores de los países que conformaron la primera nómina de la Asociación, Excelentísimos Señores don Juan Francisco Guevara, de la Argentina; don Jorge de Carvalho da Silva, del Brasil; don Javier Lira Merino, de Chile; don Celestino Herrera Frimont, de México; don Fernán Cisneros Díez Canseco, del Perú y don Juan Oropeza, de Venezuela. Hoy conforman la Asociación las Academias Latinoamericanas de Argentina (fundada en 1822), Bolivia (1989), Brasil (1829), Colombia (1873), Costa Rica (1994), Chile (1964), Ecuador (1974), México (1864), Paraguay (1986), Perú (1888), Uruguay (1974) y Venezuela (1904) y La Real Academia Nacional de Medicina de España (1733) y la Academia Portuguesa de Medicina, ambas inicialmente como Miembros Honorarios (1997) y, a partir del 23 de enero de 2002, Miembros en propiedad de la *ALANAM*.

Los objetivos fundamentales de la *ALANAM* son: a) La mutua colaboración científica y técnica de las Academias Nacionales de Medicina de los países latinoamericanos y su cooperación para el fomento de la sanidad pública y el bienestar social. B) El intercambio de publicaciones y trabajos académicos, tales como actas e informes, memorias, dictámenes, revistas y libros. C) La búsqueda de medidas conjuntas en beneficio de la enseñanza médica, la investigación científica y la salubridad pública.

El gobierno de la *ALANAM* lo ejerce su Consejo Directivo, conformado por los Presidentes y Delegados oficiales de cada una de las Academias miembros de la Asociación, cuya Junta Directiva la conforman el Presidente, el Secretario Alterno, ambos con un período de dos años, y el Secretario Ejecutivo, con sede en la Academia Nacional de

Medicina de Colombia en Bogotá D. C., cuyo período es de 6 años, cargo que ocupa, en la actualidad, el Señor Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya, cuyo período concluye en este mes de octubre de 2010. Hasta este mismo mes de 2010, y desde el día 20 de septiembre de 2008, ocupan la Presidencia de la *ALANAM* el Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic, Presidente de la Academia Chilena de Medicina, y la Secretaría Alterna, el Señor Académico Profesor Rodolfo Armas Merino, Secretario de la misma Academia.

La *ALANAM* realiza, cada dos años, las reuniones de su Consejo Directivo, de tres días de duración, reuniones en las que se estudian temas programados en la sesión administrativa de la reunión anterior, y se adoptan conclusiones y recomendaciones pertinentes sobre cada tema, que deben presentar las Academias a sus respectivos gobiernos.

Inicialmente, a partir de 1968 y hasta 1993, se realizaron 12 Reuniones de Trabajo, en las que se prepararon las Reuniones bianuales del Consejo Directivo, las cuales fueron suspendidas a partir de la XII Reunión del Consejo Directivo realizada en la ciudad de Montevideo, Uruguay, en marzo de 1995. Reuniones del Consejo Directivo se han realizado, fuera de la de fundación de noviembre de 1967, hasta el mes de octubre de 2010, diecinueve en total, en diferentes capitales de Latinoamérica y España, la penúltima de las cuales tuvo lugar en la Ciudad de México D. F., en septiembre de 2008 y la última en la ciudad de Santiago de Chile, en este mes de octubre de 2010.

Entre los temas tratados se pueden mencionar: "*La Medicina en la sociedad contemporánea*", "*Educación Médica*", "*Adolescencia y drogas*", "*Seguridad Social y asistencia hospitalaria*", "*Costos crecientes de los servicios de asistencia médica*", "*Investigación científica en el área de la salud*" "*Ética y bioética en medicina*", "*Sistemas de Salud en Latinoamérica*", "*Salud y pobreza*", "*Gestión y evaluación de la Atención Primaria de Salud*" y otros más, en tanto que, como ya se anotó, en la Reunión de la *ALANAM* de Santiago de Chile en este mes de octubre de 2010 se discuten los temas de la "*Situación de la Salud en Latinoamérica*" e "*Investigación en salud en Latinoamérica*" y se redactó la "*Declaración Pública de la ALANAM sobre Poíticas de Salud para Latinoamérica*"[1,2].

1.- CUÉLLAR-MONTOYA, Zoilo. *Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina. ALANAM. Itinerario Histórico 1967 - 2002*. ISBN: 958 – 97117 – 3 – 1. Edición Taller Leonardo Canal Mora. Bogotá, Colombia, julio de 2002.
2.- GIC GOIC, Alejandro. *Reseña de la Academia Chilena de Medicina*. LOM Ediciones. Santiago de Chile, 2006.

Estatuto de la ALANAM

La última modificación del Estatuto de la *ALANAM* se realizó en el curso de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Asociación en Santiago de Chile (28 al 30 de octubre de 2010), fecha desde la cual rige el que a continuación se transcribe.

CAPITULO I

Nombre, Sede, Domicilio, Fundación, Constitución, Objeto, Duración y Miembros

Artículo 1º.- : Nombre, domicilio y Sede.

La entidad que se rige por el presente estatuto se denomina Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina y usará la sigla *ALANAM*. La *ALANAM* tendrá su domicilio en la ciudad de Bogotá, D.C., Colombia y su Consejo Directivo deliberará en una sede que tiene carácter rotatorio; se asignará cada dos años, por estricto orden alfabético entre las Academias miembros, pero en caso de renuncia expresa de la Academia a la cual corresponda, el Consejo Directivo podrá asignar la sede a otra Academia, siguiendo el mismo orden alfabético. Habrá una Secretaría Ejecutiva, que funcionará en la ciudad de Bogotá.

Artículo 2º.- : Fundación y Constitución.

a.- La *ALANAM* fue fundada por las Academias Nacionales de Medicina de Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y Venezuela, el 29 de noviembre de 1967, en la ciudad de Bogotá, Colombia.

b.- Las Academias Nacionales de Medicina de Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Paraguay y Uruguay, fueron aprobadas posteriormente por el Consejo Directivo y son, por ello, miembros de la Asociación.

c.- Por afinidad histórica y cultural, la Real Academia de Medicina de España y la Academia Portuguesa de Medicina, con la aprobación unánime del Consejo Directivo y son, por ello, miembros de la Asociación.

d.- Las Academias Nacionales de Medicina que se constituyan en otros países iberoamericanos, podrán ser aceptadas como miembros de la *ALANAM*, previa solicitud de su parte y la aprobación del Consejo Directivo.

Artículo 3º. Objeto y Duración.

La *ALANAM* es entidad sin fines de lucro, de derecho privado, que durará por 99 años, término de vigencia que podrá ser prolongado por el Consejo Directivo conforme a las disposiciones de reforma de estatutos contenida en el presente estatuto, tiene por objeto:

a.- La mutua colaboración entre sus miembros y el apoyo a la excelencia en el ejercicio de la medicina, dentro del más estricto marco ético.

b.- El intercambio de publicaciones y trabajos académicos.

c.- La búsqueda y realización de esfuerzos conjuntos en favor de la enseñanza y la investigación en el campo de la Salud y de la Medicina.

d.- La promoción de la solidaridad del Cuerpo Médico, de la unidad y la calidad en el ejercicio de la profesión y la solución de los problemas que afectan a dicho ejercicio.

Artículo 4o.: Miembros.

Son miembros de la Asociación las Academias Nacionales de Medicina de países iberoamericanos que hayan sido aceptadas por el Consejo Directivo, al tenor de los artículos 1o.y 2o. del presente estatuto.

CAPITULO II

Autoridades

Artículo 5º. : Autoridades.

Las autoridades de la Asociación serán:

a.- El Consejo Directivo, que estará constituido por los Presidentes y los Delegados de las Academias que la integran.

b.- El *Presidente*: será el Presidente de la Academia Nacional designada como sede de la *ALANAM* y será elegido por un período de dos años, independientemente de la duración de su mandato como Presidente de la Academia Nacional a la que pertenezca.

c.- Si el mandato del Presidente activo de la Academia Nacional a la que corresponda la sede no coincide con el período de la *ALANAM*, el presidente de la Academia Nacional sede tendrá la jerarquía de Presidente de Honor durante las Reuniones del Consejo Directivo.

d.- El *Secretario Ejecutivo*, quien será elegido por el Consejo Directivo entre dos candidatos propuestos por la Academia Nacional de Medicina de Colombia, tendrá un período de seis años, y podrá ser reelegido por una sola vez.

e.- El Secretario Alterno. El Presidente de la *ALANAM*, nombrará un Secretario Alterno, dentro de los miembros de la Academia Nacional Sede de *ALANAM*.

f.- *Delegados.* Cada Academia miembro de la *ALANAM* designará un Delegado al Consejo Directivo, cuyo período será de cuatro años y podrá ser reelegido por una sola vez; el delegado tendrá voz y voto en el Consejo Directivo. El Presidente de la *ALANAM* nombrará un Secretario Alterno, con funciones de colaboración.

Parágrafo: El período del Secretario Alterno será el mismo que el del Presidente que lo nombró.

Artículo 6º.-: Reunión del Consejo Directivo. Corresponde al Presidente la responsabilidad de organizar al menos una reunión del Consejo Directivo durante el bienio de su mandato. El tema central en cada reunión de la *ALANAM* será aprobado por el Consejo Directivo.

CAPITULO III

Gobierno, Atribuciones y Funciones

Artículo 7º.- : Gobierno.

El gobierno de la Asociación Iberoamericana de Academias Nacionales de Medicina (*ALANAM*) lo ejercen:

a.- El *Consejo Directivo*, como cuerpo soberano.

b.- El Presidente, como autoridad permanente y representante legal de la Asociación.

c.- El Secretario Ejecutivo y el Secretario Alterno, como lazos de unión entre el *Consejo Directivo* y su Presidente y las diferentes Academias que componen la Asociación.

d.- Los Delegados locales, como puente entre la Secretaría Ejecutiva y la Junta Directiva de cada Academia.

Parágrafo: Al reunirse a deliberar el Presidente y el o los Secretarios, se constituirán en Junta Directiva de la Asociación.

Artículo 8º.- : Del Consejo Directivo.

El *Consejo Directivo* es el cuerpo soberano de la Asociación. Corresponde a éste aprobar o improbar acuerdos y resoluciones por mayoría absoluta de votos de sus integrantes. Los resultados de dichas decisiones se comunicarán a las Academias Miembros de la Asociación por correspondencia cursada por el Secretario Ejecutivo.

Son funciones del *Consejo Directivo* :

a.- Designar, cada dos años, la Academia Sede de la Asociación y reconocer al Presidente de la misma como Presidente de la *ALANAM*.

b.- Disponer de los bienes de la Asociación.

c.- Elegir al Secretario Ejecutivo.

d.- Aprobar o rechazar los proyectos y programas del Presidente y del Secretario Ejecutivo.

e.- Aprobar o improbar los estados financieros que presente el Secretario Ejecutivo.

f.- Aprobar o improbar los informes bienales del Secretario Ejecutivo.

g.- Señalar las estrategias y planes de acción para el desarrollo de las actividades de la *ALANAM* y el cumplimiento de sus objetivos.

h.-Aprobar o rechazar la afiliación de Academias Nacionales de Medicina de Latinoamérica aspirantes a ingresar en la Asociación.

i- Fijar la cuota anual de sostenimiento de la Asociación y las cuotas extraordinarias a que hubiere lugar.

j.- Reformar el presente Estatuto.

k.- Decidir sobre la disolución y liquidación de la Asociación.

Artículo 9º.- : Del Presidente.

El Presidente será el representante legal y social de la *ALANAM*; ejercerá la personería de la Asociación en los negocios y contratos de ésta, en los litigios que pudieran presentarse y en las gestiones ante cualquiera entidad o persona. Puede otorgar los poderes y mandatos que sean necesarios al Secretario Ejecutivo o al Presidente de una Academia Miembro y deberá dejar constancia escrita de ellos, con cargo a dar cuenta al Consejo Directivo de la Asociación.

Son además funciones del Presidente:

a.- Citar y presidir las reuniones del *Consejo Directivo*.

b.- Representar a la Asociación en los actos oficiales y privados que así lo requieran.

c.- Propiciar las relaciones entre las Academias integrantes y las de éstas con otras entidades académicas, científicas o gremiales, nacionales e internacionales, cuando sea conducente para los objetivos de la Asociación.

d.- Ejercer las funciones especiales que le confíe el *Consejo Directivo*.

e.- Avalar con su firma las Actas de las reuniones del *Consejo Directivo* y de la *ALANAM*.

f. Estudiar, aprobar o rechazar, y firmar los contratos, escrituras, transacciones, poderes, convenios y demás documentos oficiales de la *ALANAM*.

g. Cumplir y hacer cumplir el presente Estatuto.

Artículo 10º.- : Del Secretario Ejecutivo.

El Secretario Ejecutivo tendrá a su cargo los archivos, la tesorería y la correspondencia de la Asociación. Estará en contacto frecuente con las Academias integrantes y efectuará las gestiones que le indique el Presidente de la Asociación.

Además, son funciones del Secretario Ejecutivo:

a.- Redactar las Actas y correspondencia de la Entidad.

b.- Tramitar y dar cumplimiento a las Resoluciones y Acuerdos del *Consejo Directivo*.

c.- Manejar la Tesorería de la Asociación, de acuerdo con el Presidente, así como sus cuentas bancarias.

d.- Presentar al Consejo Directivo, en su reunión bienal, los Estados Financieros correspondientes al período respectivo y el informe de actividades de la *ALANAM* durante el mismo lapso.

e.- Colaborar activamente con el Presidente en la preparación y desarrollo de la reunión bienal de la Asociación.

f.- Recopilar, revisar y editar, previo el visto bueno del Presidente, los anales de la reunión bienal, con resumen de las conclusiones aprobadas y de cualquier otra reunión oficial de la Asociación.

g.- Editar el *Boletín Informativo de la ALANAM*, con periodicidad de, al menos, dos números por año calendario.

h.- Preparar y enviar a cada Academia integrante, las Actas de las reuniones administrativas, las cuales tendrán la calidad de documentos privados, sometidos a reserva.

i.- Preparar y enviar a cada Academia integrante, resumen de las ponencias y propuestas de conclusiones y recomendaciones que se vayan a presentar en la reunión bienal, para facilitar la discusión y la adopción de conclusiones y recomendaciones finales.

j.- Ordenar y mantener los archivos y documentos de la *ALANAM*.

k.- Actualizar periódicamente, por escrito, la historia de la Asociación.

Artículo 11º.- : De los Delegados.

Son funciones de los Delegados:

a.- Representar al *Consejo Directivo de la ALANAM* ante su respectiva Academia.

b.- Coordinar las labores del *Consejo* y de la *ALANAM* con la Junta Directiva de la Academia a la que pertenecen.

c.- Asistir y tomar parte, con voz y voto, en las reuniones del *Consejo Directivo*.

d.- Contribuir a la preparación de la ponencia que su Academia presentará en la reunión bienal de la Asociación, coordinar la presentación de la versión escrita, que se recogerá en las actas de la reunión.

CAPITULO IV

Reuniones de la Asociación, quórum y votaciones.

Artículo 12º .- : De las Reuniones.

a.- El *Consejo Directivo* se reunirá, al menos, cada dos años.

b.- La *ALANAM* realizará cada dos años una reunión, la cual constará de dos actividades, a saber:

1.- Sesión de Trabajo científico, de investigación, gremial, etc.

2.- Sesión administrativa del *Consejo Directivo* .

c.- La reunión bienal tendrá lugar en el país de la Academia sede de la Asociación. Su organización y la financiación de los costos locales son responsabilidad de dicha Academia, en tanto que los costos de viaje (pasajes e impuestos aeroportuarios) del Presidente y el

Delegado de las Academias que integran la Asociación, son responsabilidad de cada una de ellas.

d.- La reunión estará presidida por el Presidente de la *ALANAM*. Si el Presidente de la Academia del país sede fuese otra persona, tendrá la categoría de Presidente de Honor, al tenor del artículo 5º, literal c.

e.- Para la sesión de Trabajo, cada Academia designará un representante que participe en los estudios sobre el tema elegido. Los trabajos de las academias deben ser enviados a la Secretaría Ejecutiva de la Asociación, con no menos de noventa (90) días de anticipación a la Reunión, con el fin de que ésta pueda elaborar las Memorias, los resúmenes y el borrador de las conclusiones y recomendaciones de la *ALANAM*.

f.- En las sesiones de trabajo de las reuniones, el *Consejo Directivo* considerará:

1.- Temas de importancia y actualidad científica, médico-social, gremial y de investigación en el ámbito iberoamericano.

2.- Los informes que, sobre el tema escogido al finalizar la reunión anterior, presentasen las Academias durante dichas sesiones de Trabajo. Las conclusiones y recomendaciones las discutirá el Consejo Directivo, y el documento final será presentado a las autoridades pertinentes de cada país.

3.- La aprobación y difusión de las conclusiones y recomendaciones que sobre dicho tema surjan de la reunión.

4.- Las estrategias y los programas indispensables para aplicar, en el área Iberoamericana, y hacer efectivas, las conclusiones y recomendaciones de sus deliberaciones.

5.- El tema o temas para estudiar y profundizar durante el siguiente bienio, sobre el cual presentará cada Academia una ponencia en la siguiente reunión.

g.- En la sesión administrativa de la reunión, el *Consejo Directivo* cumplirá las funciones que le fija el artículo 8º. Además, y en la medida de lo posible, orientará al nuevo presidente hacia un plan de trabajo definido.

h.- El Presidente y el Secretario Ejecutivo, así como el Secretario Alterno, en la medida de lo posible tendrán, al menos, una reunión de trabajo, administrativa y de organización operativa, previa a la reunión bienal, en el lugar que lo estimen conveniente.

Artículo 13º.- <u>De la asistencia a las reuniones</u>.

A las reuniones bienales de la Asociación podrán asistir, por derecho propio:

a.- Los miembros del *Consejo Directivo*: con voz y voto.

b.- Los Secretarios, Ejecutivo y Alterno: con voz.

c.- Los Delegados Académicos: con voz y voto.

d.- Cualquier miembro de cualquiera de las Academias que conforman la *ALANAM*, independientemente del grado de Académico que posea (Honorario, de Número, Correspondiente o Asociado): solamente con voz.

e.- Invitados especiales del *Consejo Directivo*. Solo con voz, por invitación.

Artículo 14º.- : <u>Del quórum</u>.

En las reuniones del *Consejo Directivo*, hará quórum la mitad más uno de los miembros con derecho a voto.

Artículo 15º .- : <u>De las votaciones</u>.

a.- Las decisiones de la Asociación se tomarán por mayoría absoluta de votos.

b.- Para las elecciones de sede y de Secretario Ejecutivo de la *ALANAM*, se requiere un 70% a favor del total de votos de quienes con derecho a éste se encuentren presentes en la sala.

c.- Para la aprobación de modificaciones al Estatuto se requiere el voto afirmativo de, por lo menos, las dos terceras partes de las Academias integrantes de la Asociación.

CAPITULO V

Estatuto y Reglamento

Artículo 16º.- :De la Reforma del Estatuto.

La reforma del Estatuto se podrá considerar en las siguientes circunstancias:

a.- Cuando sea propuesta al *Consejo Directivo* por el Presidente, el Secretario Ejecutivo y\o el Secretario Alterno, en forma conjunta (Junta Directiva).

b.- Cuando sea propuesta al *Consejo Directivo* por no menos de dos Academias miembros de la Asociación.

Parágrafo: En cualquiera de las dos circunstancias, la propuesta debe hacerse conocer de todas las Academias que constituyen la Asociación, con no menos de (90) días de anticipación de la fecha de la reunión del *Consejo Directivo* en la cual haya de tratarse.

Artículo 17º.- : De la aprobación de la Reforma.

Para la aprobación de la reforma del Estatuto se requiere, al menos, dos debates que el *Consejo Directivo* realizará, en días diferentes, durante la reunión bienal de la Asociación en la que se trate dicha reforma. La votación puede realizarse al finalizar el segundo debate o, en el caso en que así lo considere el *Consejo Directivo*, por vía epistolar.

Artículo 18º.- : Del Reglamento de la Asociación.

El *Consejo Directivo*, de considerarlo necesario, podrá adoptar un Reglamento operativo que complemente, en un momento dado, al presente Estatuto. Para que el *Consejo Directivo* de aprobación a dicho Reglamento, se requieren las mismas condiciones que para la reforma del Estatuto.

CAPITULO VI

Patrimonio y Finanzas

Artículo 19º.- : Del Patrimonio.

Constituyen el patrimonio de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina los siguientes bienes:

a.- Sus bienes muebles e inmuebles y enseres en general.

b.- Las donaciones que se le hagan.

c.- Las rentas de sus propios bienes.

d.- El producido de sus propias actividades.

e.- Los aportes de las respectivas Academias.

Parágrafo: Los bienes de la entidad no podrán enajenarse a ningún título sin autorización del *Consejo Directivo*.

Artículo 20º.- : De las Finanzas de la Asociación.

a.- El soporte financiero de la Asociación proviene de:

1.- La contribución anual de las Academias miembros de la Asociación.

