Bartolomé Finizola Celli

Reflexiones sobre la Gerencia de la Salud

La vida como una Escuela de Liderazgo

UNIVERSIDAD YACAMBÚ
EDICIONES DEL RECTORADO

Bartolomé Finizola Celli

Reflexiones sobre la Gerencia de la Salud

La vida como una Escuela de Liderazgo

Universidad Yacambú
EDICIONES DEL RECTORADO

En la cubierta, *los colores azul zafiro y dorado, representan los 45 años y 50 años de varias instituciones e iniciativas exitosas, en las cuales ha estado involucrado el Dr. Bartolomé Finizola Celli, y sus fotografías muestran diferentes momentos de aprendizaje en la Universidad de la Vida.*

REFLEXIONES SOBRE LA GERENCIA DE LA SALUD
La vida como una Escuela de Liderazgo
©Bartolomé Finizola Celli

Universidad Yacambú

República Bolivariana de Venezuela.
Barquisimeto, octubre de 2021.

UNIVERSIDAD YACAMBÚ
EDICIONES DEL RECTORADO

ASCARDIO
EDICIONES ASCARDIO

Edición al Cuidado de:
Carlos Giménez Lizarzado
fundaburia@gmail.com
Asistencia al Cuidado de la Edición:
Norma Daza
Diseño Editorial:
Reinaldo E. Rojas Merchán
reinaldoryr@gmail.com
Impresión:
R&R Imagen y Publicidad, c.a.
@agenciaryr
Encuadernación:
Impresos Marina León, Caracas, Venezuela.

Depósito Legal: LA2021000328
ISBN: 978-980-6986-18-3

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede reproducirse, almacenarse o transmitirse de ninguna forma, ni por ningún medio, sea éste electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin la previa autorización del autor y la editorial.

Impreso en El Eneal, estado Lara, República Bolivariana de Venezuela

Dedicatoria

A mi profesora particular de desarrollo humano, liderazgo y gerencia,
quien fue presencial durante 62 años, desde 1946 hasta 2008,
que luego continuó a distancia y todavía aprendo de su legado;
a Conchita Celli de Finizola, "Mi Mamá".

Agradecimiento

A Dios a quien encomiendo mis obras,
lo cual ha hecho posible que mis proyectos se hagan realidad
como dice el Libro de Proverbios.
A todas las personas e instituciones que me han acompañado,
enseñado y ayudado en la Universidad de la Vida.

Contenido

Presentación Dr. Juan Pedro Pereira Medina, Rector *página 11*
Prólogo Dr. Federico Arteta Bracamonte *página 13*
Introducción *página 15*

PRIMERA PARTE
Circunstancias de la vida como escuela de liderazgo
Introducción *página 19*
Infancia, aprendizaje en la familia y primeros años escolares *página 19*
Adolescencia, conclusión de la educación primaria y bachillerato *página 22*
Juventud y educación universitaria *página 27*
Inicios del ejercicio profesional en Duaca, estado Lara *página 32*
Estudios de postgrado en Caracas *página 37*
Comienzo del ejercicio profesional como cardiólogo en el estado Lara *página 39*
Estudios de postgrado en Estados Unidos *página 41*
Retorno a Venezuela *página 42*
Ampliación nacional e internacional del escenario de acción *página 43*

SEGUNDA PARTE
De la práctica a la teoría y de la teoría a la práctica.
La persona en la comunidad humana, lo más importante *página 49*
Comunidad, Estado y Salud *página 52*
El equipo es superior al individuo aislado *página 54*
Las alianzas son sinónimo de sinergia *página 55*
La sostenibilidad de la gestión *página 56*
Más trabajo y menos suerte es la fórmula para llegar al éxito *página 58*
Mesura, constancia, sensatez y paciencia son buenas acompañantes del gerente *página 59*
Costo, Precio, Calidad y Volumen *página 60*
Costos, precios y calidad. Conflicto ético, gerencial y financiero en la atención médica *página 63*
Administración y financiamiento de los servicios de salud *página 65*
La innovación. Relato de dos experiencias innovadoras y sostenibles. ASCARDIO y el Consultorio Cardiológico de la Clínica Razetti. *página 66*
Reflexiones orientadas a la búsqueda de la solución del problema de atención médica en Venezuela *página 71*

TERCERA PARTE
Artículos de opinión sobre salud, gerencia y liderazgo, publicados en el diario *El Universal,* Caracas desde el 2015 hasta el 2021

Costo y calidad en salud *página 75*
Cómo financiar la salud *página 77*
Salud para todos *página 79*
Mejorar la salud *página 81*
El equipo de salud *página 82*
Los registros en salud *página 84*
Programas de salud *página 86*
Sociedades científicas *página 88*
Innovación y salud *página 90*
Compasión en salud *página 92*
Excelencia en salud *página 94*
Tecnología y salud *página 96*
Gerencia y salud *página 97*
Alianzas en salud *página 99*
Improvisar en salud *página 101*
Diálogo y salud *página 103*
Institución y salud *página 105*
Resiliencia y salud *página 106*
Crisis y salud *página 108*
Historia y salud *página 110*
Educación y salud *página 112*
Élan vital y salud *página 114*
Salud y población *página 116*
Sociedad y salud *página 117*
Liderazgo y salud *página 119*
Desacuerdos en salud *página 121*
Unidos por la salud *página 123*
Estado y salud *página 125*
Factor c y salud *página 126*
Vargas y la salud *página 128*
Acuerdo por la salud *página 130*
Salud enferma *página 132*
Salud integral *página 133*
La constitución y la salud *página 135*
Creatividad y salud *página 137*
Sindemia y salud *página 138*

El legado para la salud *página 140*
Incertidumbre en salud *página 142*
Salud en conflictos *página 143*
Baldó y la salud *página 145*
Visión de futuro y acción *página 147*
Coloquio sobre salud *página 149*
Salud. Legado de Luis Razetti *página 150*
La juventud en la salud *página 152*
Psicoeconomía en la salud *página 154*
Agerasia y la salud *página 155*
Comunidad y salud *página 157*
Excesos en salud *página 159*
Cocrear en salud *página 161*
El médico y la salud *página 162*
Migración y salud *página 164*
Andrés Bello y la salud *página 166*
Evidencia científica y salud *página 167*
Pobreza y salud *página 169*
El trabajador de la salud *página 171*
Inflación y salud *página 172*
Emprendimiento social y salud *página 174*
Tejido social y salud *página 176*
Discernimiento y salud *página 178*
Situación laboral en la salud *página 179*
Modelo de gestión en salud *página 181*
Universidad y salud *página 183*
La salud debe renacer *página 184*
Salud y sinergia ciudadana *página 186*
"Dolarización" y la salud *página 188*
Retos en gestión de salud *página 189*
Actitud ante la situación de salud *página 191*
Ideas disruptivas en salud *página 193*
Acciones trascendentes en salud *página 194*
La salud: derecho universal *página 196*
El éxito y la suerte *página 198*
Aliarnos o aislarnos *página 200*
Tolerancia y convivencia *página 201*
Autodesarrollo y tejido social *página 203*
Pausa reflexiva *página 205*
El futuro y la incertidumbre *página 206*

Energía laboral *página 208*
Pobreza, ignorancia y enfermedad *página 210*
Sabiduría en tiempo de crisis *página 211*
Clima laboral en la crisis *página 213*
Razón, emoción y decisión *página 215*
Incivilidad vs. civilidad *página 216*
Problemática vs. solucionática *página 218*
Crisis de liderazgo *página 220*
Coexistencia generacional *página 221*
Ponerse de acuerdo *página 223*
De la tolerancia a la convivencia *página 225*
Mediocridad o excelencia *página 226*
Crisis, confianza y esperanza *página 228*
El valor del silencio *página 230*
¿Qué puedo hacer yo? *página 231*
Del fracaso al éxito *página 233*
El libro de la realidad *página 235*
Liderazgo en momentos de crisis *página 236*
En la crisis: catapultarse o sepultarse *página 238*
Evolución organizacional en la crisis *página 239*
El trabajo y la suerte *página 241*
Futuro de los servicios de salud *página 243*
Humanización y deshumanización *página 245*
Patrón de comportamiento y liderazgo *página 246*
Comportamiento organizacional en crisis *página 248*
Pensar en quienes vienen después *página 249*
Emprendimiento social solvente *página 251*
Lo óptimo: la mesura *página 253*
Del desarrollo personal al organizacional *página 254*
Pensamiento, palabra y acción *página 256*
Liderazgo y jerarquía *página 257*
Logoterapia organizacional *página 259*
¿Liderazgo con amor o temor? *página 261*
En gerencia: ni gerontofobia ni efebifobia *página 262*
Docta ignorancia y gerencia *página 264*
Importancia del legado en gerencia *página 266*
La gerencia y el aprendizaje con el error *página 267*
Veintidós palabras para un liderazgo con legado *página 269*

Presentación

La Universidad Yacambú se complace en entregar el tercer título de las *Ediciones del rectorado*. En esta ocasión, se trata de la obra del Dr. Bartolomé Finizola Celli, intitulada: *Reflexiones sobre la gerencia de la salud. La vida como una escuela de liderazgo.* Asunto de alta relevancia para nuestra institución que ha impulsado el tema de la gerencia, como uno de los programas de formación especializada, dada su pertinencia y demanda en la dinámica contemporánea, en la que las organizaciones públicas y/o privadas sobreviven a los profundos cambios del mundo actual en la medida en que la gerencia se transforma y se adapta a las nuevas exigencias de la sociedad y economía del conocimiento.

Pero este libro, no es producto de una labor burocrática o académica per se, sus páginas organizadas en una línea del tiempo en la que se recogen una visión de la gerencia en especial en el ámbito de la salud, expresan reflexiones y experiencias acumuladas en la vida misma del autor. La idea inicial de esta edición era organizar parte de los artículos que el Dr. Finizola publica en el diario *El Universal* desde el 2015 al presente; en sugerencia del Profesor Giménez, la columna quincenal ofrecida en el referido diario por el Dr. Bartolomé, organizan las ideas sobre el complejo proceso que encierra el termino gerencia del reconocido médico del campo de la cardiología, pero en especial por la obra denominada ASCARDIO que ya anda rondando los 50 aniversarios con proyección regional, nacional e internacional.

Entonces del proyecto inicial, se pasa a un libro en el que el autor prefiere contextualizar aquellos artículos quincenales en una visión más integral y vivencial, no se hace gerente en una oficina, o por estudios formales de grados, –no–, el Dr. Finizola, reflexiona desde las mismas circunstancias que lo fueron formando tanto en la vida familiar, como en la vida universitaria y profesional. Fue aprendiendo, y cada momento vivencial le ofrecían oportunidades para su desarrollo, pero ante todo aprendizajes para tejer en el tiempo su visión de la gerencia de la salud.

El lector interesado no encontrará en estas líneas una retórica convencional, sino vivencias, pasiones y emociones, presididas por el rigor de la reflexión del médico que hace gala de una profunda formación humanista, en la que se encuentra sin conflicto alguno, el científico que tiene clara su misión de formar parte de las soluciones en la gerencia del complejo mundo de la salud. El gerente y líder, se hacen en la posibilidad de saber observar y aprender del *libro de la realidad*, como tanto lo recuerda el Dr. Bartolomé.

Para nuestra Universidad, esta iniciativa editorial además de hacer reconocimiento a la labor innovadora del Dr. Finizola, es también una contribución para difundir una experiencia exitosa y poner al alcance de las nuevas generaciones, tanto de la medicina como de otros ámbitos profesionales, herramientas prácticas que contribuyan a la promoción de "una gerencia en concordancia con los principios fundamentales de bioética, de beneficencia y no maleficencia", como nos enseña el autor, en un mundo de alta complejidad técnica y social. Esperamos que este libro no sea el cierre de un tema, sino la provocación para abrir nuevos caminos y horizontes en las organizaciones públicas y privadas que, a final de cuenta, son las corresponsables del progreso y desarrollo humano, en un contexto histórico en el que los cambios no se detienen.

Dr. Juan Pedro Pereira Medina
Rector

Prólogo

Leer "el libro de la realidad" como fuente de enseñanza y aprendizaje, pudiese ser un hilo conductor de esta obra que es parte de un legado necesario. "Por sus obras lo conoceréis" podría ser una sempiterna frase que parece corresponder más al sentido del mensaje que Bartolomé Finizola Celli nos obsequia.

En cierto sentido Bartolomé retoma más allá de su tiempo vital, de sus fuentes e influencias personales, de las cuales nos habla abiertamente, con generosidad, como clave indispensable para la comprensión de quien es y por qué hizo lo que ha hecho y todo lo que pretende hacer; como suerte de resurrección, de la vieja tradición renacentista nacida en el norte de Italia en manos de Leonardo Da Vinci de aprender mediante la observación sistemática de la realidad, para desde allí construir un interminable proyecto siempre en construcción.

El Centro Cardiovascular Regional y ASCARDIO han sido espacios centrales de creación indetenible donde no solo se ha aprendido, sino donde han aprendido centenas de discípulos formales, cardiólogos, médicos generales, enfermeros, técnicos de diversa índole, pero también centro de reuniones de otros muchos proyectos vitales que día a día desfilan en diversas reuniones. Ciertamente gerentes, líderes populares y empresariales, artistas, organizaciones sociales, instituciones reciben el "testigo" de esa "experiencia reflexionada" que alimenta otros esfuerzos e ilusiones.

Su legado no se trata solamente de un cuerpo de conocimientos, de conceptos sistematizados de la realidad vivida cuya evidencia existe y es palpable, idea a idea, ladrillo a ladrillo, sino de una animosidad desbordante que un familiar de Bartolomé resumía así: "mi papá es un optimista crónico irrecuperable". Pues un líder no solo "predica con su ejemplo" con sus obras, sino también con su emoción, con esa certeza absoluta de "que todo es posible" con un esfuerzo constante y decidido.

El criterio de verdad reside en la práctica, podría decirnos perfectamente un análisis del pensamiento expresado. Yo le añadiría de una práctica amable, abierta, en permanente disrupción. Recuerdo cuando Bartolomé Finizola invitó a uno de sus Maestros, el doctor JJ Puigbó, a disertar en la Cátedra Luis López Grillo, en uno de los tantos espacios destinados a esa reflexión colectiva, sobre la Biblioteca de Alejandría. Experimento humano donde se engendró buena parte del pensamiento y el conocimiento científico de los últimos dos milenios, fuente de lo que serían siglos más tarde, las universidades y las academias científicas, así como los museos. Bartolomé no se detuvo en la contemplación distante del admirador pasivo, sino que la conferencia le dio sentido a un inmenso proyecto de una biblioteca que había nacido hace 40 años con los libros personales de los cardiólogos fundadores rescatados del olvido, para darle un nuevo aliento como en la antigua Alejandría, de un centro de investigación, un núcleo docente universitario. Pero también un gran espacio de las artes y de las ciencias.