2.- Las contribuciones de Organismos Nacionales o Internacionales.

3.- Los convenios que realice la Asociación, en el campo de la salud pública, con multinacionales o con instituciones similares, nacionales o internacionales.

b.- El Secretario Ejecutivo será el encargado del manejo de fondos, de acuerdo con el Presidente de la Asociación.

c.- Los estados financieros se revisarán y someterán a aprobación, por parte del *Consejo Directivo*, en cada reunión bienal de la Asociación.

CAPITULO VII

De las Condecoraciones y otras Distinciones

El Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*), teniendo en cuenta la necesidad de honrar y enaltecer a personas e instituciones nacionales, regionales o de otros países del mundo que se hayan distinguido por sus connotados servicios en pro de los objetivos de la *ALANAM*, que hayan contribuido en manera significativa a los avances y perfeccionamiento de la ciencia médica, de los principios éticos e incremento de las labores académicas íberoamericanas, que se hayan destacado por una trayectoria profesional y académica de excelencia y un elevado espíritu científico,

Resuelve:

Artículo 21º.- Del establecimiento de la "*Condecoración de la ALANAM*".

Establécese la "*Condecoración de la Asociación Latinamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*".

Artículo 22º.- De la regencia de la "*Condecoración de la ALANAM*".

La "*Condecoración de la Asociación Latinamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*", será regida por la Junta Directiva de la Asociación y el Consejo Directivo de ésta será su máxima autoridad.

Parágrafo: El Presidente en ejercicio de la *ALANAM* detentará las funciones de "*Canciller*" de la "*Condecoración*".

Artículo 23º.- Del otorgamiento de la "*Condecoración de la ALANAM*".

Corresponde al Consejo Directivo de la Asociación, por propuesta de la Junta Directiva de ésta otorgar, por Resolución motivada, la "*Condecoración de la ALANAM*" a las personas o instituciones que, a su juicio, y por sus ejecutorias y merecimientos, se hayan hecho dignas de ella.

Artículo 24º.- De los grados de la "*Condecoración de la ALANAM*".

La "*Condecoración de la Asociación Latinamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*", consta de los siguientes grados:

a.- Cruz de Oro de la *ALANAM*.

b.- Cruz de Plata de la *ALANAM*.

Parágrafo: Cada una de las condecoraciones será acompañada por un pergamino que incluye la nota de estilo con el Número de la Resolución de Junta Directiva por la cual se otorga la Condecoración y las razones de dicha distinción.

Artículo 25º.- De a quienes puede ser concedida la Cruz de Oro.

La Cruz de Oro sólo puede ser concedida a los Expresidentes de la Asociación, a Jefes de Estado y a aquellas instituciones académicas que se hayan distinguido por sus aportes a la Asociación y a la Salud de Latinoamérica, España y Portugal.

Artículo 26º.- De a quienes puede ser concedida la Cruz de Plata.

La Cruz de Plata de la Asociación está destinada para quienes dicten la Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*", que se establece como un homenaje a la Memoria del Fundador de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*). También se podrá otorgar a Ministros, Embajadores y Gobernantes, a Académicos y Benefactores que hayan prestado un decidido apoyo a la *ALANAM* y hayan contribuido en forma sobresaliente a su progreso.

Artículo 27º.- De la Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*".

La Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*" será asignada por recomendación de la Junta Directiva al Consejo Directivo de la Asociación y su elección recaerá en una persona de trascendencia iberoamericana o mundial, con experiencia en un tema de utilidad y actualidad para la región en el ámbito de la salud o que tenga algún tipo de ingerencia en ella.

Artículo 28º.- De la imposición de las condecoraciones.

La imposición de las condecoraciones se hará en Sesión Solemne que presidirá el Presidente en funciones de la Asociación, en una Reunión Bienal del Consejo Directivo de la Asociación.

CAPITULO VIII

Disolución y Liquidación

Artículo 29º.- : Disolución y liquidación de la Asociación.

La Asociación podrá disolverse y liquidarse:

a.- Por determinación del *Consejo Directivo*.

b.- Por ausencia definitiva de más del cincuenta (50) por ciento de sus integrantes.

c.- Por voluntad de más del cincuenta (50) por ciento de sus integrantes.

Artículo 30º.- : Del destino de sus bienes.

Disuelta la Asociación por alguna de las causas anotadas, o por causas de orden jurídico, se producirá su liquidación en forma legal y los bienes que haya pasarán a una institución de beneficencia, previo el pago de las deudas sociales que puedan existir.

ZOILO CUELLAR-MONTOYA
Secretario Ejecutivo

Perfil de las Academias Nacionales de Medicina Latinoamericanas y de la Real Academia de España

En el Siglo XVIII, el 10 de mayo de 1733, nació la "*Tertulia Literaria Médica-Chymica-Physica de José Hortega*" que, el 13 de septiembre de 1734 se transformó, por aprobación del Consejo de Castilla y referendo real, en "*Academia Médica Matritense*", conocida en ese entonces, también, como "*Academia de Cervi y Suñol*" (José Cervi y Grasico y José Suñol y Piñal)[1]. Durante el Siglo XIX se fundaron en Latinoamérica las Academias Nacionales de Medicina de Buenos Aires, Argentina (1822), Brasil (1829), México (1864), Colombia (1873) y Perú (1888) y, ya en el Siglo XX, nacieron las Academias Nacionales de Medicina de Venezuela (1904), Chile (1964), Ecuador (1974), Uruguay (1974), Paraguay, (1986), Bolivia (1989) y Costa Rica (1994)[2].

Las Academias Nacionales de Medicina Latinoamericanas, y la de España, son instituciones médicas honoríficas y altamente selectivas. Son homogéneas en sus propósitos y objetivos y disímiles en sus características jurídicas, relaciones con el Estado, complejidad y recursos económicos disponibles. El propósito común es el estudio de los asuntos relativos a la medicina, la educación médica y la salud pública. Algunas con los siguientes objetivos específicos: velar por el buen funcionamiento de la medicina; promover el progreso de la medicina, la educación médica, la salud pública y el profesionalismo; fomentar la investigación científica y el progreso científico de sus miembros; integrar a los líderes de las ciencias médicas; sugerir propuestas sobre políticas nacionales de salud; evacuar consultas de los poderes públicos; discutir y orientar sobre ética médica, historia y filosofía de la medicina, temas de población y medio ambiente; mantener bibliotecas e institutos de investigación; fortalecer la Asociación de Academias de Medicina Latinoamericana. Cinco de ellas (Brasil, Colombia, Costa Rica, México y Perú) definen, como uno de sus principales propósitos, asesorar a los Gobiernos en asuntos de Medicina y Salud, a lo cual agrega la legislación pertinente en Colombia "educación en salud al pueblo colombiano".

Nueve de ellas son instituciones públicas de derecho privado, con personería jurídica, sin ánimo de lucro y cuatro de las Academias son corporaciones privadas (Brasil, Bolivia, Ecuador y México). Nueve de las trece Academias activas en la *ALANAM* reciben financiación estatal, proveniente de los Ministerios de Salud, Educación o Cultura, sin perjuicio de obtener recursos de otras fuentes: algunas se financian con aportes de instituciones de salud y educativas, públicas y privadas, proyectos específicos (México) y la contribución de sus miembros (Bolivia, Ecuador, México y Paraguay). El presupuesto anual promedio es de US $ 32.000.oo, con extremos en Argentina (US $ 4.000.000) y Bolivia (US $ 2.500). Tres de las Academias no poseen sede propia (Bolivia, Perú y Uruguay); cuatro disponen de sede en una institución mayor que las cobija (Chile, Costa Rica, Ecuador y México) y el resto, seis, disponen de sede propia (Argentina, Brasil, Colombia, España, Paraguay y Venezuela).

La denominación de las diversas categorías de miembros son, en general, similares, siendo las principales: Miembros de Número (Titulares), Asociados, Correspondientes y Honorarios, nacionales y extranjeros. Algunas incluyen, además, las categorías de

Fundadores, Eméritos, Beneméritos e Invitados de Cortesía. La cantidad total de miembros en sus diversas categorías oscila entre 20 y 672, con una media de 106 y los Miembros de Número oscilan entre 15 y 560, con una media de 35. El personal administrativo es reducido, variando entre 1 y 52, con una media de 3.

Las actividades habituales se componen de reuniones ordinarias, extraordinarias y solemnes; sesiones científicas, semanales, quincenales o mensuales; conferencias académicas; seminarios; foros; estudios especializados; participación en eventos o congresos; publicaciones. Algunas realizan, además, investigación y docencia formal (Argentina y México).

Todas las Academias emiten publicaciones oficiales con los nombres de Anuario, Archivo, Boletín, Anales, Revista o Gazeta, de periodicidad variable; semestral (Argentina, Bolivia, Costa Rica y Ecuador); trimestral (Colombia, México, Paraguay y Venezuela) y anual (Chile, Perú, Uruguay), así como documentos, reseñas y libros.

En cuanto a la Real Academia Nacional de Medicina de España, forma parte del Instituto de España, junto con otras siete Reales Academias Nacionales (Lengua, Historia, Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, etc) y es una Corporación de Derecho Público, Independiente del Gobierno. Su propósito es fomentar el desarrollo de la medicina española; informar al Gobierno de los asuntos relativos a la medicina y la sanidad pública; recoger material para la publicación de la historia crítica y la bibliografía de la medicina nacional, así como formar un diccionario tecnológico de la medicina; emitir informes sobre consultas de las autoridades respecto a medicina forense y pleitos sobre honorarios de médicos, farmacéuticos y veterinarios. Posée una sede propia en la ciudad de Madrid (Arrieta 12). Su financiación proviene del Ministerio de Educación, con un presupuesto anual de US $ 861.545. Posee Miembros de Número (50), de Honor (16), Correspondientes Nacionales (104) y Extranjeros (84). Los Académicos de las Academias provinciales, ascienden a 448. Tiene 10 empleados en su personal administrativo. Publica, en forma semestral, los Anales de la Real Academia Nacional de Medicina y Boletines Informativos frecuentes[1,3], además de toda una gama de publicaciones históricas, filosóficas y científicas de muchos de sus miembros.

1.- GRANJEL Luís S. *Historia de la Real Academia Nacional de Medicina*. ISBN: 84 – 923901 – 6 – 6. Edit. por Teravilla, para la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 26 de octubre de 2006. pp. 42, 386 y 394.
2.- CUÉLLAR-MONTOYA, Zoilo. *Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina. ALANAM. Itinerario Histórico 1967 - 2002*. ISBN: 958 – 97117 – 3 – 1. Edición Taller Leonardo Canal Mora. Bogotá, Colombia, julio de 2002.
3.- Consolidado elaborado por información recibida de las 12 Academias Latinoamericanas y de la Real Academia de España. Portugal no envió ninguna información.

25.- Índice de Gráficas, Tablas y Cuadros T. II.

Gráficas, Tablas y Cuadros Nº **Texto** **Página**

CAPÍTULO VI

SECCIÓN 5

Cuadro 6.5.1.- Perspectiva particular en la Investigación científica en Latinoamérica. …….

Gráfica 6.5.1.- Producto Interno Bruto en el Ecuador: 2003 a 2007. ……... 765
Gráfica 6.5.2.- Gasto en Salud en el Ecuador en relación al PIB: 2003 a 2007. …….. 765
Gráfica 6.5.3.- Inversión en Salud comparativo en América en relación al PIB. Insuficiente en Ecuador. …… 766
Gráfica 6.5.4.- Gasto en Investigación en Salud en Ecuador, por habitante: 2003 a 2007. …….. 766
Gráfica 6.5.5.- Gasto en Investigación en Salud en Ecuador en % del PIB: 2003 a 2007. …… 766
Gráfica 6.5.6.- Gasto en Ciencia y Tecnología en Ecuador por sector de financiamiento: 2003 a 2007. …… 767
Gráfica 6.5.7.- Publicaciones del Ecuador en Pascal: años 2003 a 2007. …….. 770
Gráfica 6.5.8.- Publicaciones del Ecuador en Biosis: años 2003 a 2007. …….. 770
Gráfica 6.5.9.- Publicaciones del Ecuador en Medline: años 2003 a 2007. ……... 770

Tabla 6.5.1.- Investigadores ecuatorianos por disciplina científica, por año, de 2003 a 2007. …… 762
Tabla 6.5.2.- Prioridades en Investigación en Salud. Tema 1. …… 764
Tabla 6.5.3.- Prioridades en Investigación en Salud. Tema 2. …… 764
Tabla 6.5.4.- Gasto en Investigación en el Ecuador en los diferentes Objetivos socioeconómicos. …….. 767

SECCIÓN 6

Cuadro 6.6.1.- Prevalencia de vida de los principales trastornos Psiquiátricos en el Perú. ……
Cuadro 6.6.2.- Indicadores de conducta suicida en los estudiantes de medicina. UNMSM, Lima, 2010. ……..
Cuadro 6.6.3.- Indicadores de conducta suicida en los estudiantes de enfermería. UNMSM, Lima, 2010. ……..

Gráfica 6.6.1.- La teoría Sociobiológica del Hombre. Salud Mental. Desarrollo Moral y Ciudadanía. ……
Gráfica 6.6.2.- Nivel de Tensión (bastante o mucho) según áreas específicas en Lima, sierra, selva, fronteras, costa y Lima rural según ciudad. …….
Gráfica 6.6.3.- La población del departamento de Ayacucho, la más afectada por la violencia política, muestra las mayores prevalencias de tensión

(Cortesía del Dr. J. Saavedra). ……..
Gráfica 6.6.4.- Sentimiento de ser protegido por el Estado, según ciudades: 2002 – 2007. NOTA: Ayacucho y Huaraz muestran el mayor porcentaje de sensación de que el Estado no los protege (Cortesía del Dr. J. Saavedra). ……
Gráfica 6.6.5.- Población con altos niveles de estrés según sexo en Lima Metropolitana Y el Callao. 2002. El impacto del estrés respecto a preocupaciones de La vida diaria se refleja, con mayor intensidad, en la mujer que en los hombres. (Cortesía del Dr. J. Saavedra). …….

SECCIÓN 7

Cuadro 6.7.1.- Actividades *MSP - ANII*. ……

Gráfica 6.7.1.- Proyección de la población por sexos y grupos quinquenales Uruguay 30-VI-2005-2025. …….
Gráfica 6.7.2.- Estrategia de la reforma de la salud en el Uruguay. ……
Gráfica 6.7.3.- Funcionamiento económico y operacional del Seguro Nacional de Salud en el Uruguay. ……

SECCIÓN 8

Tabla 6.8.1.- Tabla I. La Inversión y Publicaciones en algunos países de América Latina. ……
Tabla 6.8.2.- Tabla II. Cuadro comparativo de Inversión en Investigación. ……..
Tabla 6.8.3.- Tabla III. Cursos de Postgrado por áreas de conocimiento en Venezuela. …….
Tabla 6.8.4.- Tabla IV. Cuadro comparativo. Postgrado en América Latina 1994. ……

SECCIÓN 9

Gráfica 6.9.1.- Número de años para que la población de 65 años o más pase de 7% a 14%. …….
Gráfica 6.9.2.- Porcentaje de partos atendidos por personal especializado. Variaciones Entre países según diferencias geográficas, económicas y de educación (Bolivia y Colombia). …….

SECCIÓN 11A

Gráf. 6.11A.1.- ALANAM 2010. Saúde no Brasil. Tamanho absoluto da nação. ……..
Gráf. 6.11A.2.- População residente (%) por situação do domicilio – Brasil – 1940 a 2000.. ……...
Gráf. 6.11A.3.- Pirâmide Etária. ……..
Gráf. 6.11A.4.- Mortalidade proporcional no Brasil 1930 - 2005. ……..
Gráf. 6.11A.5.- Cobertura vacinal nas ações de rutina para menores de um ano de idade. Brasil – 1980 - 2004. ……..
Gráf. 6.11A.6.- Política de Desenvolvimento Produtivo (*PDP*). ……
Gráf. 6.11A.7.- Programa Mais Saúde. ……
Gráf. 6.11A.8.- Hierarquia global do Sector Saúde. Complexo Industrial da Súde (*CIS*) ……..
Gráf. 6.11A.9.- Ações de controle e avaliação. ……

SECCIÓN 11B

Gráf. 6.11B.1.- ALANAM 2010. Salud en el Brasil. Tamaño absoluto da nación. ……
Gráf. 6.11B.2.- Población residente (%) por situación de domicilio
– Brasil – 1940 a 2000.. ……...
Gráf. 6.11B.3.- Pirámide Etaria. ……..
Gráf. 6.11B.4.- Mortalidad proporcional en Brasil 1930 - 2005. ……
Gráf. 6.11B.5.- Cobertura de vacunación en acciones de rutina para menores de
1 año de edad. Brasil – 1980 - 2004. ……..
Gráf. 6.11B.6.- Madres en riesgo. Mortalidad materna. ……..
Gráf. 6.11B.7.- Proporción de nacimientos atendidos por personal de salud calificado. …
Gráf. 6.11B.8.- Política de Desarrollo Productivo (*PDP*). ……..
Gráf. 6.11B.9.- Programa "*Más Salud*". ……..
Gráf. 6.11B.10.- Jerarquía global del Sector Salud. Complejo
Industrial de Salud (*CIS*) …….
Gráf. 6.11B.11.- Acciones de control y evaluación. ……..

Tabla 6.11B.1.- Objetivos del Milenio en Brasil. …….

SECCIÓN 12

Gráfica 6.12.1.- Pirámide de población en Colombia.
Datos 1985 – 1993 – 2008.. ……...
Gráfica 6.12.2.- Homicidios en Colombia por 100.000 habitantes
entre 1997 y 2009. …….....

Tabla 6.12.1.- Recursos del Sector Salud, en 2009. ……..
Tabla 6.12.2.- Indicadores demográficos. Estructura de la población de
Colombia en 2009. ……
Tabla 6.12.3.- Datos y porcentajes que ofrecen los indicadores
socioeconómicos. ……
Tabla 6.12.4.- Cobertura de servicios públicos: ha ido mejorando notablemente,
Hasta lograr, en la actualidad, las cifras anotadas. …….
Tabla 6.12.5.- Indicadores de la oferta de servicios de Salud y Seguridad Social . ……..
Tabla 6.12.6.- Dinámica de la población en Colombia. Datos estimados en 2008. ……..
Tabla 6.12.7.- Reducción de la mortalidad infantil en América Latina y
en Colombia. ……..
Tabla 6.12.8.- Indicadores de enfermedades transmisibles en América
Latina y en Colombia. …….
Tabla 6.12.9.- Causas de mortalidad entre los 20 y los 60 años en Colombia. ……..
Tabla 6.12.10.- Casos y tasas de homicidios por 100.000 habitantes por edad
y sexo en Colombia. ……
Tabla 6.12.11.- Cubrimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud
para el año 2009 en Colombia. ……

SECCIÓN 13

Gráfica 6.13.1.- Tasas de fecundidad en Costa Rica, por edad, por 1000 mujeres.
1950 - 2009. …….....
Gráfica 6.13.2.- Tasas bruta de mortalidad general en Costa Rica. 1950 - 2009. …….
Gráfica 6.13.3.- Tasas de mortalidad infantil 1990 – 2009 y proyección al 2015. ……
Gráfica 6.13.4.- Cifras relativas de la pirámide poblacional en Costa Rica.
1950, 2010, 2035. ……
Gráfica 6.13.5.- Principales causas de muerte en Costa Rica. (1970 – 2004). ……...
Gráfica 6.13.6.- Mortalidad por enfermedad cardiovascular, según año,

en Costa Rica. 2000 - 2009. …….
Gráfica 6.13.7.- Mortalidad por infarto del miocardio en Costa Rica. 2000 - 2009. ……..
Gráfica 6.13.8.- Mortalidad por diabetes mellitus, según año, en Costa Rica. 2000 - 2009. …….
Gráfica 6.13.9.- Mortalidad por diabetes mellitus, según cantón, en Costa Rica. 2000 - 2009. …….
Gráf. 6.13.10.- Mortalidad por tumores malignos en mujeres en Costa Rica. 2000 - 2009. …….
Gráf. 6.13.11.- Mortalidad por tumores malignos en hombres en Costa Rica. 2000 - 2009. …….
Gráf. 6.13.12.- Mortalidad por accidentes de tránsito según año en Costa Rica. 2000 - 2009. …….
Gráf. 6.13.13.- Mortalidad por homicidios según año en Costa Rica. 2000 - 2009. …….
Gráf. 6.13.14.- Casos de tuberculosis en Costa Rica. 1950 - 2009. ……..
Gráf. 6.13.15.- Incidencia y mortalidad por diarrea según año en Costa Rica. 1994 - 2008. ……..
Gráf. 6.13.16.- Evolución de la pobreza, según zona, en Costa Rica. 1987 - 2009. …….
Gráf. 6.13.17.- Gasto del Sector Salud en Costa Rica. 2004 - 2009. ……
Gráf. 6.13.18.- Gasto del Sector Salud en relación con el *PIB* en Costa Rica. 2005 - 2009. ……...
Gráf. 6.13.19.- Gasto per cápita en salud en Costa Rica y otros países. Año 2002. …….