De lo que otros dirían son: las terribles circunstancias adversas de un país que literalmente "vivió del Petróleo" por casi un siglo, han surgido innumerables oportunidades que ciertamente requieren cambios culturales "copernicanos" del cuerpo y del espíritu de una sociedad. Es allí donde el liderazgo de Bartolomé Finizola se hace indispensable. De esas reflexiones han surgido nuevos conceptos que resumen su experiencia vital. Núcleos Urbanos Resilientes, Emprendimientos Sociales Sustentables, Proyecto Malla, no son entelequias sino nuevas realidades que van naciendo como "nueva vida" luego y en medio de la tormenta.

Quiera Dios que este libro sea fuente de conversación e inspiración de sus amigos y discípulos. Que sea un libro vivo, solo el primero de muchas reflexiones necesarias.

Dr. Federico Arteta Bracamonte
Médico e Historiador

Introducción

Cuando el Profesor Carlos Giménez Lizarzado me informó que, como parte de una iniciativa de la Universidad YACAMBÚ, específicamente de su Rector el Profesor Juan Pedro Pereira Medina, me invitaron a escribir algunas reflexiones sobre gerencia de la salud, por una parte le agradecí la distinción y por otra, le expliqué que considero que lo que puede resultar útil es la narración de vivencias que, por más de 60 años, me han dejado enseñanzas, producto de las lecturas de los libros de la historia y el de la realidad, las cuales me han permitido aprender del pasado y del presente, para proyectar acciones con sentido de futuro. Estas reflexiones tienen la fortaleza de haber superado la prueba del tiempo, ya que se han expresado en realizaciones concretas.

Las experiencias vividas y el aprendizaje, como producto de las reflexiones sobre temas complejos como el liderazgo y la gerencia de la salud, constituyen un material que complementado con la conceptualización planteada por estudiosos y expertos en el tema, pueden contribuir al diseño de propuestas y desarrollo de iniciativas innovadoras y sostenibles, adecuadas a nuestro medio.

La primera parte del libro, se refiere a las circunstancias de la vida como escuela de liderazgo, desde el núcleo familiar, la educación primaria, secundaria y universitaria, el inicio del ejercicio profesional en el medio rural, los estudios de postgrado y los diferentes escenarios locales, nacionales e internacionales que incidieron en mi formación gerencial. Incluye desde hechos aparentemente triviales, pero que dejaron huella, hasta situaciones organizacionales de mayor complejidad que también fueron oportunidades de aprendizaje.

La dificultad de la gerencia de la salud está condicionada por la estrecha relación de ésta con la vida, de ahí que la salud, por lo tanto, es uno de los derechos humanos de mayor preeminencia y debe tener el máximo

alcance poblacional posible, con la mejor calidad y el menor costo, que haga a cualquier propuesta factible y sostenible en el tiempo.

Intento describir la fuente de donde proceden las enseñanzas que recibí desde la infancia hasta el presente, ya que en ningún momento se detiene el proceso de aprendizaje ni se alcanza la excelencia, sino que siempre se busca y jamás se debe llegar a la conclusión de que ya no hay nada más que aprender.

En la segunda parte, hago reflexiones que comienzan por un análisis cíclico de la práctica a la teoría y viceversa, para luego concluir en conceptos fundamentales que deben tenerse presentes en el proceso de gerencia de la salud. El desarrollo se inicia con el ser humano como unidad biológica, psicológica, social y espiritual, con tendencia a la trascendencia, con una vida con propósito y sentido, el cual, integrando equipos de trabajo como parte de organizaciones, en las que a su vez se establecen alianzas sinérgicas, que se potencian entre si y pueden formar una red o malla para servir de soporte a proyectos sociales de gran impacto.

En la tercera parte hay una recopilación de 125 artículos de opinión sobre salud, gerencia y liderazgo, publicados en el diario *El Universal* desde el 2015 hasta el 2021, los cuales, aunque no tienen un orden temático, sino cronológico, sirven de apoyo y ampliación a lo expuesto en este libro.

Con la expectativa de que el contenido de este material sea útil para el lector interesado en este tema complejo, en el cual no hay opiniones únicas ni última palabra, sino puntos de vista que pretenden contribuir a enriquecer la discusión, orientada a la búsqueda de las mejores fórmulas de modelos aplicables a nuestro medio.

PRIMERA PARTE

Circunstancias de la vida como escuela de liderazgo

Introducción

En materia de liderazgo hay una vieja discusión sobre el tema de la dicotomía de ser un buen líder por condiciones innatas o por aprendizaje, en otras palabras, se nace o se hace. Considero que el punto de equilibrio está determinado porque, mientras más temprano se empiece y más se aprovechen las oportunidades de aprender, el resultado será mejor, ya que la persona va aprendiendo y haciendo simultáneamente, lo cual permite que desarrolle su vocación natural.

Lo que pretendo con el contenido de este capítulo es compartir con los lectores la forma como fui aprendiendo en la universidad de la vida, la materia de gerencia en el sector salud, incluso comentando situaciones aparentemente triviales de infancia y juventud, las cuales dejaron huellas que después apliqué como profesional de la salud.

Infancia, aprendizaje en la familia y primeros años escolares

Ya desde la infancia, no recuerdo cuándo, Mamá me comentó varias veces, que yo le decía "aún con la lengua mocha, que quería ser médico y que quería hacer dos hospitales, uno para quienes pudieran pagar y otro para quienes no pudieran pagar". En cierta forma, ese fue mi propósito de vida, Dios me dio la oportunidad de desarrollarlo y poder disfrutarlo, aún en plenitud de mis facultades. En mi núcleo familiar aprendí desde niño, Principios y Valores fundamentales como la libertad de opinar y decir lo que yo pensaba sin temor a represalias, la Justicia de dar a cada quien lo que le corresponda y como consecuencia de esto, la honestidad, es decir no quedarme con lo que no era mío, respetar lo ajeno, el Amor a Dios y al prójimo, hacer el bien y no hacer el mal, así como tener la Verdad como base para relacionarme con las otras personas. Con relación a este último Principio, quiero señalar que uno de los elogios más significativo en mi vida, fue cuando, en una de las últimas conversaciones con Mamá, ella próxima a cumplir cien años de vida y yo a los 62 años de edad; hablábamos de su salud y ella no estaba convencida de la explicación de sus médicos tratantes, entonces me dijo: "Mire hijo, explíqueme lo que yo tengo, ya que a usted yo le creo, porque nunca me ha dicho una mentira". Este es

uno de los elogios que más he valorado, porque la madre conoce la vida del hijo desde la infancia, con sus virtudes y defectos.

Las conversaciones en familia han constituido, desde mi infancia, una cátedra de principios y valores que han marcado mi actuación durante toda mi vida. Recuerdo que Francisco, mi hermano, con frecuencia utilizaba una frase que señalaba lo siguiente "Cuando digas algo, recuerda que siempre sea verdad, que no perjudique a nadie y que beneficie a alguien", como vemos en pocas palabras, resume principios fundamentales como la verdad, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia. Otra idea que comentaba era que ante la adversidad había que superarla y continuar, con sus propias palabras decía: "cuando uno se cae, se debe levantar, sacudirse la tierra y seguir caminando hacia dónde quiere llegar". En estas conversaciones, Mamá, quien acostumbraba a usar refranes tanto venezolanos como italianos, decía uno napolitano muy corto pero muy pedagógico, cuando se hablaba de la necesidad de que todos se beneficiaran de cualquier acción que debía ser un ganar-ganar y que todas las partes debían salir favorecidas, ella citaba el refrán siguiente: "Campa e fa campá", que significa vive y deja vivir. Esta lección que parece trivial, es de profundo contenido y valor en el proceso de la gerencia, porque de esto se puede concluir el principio básico que señala: lo que es bueno para los trabajadores, debe ser bueno para la empresa y viceversa, lo que es bueno para la empresa, debe ser bueno para los trabajadores. Ella señalaba incluso el origen del refrán "Campa e fà campà", refería que unos estudiantes que estaban en una pensión muy barata y uno de ellos iba a protestar a la recepción porque encontró un chinche en la cama y entonces uno de los compañeros le dijo, "deja ese chinche tranquilo y acuéstate en la cama a dormir". Vive y deja vivir. Otra frase que salía a relucir con frecuencia en esas conversaciones, cuando se trataba de alguien que había desviado su objetivo principal y se distraía en aspectos secundarios, poniendo en riesgo lo importante, era la siguiente, "Mire hijo, cuando vaya a cruzar un río, no pise todas las piedras, sino solo las necesarias, porque puede pisar una que este resbalosa o falsa y cae en el agua sin llegar a la orilla". Desde el punto de vista táctico y operativo en gerencia, esto es muy importante, ya que a veces se desvía el foco principal y se arriesga todo.

En mi infancia también aprendí la importancia de la disciplina y el trabajo. Papá murió cuando yo tenía 10 años de edad y Mamá quedó al frente de

la familia, los dos hermanos mayores estudiaban en la Universidad Central de Venezuela, en Caracas y los dos menores estudiábamos primaria en Barquisimeto, nuestra obligación además de estudiar fue acompañar y apoyar a Mamá en sus actividades. Todas estas vivencias de la infancia fueron muy importantes en mi formación. Aunque con Papá compartí solo 10 años, Mamá se encargó de trasmitirme sus enseñanzas, destacando su honestidad, capacidad de trabajo, sensibilidad humana y social, así como también el desprendimiento de las cosas materiales.

Él era un gran lector, quien comentaba sus lecturas con la familia, además era melómano, particularmente disfrutaba las óperas italianas. Con mis hermanos mayores, Rosa María y Francisco, la relación fue una combinación de Madre-Hermana y Padre-Hermano, porque la diferencia de edad conmigo, era de 12 y 11 años respectivamente. Con mi otra hermana Ninetta, el vínculo fue más horizontal, porque solo tenemos dos años de diferencia. Con la familia ampliada, consanguíneos y amigos, la relación siempre ha sido buena, probablemente por la influencia del mensaje de los Nonos, quienes reforzaban el valor de la familia y la amistad. Este hecho ha tenido mucha influencia en mis ambientes laborales, ya que la relación con los compañeros de trabajo y la presencia de sus familiares, hace que el vínculo que se establece, sea como una familia grande. La armonía laboral y familiar influye en forma importante en el éxito gerencial.

Estos Principios y Valores aprendidos en mi niñez y adolescencia, aunque fueron muy simples, marcaron una forma de pensar y actuar que tiene repercusión importante en mis actividades gerenciales de adulto.

Cuando tenía cinco años de edad, me inscribieron en un colegio y solo duré pocos días, porque no me gustó, luego en otro colegio, también estuve pocos días, tampoco me acostumbré. Como era el último de los hermanos, fui muy consentido y mis padres buscaron otro colegio que estaba recién inaugurado, que para la época, a comienzos de la década del 50, tenía una metodología pedagógica novedosa. Empecé kínder en el Instituto Montessori, en el cual se utilizaba la metodología diseñada por la pediatra y pedagoga italiana María Montessori, la cual se había extendido a nivel mundial. Al estudiar la biografía de la fundadora y la metodología empleada, me di cuenta de la influencia que esto tuvo en mi formación, ya que partía del principio de la disciplina activa, la cual considera que “el

individuo es quien dispone de sí mismo, quien marca su propia línea de actuación y por lo tanto es responsable de su conducta, la cual debe tener un límite que es el interés del colectivo". El docente debía estar entrenado en el uso de esta metodología. Su Directora era la Profesora Elba Sánchez, quien había recibido la formación bajo la filosofía Montessori. Para esa fecha, la Dra. Montessori, todavía estaba activa en Europa, ella murió en 1952. En sus propias palabras "la disciplina activa, forma al individuo para la actividad y el trabajo, así como también para que el niño aprenda a diferenciar el bien del mal".

El ambiente con mesas y sillas pequeñas, el colorido, la iluminación y ventilación de las aulas y las áreas de juego eran características de las escuelas Montessori, lo cual las hacía más amigables y una novedad para ese momento. Las actividades culturales eran muy importantes, por ejemplo, la banda de guerra formada por niños de primero, segundo y tercer grado, las presentaciones musicales como por ejemplo el Minuet de Beethoven o la zarzuela La Rosa del Azafrán, presentadas en el Teatro Altagracia de la ciudad, constituían estímulos para que el niño se inclinara por la música. Es importante destacar, que el profesor de música era Héctor Pellegatti, nativo de Ferrara (Italia), cellista, compositor y docente, quien había llegado a Venezuela en 1948. Retrospectivamente valoro el alto nivel del profesor Pellegatti, educando a alumnos menores de 10 años. Estas actividades musicales influyeron para estimular que yo tuviera una inclinación hacia el disfrute de la música, lo cual para mí es un ansiolítico no farmacológico que me ha ayudado al logro de un equilibrio emocional. Aunque probablemente no es una opinión objetiva, por mi condición de melómano, pero me atrevo a recomendar la música a todas las personas, pero en particular a quienes tienen responsabilidad de conducción de empresas. El cultivo de la música, así como cualquier expresión artística, contribuye a un desarrollo integral armónico que combina arte, ciencia y naturaleza.

Adolescencia, conclusión de la educación primaria y bachillerato

Del Instituto Montessori, continué mi educación primaria y secundaria en el Colegio Javier, el cual tenía poco tiempo de fundado, con la presencia importante de sacerdotes y maestros jesuitas, la gran mayoría

de origen vasco. Para mí fue un impacto importante, porque venía de un colegio relativamente pequeño, con salones de clases con pocos alumnos, en donde todos me conocían, porque había empezado desde kínder. El Colegio Javier estaba ubicado en su primera sede, en la Avenida Pedro León Torres, en la quinta "La Granja", la cual había sido en el pasado, propiedad de Eustoquio Gómez y le habían construido una ampliación de aulas muy frescas y áreas para deporte. El Padre Jesús Joaristi, Rector Fundador del Colegio, con la intención de impartir una enseñanza humana y cristiana a base de la excelencia en todo, a pesar que el Colegio tenía un terreno grande, adquirió varias hectáreas cerca del Obelisco con frentes hacia la avenida Pedro León Torres por el sur y la actual avenida Libertador por el norte, que por su extensión las denominábamos las hectáreas. Su aspiración era un gran colegio, pero, lamentablemente en su ausencia, el proyecto no avanzó hasta el nivel que visualizó. El fue un visionario de alto nivel académico, quien había llegado a Venezuela en 1941. Una breve reseña biográfica es importante para entender su legado con el toque personal que le dio al recién fundado colegio, ya que además de ser Jesuita, tenía características particulares de un gran líder. Nació en 1909, en Azcoitia en el País Vasco, estudió bachillerato en Navarra (España), luego filosofía y letras en Bélgica, maestrillo en Bogotá, estudios de teología en EEUU; cuando llegó a Venezuela tenía 32 años y se ubicó en el Colegio San José de Mérida, luego fue Director del Seminario Arquidiocesano Santa Rosa de Lima en Caracas, Rector fundador del Colegio Gonzaga en Maracaibo y de allí pasó a Barquisimeto, en octubre de 1953, cuando tenía 44 años, con la responsabilidad de fundar el Colegio Javier de Barquisimeto.