SECCIÓN 14

Tabla 6.14.1.- Garantía de acceso. Problemas AUGE atendidos con mayor frecuencia en el nivel primario de salud. …….....
Tabla 6.14.2.- Garantía de acceso. Problemas AUGE atendidos con mayor frecuencia en los niveles secundario y terciario de salud. …….
Tabla 6.14.3.- Garantía de oportunidad. Retrasos más frecuentes en la atención de Problemas *AUGE* en hospitales de la Región Metropolitana. ……..

SECCIÓN 16

Cuadro 6.16.1.- Partos institucionales. Total de nacidos vivos registrados, por año, en el Paraguay, años 2000 a 2007. ……
Cuadro 6.16.2.- Mortalidad materna según año, en el Paraguay. Tasa registrada Por 100.000 nacidos vivos, años 2000 a 2008. …….
Cuadro 6.16.3.- Mortalidad infantil según año, en el Paraguay. Tasa registrada Por 100.000 nacidos vivos, años 2000 a 2008. ……
Cuadro 6.16.4.- Reseña de la condición de salud en el Paraguay por área geográfica. ……..
Cuadro 6.16.5.- Reseña de asistencia a consulta médica en el Paraguay por área geográfica. …….
Cuadro 6.16.6.- Diferentes tipos de servicio de agua en el Paraguay. ……
Cuadro 6.16.7.- Gasto Privado en Salud per cápita en US$ en el Paraguay: años 2000 a 2004. ……..

Gráfica 6.16.1.- Muestra la tendencia ascendente del Presupuesto, por año del Ministerio de Salud Pública y del BS del Paraguay, en la década de 2000 a 2010. …….....
Gráfica 6.16.2.- Partos vaginales versus otros eventos: años 2007 a 2009. ……....
Gráfica 6.16.3.- Tipo de servicio de agua en los hogares del Paraguay. Todo el país. ……...
Gráfica 6.16.4.- Población enferma o accidentada en el Paraguay. s/quintiles consulta en establecimientos públicos, en 1999 (%). …….....
Gráfica 6.16.5.- Promedio del gasto en salud en los hogares (Bolsillo) en el

Paraguay. 2002 a 2004. …….....

Tabla 6.16.1.- Comparativos entre el porcentaje de vacunación y la mortalidad, en países del Cono Sur. …….....
Tabla 6.16.2.- Defunciones por causas según años en el Paraguay. Período de 2000 a 2008. …….....
Tabla 6.16.3.- Tipo de servicio sanitario en el Paraguay. **.....**

SECCIÓN 17

Tabla 6.17.1.- Principales causas de muerte en Venezuela. ……
Tabla 6.17.2.- Mortalidad por cáncer en mujeres, en Venezuela, en el año 2006. …….
Tabla 6.17.3.- Registro de las cinco primeras localizaciones de Ca. En Venezuela, en ambos géneros. ……
Tabla 6.17.4.- Mortalidad en Venezuela, en el año 2006, según las diferentes ubicaciones del cáncer. …….
Tabla 6.17.5.- Mortalidad por quemaduras en Venezuela, en el año 2007, por cada 100.000 personas. ……
Tabla 6.17.6.- Frecuencia de muertes accidentales de los lesionados en Venezuela, en el año 2007, según grupos de edades. ……...
Tabla 6.17.7.- Tasa de mortalidad infantil en Venezuela, comparativa entre los años 2001 y 2006. ……..

26.- Índice de Figuras T. II.

Figura Nº	Texto	Página
	Panorámica de Santiago de Chile con sus cumbres nevadas al fondo, desde el Piso 21 de la San Cristóbal Tower de Hotel Sheraton Santiago. Fotografía de ZCM. ……..	Carátula
	Escudo de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. ……..	Carátula, Lomo,671, 678.
	Escudo de Colombia. ……	678.
	Escudo de la *ALANAM*. ……	678,679, 681.
Figura 6.00.1.-	Palacio de La Moneda. Santiago de Chile (google.com). ……	679.
Figura 6.00.2.-	Cumbres nevadas que rodean a la ciudad de Santiago. Fotografía de ZCM. ……..	679.
Figura 6.003.-	Edificio de Correos de Santiago (google.com). ……	681.
Figura 6.004.-	Palacete del centro de Santiago, área de Santa Lucía (google.com). ……	681.

CAPÍTULO VI

SECCIÓN 1

Escudo de la *ALANAM*. ……		
Figura 6.1.1.-	Panorámica de Santiago desde el Piso 21 de la San Cristóbal Tower del Hotel Sheraton Santiago. ……	
Figura 6.1.2.-	Panorámica de Santiago desde el Piso 21 de la San Cristóbal Tower del Hotel Sheraton Santiago. Fotografías de ZCM ……	
Figura 6.1.3.-	Panorámica de Santiago desde el Hotel Sheraton Santiago. ……	
Figura 6.1.4.-	Panorámica de Santiago desde el Hotel Sheraton Santiago. Fotografías de ZCM. ……	
Figura 6.1.5.-	Rincones de Santiago. ……	
Figura 6.1.6.-	Rincones de Santiago. Fotografías de ZCM. ……	
Figura 6.1.7.-	Rincones de Santiago. ……	
Figura 6.1.8.-	Rincones de Santiago. Fotografías de ZCM. ……	
Figura 6.1.7.-	Rincones de Santiago. ……	
Figura 6.1.8.-	Rincones de Santiago. Fotografías de ZCM. ……	
Figura 6.1.9.-	Rincones de Santiago. ……	
Figura 6.1.10.-	Mercado Central de Santiago. Fotografías de ZCM. ……	
Figura 6.1.11.-	Montañas que rodean a Santiago de Chile. ……	
Figura 6.1.12.-	Montañas que rodean a Santiago de Chile. Fotografías de ZCM. ……	
Escudo de la Academia Chilena de Medicina. Instituto de Chile. ……		
Figura 6.1.13.-	Panorámicas del Auditorio de la Academia Chilena de Medicina. …….....	
Figura 6.1.14.-	Panorámicas del Auditorio de la Academia Chilena de Medicina. …….....	
Figura 6.1.15.-	Estrado para la Mesa Directiva. Fotografías de ZCM. ……...	
Figura 6.1.16.-	Profesores Rodolfo Armas Merino, Secretario Alterno, y Alejandro Goic Goic,Presidente de la ALANAM. Fotografía de ZCM. …….	
Figura 6.1.17.-	Profesores Claudio Aoün Soulie, Presidente de la Academia de Venezuela y Pietro Novellino, Presidente dela Academia del Brasil. Fotografía de ZCM. …….	
Figura 6.1.18.-	Profesores Gustavo Malagón Londoño, Presidente de la Academia de Colombia y Jorge Codas Thomson, Presidente de la Academia	

del Paraguay. Fotografía de ZCM. ……..
Figura 6.1.19.- Profesores Carlos Arrea Baixench, Presidente de la Academia de Costa Rica Misael Uribe Esquivel, de la Academia de Medicina de México. Fotografía de ZCM. ……..
Figura 6.1.20.- Fachada del Hotel Sheraton Santiago. ……
Figura 6.1.21.- San Cristóbal Tower. Fotografías de ZCM. ……
Figura 6.1.22.- Profesores Mauricio Letort Calisto, Delegado de la Academia Ecuatoriana y Oscar H. Morelli, Delegado de la Academia de Buenos Aires. Fotografía de ZCM. …….
Figura 6.1.23.- Profesores Fausto Garmendia Lorena, Presidente de la Academia del Perú y José Luis Peña Delgado, Presidente de la Academia del Uruguay. Fotografía de ZCM. …….
Figura 6.1.24.- Profesores Eduardo Aranda Torrelio, Presidente de la Academia Boliviana y Misael Uribe Esquivel, de la Academia de México. Fotografía de ZCM. …….

SECCIÓN 2

Escudo de la Academia Chilena de Medicina. ……
Figura 6.2.1.- Mesa Directiva de la Ceremonia Inaugural de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*. De izquierda a derecha: Doctor Rubén Torres, Representante de la OPS en Chile, y Señor José Luis Cea Egaña, Presidente del Instituto de Chile, Señores Académicos Profesores Alejandro Goic Goic, Presidente, y Rodolfo Armas Merinno, Secretario Alterno de la *ALANAM*, y Doctor Pablo Rodríguez Whippe, Presidente del Colegio Médico de Chile. Fotografía de ZCM. …….
Figura 6.2.2.- Mesa Directiva de la Ceremonia Inaugural de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*. De izquierda a derecha: Doctor Rubén Torres, Representante de la OPS en Chile, y Señor José Luis Cea Egaña, Presidente del Instituto de Chile, Señores Académicos Profesores Alejandro Goic Goic, Presidente, y Rodolfo Armas Merinno, Secretario Alterno de la *ALANAM*, y Doctor Pablo Rodríguez Whippe, Presidente del Colegio Médico de Chile. Fotógrafo de la Academia Chilena. ……
Figura 6.2.3.- Camerata Universitaria. Fotografía de ZCM. …….
Figura 6.2.4.- Inauguración: panorámica. Fotógrafo Ac. Chilena. ……
Figura 6.2.5.- Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic. Presidente de la Academia Chilena de Medicina y de la ALANAM. Fotografía de ZCM. …..
Figura 6.2.6.- Enrique Díaz Canedo. Poetapostmodernista, traductor y crítico literario español, nacido en Badajoz, España, el 7 de enero de 1879 y muerto en México, el 7 de junio de 1944. ……
Figura 6.2.7.- Benjamín Subercaseaux Zañaartu. Escritor e investigador chileno nacido En Santiago, el 20 de noviembre de 1902 y muerto en Tacna, Perú, el 11 de marzo de 1973. ……..
Figura 6.2.8.- Señor José Luis Cea Egaña, Presidente del Instituto de Chile. Fotografía de ZCM. …….
Figura 6.2.9.- Doctor Pablo Rodríguez Whipple. Presidente del Colegio Médico de Chile. Fotografía de ZCM. …….
Figura 6.2.10.- Doctor Rubén Torres. Representante de la OPS en Chile. Fotografía de ZCM. …….
Figura 6.2.11.- Profesor Gonzalo Esguerra Gómez. Óleo sobre lienzo. Galería de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Fotografía de ZCM. ……..
Figura 6.2.12.- Profesor Gonzalo Esguerra Gómez. Cavelier G. Jorge. Clínica de Marly 100 años de Historia 1903 – 2003. …….
Figura 6.2.13.- Señor Académico Profesor Juan Verdaguer Terradella. Catedrático De Oftalmología. Conferencista Magistral. Fotografía de ZCM. …….
Figura 6.2.14.- "Eneas herido y sanado". ……...
Figura 6.2.15.- Jan Van Calcar: ilustración para De Humani Corporis Fabrica de Andreas Vesalius. …….
Figura 6.2.16.- Jan Van Calcar: ilustración para De Humani Corporis Fabrica de Andreas Vesalius. …….
Figura 6.2.17.- Rembrandt Harmenszoon van Rijn. "La lección de Anatomía del Dr. Tulp". ……

Figura 6.2.18.- Albrecht Dürer: "Los cuatro jinetes del Apocalipsis". ……..
Figura 6.2.19.- Jean Antoine Gros: "Bonaparte visitando las víctimas de la plaga en Jaffa". ……..
Figura 6.2.20.- Juan Manuel Blanes: "Un episodio de la fiebre amarilla en Buenos Aires (1871)". ……...
Figura 6.2.21.- Eduardo Rosales: "Presentación de don Juan de Austria al Emperador Carlos V". …….
Figura 6.2.22.- André Brouillet: "Course d'histerie - Jean Martin Charcot". …….
Figura 6.2.23.- Francisco de Goya y Lucientes: "Autorretrato con el Dr. Arrieta (1820)". …….
Figura 6.2.24.- Francisco de Goya y Lucientes: "El albañil borracho". ……..
Figura 6.2.25.- "El albañil herido". ……..
Figura 6.2.26.- Jacques-Louis David: "Marat Assasiné". ……
Figura 6.2.27.- Pieter Bruegel el Viejo: "La Parábola de los ciegos". …….
Figura 6.2.28.- Diego Rivera: "Historia de la Cardiología". Inicios. ……...
Figura 6.2.29.- Cardiólogos contemporáneos de Chávez. ……
Figura 6.2.30.- Mario Toral: "Alegoría de la Historia de la Medicina". ……..
Figura 6.2.31.- Pablo Picasso: "Ciencia y caridad. 1897". ……...
Figura 6.2.32.- Eugène Delacroix: "Frèderic Chopin". ……
Figura 6.2.33.- El Señor Académico Profesor Fernando Hidalgo Ottolenchi, recibe la Condecoración "*Cruz de Oro de la alanam*" en nombre del Señor Académico Profesor Plutarco Naranjo Vargas, Ex Presidente de la Asociación quien, por razones de salud, no pudo asistir. Hace la entrega el Presidente de la al ALANAM, el Señor Académico Profesor Alejandro Goic Goic. Del Fotógrafo de la Academia Chilena. ……
Figura 6.2.34.- El Señor Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya, Ex Presidente de la Asociación, recibe dicha Condecoración de manos del Presidente Goic Goic. Fotografía de la cámara de ZCM. ……..
Figura 6.2.35.- El Señor Académico Profesor Misael Uribe Esquivel, Ex Presidente de la Asociación, recibe dicha Condecoración de manos del Presidente Goic. Del Fotógrafo de la Academia Chilena. ……..
Figura 6.2.36.- El Señor Secretario Alterno, Profesor Rodolfo Armas Merino, hace entrega de los pergaminos de reconocimiento a los Señores Ex Secretarios Alternos Académicos Profesores Zoilo Cuéllar Montoya. …….
Figura 6.2.37.- Eduardo Pretell Zárate. ……..
Figura 6.2.38.- Álvaro Moncayo Medina. Serie tomada por el Fotógrafo de la Academia Chilena. ……
Figura 6.2.39.- El Señor Académico Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya, Secretario Ejecutivo de la ALANAM, hace entrega de la Condecoración "*Cruz De Plata ALANAM*" al Señor Académico Profesor Juan Verdaguer Terradella, Primer Conferencista Magistral de la Asociación. Tomada por el Fotógrafo de la Academia Chilena. …….
Figura 6.2.40.- El Señor Secretario Ejecutivo de la Asociación felicita al Conferencista. Tomada por el Fotógrafo de la Academia Chilena. ……...
Figura 6.2.41.- Profesor Plutarco Naranjo Vargas. Presidente de la *ALANAM* del 23 de octubre de 1981 al 30 de mayo de 1984. ……
Figura 6.2.42.- Profesor Rodrigo Fierro Benítez. Presidente de la *ALANAM* del 18 de marzo de 1995 al 23 de noviembre de 1997. …….
Figura 6.2.43.- Profesor Mario Paredes Suárez. Presidente de la ALANAM del 24 de noviembre de 1999 al 23 de enero de 2002. Fotografía de ZCM. ……...
Figura 6.2.44.- Profesor Rolando Calderón Velasco. Presidente de la *ALANAM* del 22 de enero de 2002 al 1º de mayo de 2004. Fotografía de ZCM. ……..
Figura 6.2.45.- Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya. Presidente de la *ALANAM* del 1º de mayo de 2004 al 24 de febrero de 2006. Óleo sobre lienzo del Maestro Fernando Sánchez Torres. Fotografía de ZCM. ……...
Figura 6.2.46.- Profesor Misael Uribe Esquivel. Presidente de la *ALANAM* del Del 24 de febrero de 2006 al 20 de septiembre de 2008. Fotografía de ZCM. ……..
Figura 6.2.47.- Profesor Alejandro Goic Goic. Presidente de la *ALANAM* del 20 de Septiembre de 2008 al 30 de octubres de 2010. Fotografía de ZCM. ……..
Figura 6.2.48.- Profesor Juan Verdaguer Tarradella. Primera Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*". "*Arte y Medicina*". Santiago de Chile.

Jueves 28 de octubre de 2010. Fotografía de ZCM. ……

SECCIÓN 3

Figura 6.3.1.- Doctor Tomás Pantoja. Experto de la O.P.S. Fotografía de ZCM. ……..

SECCIÓN 4

Figura 6.4.1.- Profesor Abraam Sonis. Delegado de la Academia de Buenos Aires, Argentina. Fotografía de ZCM. ……

SECCIÓN 5

Figura 6.5.1.- Profesor Fernando Hidalgo Ottolenghi. Presidente de la Academia Ecuatoriana. Fotografía de ZCM. ……..
Figura 6.5.2.- Profesor Mario Paredes Suárez. Academia Ecuatoriana. Ex Presidente de esta y de la *ALANAM*. Fotografía de ZCM. ……...
Figura 6.5.3.- Doctor Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo. Nacido en Quito, el 21 de febrero de 1747 y muerto allí mismo, el 27 de diciembre de 1795. En 1875,en Quito, Ecuador, se publicó su obra titulada "*Reflexiones acerca de un método para preservar a los pueblos de las viruelas*". ……

SECCIÓN 6

Figura 6.6.1.- Profesor Alberto Perales Cabrera. Delegado de la Academia del Perú. Fotografía de ZCM. ……..
Figura 6.6.2.- Estudios Epidemiológicos INSM, 2002 – 2009. …….

SECCIÓN 7

Figura 6.7.1.- Profesor Gilberto Ríos Ferreira. Delegado de la Academia del Uruguay. Fotografía de ZCM. ……
Figura 6.7.2.- Mapa de la República Oriental del Uruguay. División Político Administrativa. ……...

SECCIÓN 8

Figura 6.8.1.- Profesor Leopoldo Briceño-Iragorry. Secretario de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. ……...
Figura 6.8.2.- Profesor Claudio Aoün Soulie. Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Fotografías de ZCM. ……..
Figura 6.8.3.- Vista panorámica de los "ranchos" a la entrada de Caracas. Aún así, la calidad de vida ascendió al puesto 58. Que ironía. ……

SECCIÓN 9

Figura 6.9.1.- Doctor Rubén Torres M. D. Representante de la OPS en Chile Fotografía de ZCM. …….....

SECCIÓN 10

Figura 6.10.1.- Profesor Eduardo Aranda Torrelio. Presidente de la Academia Boliviana de Medicina. Fotografía de ZCM. …….

SECCIÓN 11A

Figura 6.11A.1.- Profesor José Augusto Da Silva Messias. Delegado a Academia Nacional de Medicina do Brasil. Fotografía de ZCM. …….
Figura 6.11A.2.- Contingente de doenças transmissíveis. ……
Figura 6.11A.3.- Modelo de Dahlgren e Whitehead. ……
Figura 6.11A.4.- A Saúde na perspectiva do desenvolvimento nacional. ……

SECCIÓN 11B

Figura 6.11B.1.- Profesor José Augusto Da Silva Messias. Delegado de la Academia Nacional de Medicina del Brasil. Fotografía de ZCM. ……
Figura 6.11B.2.- Contingente de enfermedades transmisibles. ……
Figura 6.11B.3.- Modelo de Dahlgren y Whitehead. ……...
Figura 6.11B.4.- La Salud bajo la perspectiva del desarrollo nacional. ……...
Figura 6.11B.5.- Sir Edwin Chadwick. Wikipedia. La Enciclopedia Libre. es.wikipedia.org/wiki/Edwin_Chadwick. …….

SECCIÓN 12

Figura 6.12.1.- Profesor Gustavo Malagón Londoño. Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Fotografía de ZCM. ……...

SECCIÓN 13

Figura 6.13.1.- Profesor Carlos Arrea Baixench. Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Costa Rica. Fotografía de ZCM. ……..
Figura 6.13.2.- Estado nutricional de la población costarricense, comparado con el del resto de países de Centroamérica. ……
Figura 6.13.3.- Los cinco pilares que soportan los datos de salud en Costa Rica. …….

SECCIÓN 14

Figura 6.14.1.- Profesor Vicente Valdivieso Dávila. Académico de Número y Delegado de la Academia Chilena. Fotografía de ZCM. ……

SECCIÓN 15

Figura 6.15.1.- Profesor Manuel Ruiz de Chávez. Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México. ……..
Figura 6.15.2.- Profesor Roberto Medina Santillán. Delegado de la Academia Nacional de Medicina de México. Fotografías de ZCM. ……..

SECCIÓN 16

Figura 6.16.1.- Profesor Jorge Codas Thompson. Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay. ……..
Figura 6.16.2.- Ubicación geográfica de la República del Uruguay en Suramérica. ……..

SECCIÓN 17

Figura 6.17.1.- Profesor Claudio Aoün Soulie. Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Fotografía de ZCM ……..

SECCIÓN 18

Figura 6.18.1.- Profesor Zoilo Cuéllar-Montoya. Secretario Ejecutivo de la *ALANAM*. Cámara de ZCM …….

Figura 6.18.2.- Palacio de Gobierno. Asunción, Paraguay. …….

Figura 6.18.3.- Sede de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay. Asunción. Fachada. …….

Figura 6.18.4.- Auditorio de la Academia del Paraguay. Asunción. Fotografías de ZCM. …….

Figura 6.18.5.- Señor Académico Profesor Andrés Arnaldo Acosta Núñez. Presidente De la Academia Nacional de Medicina del Paraguay. …….

Figura 6.18.6.- Hotel Excélsior. Asunción. Salida a la piscina. Fotografías de ZCM. …….

Figura 6.18.7.- Hotel Excélsior, Salón Emperatriz I. Auditorio. ……..

Figura 6.18.8.- Hotel Excélsior. Salón Emperatriz I. Estrado. Pánel de la sesión del Sábado 23 de mayo de 2009. Fotografías de ZCM. …….

Figura 6.18.9.- Señora Académica Profesora Carmen Serrano. Representante de la OPS/OMS en Paraguay. ……

Figura 6.18.10.- Mesa de expositores. De izquierda a derecha: Señores Académicos Profesores Alfredo Miguel Larguía (Argentina), Oswaldo Martínez Nuzzarello (Paraguay), Carmen Serrano (OPS/OMS) y José Luis Peña (Uruguay). Fotografías de ZCM. …….

Figura 6.18.11.- Señor Académico Profesor José Luis Peña Delgado (Uruguay). …….

Figura 6.18.12.- Señor Académico Profesor Oswaldo Martínez Nuzzurello (Paraguay). Fotografías de ZCM. …….

Figura 6.18.13.- Señor Académico Profesor Alfredo Miguel Larguía (Argentina). ……

Figura 6.18.14.- Doctor Rubén Ortiz, del Ministerio de Salud Pública del Paraguay. Fotografías de ZCM. …….

Figura 6.18.15.- Doctor Carlos Mongelos, de la Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia. …….

Figura 6.18.16.- Doctor Claudio Di Martino, de la Sociedad Paraguaya de Perinatología. Fotografías de ZCM. …….

Figura 6.18.17.- Señor Académico Profesor Antonio Cubillas (Paraguay), Coordinador de la primera sesión del sábado 23 de mayo de 2009. ……..

Figura 6.18.18.- Señor Académico Profesor Enrique Vargas Pacheco (Bolivia). Fotografías de ZCM. …….

Figura 6.18.19.- Señor Académico Profesor Abraam Sonis (Argentina). ……

Figura 6.18.20.- Señor Académico Profesor Juan Daniel (Paraguay). Fotografías de ZCM. ……..

Figura 6.18.21.- Panelistas. Ac. Enrique Vargas Pacheco (Bolivia), Dr. Juan Carlos Chaparro (Uninorte), Ac. Abraam Sonis (Argentina), Profesor Luis Berganza (Universidad del Pacífico, Paraguay) y Ac. Antonio Cubillas (Paraguay), Coordinador. Fotografía de ZCM. ……

Figura 6.18.22.- Profesor Luis Berganza (Universidad del Pacífico). ……..

Figura 6.18.23.- Profesor Juan Carlos Chaparro (Uninorte), Paraguay. Fotografías de ZCM. ……

Figura 6.18.24.- Señor Académico Profesor José Marín (Paraguay). ……...

Figura 6.18.25.- Señor Académico Profesor Eduardo Aranda Torrelio (Bolivia). Fotografías de ZCM. ……...

Figura 6.18.26.- Señor Académico Profesor Rodolfo Armas Merino (Chile). ……..

Figura 6.18.27.- Señor Académico Profesor Abraam Sonis (Argentina). Fotografías de ZCM. ……...

Figura 6.18.28.- Doctor Raúl Gulino, del Instituto Nacional de Salud del Paraguay. ……...

Figura 6.18.29.- Señor Académico Profesor Jorge Tadeo Jiménez (Paraguay). Fotografía de ZCM. …...

Figura 6.18.30.- Panel final: Ac. Eduardo Aranda (Bolivia), Ac. Rodolfo Armas (Chile), Dr. Raúl Gulino (Paraguay), Ac. José Marín (Paraguay), Ac. Abraam Sonis (Argentina) y Ac. Jorge Tadeo Jiménez (Paraguay). Fotografía de ZCM. ……..

Figura 6.18.31.- Cena de delegaciones y participantes. Fotografía de ZCM. …….

SECCIÓN 20

Figura 6.20.1.- Asistentes a la XIX Reunión del Consejo Directivo de la ALANAM. De atrás hacia delante y de izquierda a derecha: primera fila: José Luís Peña Delgado, Presidente y Gilberto Ríos, Delegado, Academia del Uruguay; Rolando Calderón Velasco, ex Presidente de la *ALANAM*,

y Alberto Perales Cabrera, Delegado, de la Academia del Perú; Claudio Aoün Soulie, Presidente de la Academia de Venezuela y Jorge Codas Thompson, Presidente de la Academia del Paraguay. Segunda fila: Mario Paredes Suárez, ex Presidente de la *ALANAM*, de la Academia Ecuatoriana; Fausto Garmendia Lorena, Presidente, y Eduardo Pretell Zárate, ex Secretario Alterno de la *ALANAM*, de la Academia del Perú; Gustavo Malagón Londoño, Presidente, y Álvaro Moncayo Medina, Delegado, de la Academia de Colombia y Leopoldo Briceño-Iragorri, Delegado de la Academia de Venezuela. Tercera fila: Mauricio Letorto Calisto, Delegado de la Academia Ecuatoriana; Roberto Medina Santillán, Delegado de la Academia de México; Fortunato Benaima, Abraam Sonis, Delegado y Óscar H. Morelli, Delegado, de la Academia de Buenos Aires, Argentina. Fila de adelante: Zoilo Cuéllar-Montoya, de Colombia, Secretario Ejecutivo de la *ALANAM*; Pietro Novellino, Presidente, de la Academia del Brasil; Rodolfo Armas Merino, Delegado de la Academia Chilena y Secretario Alterno Saliente de la *ALANAM* y Alejandro Goic Goic, Presidente de la Academia Chilena y Presidente saliente de la *ALANAM*; Miguel Lucas Tomás, Delegado de la Real Academia de España y Secretario Alterno entrante de la *ALANAM*; Eduardo Arana Torrelio, Presidente de la Academia Boliviana y Fernando Hidalgo Ottolenchi, Presidente de la Academia Ecuatoriana. Faltan en la fotografía, por razones de conexiones aéreas, los Señores Académicos Profesores Carlos Arrea Baixench, Presidente de la Academia de Costa Rica y José Augusto Da Silva Messias, Delegado de la Academia del Brasil. Fotografía tomada con la cámara de ZCM. ……

Figura 6.20.2.- Asistentes a la Sesión Administrativa de la *ALANAM*. Panorámica. Fotografía de ZCM. ……..

SECCIÓN 23

Figura 6.23.1.- Académicos Misael Uribe Esquivel, Roberto Medina Santillán y, de espaldas, Leopoldo Briceño-Iragorry. …….

Figura 6.23.2.- Académicos Eduardo Aranda Torrelio, Leopoldo Briceño-Iragorry, Misael Uribe Esquivel y Roberto Medina Santillán. Fotografías de ZCM. …….

Figura 6.23.3.- Señora de Morelli, Académicos Oscar H. Morelli y Claudio Aoün Soulie y Señora de Aoün. ……

Figura 6.23.4.- Académicos Leopoldo Briceño, Zoilo Cuéllar-Montoya, Misael Uribe y Roberto Medina. Fotografías de ZCM. …….

Figura 6.23.5.- Académico Eduardo Aranda Torrelio. …….

Figura 6.23.6.- Académicos Miguel Lucas Tomás, Carlos Arrea Baixench, … y, a la derecha, Mario Paredes Suárez. Fotografías de ZCM. …….

Figura 6.23.7.- Académico Mario Paredes, Señora de Paredes, Académicos Zoilo Cuéllar-M. y Rolando Calderón V. …….

Figura 6.23.8.- Académicos Alejandro Goic G. y Eduardo Pretell Z., Sra. Cecilia de Pretell y Académico Mario Paredes. Fotografías de ZCM. …….

Figura 6.23.9.- Diferentes aspectos de los asistentes al comedor de la San Cristóbal Tower del Hotel Sheraton de Santiago. ……

Figura 6.23.10.- Diferentes aspectos de los asistentes al comedor de la San Cristóbal Tower del Hotel Sheraton de Santiago. Fotografías de ZCM. …….

Figura 6.23.11.- Diferentes aspectos de los asistentes al comedor de la San Cristóbal Tower del Hotel Sheraton de Santiago. ……

Figura 6.23.12.- Diferentes aspectos de los asistentes al comedor de la San Cristóbal Tower del Hotel Sheraton de Santiago. Fotografías de ZCM. …….

Figura 6.23.13.- Señora de Morelli, Académicos Oscar H. Morelli y Abraam Sonis y Señora de Sonis. …….

Figura 6.23.14.- De espaldas, Académico Miguel Lucas Tomás, a su izquierda, Académico Mauricio Letort Calisto y Señora, Académicos Fernando Hidalgo Ottolenghi y Roberto Medina Santillán, Señoras de Lucas Tomás, … Fotografías de ZCM. ……..

Figura 6.23.15.- Académicos Fernando Hidalgo Ottolenghi y Roberto Medina Santillán, Señoras de Lucas Tomás, … ……..

Figura 6.23.16.- Académicos Gilberto Ríos Ferreira, José Luis Peña Delgado y Miguel Lucas Tomás. Fotografías de ZCM. …….
Figura 6.23.17.- Señora … Paredes, Académico Pietro Novellino, Señora de Novellino y Señora de Paredes Suárez. Fotografía de ZCM. …….
Figura 6.23.18.- Al ingresar el visitante a la Viña se encuentra, en primer lugar, con este letrero con el nombre de la empresa, alegóricamente gravado en la tapa de un tonel vinícola. ……...
Figura 6.23.19.- Panorámica de los viñedos de la Viña Santa Rita. Fotografías de ZCM. ……..
Figura 6.23.20.- Diferentes aspectos del exterior de la sede social de la Viña Santa Rita. Fachada, patio y astas de bandera. …….
Figura 6.23.21.- Otro costado de la misma fachada. Fotografías de ZCM. ……..
Figura 6.23.22.- Fachada interior de la sede social dela Viña Santa Rita que mira a los viñedos. ……...
Figura 6.23.23.- Furgoneta de reparto de la Viña, de la década de 1920. Fotografías de ZCM. ……..
Figura 6.23.24.- Vista general de algunos de los asistentes a la planta del viñedo, dentro de los cuales se pueden distinguir, de izquierda a derecha, a partir de la puerta de ingreso a la bodega, al Señor Académico Pietro Novellino y su Señora (Brasil), a los Señores Académicos Fernando Hidalgo (Ecuador), Leopoldo Briceño-Iragorry (Venezuela) y Miguel Lucas Tomás y su Señora (España), a los Señores Académicos Rodolfo Armas Merino y Alejandro Goic Goic (Chile), a la hija y la Señora de Paredes Suárez, tras ellas, al Señor Académico Fausto Garmendia (Perú) y al Señor Académico Mario Paredes Suárez (Ecuador), quien aparece de perfil. ……...
Figura 6.23.25.- Detalle del grupo con los Señores Académicos Profesores Fernando Hidalgo (Ecuador), Leopoldo Briceño-Iragorry (Venezuela) y Miguel Lucas Tomás y su Señora (España) y, detrás de ella, el Señor Académico Roberto Medina Santillán (México). Fotografías de ZCM. ……
Figura 6.23.26.- Señor Académico Eduardoo Pretell Zárate (Perú), Señora de Sonis (Argentina), Señores Académicos Alberto Perales Cabrera (Perú) y Pietro Novellino (Brasil). …….
Figura 6.23.27.- Panorámica de los asistentes visitando la factoría de vinos de la Viña. Fotografías de ZCM. ……
Figura 6.23.28.- Señores Académicos Roberto Medina Santillán (México) y Zoilo Cuéllar-Montoya (Colombia), en la bodega de la Viña Santa Rita. …….
Figura 6.23.29.- Durante el almuerzo en el comedor de la Viña, de izquierda a derecha: Académico Mario Paredes Suárez, su Señora y su hija; la Señora de Rivellino, los Académicos Pietro Rivellino y Claudio Aoún y … . Fotografías de ZCM. …….

27.- Índice Temático T. II.

Materias	Capítulos	Páginas
A		
Academia de Ceervi y Suñol.	6(24).	
Academia Médica Matritense.	6(24).	
Academia Nacional de Medicina de Colombia. Itinerario Histórico 1873 – 1992.	6(2).	
Academia Nacional de Medicina de Colombia. Itinerario Histórico. Volumen II. 1992 – 2008.	6(2).	
Academia Nacional de Medicina de Colombia. Sus Miembros 1873 – 1997.	6(2).	
Acceso de agua en los hogares.	6(16).	
Acceso de servicio sanitario de los hogares.	6(16).	
Acceso Universal con Garantías Explícitas (*AUGE*).	6(14).	
Accidentes cerebro-vasculares.	6(17).	
Accidentes de tránsito. Epidemia creciente. Problema de Salud Pública.	6(17).	
Accidentes en niños y adolescentes.	6(17).	
Accidentes viales.	6(17).	
Accidente y lesiones no intencionales en niños y niñas. Breves notas sobre prevención y control de estas lesiones 2001 - 2006.	6(17).	
Acta de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*.	T. Contenido.	
Acta de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*).	6(19).	
Actividades sociales de la XIX Reunión de la *ALANAM*.	6(23).	
A framewok for mandatory impact evaluation to insure well informed public policy decisions.	6(4).	
Agenda de Prioridades en Investigaciones en Salud.	6(5).	
Agradecimientos.	6(18).	
Albrecht von Graefe y su tiempo.	6(2).	
Alegoría de la Historia de la Medicina.	6(2).	
Algunos aspectos de prevención.	6(17).	
Análisis de la situación de salud y desafíos en Paraguay 2010 – 2011.	6(1),6(16).	
Análisis de los Indicadores.	6(17).	
Análisis y estadística de la mortalidad accidental en Venezuela 2001 - 2006.	6(17).	
Anestesia por gases.	6(2).	
An Internactional Service Corps for Health – An Unconventional Prescription for Diplomacy.	6(11B).	
Antecedentes.	6(7),6(10).	

Aprobación del Acta. 6(19).
Aprobación del Informe de Secretaría y de los Estados Financieros. 6(19).
Aristides Calderón Reyes: Un Liberal Independiente. 6(2).
Arte y Medicina. 6(1),6(2).
A Saúde na Perspectiva do Desenvolvimento Nacional. 6(11A).
As bases do Sistema de Saúde no Brasil. 6(11A).
A Situação da Sáude no Brasil. 6(11A).
Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (ALANAM). Itinerario Histórico 1967 – 2002. 6(2),6(24).
Aspectos generales de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe. Atención primaria de salud en el Paraguay. 6(18).
Aspectos Históricos. 6(8).
A systematic review of the effectiveness of shortening Integrated Management of Childhood Illness guidelines training. 6(10).
Atención Primaria de Salud. 6(1),6(9),6(10),6(18).
Atención Primaria de Salud en Bolivia. 6(10).
Atención primaria de salud en Iberoamérica, gestión y evaluación. 6(18).
Atención Primaria en salud: una estrategia para la cobertura y la calidad. 6(18).
Atención primaria: problemas y oportunidades. 6(18).
Aumento en la expectativa de vida. 6(13).
Autorretrato con el Dr. Arrieta (1820). 6(2).

B

Bienvenida. 6(18).
Bienvenida de la Academia Nacional de Medicina de México. 6(18).
Boletín de Políticas Informadas en Salud (*PIE*). 6(4).
Boletín Estadístico AUGE. Un proceso en curso. 6(14).
Bonaparte visitando las víctimas de la plaga en Jaffa. 6(2).
Breve historia de la Academia Nacional de Medicina de México. 6(18).

C

Ca. Mama. 6(17).
Cambios en la pirámide de Población. 6(13).
Cáncer. 6(17).
¿Can low income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise. 6(9).
Capacitación en Investigación en Salud. 6(5).
Censo de Investigadores en Salud. 6(5).
Ceremonia Inaugural. 6(2).
Choosing a future for epidemiology: From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. 6(6).
Ciencia, Tecnología, Innovación y Saberes Ancestrales. 6(5).
Ciencia y caridad. 1897. 6(2).
Citación. 6(19).
Clausura de la XIX Reunión de la *ALANAM*. T. Contenido,6(20).
Clínica de Marly Cien Años de Historia 1903 – 2003. 6(2).
Closing the Gap. 6(4).
¿Cómo enfrentar la crisis y lograr el desarrollo sostenido

en América Latina? 6(8).
¿Cómo ven los chilenos el plan *AUGE*? 6(14).
Comunicaciones entre las Academias y la Secretaría Ejecutiva. 6(18).
Concepto de Salud Mental: La Experiencia Peruana. 6(6).
Conceptos básicos sobre pobreza y desnutrición. 6(17).
Concepts and strategies for combating social exclusion. An overview. 6(9).
Conclusiones. 6(6),6(7).
Conclusiones y Recomendaciones. T. Contenido, Introducción, 6(10),6(19),6(21).
Condecoraciones y Distinciones de la *ALANAM*. 6(18).
Conducta suicida en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 6(6).
Conferencia Magistral Doctor Gonzalo Esguerra Gómez. 6(2).
Conferencias de electroradiología. 6(2).
Conjeturas y Refutaciones. 6(11B).
Consideraciones Finales. 6(11B).
Considerações Finais. 6(11A).
Course d'histerie - Jean Matin Charcot. 6(2).
Crecimiento de la Población. 6(13).
Cristianisimi Restitutio. 6(2).
Crónica de las actividades académicas en 1978. 6(2).
cuadro herpetiforme. 6(2).
Cuéllar. Una Familia Castellana en América. 6(2).
Cuello Uterino. 6(17).
Curso de Electro-Radiología. 6(2).
Curso de Psiquiatría. 6(6).

D

Datos finales. 6(8).
Declaración de *ALANAM* sobre Políticas de Salud en Latinoamérica. 6(2).
Declaración de Santiago sobre Políticas de Salud en Latinoamérica. T. Contenido,6(1).
Declaración Pública de la *ALANAM* sobre Políticas de Salud para Latinoamérica. 6(22).
Declaración Pública sobre Políticas de Salud en Latinoamérica. 6(2).
Declaración sobre Políticas de Salud para la Región. 6(2).
Definiciones. 6(17).
De Humani Corporis Fabrica. 6(2).
De las Condecoraciones y otras Distinciones. 6(19).
Del conocimiento a la acción: Implementación de las Investigaciones a la Práctica. 6(4).
Demora en la búsqueda de atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. 6(6).
Dengue. 6(17).
Derechos y Deberes de los Pacientes. 6(14).
Dermatología - Medicina Legal. 6(2).
desarrollo epigenético. 6(6).
Designación de Presidente y Secretario de la Reunión. 6(19).
Desnutrición y Pobreza. 6(13).
Determinantes Sociales de la Salud. 6(11B).
Diabetes Mellitus. 6(17).

Diabetes, paradigma de la Medicina Interna. 6(2).
Diarrea(s). 6(13),6(17).
Diccionario Biográfico Médico Hispanoamericano. 6(2).
Disminución de la Mortalidad Infantil. 6(13).
Disolución y Liquidación. 6(19).
Don Pedro Sáenz y López Mingüez y la Familia Sáenz en Colombia. 6(2).

E

Ecoepidemiología. 6(6).
Ecoepidemiology: Thinking outside the black box. 6(6).
Educación y formación de la personalidad. 6(6).
Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. 6(9).
Ejecutivo. 6(5).
Ejemplo de la atención primaria en el Uruguay. 6(18).
El albañil borracho. 6(2).
El albañil herido. 6(2).
El cóndor, la serpiente y el colibrí. 6(5).
El Consejo Consultivo. 6(14).
El control radiográfico en la curieterapia uterina. 6(2).
Elección del nuevo Presidente 2010 - 2012. 6(19).
Elección de Secretario Ejecutivo. 6(19).
Elección de Sede de la Próxima Reunión. 6(19).
Electro-Radiología. 6(2).
El ejemplo de la atención primaria en México. 6(18).
El origen de la Reforma de Salud. 6(14).
El Plan de Garantías Explícitas en Salud (*GES*). 6(1),6(14).
El Profesor Hernando Groot Liévano. Su vida y su obra. 6(2).
El *PRONADAMEG* y la Academia Nacional de Medicina. 6(18).
El Sistema de Salud chileno reformado. 6(14).
El talento humano en los umbrales del nuevo milenio. 6(5).
El uso de la Telemedicina en nuestras medicaturas rurales. 6(18).
Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 – ENDSA 2008. 6(10).
Eneas herido y sanado. 6(2).
Enfermedades Cardiovasculares. 6(17).
Enfermedad de Chagas. 6(17).
Enfermedades del tejido conectivo: Gota. 6(2).
Enfermedades emergentes y Re-emergentes. 6(17).
Enfermedades infecciosas y parasitarias. 6(17).
Enfermedades Respiratorias: el mal del siglo. 6(2).
En Suma. 6(7).
Escudo Epidemiológico Sudamericano. 6(11B).
¿Es indispensable y correcta la priorización de las patologías *AUGE*?. 6(14).
Estadística de la Salud en el Paraguay. 6(16).
Estado actual de cumplimiento de las garantías explícitas. 6(14).
Estado actual de la Ortopedia Infantil. Revisión Crítica. 6(17).
Estado de la salud en Venezuela. 6(1),6(17).
Estatuto de la *ALANAM*. 6(24).
Estatuto vigente de la *ALANAM*. T. Contenido.
Estrabismo y Patología Oculomotora. 6(2).
Estructura de los Sistemas Nacionales de Investigación en Salud. 6(7).