Su experiencia humana y docente, así como el conocimiento a fondo de la educación jesuita, además de sus excelentes condiciones como sacerdote, educador, líder y gerente, le dieron un nivel de alta calidad al Colegio Javier, con mucha exigencia a los alumnos. Yo formé parte de la primera promoción, en 1963, en la cual el Padre Joaristi tuvo mucha influencia como modelo de liderazgo.

En el Javier, en mi época de adolescente, tuve la oportunidad de participar en directivas de organizaciones de diferente índole y cada ocasión constituyó una fuente de aprendizaje en materia de liderazgo y gerencia. Cuando tenía 13 años, presidí la Congregación Mariana del Colegio. Al año siguiente participé como secretario juvenil en la directiva del Ateneo

de Barquisimeto, aunque esta institución no era dependiente del Colegio, me enteré después de varios años, en una conversación con la Sra. Nelly de Hammond, quien era la Presidenta del Ateneo, que para ese cargo me propuso el Rector del Colegio. Luego, cuando tenía 16 años fui electo presidente del Centro de Estudiantes del Colegio Javier y al año siguiente Secretario General de los Centros de Estudiantes Federados de Educación Libre (CEFEL) del estado Lara.

En esta etapa como estudiante de bachillerato, tuve oportunidades de participar en la conducción de diversas organizaciones, cuando formé parte de la directiva del Ateneo, interactué con personas adultas, lo cual constituyó una constante en mi trayectoria, ya que una de mis principales fuentes de aprendizaje la tuve en las personas mayores. En las otras organizaciones, tanto en la Congregación Mariana, como el Centro de Estudiantes y CEFEL, por tener una importante influencia de los Jesuitas, me permitió aprender de las enseñanzas de San Ignacio de Loyola como líder, entre las cuales debo destacar el estímulo al autoconocimiento, valorando las propias fortalezas y debilidades, la superación y el mejoramiento continuo con la permanente búsqueda de la excelencia, en concordancia con el "Magis Ignaciano", el valor de lo espiritual sobre lo material, con su lema "el Alma vale más que el mundo", la actitud innovadora y positiva aún en situaciones difíciles, las pausas necesarias para evaluar los resultados y fundamentalmente el amor al prójimo, expresado en forma simple, en el lema "Amar y Servir".

Descubrir la presencia de Dios en los hechos comunes fue una característica de Ignacio de Loyola, lo cual tuvo importante influencia en mi formación. A veces pienso que hay personas con "teoanalfabetismo" y valga el uso de una palabra que no está en el diccionario, pero que expresa que hay personas que no logran leer en la vida real, la conexión de la cotidianidad con la presencia de Dios. Hay cadenas de hechos que vinculan una buena acción silenciosa y desinteresada, que incluso puede realizarse con sacrificio, con un retorno inimaginable que se traduce en un beneficio multiplicado. Tengo múltiples vivencias que pueden ejemplificar esta afirmación.

Por otra parte, la visión de los colegios Jesuitas en la década de los años sesenta era promover en los alumnos la formación de líderes y es así como en este aspecto dictaban cursos de oratoria, los Ejercicios Espirituales de

San Ignacio, programas de capacitación social y foros de discusión sobre temas sociales y políticos, los actos patrióticos semanales que estimulaban la identidad con el Colegio y con la Patria, los actos de fin de año los cuales promovían la excelencia y premiaban el mérito de los estudiantes, las competencias deportivas intercursos e intercolegios, la banda de guerra, las actividades religiosas y culturales, las verbenas y fiestas del colegio, las concertaciones en presencia de los padres y representantes y la existencia de un periódico dirigido por estudiantes, Tribuna Javier, eran complemento de la formación académica.

Toda esta gama de actividades curriculares y extracurriculares, influyó en mi formación integral, lo cual tuvo repercusión en mis actividades en el campo gerencial. Con una visión en retrospectiva, de varias décadas, cada día valoro más la oportunidad de aprendizaje que tuve en mi formación general durante mi niñez y juventud, tanto en la familia, como en el Instituto Montessori y el Colegio Javier. Debo destacar que los vínculos con los egresados del Javier se mantienen en el tiempo.

Al hacer un recuento biográfico que incluye algunos aspectos sobre las oportunidades de la vida para el aprendizaje de liderazgo y gerencia en general, me parece conveniente realizar algunos comentarios adicionales a lo señalado hasta ahora.

Una reflexión importante que hice en mi juventud, no sé si fue por la influencia de algunas frases de Aristóteles, quien decía que "la riqueza consiste mucho más en el disfrute que en la posesión", así como en algunos libros de Erich Fromm, que recuerdo haber leído en mi juventud, yo he estado muy claro en que debe haber un equilibrio entre el disfrute y la posesión, porque hay personas que poseen pero no disfrutan y hay otras que disfrutan sin poseer mucho. A lo mejor también influyó que desde que era niño, cuando leía comiquitas del Pato Donald, me llamaba la atención que este era una figura común que tenía su novia Daisy y una familia ampliada, incluso con tres sobrinos, mientras que Rico Mc Pato, era un avaro que tenía mucho dinero, pero no tenía familia, observando que uno disfrutaba y el otro poseía, pero no disfrutaba, porque cada vez quería tener más, en forma insaciable. Este equilibrio entre la posesión y el disfrute, fue muy importante en algunos modelos de gestión que posteriormente, como profesional, yo propuse desarrollar.

Una lección de liderazgo que debo mencionar en esta etapa de bachillerato, yo tenía 15 años, fue el discurso de John F. Kennedy cuando asumió la presidencia de los EEUU, en enero de 1961, en el cual señaló lo siguiente: "No pregunten qué puede hacer su país por ustedes, pregunten qué pueden hacer ustedes por su país". Esto fomentó en mi conducta, la tendencia a involucrarme y comprometerme en los escenarios en los cuales me he desempeñado, lo cual considero que ha sido un factor importante para haber sido seleccionado y apoyado para cargos directivos.

Leí desde muy joven varias biografías de Ghandi y le admiré el haber logrado la independencia de la India, de un imperio tan poderoso como el Británico, sin haber utilizado la violencia. Este ejemplo también dejó una huella en mi proceder como líder y gerente, ya que soy un convencido que por la vía pacífica se obtiene más que con la violencia.

En 1963 presencié el nacimiento de la Clínica Razetti de Barquisimeto, en las reuniones iniciales familiares, fundamentalmente como observador, ya que para ese momento tenía 17 años de edad, mi hermano Francisco, como integrante del grupo fundador, en conversaciones con Mamá, quien lo asesoraba con su experiencia, discutían la justificación de la apertura de una nueva clínica en la ciudad y establecían los primeros pasos que se debían dar, como por ejemplo la necesidad de abrir un servicio privado de emergencia general de adultos y niños, ya que el único servicio de este tipo existente en la ciudad, estaba en el Hospital Central Antonio María Pineda y en el sector privado había sólo una emergencia pediátrica, de ahí que la Clínica Razetti interpretó correctamente este vacío e inicio el servicio. La vivencia de haber presenciado el origen de la Clínica Razetti, constituyó una oportunidad para mi aprendizaje de gerencia de la salud.