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga atribuible. 6(14).
Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas de Salud. 2009. 6(14).
Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana, 2004. 6(6).
Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. 6(6).
Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. 6(6).
Estudio radiológico de la apendicitis crónica. 6(2).
Estudios Epidemiológicos INSM, 2002 - 2009. 6(6).
Estudios orientados institucionalmente. 6(4).
Estudios sistémicos. 6(4).
Evolución de la Salud en Costa Rica en los últimos 50 años. 6(1),6(12).
Experiencia de la atención primaria en Costa Rica. 6(18).
Experiencia de la atención primaria en Perú. 6(18).
Experiencia en Argentina en atención primaria. 6(18).
Experiencia y problemas de la atención primaria en Chile. 6(18).
Extending social health protection – developing countries experiences. 6(9).

F

factores determinantes de la salud y la enfermedad. 6(4).
Farmacología: Reacciones Indeseables por Drogas. 6(2).
Frèderic Chopin. 6(2).
Fijación Posterior o Retropexia. 6(2).
Financiaciones de las Investigaciones en Salud. 6(5).
Financiamiento del Sector Salud. 6(7).
Fiscalización *GES* 2006 – 2008. 6(14).
Formación Universitaria. 6(17).
Fortalezas de la Investigación en Salud en el Ecuador. 6(5).
Frente al retrato del Señor Académico Profesor Juan Jacobo Muñoz Delgado. 6(18).
Función suprarrenal y diabetes en la acromegalia. 6(2).
Función y Responsabilidad de la *OMS* en las Investigaciones Sanitarias. 6(5).
Funciones de la *ALANAM* y del *IAMP*. 6(18).
Funciones Esenciales. La Salud Pública en las Américas. *OPS*/*OMS*. 6(5).
Fundamentos de la Política Nacional de Salud. 6(11B).

G

Gasto en Ciencia y Tecn ología en Ecuador. 6(5).
Gasto en Investigación en Salud en Ecuador. 6(5).
Gasto en Salud. 6(13).
Gasto en Salud en el Ecuador. 6(5).
Genealogías de Santafé de Bogotá. 6(2).
Gestión de la Investigación. 6(5).
Gestión y Organización. 6(16).
Global Noncommunicable Diseases - Where Worlds Meet. 6(11B).
Grading evidence and recommendations for public Health interventions. 6(4).
Grading Evidence and Recommendations for Public Health Interventions; developing and pilotinf a frame work. 6(4).

Gripe. 6(17).

H

Hacia un sistema de investigación en salud. 6(1),6(7).
Hacia una Política de Salud en el Ecuador. 6(2).
Hambre. 6(17).
Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. 6(9).
Helping poores countries make locally informed health decisions. 6(4).
Health in the Americas 2007. 6(9).
Health protection in developing countries: Breaking the vicious circle of disease and poverty. 6(9).
Hemorragia Subaragnoidea Espontánea. Aneurismas intracraneales. 6(2).
Historia de la Anestesia en Colombia. 6(2).
Historia de la Cardiología. 6(2).
Historia de la Real Academia Nacional de Medicina. 6(24).
Historia de la Sociedad Colombiana de Pediatría y Puericultura. 6(2).
Homicidios. 6(17).

I

IAMP. 6(18).
Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes pre-universitarios entre 15 y 24 años en Lima. 6(6).
Impacto del plan *AUGE* en el tratamiento de pacientes con infarto del miocardio con supradesnivel. 6(14).
Imposición de condecoraciones y entrega de pergaminos. 6(19).
Informe de la Secretaría Ejecutiva de la *ALANAM*: bienio México D. F., septiembre 2008 – Santiago de Chile, sábado 30 de octubre de 2010. 6(18).
Incentivos para las Investigaciones e Investigadores. 6(5).
Incidencia estimada para las 20 primeras localizaciones de Cáncer en Venezuela. 6(17).
Indicadores. 6(5),6(17).
Indicadores Demográficos. 6(12),6(17).
Indicadores de morbilidad. 6(17).
Indicadores de mortalidad. 6(17).
Indicadores de recursos, acceso y cobertura. 6(17).
Indicadores Socioeconómicos. 6(17).
Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? 6(14).
Infectología. 6(2).
Influencia de Röntgen en la Medicina del siglo XX. 6(2).
Information for Health Development. 6(7).
Informe de Secretaría. 6(1).
Iniciativas o Actividades para el Fortalecimiento de la Investigación en Salud en el Ecuador. 6(5).
Innovación, Desarrollo de Productos y Acceso. 6(7).
Instituciones ecuatorianas en déficit en el campo de la investigación, 2009-05-20. 6(5).
Integrated Management of Childhood Illness: An Emphasis

on the Management of Infectious Diseases. 6(10).
Interacademy Medical Panel (*IAMP*). 6(1).
Intervención de la OPS sobre atención primaria de salud. 6(18).
Introdução. 6(11A).
Introducción. T. Contenido,6(1),6(2),6(3), 6(5),6(6),6(8),6(9),6(11B), 6(17),6(18).
Introducción a la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*. T. Contenido, Introducción, 6(2).
Introducción a una Psicobiología del Hombre. 6(6).
Introducción de la XVIII Reunión de la ALANAM. 6(18).
Inversión en Investigación y Tecnología en Venezuela. 6(1),6(8).
Inversión en Salud. 6(5).
Investigación. 6(2).
Investigación Científica en Latinoamérica. 6(5).
Investigación Científica en Salud. 6(5).
Investigación e Innovación en Salud. 6(7).
Investigación en Medicina. T. Contenido.
Investigación en Medicina y Salud. 6(4).
Investigación en Medicina y Salud en América Latina. 6(2).
Investigación en Medicina y Salud en Latino América. 6(18).
Investigación en Medicina y Salud en Latinoamérica. Portadas,6(1),6(2),6(3).
Investigación en Medicina y Salud. Su implementación en la atención individual y comunitaria. 6(1),6(4).
Investigación en Salud Mental. 6(1).
Investigación en Salud Mental y Psiquiatría en el Perú. 6(6).
Investigación en Salud Pública. 6(4),6(5),6(7).
Investigación en Servicios de Salud. 6(4).
Investigación en Sistemas de Salud. 6(7).
Investigación Psiquiátrica Farmacológica. 6(6).

J

Jornadas de Academias de Medicina del Cono Sur. 6(18).
Juan Montalvo: Ouvres Choisies. 6(2).
Juan Verdaguer Planas y su época. 6(2).

K

L

La Academia Nacional de Medicina: contribución a la toma de decisiones en el sistema de salud mexicano. 6(1),6(15).
La Academia y la Facultad de Medicina. 6(18).
La Actividad Asistencial y los Conocimientos. 6(4).
La Agenda Prioritaria de Investigaciones e Innovaciones Tecnológicas en Salud en el Ecuador. 6(5).
La atención médica primaria desde el punto de vista de *FUNSALUD*. 6(18).
La atención primaria en Bolivia. 6(18).
La biomédica en la Academia Mexicana de Ciencias. 6(18).
La Boheme. 6(2).
La colangiografía oral y endovenosa y ampliaciones radiográficas. 6(2).

La conducta suicida. 6(6).
La Dama de las Camelias. 6(2).
La Eneida. 6(2).
La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas. 6(5).
La Garantía de Acceso. 6(14).
La Garantía de Calidad. 6(14).
La Garantía de Oportunidad. 6(14).
La Garantía de Protección Financiera. 6(14).
La gestión de salud y la atención primaria. Fortaleza y debilidades del sistema, en el envejecimiento de la población. 6(18).
La gestión del conocimiento y la tecnología en el campo de la salud. La visión del Ministerio de Salud Pública. 6(5).
La gota de agua. 6(2).
La inversión social civil en la atención primaria en salud. 6(18).
La Investigación Científica en el Ecuador. 6(5).
La Investigación Clínica. 6(4).
La Investigación en Medicina y Salud en América Latina. El caso de Ecuador. 6(1),6(5).
La lección de Anatomía del Dr. Tulp. 6(2).
La Medicina Asistencial y los Estudios Multicéntricos. 6(4).
La medicina de primer contacto: Programa universitario. 6(18).
La migración. 6(13).
La Parábola de los ciegos. 6(2).
La I Internacional en Latinoamérica. 6(2).
La protección social en salud. 6(9).
La radiología de la vesícula biliar. 6(2).
La realidad de nuestras Universidades. 6(8).
La Salud en la Perspectiva del Desarrollo Nacional. 6(11B).
Las bases del Sistema de Salud en Brasil. 6(11B).
La Situación de Salud en Brasil. 6(11B).
La Situación de la Salud en Brasil. 6(11B).
Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: Su impacto en los principios de la seguridad social. 6(9).
Las tendencias de los marcos reguladores de los sistemas de salud en América Latina-Perfeccionamiento de los sistemas en beneficio de la gente. 6(9).
La teoría Sociobiológica del Hombre. 6(6).
La Teoría Sociobiológica del Hombre, Salud Mental, Desarrollo Moral y Ciudadanía. 6(6).
La Traviata. 6(2).
La Tuberculosis. 6(13).
Lección Inaugural del Curso de Electro-Radiología (Sección de Radio-Diagnóstico). 6(2).
Lessons du Maardi. 6(2).
Linking up social protection systems in developing countries. Overview of some experiences and approaches. 6(9).
Los cuatro jinetes del Apocalipsis. 6(2).
Los 200 años de la medicina mexicana. 6(15).
Los estudios que atienden a los factores determinantes de la salud. 6(4).
Los nuevos papeles de la Academia de Medicina. 6(18).
Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010. 6(14).
Los primeros tres años del Consejo Consultivo del *AUGE*. 6(14).
Los Problemas Emergentes. 6(6).
Luswig Laquer en Estrasburgo y su descubrimiento. 6(2).

M

Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. 6(9).
Malaria. 6(17).
Managed Evidence – bases Knowledge. 6(4).
Manuel de Psychiatrie. 6(6).
Marat Assasiné (1783). 6(2).
Material y Métodos. 6(17).
Medicina de Primer Contacto. 6(10).
Medicina de primer contacto en México. 6(18).
Medicina Sanitaria e Investigación en Salud. 6(4).
Metas de los indicadores a nivel nacional y departamental del proyecto APL II (2008). 6(10).
Metodología para Avanzar hacia un Sistema Nacional de Investigación en Salud. 6(7).
Ministerio de Salud Pública – Estrategias de Desarrollo. 6(7).
Misión del Proceso de Ciencia y Tecnología en Salud. 6(5).
Modelo de Dahlgren e Whitehead. 6(11A).
Modelo de Dahlgren y Whitehead. 6(11B).
Montoya. De Berantevilla, Álava, a Santafé de Bogotá. 6(2).
Mortalidad de otras enfermedades. 6(13).
Mortalidad de tumores malignos en hombres. 6(13).
Mortalidad general. 6(17).
Mortalidad infantil. 6(17).
Mortalidad Infantil en Venezuela. 6(17).
Mortalidad materna. 6(17).
Mortalidad Materna e Infantil. 6(16).
Mortalidad materna y perinatal. Metas del Milenio. ¿Dónde estamos? 6(18).
Mortalidad para las 20 primeras localizaciones de Cáncer. Ambos géneros. 6(17).
Mortalidad por accidentes de tránsito. 6(13).
Mortalidad por homicidios. 6(13).
Mortalidad por Suicidios. 6(13).
Mortalidad por tumores malignos en mujeres. 6(13).
Mortalidad producida por causas externas. 6(13).
Motu Cordes. 6(2).
Muralismo y Medicina. 6(2).

N

Natalidad. 6(17).
National support to public health research: a survey of European Ministriess. 6(4).
Necesidad. 6(5).
Neurología - Psiquiatría. 6(2).
Niveles. 6(5).
Notas Biográficas de los Académicos. 6(2).
Notas para la Historia de la Educación Médica en Colombia. 6(18).
Nuevo procedimiento para la exploración radiológica de las vías urinarias. 6(2).

O

Objetivos de Desarrollo del Milenio. 6(2),6(5).
Objetivos Del Milenio. 6(11B).
Objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. La Investigación, la Ciencia y la Tecnología. 6(5).
Objetivos Sanitarios para Chile. 6(14).
Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010. 6(14).
Operativo. 6(5).
Organización de la Investigación en Salud en el Ecuador. 6(5).
Ortopedia Infantil. 6(17).
Os Fundamentos da Política Nacional de Saúde. 6(11A).

P

Palabras en el Homenaje del 29 de noviembre de 1938 de la Academia Nacional de Medicina a la memoria del doctor Juan David Herrera. 6(2).
Panorama actual de la diabetes mellitus. 6(2).
Paraguay: Algunas cifras. 6(16).
Parotiditis. 6(17).
Pentapilarismo en que se basa la organización de la Salud en Costa Rica. 6(13).
Perfil de las Academias Nacionales de Medicina de Latinoamérica y de la Real Academia de España. 6(24).
Perfil del sistema de salud de Bolivia. 6(10).
Perspectiva de los lípidos en la diabetes mellitus. Estudio de 600 casos. 6(2).
Pirámide poblacional. 6(13).
Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas *AUGE*. 6(14).
Plan de la Academia Nacional de Medicina. Prioridades de estudio en la Salud Colectiva e Individual 2008 - 2010. 6(17).
Plan para Latinoamérica. 6(5).
Población. 6(17).
Pobreza. 6(17).
Pobreza crítica. 6(17).
Pobreza estructural. 6(17).
Pobreza relativa. 6(17).
Política de Desenvolvimento Produtivo (*PDP*). 6(11A).
Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación 2007-2010. 6(5).
Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación del Ecuador. 2007 – 2010. 6(5).
Política Nacional de Bioética. 6(5).
Política Nacional de Investigación en Salud. 6(5).
Política Nacional de Investigación en Salud del Ecuador. 6(5).
Políticas. 6(5).
Políticas de Investigación en Salud. 6(2),6(4).
Políticas de Investigación y Líneas Prioritarias. 6(5).
Políticas de la OMS para el control en el uso del tabaco. 6(17).
Políticas y Reglamento del Sistema de Investigación para la Educación Superior del Ecuador. 6(5).
Político. 6(5).
Posesión de dignatarios. 6(19).

Posesión de nuevos dignatarios de la *ALANAM*. 6(20).
Poverty health and social protection. 6(9).
Poverty reduction and growth:Virtuous and vicious circles. 6(9).
Prpearación y desarrollo de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*. 6(18).
Presentación de don Juan de Austria al Emperador Carlos V. 6(2).
Presentación del Foro y bienvenida de la *ALANAM*. 6(18).
Presente y futuro de la formación y el Ejercicio Médico en Venezuela. 6(17).
Presupuesto. 6(16).
Prevalencia de vida de los principales trastornos psiquiátricos en el Perú. 6(6).
Prevención del Tabaquismo. 6(17).
Prevención y Medicina Interna. 6(17).
Primary Child Care: A manual for health workers. 6(10).
Primera Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*". 6(19).
Principales Causas de Muerte. 6(13).
Principales Debilidades de la Investigación en Salud. 6(5).
Principales problemas detectados. 6(16).
Prioridades de Investigaciones en Salud. 6(5).
Prioridades en Investigaciones en Salud. 6(5).
Priorities for research on equity and health. 6(4).
Problemas de Salud Mental. 6(6).
Problemas psiquiátricos que requieren de investigación y atención prioritaria en el Perú. 6(6).
Producción Científica. 6(8).
Producto Interno Bruto. 6(5),6(11B),6(14).
Producto Interno Bruto en el Ecuador. 6(5).
Producto Interno Bruto (*PIB*). 6(11A),6(14).
Programa de Medicación de Alto Costo y la Farmacia Popular. 6(11B).
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (*PNUD*). 6(2).
Programa General de la XIX Reunión de la *ALANAM*. T. Contenido,6(1).
Programa General de la XVIII Reunión de la ALANAM. México D. F., México, 18 – 20 de septiembre de 2008. 6(18).
Programa Más Salud. 6(11B).
Programa Mais Saúde. 6(11A).
Programa Nacional de Inmunización (*PNI*). 6(11B).
Programas y Servicios de Salud. 6(16).
Project Syndicate 1995-2010. 6(9).
Proliferación de nuevas facultades de medicina en la región. 6(18).
Proposiciones y varios. 6(19).
Propuesta *MSP*: Hacia un Sistema Nacional de Investigación en Salud. 6(7).
Propuesta de tema para la próxima Reunión. 6(18).
Propuesta para establecer las prioridades de investigación en salud. 6(5).
Próstata. 6(17).
Psiquiatría. 6(6).
Pulmón. 6(17).

Q

¿Qué es la Psiquiatría? 6(6).
¿Qué es Salud Mental? 6(6).
Quemaduras. 6(17).

Quemaduras. Mortalidad en Venezuela. 6(17).
Quien es quien en Venezuela, Panamá, Ecuador y Colombia. 6(2).
Quórum. 6(19).

R

Radio-Diagnósticos. Nociones generales. 6(2).
Radiografía y tomografía laríngea. 6(2).
Randomized Controled Trials. 6(4).
Recomendaciones. 6(17).
Rectoría. 6(5),6(16).
Recursos humanos. 6(17).
Recursos humanos e infraestructura. 6(16).
Recursos Humanos para la Investigación en Salud. 6(7).
Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje e Investigación en Salud (*RIMAIS*). 6(7).
Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud. 6(7).
Referencias Nacionales. 6(10).
Reforma Sanitária. 6(11A).
Reforma Sanitaria. 6(11B).
Reformas al Estatuto. 6(19).
Reformas Estatutarias. 6(18).
Regimiento Sanitario Internacional (*RSI*). 6(11B).
Reglamento para la aprobación, monitoreo, seguimiento y evaluación de los proyectos de investigación en salud. 6(5).
Regulaciones para la Investigación en Salud. 6(5).
Research in medical care. 6(4).
Research Strategies for Health (WHO). 6(7).
Reseña de la *ALANAM*. 6(24).
Reseña y Estatuto de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (*ALANAM*). Perfil de las Academias Íberoamericanas. 6(24).
Residencias Médicas versus Post-Grado. 6(18).
Resumen. 6(9),6(17).
Röntgen y la Influencia de su Descubrimiento en la Medicina del siglo XX. 6(2).

S

Salud. 6(17).
Salud Mental. 6(6).
Salud Mental de la Mujer. 6(6).
Salud Mental y desarrollo nacional. 6(6).
Salud para Todos en el Año 2000. 6(5).
Salud y Medicina para el Bien de nuestros Pueblos. 6(2).
Science Citation Index. 6(8).
Science translational Medicine. 6(4).
Sesión Administrativa. 6(20).
SIDA. 6(17).
Sífilis, otra enfermedad que vino de Europa. 6(2).
Sistemas de salud en América Latina y el Caribe: panorama actual y perspectivas. 6(9).
Sistema de Vigilancia Epidemiológica (*SVE*). 6(11B).
Sistemas Nacionales de Salud. 6(11B).

Sistemas Universales de Salud. 6(11B).
Situación actual de Salud en Venezuela. 6(17).
Situación de Investigación en Medicina y Salud en Latinoamérica. 6(21).
Situación de la Salud en Colombia. 6(12).
Situación de la Salud en Latinoamérica. 6(21).
Situación de Salud. T. Contenido,6(2).
Situación de Salud en Brasil. 6(1).
Situación de Salud en Colombia. 6(1).
Situación de Salud en las Américas. Salud Colectiva e Individual. Recomendaciones. 6(17).
Situación de Salud en Latinoamérica. Portadas,6(1),6(2),6(9),6(18).
Social health protection. An ILO strategy towards universal access to health care. 6(9).
Social protection. A life cycle continuum investment for social justice, poverty reduction and sustainable development. 6(9).
Social protection mechanisms in health and impact of financial shocks. The Argentinean case. 6(9).
Social protection policies and challenges in Latin America. 6(9).
Sociedad de Cirugía de Bogotá, Itinerario Histórico desde el 22 de julio de 1902. 6(2).
Sugerencias para el Fortalecimiento y el Desarrollo Sostenible en Investigación en Salud. 6(5).
Status and Future Directions: "The Lone Ranger". 6(7).
Summary. 6(9),6(17).
Support Tools for evidence-informed health policymaking. 6(4).

T

Tasa de mortalidad. 6(17).
Taxa Bruta da Mortalidade. 6(11A).
Temas de la próxima Reunión. 6(19).
Temas Médicos Tomo XVI. 6(2).
Temas Médicos Tomo XVII. 6(2).
Temas Médicos Tomo XVIII. 6(2).
Temas Sociales, Históricos y Humanísticos. 6(18).
Tertulia Literaria Médica-Chymica-Physica de José Hortega. 6(24).
The cast and regulation of Medical Technology: Future Policy Direction. 6(4).
The Combined Approach Matrix: A priority-setting tool for health research. 6(7).
The role of community-based health insurance within the health care financing system: a framework for analysis. 6(9).
Timo, Inmunidad y Alergia. 6(2).
Towards Asia's sustainable development. The role of social protection. 6(9).
Toward new social security systems in the 21st century: universal coverage is impossible without cohesion in financing. 6(9).
Trabajos Clínicos. 6(18).
Trabajos de Investigación. 6(18).
Trabajos Quirúrgicos. 6(18).
Trastornos psiquiátricos y conducta de búsqueda de ayuda. 6(6).
Tuberculosis. 6(17).