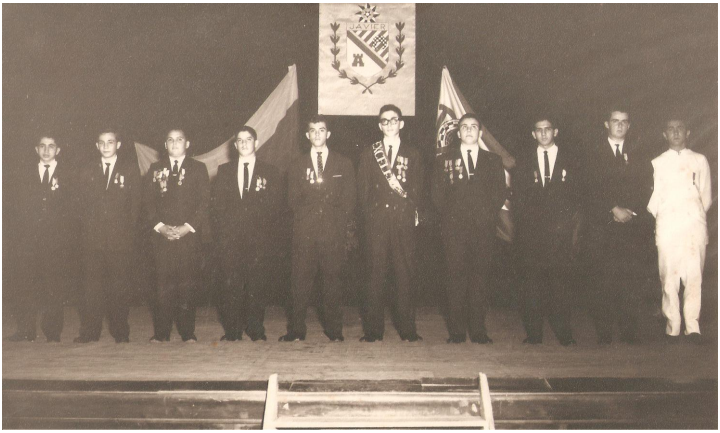
Durante la década de los años sesenta, Mamá, quien fue una mujer muy luchadora y tenaz durante toda su vida, decidió incursionar en la construcción y era frecuente que en nuestra casa, por las noches después de la cena, se revisaran los planos de la siguiente casa que iba a empezar a construir. Presenciar estas conversaciones sobre los planos, me dio una visión de "constructor", la cual ha sido una constante en las instituciones, las cuales he contribuido a desarrollar.

Barco *Cristophoro Colombo* en el cual viajaron de Génova a la Guaira, sus padres Vicente Finizola y Conchita Celli de Finizola en Julio de 1931.

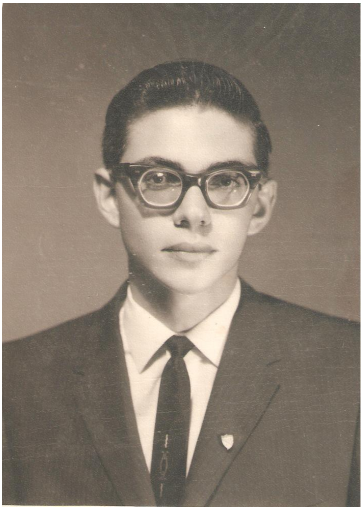
Bartolomé a la edad de 3 años.

Bartolomé con sus padres Vicente Finizola y Conchita Celli de Finizola, y sus hermanos Rosa María, Francisco y Ninetta. Barquisimeto, 1946.

Primera promoción de primaria del Colegio Javier, 1958.



Acto de premiación de fin de año del Colegio Javier en 1962.



Grado de bachiller en el Colegio Javier. 1963.

Bartolomé Finizola Celli, como jefe de guardia del equipo de guardia 7 de la Cruz Roja Venezolana, Hospital Carlos J. Bello, 1970.

Bartolomé Finizola en el acto de grado, recibiendo el diploma y saludando al Dr. Juan José Puigbo, integrante del presídium, 1971.

Bartolomé Finizola Celli en el postgrado de Cardiología, 1974.

Un hecho aparentemente trivial que dejó una enseñanza útil para toda mi vida, fue el siguiente: como señalé antes, Papá murió cuando yo tenía 10 años y era costumbre familiar visitar su tumba los domingos, la cual era cuidada por el Sr. Ramón, no recuerdo su apellido, pero en una oportunidad él se enfermó y Mamá me dijo: "vaya a preguntarle a aquel señor que está limpiando esa tumba en la esquina, para que limpie la de su Papá"; efectivamente yo fui y le hice la pregunta. Recuerdo que él me respondió "Se la limpio, pero hasta que llegue el Sr. Ramón, porque esa es de él". A pesar de mi corta edad, probablemente tenía doce años, yo valoré mucho el gesto de respeto a la palabra. En general en la vida, pero en particular en gerencia, cuando la palabra vale más que una firma y cuando el respeto está por encima del abuso, se genera un clima de confianza mutua que permite un avance armónico. En el caso que relaté, a pesar de ser una persona de bajo nivel académico y de escasos recursos económicos, quien pudo haberse aprovechado del momento y quedarse con el trabajo del Sr. Ramón, actuó con respeto a su palabra.

Juventud y educación universitaria

Con todas estas vivencias de juventud se cerró un ciclo y empezaba otra etapa. Al finalizar bachillerato hice una pausa, ya que debía tomar decisiones importantes. La elección de la carrera la tenía clara, ya que desde niño quería estudiar medicina, aunque pensé en otras opciones como psicología y arquitectura. Seguí por unos meses en mis actividades como secretario general de los Centros de Estudiantes Federados de Educación Libre, quería conocer EEUU y como había un viaje del Colegio Javier con estudiantes, quienes habían finalizado sexto grado, me incorporé al grupo y viajamos a la Feria Mundial de Nueva York, recuerdo en especial la escultura de "La Piedad" de Miguel Ángel, que estaba en el Pabellón de la Santa Sede. Por razones familiares y porque en el Centro Experimental de Estudios Superiores (CEDES) aún no estaba claro el tipo de credencial que iba a otorgar al finalizar la carrera universitaria, decidí viajar a Caracas y comencé a estudiar en la Escuela Luis Razetti de la Universidad Central de Venezuela. En el primer año, tomando en cuenta que mudarse a otra ciudad era un cambio importante y debía adaptarme a una nueva situación, decidí hacer una pausa de mis actividades extracurriculares, a las cuales estaba acostumbrado en bachillerato, a pesar de algunas oportunidades

y ofertas que me plantearon, me dediqué solo a estudiar para aprobar el primer año de la carrera. Como acotación de importancia gerencial, es conveniente señalar que en la vida a veces es necesario hacer una pausa, sobre todo cuando se está frente a encrucijadas trascendentes; incluso es importante detenerse a pensar periódicamente, para evaluar y programar. Yo he tenido el hábito de hacerlo a diario y al concluir etapas.

Finalicé el primer año de medicina y durante las vacaciones de agosto, fui invitado a dar un curso de bioquímica en la sede de la Parroquia Universitaria, donde funcionaba el Movimiento Universitario Católico MUC. En esa oportunidad, me propusieron participar en el MUC de la Facultad de Medicina, posteriormente fui su delegado y luego estuve durante dos años como Presidente del MUC de la UCV. Esta etapa en la cual ejercí cargos directivos en el MUC me dejó múltiples enseñanzas, entre las cuales debo mencionar la interacción con estudiantes de diversas carreras distintas a medicina, así como también con organizaciones políticas y gremiales. Dirigir el MUC-UCV en momentos de alta conflictividad, con allanamientos y sus múltiples consecuencias, fue una oportunidad de servicio y aprendizaje. Debo destacar que mi relación con dos sacerdotes con una formación teológica y filosófica muy sólida, Juan Cardón y Guido Rihoux, tuvo influencia en mi desarrollo, particularmente con la participación en círculos de estudios bíblicos y en algunas discusiones de obras de algunos autores, como por ejemplo, Teilhard de Chardin, jesuita, paleontólogo y filósofo francés, quien tenía una posición sobre la evolución del hombre, la cual generó una polémica importante. Lo que quiero destacar en esta etapa fueron las oportunidades de formación más allá de los estudios de medicina, haciendo honor a la frase del médico Catalán José de Letamendi y Manjarrés "El médico que sólo sabe medicina; ni medicina sabe".

Una experiencia de trabajo en grupo, en actividades extracurriculares durante mis estudios de medicina, fue haber participado en el Areópago, el cual fue un grupo constituido por estudiantes desde el tercer año de la carrera, bajo la coordinación del Dr. Pedro Grases, profesor de anatomía patológica de la UCV, quien dirigía reuniones anatomoclínicas, pero lo más interesante fue que nos trasmitió mucho más que medicina, en algunas oportunidades a algunas reuniones, asistían invitados especiales, como por ejemplo su padre el Profesor Pedro Grases González, abogado,

historiador y académico, catalán quien había venido a Venezuela en 1937 y cuyos temas de conversación eran de orden humanístico.

Un profesor nuestro, de cirugía, el Dr. Ladimiro Espinoza, miembro de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, me introdujo en el estudio del pensamiento del Dr. Luis Razetti, ya que todas las semanas le dedicaba por lo menos una hora para estudiar la obra de este insigne médico venezolano, con el grupo de estudiantes de medicina. Estudiar la vida del Dr. Razetti y su influencia en sus alumnos, sirvió de legado ya que tuvo mucha repercusión en mi formación.

Un hecho interesante que me dejó una lección en materia de liderazgo, ocurrió en el año 1967, viendo un programa de televisión, en el cual entrevistaban a un oficial del ejército de Israel, sobre el tema de la guerra de los 6 días y una de las preguntas que le hizo el entrevistador fue sobre las causas a las cuales atribuía la victoria israelita; el oficial contestó que uno de los factores importantes que influyó en la victoria fue que: el oficial israelita le decía a sus subalternos "síganme, en vez de adelante". La lección importante desde el punto de vista gerencial y de liderazgo es que se debe dar el ejemplo y estar al frente de las acciones, ya que esto demuestra un mayor compromiso, lo cual sirve de modelo a todo el equipo de trabajo.

Durante quinto y sexto años de medicina tuve responsabilidades directivas que también contribuyeron a mi crecimiento gerencial, ya que ocupé los cargos de vicepresidente y luego presidente de la Sociedad de Internos del Hospital Carlos J. Bello de la Cruz Roja Venezolana, la cual agrupaba a los internos de quinto y sexto años de este hospital. También fui Jefe de la Guardia 7 de la misma institución.

Un autor que leí durante los últimos años de mi carrera universitaria fue José Ortega y Gasset, filósofo español y en particular quiero mencionar de su libro Misión de la Universidad, el siguiente párrafo: "La norma efectiva consiste hoy en dar por anticipado como irreal lo que la Universidad pretende ser. Se acepta, pues, la falsedad de la propia vida institucional. Se hace de su misma falsificación la esencia de la institución. Esta es la raíz de todos sus males – como lo es siempre en la vida, sea individual o sea colectiva. El pecado original radica en eso: No ser auténticamente lo que se es. Podemos pretender ser cuanto queramos; pero no es lícito

fingir que somos lo que no somos, consentir en estafarnos a nosotros mismos, habituarnos a la mentira sustancial. Cuando el régimen normal de un hombre o de una institución es ficticio brota de él una omnímoda desmoralización. A la postre se produce el envilecimiento, porque no es posible acomodarse a la falsificación de sí mismo sin haber perdido el respeto a sí propio". Continúa Ortega y Gasset: Por eso decía Leonardo: "Chi non può quel che vuol, quel che puó voglia" (El que no puede lo que quiere, que quiera lo que puede). Este mensaje tuvo importante repercusión en el reforzamiento de lo aprendido en la infancia sobre la verdad, como la base de la relación interpersonal, pero aquí se amplía a la esencia de la vida institucional, lo cual es fundamental en el proceso de gerencia.

Las instalaciones de la UCV me impresionaron desde un comienzo, por la combinación de la academia con el arte y la naturaleza: Los murales, las esculturas, el vitral de Léger con su dimensión impactante y las edificaciones. Pienso que esta combinación de arte, naturaleza y ciencia que observé en la UCV, influyó en la forma como se ha desarrollado el área de ASCARDIO. La majestuosidad del Hospital Universitario que tenía pocos años de inaugurado, con la pulcritud de sus instalaciones, todo esto combinado con la calidad de los docentes, constituyeron un escenario propicio para el aprendizaje.

Los años como estudiante de medicina, en interacción con personas de diferentes lugares de Venezuela, las actividades culturales, gremiales, sociales, las serenatas, la participación activa en la Parroquia Universitaria y el MUC, así como el desenvolvimiento en los conflictos universitarios, los viajes a distintas regiones del país junto a los compañeros de estudio contribuyeron a mi formación integral y gerencial. En relación a este último aspecto en uno de los viajes con mis compañeros de estudio, camino a la Gran Sabana, yo aprendí una lección que me ha servido en mis actividades como gerente. Después de pasar el Dorado, ubicado a 68 kilómetros de Tumeremo, continuamos hacia el sur y en el kilómetro 88 había una inmensa roca granítica llamada "La Escalera", la cual por sus características le había costado dinamitarla a Ingeniería Militar, que era la responsable de la obra; me llamó la atención que en un árbol había una tabla grande clavada que señalaba una frase, atribuida a Simón Bolívar: "No hay obras imposibles, sino hombres incapaces". Esta frase la repito cuando hay dificultades importantes que se deben superar. Aprovechar

cualquier momento o hecho aparentemente sin importancia y captar el mensaje de fondo, debe ser una actitud que se desarrolle en una forma automática, ya que en la vida hay muchas oportunidades para aprender, unos las aprovechan y otros no.

Cuando terminé mis estudios de medicina, hice una pausa, ya que, por una parte la Universidad Central de Venezuela había sido allanada y hubo retardo en la emisión de títulos y por otra parte, yo quería tener elementos para tomar una decisión importante en relación al camino para empezar a ejercer. Consideré la posibilidad de quedarme un tiempo en Caracas en un internado de alguno de los Hospitales grandes, preferiblemente en el Universitario, porque lo conocía y ahí cursé el pregrado, la otra posibilidad que consideré fue regresar a Barquisimeto y empezar en el Hospital Central Antonio María Pineda, otra opción fue regresar al estado Lara, pero al medio rural y la otra posibilidad era viajar a EEUU para conocer algunos hospitales con el fin de tener más elementos para decidir, lo cual hice con mi primo Bartolomé Celli, quien se había graduado conmigo y además con otros dos compañeros de promoción.

Decidimos hacer un viaje de exploración mediante visitas y entrevistas, que iniciamos por New York, alquilamos un carro y viajamos a Filadelfia al Albert Einstein Medical Center, luego a Rochester en el estado de New York, alli visitamos el Rochester Medical Center, luego fuimos a Ithaca y acudimos a Cornell University, continuamos a Albany, estuvimos en el Albany Medical Center, de allí a Worcester, al St. Vincent Hospital de la Universidad de Massachusetts, proseguimos a Boston y visitamos el St. Elizabeth Medical Center, luego en Rhode Island, al Rhode Island Hospital; retornamos a New York y finalmente regresamos a Venezuela. En una de las entrevistas, específicamente en el Rhode Island Hospital, aprendí una lección interesante, cuando le comentamos al médico entrevistador que nos sorprendía que él nos estaba ofreciendo trabajo en su hospital casi de inmediato, ya que por la guerra de Vietnam necesitaban médicos y vieron que nosotros podíamos cumplir los requisitos para ingresar, pero le dijimos que al mismo tiempo en nuestro país, teníamos dificultades para ejercer debido a que nos habían retrasado la emisión del título porque la universidad había sido allanada, a pesar que teníamos un acta de culminación firmada por el Ministro de Sanidad y Asistencia Social, el presidente de la Federación Médica Venezolana y el presidente del

Consejo Nacional Universitario Provisorio de la UCV. Recuerdo que el médico quien nos atendía, nos dijo lo siguiente: "una de las diferencias entre nosotros y ustedes, es que nosotros a quien sirve y necesitamos, lo recibimos y por eso es que les estoy ofreciendo esta oportunidad".