U

Un caso de Mielomas Múltiples. 6(2).
Un episodio de la fiebre amarilla en Buenos Aires (1871). 6(2).
Universal coverage: from concept to implementation. 6(9).
Universidad de la República. 6(7).
Un Modelo. 6(6).
Una gran Casa de Salud en Bogotá: el nuevo Sanatorio de Marly. 6(2).
Una mirada a la Fundación Gates. 6(18).
Un Pediatra Social. 6(17).
Use of Evidence in W.H.O. Recommendations. 6(4).
Use of Research to inform Public Policy. 6(4).

V

VIH-SIDA Venezuela 2009. 6(17).
Vinculados a la Investigación. 6(7).
Vinculados a la reforma. 6(7).
Visibilidad de la producción científica en salud pública en América Latina y el Caribe. 6(5).
Visión de la IAMP sobre medicina de primer contacto. 6(18).
Visión del Proceso de Ciencia y Tecnología en Salud. 6(5).

W

What is a health Care Trial. 6(4).

X

XIX Reunión del Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*). 6(1),6(2).
XVIII Reunión de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM*). 6(18).

28.- Índice Geográfico T. II.

Lugar	Capítulos	Páginas
	A	
África.	6(8).	
Álava.	6(2).	
Alma-Ata.	6(5),6(10).	
Amazonas.	6(6).	
Ambato.	6(2).	
América(s).	6(2),6(5),6(7),6(13),6(15),6(17).	
América del Sur.	6(7),6(11B).	
América do Sul.	6(11A).	
América Latina.	6(2),6(4),6(5),6(8),6(9),6(12),6(17).	
América Latina y el Caribe.	6(17).	
Ámsterdam.	6(2).	
Ancash.	6(6).	
Andes.	6(12).	
Área Andina.	6(2).	
Área de Santa Lucía.	Portadas, T. Contenido.	
área geográfica.	6(16).	
Arequipa.	6(6).	
Argentina.	Contracarátula, T. Contenido,6(1), 6(2),6(4),6(7),6(8),6(9),6(16),6(17), 6(18),6(19),6(20),6(23),6(24).	
Arica.	6(14).	
Asia.	6(2),6(8),6(9).	
Asunción.	6(18).	
Atacama.	6(2).	
Atlántico.	6(12).	
Avenida Santa María.	6(2).	
Ayacucho.	6(6),6(17).	
Ayacucho-Rural.	6(6).	
	B	
Badajoz.	6(2).	
Bagua.	6(6).	
Bahia.	6(11A),6(11B).	
Barcelona.	6(2).	
Barrio Gótico.	6(2).	
Bélgica.	6(2).	
Berantevilla.	6(2).	
Bern.	6(7).	
Bogotá.	6(2),6(12),6(24).	
Bogotá D. C.	Portadas,6(24).	
Bolivia.	T. Contenido,6(1),6(2),6(9),6(10),	

6(17),6(18),6(24).
Boston. Contracarátula,6(2).
Boyacá. 6(2).
Brasil. T. Contenido,6(1),6(2),6(7),6(8),
6(9),6(11A),6(11B),6(17),6(18),
6(19),6(20),6(23),6(24).
Bruselas. 6(2).
Buenos Aires. 6(1),6(2),6(4),6(9),6(12),6(18),
6(19),6(20),6(24).

C

Cádiz. 6(19),6(20).
Cajamarca. 6(6).
Cajamarca-Rural. 6(6).
Cali. 6(2).
Calle Almirante Montt. 6(2),6(3),6(9).
Calle de Arrieta. 6(24).
Campos Elíseos. 6(2).
Canadá. 6(2),6(4),6(8),6(13),6(17),6(21).
Capital. 6(17).
Caracas. 6(2),6(8),6(17).
Caribe. 6(5),6(9),6(12),6(17).
Caribean. 6(9).
Cartuja de Valldemosa. 6(2).
Castilla. 6(24).
Cataluña. 6(2).
Cementerio de Père-Lachaise. 6(2).
Centroamérica. 6(2).
Centro América. 6(13).
Chacao. 6(17).
Chiapas. 6(2).
Chicago. 6(2).
Chile. Carátula, contracarátula, Portadas,
T. Contenido,6,6(1),6(2),6(7),6(8),
6(9),6(13),6(14),6(16),6(18),6(19),
6(20),6(22),6(23),6(24).
Chimbote. 6(6).
China. 6(8).
Colombia. Carátula, Portadas, T. Contenido,
6(1),6(2),6(8),6(9),6(12),6(13),6(17),
6(18),6(19),6(20),6(23),6(24).
Columbia. 6(2).
Cono Sur. 6(16),6(18).
Copenhagen. 6(9).
Cordillera de los Andes. 6(12).
Corea. 6(13).
Corea del Sur. 6(8).
Costa de Sauípe. 6(11B).
Costa do Sauípe. 6(11A).
Costa Rica. T. Contenido,6(1),6(2),6(7),6(13),
6(17),6(18),6(19),6(20),6(24).
Croacia. 6(13).
Cuba. 6(2),6(7),6(8),6(9).
Cuenca. 6(5).
Cumbres Nevadas. Portadas.

D

Delta Amacuro. 6(17).
desierto árido de Atacama. 6(2).
Dinamarca. 6(13).
Distrito Capital. 6(17).

E

East Sheen. 6(11B).
Ecuador. T. Contenido,6(1),6(2),6(5),6(8), 6(13),6(17),6(19),6(23),6(24).
E.E.U.U. 6(4).
EEUU. 6(14).
Egipto. 6(2).
el Caribe. 6(5),6(9),6(12),6(17).
El Salvador. 6(13).
Eschborn. 6(9).
España. Contracarátula, Portadas,6,6(1), 6(11B),6(18),6(19),6(20),6(23), 6(24).
Espanha. 6(11A). 6(2).
Estado(s). 6(9),6(17),6(22).
Estado de Chiapas. 6(2).
Estado Delta Amacuro. 6(17).
Estado Guárico. 6(17).
Estado Tamaulipas. 6(2).
Estados Unidos. Contracarátula,6(2),6(8),6(13),6(17).
Estados Unidos de América. 6(17),6(18).
Estados Unidos del Norte. 6(17).
Estados Unidos de Norte América. 6(17).
Estrasburgo. 6(2).
EUA. 6(11A).
Europa. 6(2),6(4),6(8),6(11A).

F

Finlandia. 6(13).
Florida. 6(2).
France. 6(9).
Francia. 6(2).
fronteras. 6(8).

G

Geneva. 6(7),6(9),6(10).
geografía. 6(8).
Ginebra. 6(2),6(4).
Gottingen. 6(7).
Granada. 6(7).
Grecia. 6(2).
Grecia Antigua. 6(2).

Guatemala. 6(13),6(17).
Guayaquil. 6(5).
Guayas. 6(2).

H

Haití. 6(17).
Holanda. 6(13).
Honduras. 6(13).
Hong Kong. 6(8).
Huaraz. 6(6).
Huaraz-Rural. 6(6).

I

Ica. 6(6).
Illinois. 6(2).
India. 6(8).
Inglaterra. 6(11A),6(11B).
Iquique. 6(7).
Iquitos. 6(6).
Iquitos-Rural. 6(6).
Irlanda. 6(13).
Isla de Pascua. 6(2).
Israel. 6(8).
Italia. 6(2).

J

Jaffa. 6(2).
Jamaica. 6(17).
Japón. 6(8).
Jerusalem. 6(2).

K

Kazakistán. 6(5).

L

L. Aamerica. 6(9).
La Habana. 6(2).
La Haya. 6(2).
La Libertad. 6(6).
La Paz. 6(10).
las Américas. 6(12),6(17).
Latin America. 6(9).
Latino América. 6(19).
Latinoamérica. Portadas, T. Contenido,6(1),6(2),
6(3),6(5),6(9),6(17),6(18),6(19),
6(21),6(22),6(24).
Lepanto. 6(2).
Lima. 6(2),6(6),6(18).
Lima-Callao. 6(6).

Lima Metropolitana. 6(6).
Lima-Rural. 6(6).
Lima-Rural Norte. 6(6).
Lima-Rural Sur. 6(6).
London. 6(4),6(9).
Londres. Contracarátula,6(2),6(4).
Longsight. 6(11B).
Loreto. 6(6).
Los Andes. 6(2).

M

Madero. 6(2).
Madrid. 6(2),6(24).
Malasia. 6(8).
Mallorca. 6(2).
Manchester. 6(11B).
Mar Caribe. 6(12).
Maracaibo. 6(17).
Mar Jónico. 6(2).
Marrakesh. 6(11A),6(11B).
Marrocos. 6(11A).
Marruecos. 6(11B).
Massachusets. Contracarátula,6(2).
Mesoamérica. 6(9).
México. T. Contenido,6(1),6(2),6(7),6(8),
6(9),6(13),6(15),6(17),6(18),6(19),
6(24).
México D. F. 6(18),6(19),6(20),6(23),6(24).
Minnesota. 6(2).
Monasterio de Yuste. 6(2).
Montañas. 6(1).
Montevideo. 6(2),6(7),6(24).
Mundo. 6(8).

N

Nación. 6(8).
Nações Sul Americanas. 6(11A).
Nápoles. 6(2).
New England. 6(11A),6(11B).
New York. 6(7).
Nicaragua. 6(13).
Norte América. 6(2),6(17).
Nueva Orleans. 6(2).
Nueva Zelanda. 6(13).
Nüremberg. 6(2).

O

Oklahoma. Contracarátula.
Oriente. Contracarátula.
Oriente Medio. 6(8).
Orlando. 6(2).

Océanos Atlántico y Pacífico. 6(12).
Oxford. 6(9).

P

Pacífico. 6(12),6(18).
Padova. 6(2).
País. 6(2),6(23).
País vinícola. 6(23).
paises. 6(8).
países asiáticos. 6(8).
países latinoamericanos. 6(22).
Palma. 6(2).
Panamá. 6(2),6(13).
Paraguay. T. Contenido,6(1),6(2),6(16),6(18), 6(19),6(20),6(24).
Paraíso. 6(2).
París. 6(2),6(9).
Paris. 6(9).
Parck Cottage. 6(11B).
Parroquia de Ceballos. 6(2).
Península. 6(2).
Península Itálica. 6(2).
Pennsylvania. 6(2).
Pérgamo. 6(2).
Perú. T. Contenido,6(1),6(2),6(6),6(8), 6(17),6(18),6(19),6(20),6(23),6(24).
Philadelphia. 6(2).
Piura. 6(6).
Plaza de Champel. 6(2).
Polonia. 6(13).
Pompeya. 6(2).
Portugal. Contracarátula, Portadas,6,6(1), 6(2),6(9),6(11A),6(11B),6(18),6(19), 6(24).
Providencia. 6(12).
Provincia de Tungurahua. 6(2).
Pucallpa. 6(6).
Pucallpa-Rural. 6(6).
Puebla. 6(2).
Puerto Maldonado. 6(6).
Puerto Montt. 6(14).
Puno. 6(6).

Q

Quito. 6(2),6(5).

R

Región. 6(21).
Región de las Américas. 6(12).
Región Metropolitana. 6(14).
Reino Unido. 6(13).

República. 6(7),6(8),6(11A),6(11B),
6(13),6(14),6(23).
República Argentina. 6(7).
República de Chile. 6(23).
República del Ecuador. 6(5).
República de Paraguay. 6(16).
República Dominicana. 6(13),6(17).
República Federativa del Brasil. 6(7).
República Oriental del Uruguay. 6(7).
Rio de Janeiro. 6(2),6(4),6(11A),6(11B).
Rochester. 6(2).
Roma. 6(2).
Rusia. 6(2).

S

Salamanca. 6(2),6(7).
Salt Lake City. 6(2).
San Andrés. 6(12).
San Francisco de Quito. 6(2).
San José. 6(7).
San José de Costa Rica. 6(7).
San Martín. 6(6).
Santa Caterina. 6(17).
Santa Cruz de la Sierra. 6(10).
Santafé de Bogotá. 6(2).
Santa Fe de Bogotá. 6(2).
Santiago. Contracarátula, T. Contenido,6,6(1),
6(2),6(3),6(9),6(11A),6(11B),6(14),
6(18),6(19),6(22),6(23),6(24).
Santiago Centro. 6(2),6(3),6(9).
Santiago de Chile. Carátula, Contracarátula, Portadas,
6,6(1),6(2),6(9),6(11B),6(18),6(19),
6(22),6(24).
Santiago do Chile. 6(11A).
San Vicente de Tagua Tagua. 6(2).
Selva Peruana. 6(6).
Sierra Peruana. 6(6).
Singapur. 6(8).
Soho. 6(11A),6(11B).
Subregión Andina. 6(17).
Sudamérica. 6(12).
Sudeste del Asia. 6(8).
Sur América. 6(13).
Suramérica. 6(16).
Surey. 6(11B).
Sur-Norte. 6(12).

T

Tacna. 6(2),6(6).
Taiwán. 6(8).
Tampico. 6(2).
Tarapoto. 6(6).

Tarija. 6(10).
Tel Aviv. 6(2).
Tercer Mundo. 6(8).
the Caribean. 6(9).
Tierra Santa. 6(2).
Toronto. 6(7).
Trinidad y Tobago. 6(17).
Troya. 6(2).
Trujillo. 6(6).
Tucupita. 6(17).
Tumbes. 6(6).
Túnez. 6(2).

U

Ucayalí. 6(6).
União Europeía. 6(11A).
Unión Europea. 6(4),6(8),6(14).
Unión Soviética. 6(10).
Uruguay. T. Contenido,6(1),6(2),6(7),6(9), 6(13),6(16),6(18),6(19),6(20), 6(24).
USA. 6(21).

V

Valencia. 6(17).
Valle. 6(2).
Venezuela. T. Contenido, T. Contenido,6(1), 6(2),6(8),6(17),6(18),6(19), 6(20), 6(23),6(24).
Vesubio. 6(2).
Villa Altamira. 6(2).
Villanueva de Sigena. 6(2).
Viña del Mar. 6(14).
Viña Santa Rita. 6(23).

W

Washington. 6(3),6(4),6(9),6(10),6(12).

Y

Yafo. 6(2).
Yuste. 6(2).

Z

Zante. 6(2).
zonas urbanas y rurales. 6(6).

29.- Índice de Autores T. II.

Autores	Capítulos	Páginas
	A	
ACOSTA NÚÑEZ, Andrés Arnaldo.	6(18).	
AOÜN SOULIE, Claudio.	6(1),6(8),6(17).	
ARANDA TORRELIO, Eduardo.	6(1),6(10),6(18).	
ARMAS MERINO, Rodolfo.	6(18).	
ARREA BAIXENCH, Carlos.	6(1),6(13).	
	B	
BARRIOS REITERER, Jorge.	6(18).	
BERGANZA, Luis.	6(18).	
BRICEÑO-IRAGORRY, Leopoldo.	6(1),6(8),6(18).	
	C	
CEA EGAÑA, José Luis.	6(1),6(2).	
CHAPARRO, Juan Carlos.	6(18).	
CHUIT, Roberto.	6(18).	
CLEMENTE HEIMERDINGER, Antonio.	6(18).	
CODAS THOMPSON, Jorge.	6(1),6(16).	
CÓRDOBA VILLALOBOS, José Ángel.	6(18).	
CUBILLAS, Antonio.	6(18).	
CUÉLLAR-MONTOYA, Zoilo.	Carátula, Lomo, Portadas,6(1),6(18).	
	D	
DA LUZ, Silvia.	6(18).	
DANIEL, Juan.	6(18).	
DA SILVA MESSIAS, José Augusto.	6(1),6(11A),6(11B),6(18).	
DEL REY CALERO, Juan.	6(18).	
DE THE, Guy.	6(18).	
DI MARTINO, Claudio.	6(18).	
	F	
FINEBERG, Harvey.	6(18).	
	G	
GARCÍA PROCEL, Emilio.	6(18).	
GOIC GOIC, Alejandro.	6(1),6(2),6(18).	
GRAUE WIECHERS, Enrique.	6(18).	
GULINO, Raúl.	6(18).	

H

HIDALGO OTTOLENGHI, Fernando. 6(1),6(5).

J

JÁCOME ROCA, Alfredo. Carátula, Lomo, Portadas, T. Contenido,6(18).
JIMÉNEZ, Jorge Tadeo. 6(18).

K

KURI-MORALES, Pablo. 6(15).

L

LACLETTE, Juan Pedro. 6(18).
LARGUÍA, Alfredo Miguel. 6(18).
LIFSHITZ GUINZBERG, Alberto. 6(18).

LL

LLATA ROMERO, Manuel DE LA. 6(18).

M

MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo. T. Contenido,6(1),6(12),6(18).
MARÍN, José. 6(18).
MARTÍNEZ NUZZURELLO, Oswaldo. 6(18).
MEDINA SANTILLÁN, Roberto. 6(1),6(15).
MESSIAS, José Augusto DA SILVA. 6(1),6(11A),6(11B),6(18).
MONCAYO MEDINA, Álvaro. 6(1).
MONGELOS, Carlos. 6(18).

N

NARRO ROBLES, José. 6(18).

O

ORLICH CARRANZA, Claudio. 6(18).
ORTIZ, Rubén. 6(18).

P

PANTOJA, Tomás. 6(1),6(3).
PAREDES SUÁREZ, Mario. 6(5).
PEÑA DELGADO, José Luis. 6(18).
PERALES CABRERA, Alberto. 6(1),6(6).
PIÑEROS CASTRO, Jaime Iván. 6(18).

R

RÍOS FERREIRA, Gilberto. 6(1),6(7).
RODRÍGUEZ WHIPPLE, Pablo. 6(1),6(2).
RUIZ DE CHÁVEZ, Manuel H. 6(1),6(15),6(18).

S

SERRANO, Carmen. 6(18).
SONIS, Abraam. 6(1),6(4),6(18).
SUÁREZ JIMÉNEZ, Julio Manuel. 6(18).

T

TAPIA CONYER, Roberto. 6(18).
THE DE, Guy. 6(18).
TORRES, Rubén. 6(1),6(9).

U

URIBE ESQUIVEL, Misael. 6(18).

V

VALDIVIESO DÁVILA, Vicente. 6(1),6(14).
VARGAS PACHECO, Enrique. 6(18).
VERDAGUER TARRADELLA, Juan. 6(1),6(2).

Y

YAMADA, Tadataka. 6(18).

30.- Índice Onomástico T. II.

Nombres	Capítulos	Páginas
	A	
ACOSTA NÚÑEZ, Andrés Arnaldo.	6(18).	
AGUILERA, Ximena.	6(14).	
AGUIRRE, José Joaquín.	6(2).	
AGURTO, I.	6(14).	
ALAM, C.	6(12).	
ALARCÓN SEGOVIA, Donato.	6(15).	
ALARCÓN, J.	6(6).	
ALBORNOZ PLATA, Alberto.	6(2).	
ALESSANDRI R., Hernán.	6(2).	
ALFARO SIQUEIROS, David.	6(2).	
ALGERICH, Manuel.	6(2).	
ALONSO DE RUIZ, Patricia.	6(15).	
ANUBIS.	6(2).	
ANZURES.	6(15).	
AOÜN SOULIE, Claudio.	6(1),6(2),6(8),6(17),6(19),6(20), 6(23).	
AOÜN B., Rodolfo.	6(17).	
ARANDA TORRELIO, Eduardo.	6(1),6(2),6(10),6(18),6(19),6(20), 6(23).	
ARANGO SANÍN, Agustín.	6(2).	
ARAÚJO CUÉLLAR, Julio.	6(2).	
ARCAYA, M. J.	6(6).	
ARENAS ARCHILA, Eduardo.	Portadas.	
ARHIN-TENKORANG, Dyna.	6(9).	
ARIAS, O.	6(9).	
ARMAS CRUZ, Rodolfo.	6(2).	
ARMAS MERINO, Rodolfo.	Portadas,6(1),6(2),6(11A),6(11B), 6(18),6(19),6(20),6(23),6(24).	
ARREA BAIXENCH, Carlos.	6(1),6(2),6(13),6(19),6(23).	
ARRIETA, Eugenio García.	6(2).	
ASCANIO.	6(2).	
ASCHOFF, Karl Albirt Ludwig.	6(2).	
AUGUSTO.	6(2).	
AUSTRIA DE, Juan.	6(2).	
AYALA.	6(8).	
	B	
BABISNKI, Joseph.	6(2).	
BALDÓ SOULÉS, José Ignacio.	6(17).	
BARCENA, R.	6(14).	
BARRAQUER MONER, José Ignacio.	6(2).	
BARRAZA-LLORÉNS, M.	6(9).	
BARTOLUCCI, J.	6(14).	

BAZ, Gustavo. 6(15).
BECERRO POSA, das F. 6(4).
BECLÉRE, Claude. 6(2).
BEDREGAL, P. 6(14).
BEHRENDT, C. 6(9).
BELLO, Andrés. 6(9).
BENAIMA, Fortunato. 6(2),6(19),6(20).
BENGUIGUI, Y. 6(10).
BENITO BIBRIESCA, Luis. 6(15).
BENNETT, S. 6(9).
BENÍTEZ, Virginia. 6(2).
BERGANZA, Luis. 6(18).
BERMÚDEZ, Andrés. 6(2).
BERNARD, P. 6(6).
BERRIOS REITERER, Jorge. 6(18).
BÈSSIERES, Jean-Baptiste. 6(2).
BLAMEY V., Cristina. 6(18).
BLANES, Juan Manuel. 6(2).
BONAPARTE, Napoleón. 6(2).
BONILLA, A. 6(9).
BORJA, Rodrigo. 6(2).
BOUFFORD, Jo. 6(18).
BRICEÑO-IRAGORRY, Leopoldo. 6(1),6(2),6(8), 6(17),6(18),6(19), 6(20),6(23).
Brisset, Ch. 6(6).
BROUILLET, André. 6(2).
BRUEGEL, Pieter. 6(2).
BUNGE. 6(8).
BURROWS, J. 6(14).

C

CÁCERES, Humberto. 6(2).
CADENA, Darío. 6(2).
CALDERÓN REYES, Aristides. 6(2).
CALDERÓN VELASCO, Rolando. 6(2),6(18),6(19),6(20),6(23).
CALVINO, Juan. 6(2).
CALLATA, H. 6(6).
CAMPOS. P. 6(14).
CANAL MORA, Leonardo. Portadas.
CAPASSO, Miguel. 6(2).
CAPOTE. 6(7).
CÁRDENAS ESCOBAR, Alberto. 6(24).
CARLOS V. 6(2).
CARLOS III. 6(2).
CARPIO, A. 6(5).
CARRIN, Guy. 6(9).
CARRIÓN, Daniel A. 6(2).
CASTILLO. 6(8).
CASTRO A., Ramón. 6(17).
CAVELIER GAVIRIA, Jorge. 6(2).
CEA EGAÑA, José Luis. 6(1),6(2).
CEBALLOS GARCÍA, Luis. 6(17).
CERVI Y GRASICO, José. 6(24).
CHACÍN A., Luis. 6(17).
CHADWICK, Edwin Sir. 6(11A),6(11B).

CHALKIDON, K. 6(4).
CHAPARRO, Juan Carlos. 6(18).
CHARCOT, Jean Martin. 6(2).
CHARLÍN CORREA, Carlos. 6(2).
CHÁVEZ, Ignacio. 6(2),6(15).
CHOPIN, Frèderic. 6(2).
CHUIT, Roberto. 6(18).
CICHON, M. 6(9).
CISNEROS DÍAZ CANSECO, Fernán. 6(24).
CLEMENTE HEIMERDINGER, Antonio. 6(17),6(18).
CODAS THOMPSON, Jorge. 6(1),6(2),6(16),6(19),6(20).
CONCHA, M. 6(14).
CORBALÁN, R. 6(14).
CORDAY, Charlotte. 6(2).
CÓRDOBA VILLALOBOS, José Ángel. 6(18).
CORPAS, Juan N. 6(2).
CORVALÁN MELGAREJO, Ramón. 6(2).
COURCELLES, Enrique A. 6(18).
CRUZ, Oswaldo. 6(11A),6(11B).
CUBILLAS, Antonio. 6(18).
CUÉLLAR DURÁN, Zoilo. 6(2).
CUÉLLAR CALDERÓN, Zoilo. 6(2).
CUÉLLAR-MONTOYA, Zoilo. Carátula, Lomo, Portadas,6(1),6(2), 6(18),6(19),6(20),6(23),6(24).
CUERVO AMORE, Luis Gabriel. 6(3).

D

DA COSTA. 6(8).
DAHLGREN, Göran. 6(11A),6(11B).
DA LUZ, Silvia. 6(18).
DANIEL DAMUS, Juan. 6(18).
DA SILVA MESSIAS, José Augusto. 6(1),6(2),6(11A),6(11B),6(18), 6(19),6(20).
DAVID, Jacques-Louis. 6(2).
DE CARVALHO DA SILVA, Jorge. 6(24).
DE FRANCISCO SERPA, Andrés. 6(7).
DELACROIX, Eugène. 6(2).
DE LA LLATA ROMERO, Manuel. 6(18).
DELGADO, Honorio. 6(6).
DEL REY CALERO, Juan. 6(18).
DE THE, Guy. 6(18).
DE SANTA CRUZ Y ESPEJO, Francisco Javier Eugenio. 6(5).
DE VIVERO AMADOR, Carlos. Portadas.
DÍAZ-RUBIO GARCÍA, Manuel. Portadas,6(18),6(19),6(20).
DÍEZ-CANEDO, Enrique. 6(2).
DI MARTINO, Claudio. 6(18).
DI PRISCO. 6(8).
DROR, David. 6(9).
DÜRER, Albrecht. 6(2).
DURERO. 6(2).

E

EHREMANN, Carlos Albeerto. 6(15).
ENEAS. 6(2).
ESCULAPIO. 6(2).
ESGUERRA FAJARDO, Alfonso. 6(2).
ESGUERRA GÓMEZ, Alfonso. 6(2).
ESGUERRA GAITÁN, Carlos. 6(2).
ESGUERRA GÓMEZ, Gonzalo. 6(1),6(2),6(18),6(19),6(20), 6(24).
ESGUERRA GÓMEZ, Paulina. 6(2).
ESGUERRA VILLAMIZAR, Herman. Portadas.
ESPAÑA, José. 6(17).
ESPEJO, Eugenio. 6(2).
ESPÍLDORA LUQUE, Cristóbal. 6(2).
ESTIVILL, J. 6(9).
EVANS, D. 6(9).
EVANS, T. 6(9).
EY, H. 6(6).

F

FELIPE II. 6(2).
FERNÁNDEZ, Darío. 6(15).
FERNÁNDEZ DEL CASTILLO SÁNCHEZ, Carlos. 6(15).
FIERRO GARCÉS, Alcides. 6(2).
FIERRO BENÍTEZ, Rodrigo. 6(2),6(18),6(19).
FINEBERG, Harvey. 6(18).
FLACK, Martin William. 6(2).
FONTECILLA, Oscar. 6(2).
FORERO VILLAVECES, Tulio. 6(2).
FRANCO, Roberto. 6(2).
FRENK, J. 6(9).
FRENZ, Patricia. 6(14).
FUENMAYOR, Flor G. 6(5).

G

GABALDÓN CARRILLO, Arnoldo. 6(17).
GALENO DE PÉRGAMO. 6(2).
GARCÍA PROCEL, Emilio. 6(18).
GARFIELD. 6(8).
GARMENDIA LORENA, Fausto. 6(1),6(2),6(19),6(20),6(23).
GAUTIER, Margarita. 6(2).
GHAFFAR, Abdul. 6(7).
GIACONI, J. 6(14).
GIBBS. 6(8).
GILLES DE LA TOURETTE, Georges. 6(2).
GIST, Y. 6(9).
GLEHART, J. K. 6(4).
GOIC GOIC, Alejandro. Portadas,6(1),6(2),6(11A),6(11B), 6(18),6(19),6(20),6(23),6(24).
GÓMEZ GUTIÉRREZ, Alberto. Portadas.
GÓMEZ CUÉLLAR, Carlina. 6(2).
GÓMEZ GONZÁLEZ, Jaime. 6(2).

GONZÁLEZ, C. 6(14).
GONZÁLEZ-PIER, E. 6(9).
GONZÁLEZ, G. 6(14).
GOROSTIAGA, Rufino. 6(18).
GOYA Y LUCIENTES, Francisco de. 6(2).
GRAUE WIECHERS, Enrique. 6(18).
GRANJEL, Luis S. 6(24).
GROOT LIÉVANO, Hernando. Portadas,6(2).
GROS, Jean Antoine. 6(2).
GRUAT, J. V. 6(9).
GUERRERO, A. 6(14).
GUEVARA, Juan Francisco. 6(24).
GUIMARAEZ. 6(8).
GULINO, Raúl. 6(18).

H

HABSBURGO DE, Carlos. 6(2).
HAGEMEJER, K. 6(9).
HARMENSZOON VAN RIJN, Rembrandt. 6(2).
HARVEY, William. 6(2).
HASSOUNA, W. A. 6(7).
HAYNES, R. 6(4).
HEREDIA, Cayetano. 6(2).
HERNÁNDEZ JAQUE, Juvenal. 6(2).
HERRERA FRIMONT, Celestino. 6(24).
HERRERA PONTÓN, Jaime. 6(2).
HERRERA, Juan David. 6(2).
HIDALGO OTTOLENGHI, Fernando. 6(1),6(2),6(5),6(19),6(20), 6(23).
HINES, A. 6(4).
HIS, W. Jr. 6(2).
HOHMANN, J. 6(9).
HOLLOWAY, K. A. 6(10).
HOLST, J. 6(9).
HORTEGA, José. 6(24).
HORUS. 6(2).
HORWITZ, Abraham. 6(2).
HOWETT, M. 6(9).
HSIAO, William. 6(9).

I

IDROBO, J.C. 6(5).
INFANTE, A. 6(14).
INOSTROZA, M. 6(14).
IVANOVSKA, V. 6(10).

J

JÁCOME ROCA, Alfredo. Carátula, Lomo, Portadas, T. Contenido,6(18).
JAEGER, Werner. 6(11A),6(11B).
JALAB, Melitta. 6(9).
JARAMILLO, I. 6(12).

JIMÉNEZ, Jorge Tadeo. 6(18).
JIMÉNEZ, L. F. 6(9).

K

KAWABATA, K. 6(9).
KEITH, Arthur. 6(2).
KELLER, Hellen. 6(2).
KINESELLA, K. 6(9).
KLAVUS, J. 6(9).
KNAUL, F. 6(9).
KURI-MORALES, Pablo. 6(15).

L

LACLETTE, Juan Pedro. 6(18).
LAENNEC, René. 6(2).
LAGOS, Ricardo. 6(14).
LAMBRECHTS, T, 6(10).
LANAS, F. 6(14).
LANDAETA JIMÉNEZ, Maritza. 6(17).
LAQUER, Ludwig. 6(2).
LARGUÍA, Alfredo Miguel. 6(18).
LAS HERAS, Jorge. 6(2).
LAVIS, John. 6(4).
LAVIS, N. J. 6(4).
LEA PLAZA, Hugo. 6(2).
LEGER, F. 6(9).
LETORT CALISTO, Mauricio. 6(1),6(2),6(19),6(20),6(23).
LEVIS, J. N. 6(4).
LIFSHITZ GUINZBERG, Alberto. 6(18).
LIRA MERINO, Javier. 6(24).
LÓPEZ, H. 6(9).
LÓPEZ, José Enrique. 6(17).
LÓPEZ, R. 6(5).
LÓPEZ PULLES, R. 6(5).
LUCAS TOMÁS, Miguel. Portadas,6(2),6(19),6(20),6(23).
LUCO FRANZOY, Cristián. 6(2).
LUCO ARRIAGADA, Joaquín. 6(2).
LUCO VALENZUELA, Joaquín. 6(2).
LUIS IX de Francia. 6(2).
LUQUE, R. 6(12).

LL

LLATA ROMERO, Manuel DE LA. 6(18).
LLERAS RESTREPO, Carlos. 6(24).
LLERAS CODAZI, Eduardo. 6(2).

M

MACEIRA, D. 6(9).
MACÍAS-CHAPULA, C. 6(5).
MACHADO ALLISON, Antonio. 6(8).

MADERO, Francisco I. 6(15).
MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo. Portadas, T. Contenido,6(1),6(12), 6(18),6(19),6(20).
MALONEY, W. 6(9).
MALPIGHI, Marcello. 6(2).
MANALICH MUSÍ, Jaime. 6(2).
MANRIQUE CONVERS, Julio. 6(2).
MARAÑÓN Y POSADILLO, Gregorio. 6(2).
MARAT, Jean-Paul. 6(2).
MARCHIORI BUSS, Paulo. 6(11A),6(11B).
MARGOZINI, P. 6(14).
MARIE, Pierre. 6(2).
MARÍN, José. 6(18).
MARTÍNEZ PALOMO, Adolfo. 6(15).
MARTÍNEZ, Juan F. (*Juancho*). 6(2).
MARTÍNEZ, Luis A. 6(2).
MARTÍNEZ NUZZURELLO, Oswaldo. 6(18).
MARTÍNEZ, Pompilio. 6(2).
MATALLANA, Hernando. 6(2).
MATLIN, Stephen. 6(7).
MAUMENEE, Edgar A. 6(2).
MEDINA SANTILLÁN, Roberto. Portadas,6(1),6(2),6(15),6(18), 6(19),6(20),6(23).
MENDIZÁBAL, E. 6(9).
MENDOZA CASTELLANOS, Hernán. 6(17).
MERINO, C. 6(5).
MESA-LAGO, C. 6(9).
MESSIAS, José Augusto DA SILVA. 6(1),6(2),6(11A),6(11B),6(18), 6(19),6(20).
MIMÍ. 6(2).
MOLINAS, Rubén Darío. 6(18).
MONCAYO MEDINA, Álvaro. Portadas,6(1),6(2),6(12),6(18), 6(19),6(20).
MONGELOS, Carlos. 6(18).
MONTALVO, Juan. 6(2).
MONTES DE OCA, Francisco. 6(2).
MONTOYA CAMACHO, José María. 6(2).
MONTOYA RESTREPO, María. 6(2).
MORELLI, Óscar H. 6(1),6(2),6(19),6(23).
MORELLI, Óscar Héctor. 6(20).
MORGAGNI, Giovanni Battista. 6(2).
MUÑOZ, J. 6(6).
MURRAY, C. 6(9).

N

NAPA, N. 6(6).
NARANJO ARIAS, Luis Enrique. 6(2).
NARANJO VARGAS, Plutarco. 6(2),6(18),6(19).
NARRO ROBLES, José. 6(18).
NAZZAL, C. 6(14).
NEGHME. 6(8).
NIETO BERMÚDEZ, Claudette. Portadas.
NOGUCHI, Hideyo. 6(6).
NORERO, Colomba. 6(2).
NOVELLINO, Pietro. 6(1),6(2),6(19),6(20),6(23).

MUHE, L. 6(10).
NUYENS, I. 6(7).

O

ORDÓÑEZ PLAJA, Antonio. 6(24).
ORLICH CARRANZA, Claudio. 6(18).
OROPEZA, Juan. 6(24).
OROZCO, José Clemente. 6(2).
ORREGO LUCO, Augusto. 6(2).
ORTIZ CABANILLAS, Pedro. 6(6).
ORTIZ, Rubén. 6(18).
OTERO RUÍZ, Efraím. Portadas.
OTERO, Enrique. 6(2).
OXMAN, A. D. 6(4).

P

PAL, K. 6(9).
PANTOJA, Tomás. 6(1),6(3).
PAREDES SUÁREZ, Mario. 6(2),6(5),6(18),6(19),6(20),6(23).
PATIÑO RESTREPO, José Félix. 6(2),6(12).
PATMANATHAN, I. 6(7).
PEÑA QUIÑONES, Germán. Portadas,6(12).
PEÑA DELGADO, José Luis. 6(1),6(2),6(18),6(19),6(20),6(23).
PERALES CABRERA, Alberto. 6(1),6(2),6(6),6(19),6(20),6(23).
PÉREZ PALACIOS, Gregorio. 6(15).
PÉREZ PIMENTEL, Rodolfo. 6(2).
PÉREZ, Roque. 6(2).
PERRY, G. 6(9).
PERRY, Oliverio. 6(2).
PICASSO, Pablo. 6(2).
PINTO, V. 6(6).
PIÑEROS CASTRO, Jaime Iván. 6(18).
PIZARRO, Daniel. 6(13).
POCH BROTO, Joaquín. 6(19).
POPPER, Karl Sir. 6(11A),6(11B).
PLATÓN. 6(2).
PREKER, Alexander S. 6(9).
PRETELL DE, Cecilia. 6(23).
PRETELL ZÁRATE, Eduardo. 6(2),6(18),6(19),6(20),6(23).

Q

QUIJADA DE, Luis. 6(2).

R

RABI CHARA, Miguel. 6(2).
RAMÍREZ, M. 6(12).
RAMÍREZ, M. L. 6(12).
RAMM, F. 6(9).
Rembrandt (HARMENSZOON VAN RIJN). 6(2).
RESTREPO SÁENZ, José María. 6(2).

REUSSI, Carlos. 6(2).
REYES, Germán. 6(2).
RICHARD, André J. 6(2).
RICO, Edmundo. 6(2).
RICO TEJADA, Edmundo. 6(2).
RÍOS FERREIRA, Gilberto. 6(1),6(2),6(7),6(19),6(20),6(23).
RIVAS ESCOBAR, Raimundo. 6(2).
RIVERA, Diego. 6(2).
RODRÍGUEZ GAMA, Álvaro. Portadas.
RODRÍGUEZ, Isaac. 6(2).
RODRÍGUEZ WHIPPLE, Pablo. 6(1),6(2).
ROLDÓS, Jaime. 6(2).
RÖNTGEN, (Wilhelm Conrad). 6(2).
ROSALES, Eduardo. 6(2).
ROSES PERIAGO, Mirta. 6(4).
ROSSELLI COCK, Diego. Portadas.
ROWE, A. K. 6(10).
ROWES, S. Y. 6(10).
RUEDA GALVIS, Miguel Antonio. 6(2).
RUEDA GONZÁLEZ, Ricardo. Portadas.
RUIZ, J. C. 6(5).
RUIZ DE CHÁVEZ, Manuel H. 6(1),6(15),6(18).

S

SAAVEDRA, Javier. 6(6).
SACHS, Jeffrey. 6(9).
SÁENZ HERRERA, Carlos. 6(13).
SÁENZ Y LÓPEZ MÍNGÜEZ, Pedro. 6(2).
SALCEDO, Rogelio. 6(2).
SÁNCHEZ, E. 6(6).
SÁNCHEZ TORRES, Fernando. 6(2).
SÁNCHEZ MEDINA, Guillermo. Portadas.
SÁNCHEZ, L. H. 6(12).
SAND, George. 6(2).
SANDOVAL, Hernán. 6(14).
SANHUEZA, A. 6(14).
SAN LUIS, Rey de Francia. 6(2).
SARMIENTO, A. 6(12).
SAZIÈ, Lorenzo. 6(2).
SCHMIDT, J. O. 6(9).
SCHRAMM, B. 6(9).
SERRANO, Carmen. 6(18).
SERVÉN, L. 6(9).
SERVET, Miguel. 6(2).
SGOMBICH, Ximena. 6(14).
SILVA FIGUEROA, José R. 6(17).
SNOW, John. 6(11B).
SOCARRÁS COLINA, José Francisco. 6(2).
SOMOLINOS PALENCIA, Juan. 6(15).
SONIS, Abraam. 6(1),6(2),6(4),6(18),6(19),6(20),6(23).
SORIANO LLERAS, Andrés. 6(24).
SOTOMAYOR TRIBÍN, Hugo Armando. Portadas.
SPITZER, W. O. 6(4).
STEIN, F. 6(10).
STRAUS, S. 6(4).

SUÁREZ DE SARMIENTO, Beatriz. Portadas.
SUÁREZ JIMÉNEZ, Julio Manuel. 6(18).
SUBERCASEAUX ZAÑARTU, Benjamín. 6(2).
SUÑOL Y PIÑAL, José. 6(24).
SUSSER, E. 6(6).
SUSSER, M. 6(6).

T

TAMAYO FERNÁNDEZ, Martalucía. Portadas.
TAPIA CONYER, Roberto. 6(18).
TAWARA, Sunao. 6(2).
THE DE, Guy. 6(18).
TIRADO MACÍAS, Carlos. 6(2).
TITELMAN, D. 6(9).
TORAL, Mario. 6(2).
TORRES, Rubén. 6(1),6(2),6(9).
TOVAR, L. P. 6(12).
TULP, Nicolás. 6(2).

U

UCRÓS DURÁN, Rafael. 6(2).
UNANUE, Hipólito. 6(2).
URDANETA L., Guadalupe. 6(17).
URIBE ESQUIVEL, Misael. Portadas,6(1),6(2),6(18),6(19), 6(20),6(23).
UTHOFF, A. 6(9).

V

VALDIVIESO DÁVILA, Vicente. 6(1),6(2),6(14),6(20).
VALENZUELA, V. 6(14).
VALÈRIE, Paul. 6(11A),6(11B).
VALERY, Violeta. 6(2).
VALLE, R. 6(6).
VAN CALCAR, Jan. 6(2).
VARGAS NARANJO, Antonia. 6(2).
VARGAS PACHECO, Enrique. 6(18).
VÁSQUEZ, E. 6(9).
VÉLEZ, M. 6(12).
VENUS. 6(2).
VERDAGUER PLANAS, Juan. 6(2).
VERDAGUER TARRADELLA, Juan. 6(1),6(2),6(19),6(20).
VESALIO, Andrea. 6(2).
VESALIUS, Andreas. 6(2).
VILLANUEVA, Aquilino. 6(15).
VILLAR, H. 6(7).
VILLEGAS. 6(8).
VIRGILIO. 6(2).
VON GRAEFE, Albrecht. 6(2).

W

WASMOSY, Juan Bautista. 6(18).
WEIGHTMAN, A. 6(4).
WEISER, Martín. 6(2).
WHITE, Kerr. 6(4).
WHITEHEAD, Margaret. 6(11A),6(11B).
WINNICOT. 6(11A),6(11B).

X

XU, K. 6(9).

Y

YAMADA, Tadataka. 6(18).
YAPIGE. 6(2).
YEPES, F. J. 6(12).
YÉPEZ, R. F. 6(5).
YERO. 6(8).

Z

ZARAMDINI, R. 6(9).
ZÉA HERNÁNDEZ, Germán. 6(24).
ZEVADA, Ricardo J. 6(2).

31.- Índice General T. II.

Portadas T. II. …….. 653

Tabla de Contenido. …… 669

Capítulo VI. ……. 671

1.- Programa General de la XIX Reunión de la *ALANAM*. …… 675

Jueves 28 de octubre de 2010. Sesión de Trabajo:

"Investigación en Medicina y Salud en Latinoamérica". ……... 677

Ceremonia Inaugural. ……..... 679

Viernes 29 de octubre de 2010. Sesión de Trabajo:

"Situación de la Salud en Latinoamérica". ……. 680

Sábado 30 de octubre de 2010. Sesión Administrativa. ……. 683

2.- Introducción a la XIX Reunión del Consejo

Directivo de la *ALANAM*. ……..…….. 685

Preparación de la XIX Reunión del Consejo

Directivo de la *ALANAM*. ……. 685

Asistentes. ……. 689

Ceremonia Inaugural. ……... 689

Discurso del Presidente de la *ALANAM*. ……..... 691

Introducción. ……..... 695

Referencias. ……. 696

Palabras del Presidente del Colegio Médico de Chile. ……. 697

Palabras del Presidente del Colegio Médico de Chile. ……. 699

Palabras del Representante de la OPS en Chile. …… 701

Gonzalo Esguerra Gómez. ……. 701

Notas y Referencias. ……. 706

Primera Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*". ……..... 708

Entrega de Condecoraciones y Pergaminos. ……. 724

Los Condecorados. …… 726

Plutarco Naranjo Vargas. ……..... 726

Rodrigo Fierro Benítez. …… 728

Mario Paredes Suárez. ……..... 729

Rolando Calderón Velasco. ……... 730

Zoilo Cuéllar-Montoya. ……. 732

Misael Uribe Esquivel. ……..... 734

Alejandro Goic Goic. ……. 736
Juan Verdaguer Tarradella. …… 738

3.- Investigación en Medicina y Salud en Latinoamérica.
Introducción.
Doctor Tomás Pantoja, M. D. Experto de la O.P.S. …… 741
4.- Argentina. "Investigación en Medicina y Salud. Su implementación
en la Atención Individual y Comunitaria". ……..…….. 743
Investigación en Medicina y Salud. ……..……... 743
La Investigación Clínica. ……..... 745
La Medicina Asistencial y los Estudios Multicéntricos. ……... 745
La Actividad Asistencial y los Conocimientos. …… 747
Investigación en Servicios de Salud. ……. 748
Estudios orientados institucionalmente. …… 749
Estudios sistémicos. …….. 749
Los estudios que atienden a los factores determinantes de la salud. ……. 749
Del conocimiento a la acción: Implementación de las Investigaciones a la Práctica. 750
Bibliografía Adicional. ……... 754
5.- Ecuador. "La Investigación en Medicina y Salud en América
Latina. El caso de Ecuador". …….. 757
Introducción. …….. 757
Objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. La Investigación,
la Ciencia y la Tecnología. ……..... 757
Funciones Esenciales. La Salud Pública en las Américas. OPS/OMS. ……. 761
Investigación en salud pública. …… 761
Indicadores. …….. 761
Función y Responsabilidad de la OMS en las
Investigaciones Sanitarias. ……..... 761
Organización de la Investigación en Salud en el Ecuador. ……..... 762
Niveles. …….. 762
Político. …… 762
Rectoría. ……... 762
Ejecutivo. ……. 762
Operativo. …… 763
Organización de la Investigación en Salud en el Ecuador. …… 763
Misión del Proceso de Ciencia y Tecnología en Salud. ……. 763
Visión del Proceso de Ciencia y Tecnología en Salud. …….. 764
Gestión de la Investigación. …… 764

Políticas de Investigación y Líneas Prioritarias. ……. 765
Financiamiento de las Investigaciones en Salud. ……..... 768
Regulaciones para la Investigación en Salud. …… 772
Incentivos para las Investigaciones e Investigadores. …… 772
Sugerencias para el Fortalecimiento y el Desarrollo
Sostenible en Investigación en Salud. …… 772
Fortalezas de la Investigación en Salud en el Ecuador. ……. 774
Políticas. …… 774
Capacitación en Investigación en Salud. …….. 774
Interés del MSP. …… 775
Necesidad. ……. 775
Principales Debilidades de la Investigación en Salud. …….. 775
Iniciativas o Actividades para el Fortalecimiento de la
Investigación en Salud en el Ecuador. …….. 775
Bibliografía. …….. 776
Bibliografía de apoyo. …….. 776
6.- Perú. "Investigación en Salud Mental y
Psiquiatría en el Perú". …….. 777
Introducción. ……. 777
¿Qué es la Psiquiatría? …….. 778
¿Qué es Salud Mental? ……. 778
La Teoría Sociobiológica del Hombre, Salud Mental,
Desarrollo Moral y Ciudadanía. …… 779
Ecoepidemiología. ……..... 781
Problemas psiquiátricos que requieren de investigación y
Atención prioritaria en el Perú. ……. 781
Problemas de Salud Mental. …… 782
Salud Mental de la Mujer. ……..... 783
Los Problemas Emergentes. ……. 784
La conducta suicida. …… 784
Trastornos psiquiátricos y conducta de búsqueda de ayuda. …… 786
Investigación Psiquiátrica Farmacológica. ……..... 786
Conclusiones. …… 786
Referencias. ……... 787
Agradecimientos. …….. 787
7.- Uruguay. "Hacia un Sistema de Investigación en Salud"…….. 789
Antecedentes. ……. 789
Vinculados a la reforma. …….. 789

FESP. ……. 792
Investigación en Salud Pública. ……. 792
Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud. ……..... 792
Vinculados a la investigación. ……... 793
Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje e
Investigación en Salud (*RIMAIS*). ……... 793
Investigación e Innovación en Salud. …….. 793
Universidad de la República. ……. 793
Ministerio de Salud Pública – Estrategias de Desarrollo. ……. 794
Investigación en Sistemas de Salud (*ISS*). …….. 794
Propuesta *MSP*: Hacia un Sistema Nacional de Investigación en Salud. ……. 795
En Suma. ……..... 795
Metodología para Avanzar hacia un Sistema Nacional de Investigación en Salud. ……. 796
Conclusiones. ……. 798
8.- Inversión en Investigación y Tecnología en Venezuela. …… 801
Introducción. …….. 801
La realidad de nuestras Universidades. ……. 803
Aspectos Históricos. …….. 803
Producción Científica. ……..... 805
¿Cómo enfrentar la crisis y lograr el desarrollo sostenido
en América Latina? …… 807
Datos finales. ……. 809
Conclusiones. ……. 810
Linkografía. ……..... 811
9.- Situación de Salud en Latinoamérica. ……. 813
"Sistemas de salud en América Latina y el Caribe:
panorama actual y perspectivas".
Doctor Rubén Torres M. D. Representante de la OPS en Chile. …….. 813
Resumen. …… 813
Summary. ……..... 814
Introducción. …….. 814
La protección social en salud. …… 815
Bibliografía. ……..... 820
10.- Bolivia. "Atención Primaria de Salud en Bolivia". …… 823
Antecedentes. …… 823
Referencias Nacionales. …… 825
Conclusiones y Recomendaciones. …… 827
Referencias. ……... 828

11A.- Brasil. “A Situação da Sáude no Brasil”. 829
Introdução. 829
As bases do Sistema de Saúde no Brasil. 830
Os Fundamentos da Política Nacional de Saúde. 834
A Saúde na Perspectiva do Desenvolvimento Nacional. 837
Considerações Finais. 840
11B.-Brasil. “Situación de Salud en Brasil”. 843
Introducción. 843
Las bases del Sistema de Salud en Brasil. 845
Fundamentos de la Política Nacional de Salud. 850
La Salud en la Perspectiva del Desarrollo Nacional. 853
Consideraciones Finales. 856
12.- Colombia. “Situación de la Salud en Colombia”. 859
Bibliografía Consultada. 865
13.- “Evolución de la Salud en Costa Rica en los últimos Cincuenta Años”. 867
Crecimiento de la Población. 867
Disminución de la Mortalidad Infantil. 869
Aumento en la expectativa de vida. 869
La migración. 869
Cambios en la pirámide de Población. 870
Principales Causas de Muerte. 871
Mortalidad por tumores malignos en mujeres. 873
Mortalidad por tumores malignos en hombres. 874
Mortalidad producida por causas externas. 874
Mortalidad por accidentes de tránsito. 875
Mortalidad por homicidios. 875
Mortalidad por Suicidios. 876
Mortalidad de otras enfermedades. 876
La Tuberculosis. 876
Diarrea. 877
Desnutrición y Pobreza. 878
Pentapilarismo en que se basa la organización de la Salud en Costa Rica. 879
Gasto en Salud. 880
14.- Chile. “El Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES)”. 883
El origen de la Reforma de Salud. 883
El Consejo Consultivo. 885
Estado actual de cumplimiento de garantías explícitas. 886
1.- La Garantía de Acceso. 886

2.- La Garantía de Oportunidad. …….. 886
3.- La Garantía de Calidad. ……..... 887
4.- La Garantía de Protección Financiera. …… 888
¿Es indispensable y correcta la priorización de las patologías *AUGE*? …… 889
¿Cómo ven los chilenos el plan *AUGE*? ……... 890
Referencias. ……... 890
15.- México. "La Academia Nacional de Medicina: contribución
a la Toma de Decisiones en el Sistema de Salud Mexicano". …….. 893
16.- Paraguay. "Análisis de la situación de salud y
desafíos en Paraguay 2010 - 2011". …….. 899
Paraguay: Algunas cifras. …… 899
Presupuesto. …… 900
Estadísticas de la Salud en el Paraguay. ……... 901
Mortalidad Materna e Infantil. …….. 902
Situación de salud por área geográfica (EPH 2009). …… 903
Acceso a agua en los hogares. …….. 904
Acceso a servicio sanitario de los hogares. …….. 905
Recursos humanos e infraestructura. …… 905
Equidad en el gasto público de Salud. …….. 906
Gasto de bolsillo. …….. 906
Principales Problemas Detectados. ……... 907
Gestión y Organización. ……..…. 907
Programas y Servicios de Salud. ……..... 907
Rectoría. …….. 907
No bastan políticas específicas para la salud sino, además, acciones multisectoriales
Sobre los determinantes de la salud como: …….. 908
¿Cómo puede contribuir la Academia de Medicina del Paraguay a lograr
estos objetivos? …….. 908
17.- "Estado de la salud en Venezuela". ……... 909
Resumen. ……... 909
Summary. …….. 910
Introducción. ……..... 911
Indicadores. ……... 911
Población. ……..... 911
Natalidad. ……. 912
Análisis de Indicadores. …… 912
Material y Métodos. …….. 912
Indicadores Demográficos. ……..... 913

Indicadores Socioeconómicos. …….. 913
Indicadores de Mortalidad. …… 913
Indicadores de Morbilidad. …… 914
Indicadores de Recursos, Acceso y Cobertura. ……. 915
Recursos Humanos. ……. 915
Formación Universitaria. ……. 915
Algunos aspectos de prevención. …….. 918
Mortalidad General. …….. 918
Homicidios. ……. 919
Enfermedades Cardiovasculares. …… 919
Accidentes cerebro vasculares. ……..... 919
Diabetes mellitas (DM). ……..…… 920
Cáncer: ……..…….. 920
Pulmón. …… 920
Políticas de la OMS para el control del uso del tabaco. …….. 920
Próstata. ……... 920
Cuello Uterino. ……..... 921
Ca. Mama. …… 921
Accidentes Viales. ……. 923
Quemaduras. …….. 924
Accidentes en niños y adolescentes. …….. 924
Mortalidad materna. ……... 925
Mortalidad Infantil. …… 926
Tasa de mortalidad. …….. 926
Ortopedia Infantil. ……..... 926
Diarreas. ……. 927
Enfermedades infecciosas y parasitarias. …….. 927
Gripe. ……. 927
Enfermedades Emergentes y Re-emergentes. …… 928
Malaria. …… 928
Dengue. …… 929
Enfermedad de Chagas. ……..... 929
Tuberculosis. ……. 930
SIDA. …… 930
Parotiditis. ……. 931
Conceptos básicos sobre pobreza y desnutrición. ……. 931
Definiciones. ……..…… 931
Salud. ……..…. 931

Hambre. …….. 931
Pobreza. ……..... 932
Pobreza relativa. ……. 932
Pobreza crítica. ……..….. 932
Pobreza estructural. ……..…..…... 932
Recomendaciones. ……. 933
Referencias. …… 934
18.- Informe de la Secretaría Ejecutiva de la *ALANAM*: bienio México D. F., septiembre de 2008 – Santiago de Chile, sábado 30 de octubre de 2010 ……. 935
Introducción. …… 935
Jornada de Academias de Medicina del Cono Sur. ……..… 936
Viernes 22 de mayo de 2009. …….. 937
Sábado 23 de mayo de 2009. ……..... 939
IAMP. ……..… 943
Estados Financieros de la ALANAM a 30 de septiembre de 2010. ……..….. 943
Notas a los Estados Financieros de la Asociación Latinoamericana De Academias Nacionales de Medicina a 30 de junio de 2008. …….. 945
Estados de cuentas de cada Academia. …….. 945
Caja. …… 945
Bancos. …… 945
Inversiones. ……. 945
Activos fijos. ……... 945
Ingresos. …….. 946
Gastos. ……. 946
Boletín de la *ALANAM*. ……..… 946
Memorias de la XVIII Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*.
Temas Médicos Volumen XVIII – México D. F., septiembre de 2008. …… 946
Condecoraciones y Distinciones de la *ALANAM*. ……. 952
Reformas Estatutarias. ……... 952
Propuesta de temas para la próxima Reunión de la *ALANAM*. ……... 954
Comunicaciones entre las Academias y la Secretaría Ejecutiva. ……... 954
Preparación y desarrollo de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*. …… 954
Agradecimientos. ……... 954
19.- Acta de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *ALANAM*. ……..…….. 957
1.- Citación. ……. 957

2.- Quórum. …….. 957
3.- Designación de Presidente y Secretario de la Reunión. ……..…… 957
4.- Aprobación de Informe de Secretaría y Estados Financieros. ……... 958
5.- Elección de sede de la próxima Reunión. …….. 958
6.- Elección del nuevo Presidente 2010 – 2012. ……. 958
7.- Temas de la próxima Reunión. …….. 959
8.- Elección de Secretario Ejecutivo. …….. 959
9.- Reforma al Estatuto. ……... 959
10.- Primera Conferencia Magistral "*Gonzalo Esguerra Gómez*". ……... 961
11.- Imposición de Condecoraciones y entrega de Pergaminos. ……... 961
12.- Posesión de dignatarios. ……. 962
13.- Conclusiones y Recomendaciones. …… 962
14.- Proposiciones y varios. …….. 963
15.- Aprobación del Acta. …… 963
20.- Clausura de la XIX Reunión de la *ALANAM*. ……..…….... 967
Sesión Administrativa. …….. 967
Posesión de nuevos dignatarios. …… 969
21.- Conclusiones y Recomendaciones. ……... 971
Situación de Investigación en Medicina y Salud en Latinoamérica. …… 971
Situación de la Salud en Latinoamérica. ……..... 972
22.- Declaración de Santiago sobre Políticas de Salud
en Latinoamérica. …….. 975
23.- Actividades sociales. ……..... 979
24.- Reseña y Estatuto de la Asociación Latinoamericana de Academias
Nacionales de Medicina (*ALANAM*). Perfil de las Academias
Iberoamericanas. ……..…… 985
Reseña de la *ALANAM*. ……..……. 985
Estatuto de la *ALANAM*. ……..…… 986
Perfil de las Academias Nacionales de Medicina de Latinoamérica
y de la Real Academia de España. ……. 994
25.- Índice de Gráficas, Tablas y Cuadros T. II. ……... 997
26.- Índice de Figuras T. II. …… 1003
27.- Índice Temático T. II. …… 1011
28.- Índice Geográfico T. II. ……. 1025
29.- Índice de Autores T. II. ……. 1033
30.- Índice Onomástico T. II. …… 1037
31.- Índice General T. II. ……... 1049

Rodolfo Armas Merino

El Profesor Armas Merino, Médico especializado en Medicina Interna y Gastroenterología, nació en Santiago de Chile, en 1936. Sus estudios profesionales los realizó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, la cual le otorgó el título de Médico, en 1960. Sus Especialización en Medicina Interna la hizo en la misma Universidad de Chile, entre 1960 y 1965 y la de Hepatología en la Universidad de Londres, entre 1966 y 1967 y la complementó en New Jersey y en Los Ángeles, Estados Unidos. A partir de 1965, y hasta la fecha, ha desarrollado una intensa actividad, tanto en su carrera profesional como en el ámbito académico en el Hospital San Juan de Dios de Santiago y en el Campus Occidente de la Universidad de Chile, carrera docente en la que ha alcanzado la jerarquía curricular de Profesor Titular. En la Facultad de Medicina fue Miembro de su Consejo Normativo de 1970 a 1972; Secretario de Estudios en 1973 y 1974; Presidente de la Comisión de Docencia, de 1974 a 1976 y Director del Departamento de Medicina, de 1986 a 1994. Fue Miembro del Consejo Superior de Desarrollo Tecnológico y del Consejo Asesor de CONYCIT, en 1994 y en la Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado (CONAP). Ocupó la Presidencia de la Sociedad Médica de Santiago, entre 1981 y 1983, de la cual hoy es, y a partir de 1988, "Socio Honorario", Sociedad que, en 2010, lo distinguió con el nombramiento de "Maestro de la Medicina Interna Chilena". Presidió la Comisión Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), entre 1987 y 1994. Fue Director de la Sociedad Chilena de Gastroenterología, entre 1985 y 1990, de la cual es "Socio Honorario" a partir de 1998. Durante los años 1996 a 2000, fue Gobernador del Capítulo Chileno del American College of Physicians, institución que en 2001 lo nombró "Master". Fue el Presidente Fundador de la Asociación de Sociedades Científicas Médicas de Chile (ASOCIMED). Ha sido Vicepresidente del Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS), Miembro del Consejo Superior de Desarrollo Tecnológico y del Consejo Asesor de CONYCIT, en 1994 y de Comités en el Fondo Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (FONDECYT). Fue Miembro del Consejo Regional Santiago, entre 1969 y 1973 y del Consejo Nacional del Colegio Médico de Chile, de 1973 a 1975, e integrante de la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación, en 1992. A partir de 1989, es Miembro de Número de la Academia Chilena de Medicina, cuya Presidencia ocupa a partir de 2011, después de más de diez años de fungir como Vicepresidente de ésta. Es, además, Vicepresidente del Instituto de Chile, entidad que agrupa a todas las Academias Nacionales. Ha publicado 4 libros sobre gastroenterología y hepatología titulados: "*Progresos en Hepatología*", "*Avances en Gastroenterología*", "*Hígado, Vías Biliares y Páncreas*" y "*Enfermedades Hepáticas Crónicas no Alcohólicas*" y, adicionalmente, es autor de numerosos capítulos de libros de sus especialidades. Ha sido galardonado con siete premios por sus trabajos de investigación y recibió, en 1988, el Premio Rodolfo Armas Cruz de Educación Médica, otorgado por el Colegio Médico de Chile. En el 2010 recibió el Profesor Armas Merino el Premio Nacional de Medicina, la más alta distinción que otorgan en Chile a un médico las instituciones representativas del Cuerpo Médico nacional: Academia Nacional de Medicina,

Colegio Médico, Asociación de Facultades de Medicina y Asociación de Sociedades Científicas Médicas, como reconocimiento a la obra de aquellos médicos que se han hecho acreedores a dicha distinción “por su trayectoria de excelencia, creatividad y aporte relevante al desarrollo y prestigio de la medicina nacional”.

TEMAS MÉDICOS VOLUMEN XVIII TOMO II

ZOILO CUÉLLAR-MONTOYA M. D.

ALFREDO JÁCOME ROCA M. D.

SANTIAGO DE CHILE, OCTUBRE DE 2010