Para mí fue una lección esta frase y en una conversación posterior con mi primo Bartolomé Celli, quien tiene años ejerciendo como médico en EEUU, él me comentó: es que efectivamente es así y como muestra de esto, es el número importante de ganadores del Premio Nobel en EEUU, quienes son inmigrantes y les dieron acogida y oportunidad en ese país. Premio Nobel de física 42%, de química 36%, de medicina 35%, para un total de 40%, cuando se incluyen otras ramas como por ejemplo economía.

Inicios del ejercicio profesional en Duaca, estado Lara

A pesar de las diferentes oportunidades que se me presentaron y aunque es importante señalar que en esa época no había la obligación legal, yo tomé la decisión de empezar en el medio rural, acudí a la Dirección de Asistencia Social del estado Lara, donde me ofrecieron la posibilidad de empezar a ejercer en Duaca.

Asistí a una entrevista con el Dr. Víctor Julio Meléndez, Director de Asistencia Social del estado Lara, quien me preguntó si yo estaba dispuesto a dirigir el Centro de Salud Rafael Antonio Gil de Duaca, con la condición de realizar el Curso Medio de Salud Pública y regresar de nuevo a esa ciudad, por lo menos por un año, como director del mismo. Acepté la propuesta y en el segundo semestre de 1971, comencé el Curso Básico de Médicos Rurales, el cual tenía una participación presencial y activa del Dr. José Ignacio Baldó, quien en sus conversaciones, trasmitía el legado de una formación que aprendí a valorar con el paso del tiempo. Luego iniciamos el Curso Medio de Salud Pública en la UCV, en el cual obtuve bases estadísticas, epidemiológicas y administrativas que me han servido para mi desempeño como clínico, epidemiólogo y gerente en el área de la salud. Al final del Curso Medio, tuve la oportunidad de realizar el Curso Básico de Cardiología, en el Departamento de Enfermedades Cardiovasculares del antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, lo cual me permitió

iniciar un vínculo con el grupo de profesionales fundadores del Programa Cardiovascular, hecho que tuvo mucha influencia en mi desempeño futuro.

Quiero destacar que mi inicio en Duaca fue también un escenario de aprendizaje para superar conflictos, porque debido al allanamiento de la UCV, como señalé antes, el otorgamiento de títulos universitarios se retardó hasta el mes de marzo de 1971 y a pesar de tener la autorización para ejercer en todo el territorio nacional, hubo en algunas regiones, específicamente en el estado Lara, resistencia para aceptar a los egresados de la UCV, lo cual generó algunos conflictos. Para ese momento, yo había comenzado en Duaca y la población estaba satisfecha con mi actuación, de tal forma que se generó un movimiento de apoyo comunitario que ayudó a resolver el conflicto; haberme iniciado con esta situación conflictiva me sirvió de aprendizaje. Como dice el refrán "ningún marinero se forma con el mar en calma", yo empecé y superé una tempestad cuando apenas comenzaba a navegar. Esto me comprometió aún más con la población de Duaca, porque debía tener reciprocidad por el apoyo que me brindaron.

Esta circunstancia influyó para que al finalizar el programa de entrenamiento en Salud Pública, aunque me plantearan una oferta de trabajo muy tentadora, porque quien estaba en la coordinación operativa del Curso Medio debía ausentarse para realizar un curso, me ofrecieron que yo fuese coordinador, que además ingresaría como docente de la UCV, con mejores condiciones de remuneración y hospedaje, mientras estuviera en el trabajo de campo y la posibilidad de ingresar al año siguiente al postgrado de neumología. Ante esta proposición yo les respondí que tenía un compromiso con la población de Duaca y con el Director de Asistencia Social del estado Lara, a quien yo le había dado mi palabra de retornar, pero si me decían que aceptara, porque era conveniente por la actividad que yo podía realizar, entonces aceptaría, pero la respuesta del director fue "usted se comprometió conmigo, pero usted decide y yo respeto lo que usted haga". Ante esta respuesta, yo decidí actuar con reciprocidad, así como cumplir mi palabra y regresé.

En la primera semana de mi gestión en Duaca, decidí que la mejor forma de tener una información veraz de la situación del hospital, era escuchando a los trabajadores y en este sentido me entreviste con cada uno, a quie-

nes les pregunté: ¿Qué haría si usted estuviera en la dirección? Lo mismo hice con los dispensarios rurales que dependían del centro de salud, los cuales visité para observar el estado en el cual estaban y conversar con las auxiliares de enfermería y camareras de cada dispensario; toda esta información me resultó muy útil para iniciar mis actividades como director de esta institución. La observación, descripción y análisis antes de actuar, ha sido una metodología de trabajo que me ha dado buenos resultados y que posteriormente ampliaré en la parte II de este libro. Al retorno a Duaca y durante 1972 tuve la oportunidad de utilizar todas las herramientas clínicas, administrativas y epidemiológicas que había recibido en ese semestre de entrenamiento.

Otra situación conveniente de relatar en este coloquio gerencial, fue la propuesta que le hice en 1972 al Dr. Carlos Zapata, con quien tenía una amistad de larga data y quien, en ese momento, era Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA), para organizar la pasantía rural de los estudiantes de sexto año de medicina; al principio me respondió que tenían programada dicha pasantía, pero para realizarla en Yaritagua, Chivacoa, Quíbor y El Tocuyo. Aun con esa respuesta, yo empecé a trabajar como si el programa estuviera aprobado para comenzar en Duaca, en enero de 1973. Visité otros programas de las Universidades Central, del Zulia y Carabobo, además comenzamos a construir el área de reposo para los estudiantes. Mensualmente le informaba al Dr. Zapata sobre los avances, pero no me daba esperanzas de que el programa pudiera empezar en Duaca.

En una de esas oportunidades me dijo: "Mira Bartolomeo, se nos cayó el programa en Yaritagua y te voy a mandar dos estudiantes", yo me contenté porque por lo menos ya estábamos incluidos en el plan. Seguimos avanzando con la preparación del Hospital para recibir a todos los estudiantes. En la siguiente visita, a mediados de 1972, el Dr. Zapata me dijo que se había caído el programa en Chivacoa y que ya no serían dos, sino cuatro estudiantes; continuó avanzando el año y aproximadamente en septiembre me informó que todos los estudiantes irían a Duaca a realizar la pasantía, porque se había caído también el programa en Quíbor y El Tocuyo. Yo tenía programado empezar cardiología como especialidad en enero de 1973 y había evaluado las opciones de Caracas en el HUC o México en el Instituto Nacional de Cardiología, entonces a mediados de octubre de ese

año le informé al Dr. Zapata que ya todo estaba listo en Duaca, pero que yo me iba al postgrado. Recuerdo que él me dijo "Usted no me puede dejar solo en este proyecto, yo le pido que me acompañe por lo menos por un año, porque una de las razones por las cuales yo decidí que empezara por Duaca fue por la insistencia suya". Le respondí que le cumpliría y me quedé hasta que finalizaron todos los estudiantes en 1973. Este fue el inicio de las pasantías rurales y a este primer grupo lo coordiné conjuntamente con el Dr. Armando Sánchez, con quien tengo una amistad desde la etapa de la UCV, ya que fuimos compañeros de estudio.

Este grupo de estudiantes, integrantes de la V Promoción de Médicos de la UCLA, ha sido muy exitoso en su ejercicio profesional y yo, afectivamente, me siento parte de esta promoción. Una de las integrantes del grupo es Auris Flores, nos casamos a fines de ese año, nos mudamos luego a Caracas e hicimos el postgrado de Cardiología, formamos en los años siguientes una familia con cuatro hijos y cuatro nietos, gracias a Dios hoy seguimos juntos en Barquisimeto y cada uno se ha desarrollado personal y profesionalmente, algunos han formado nuevos núcleos familiares y en conjunto tenemos una familia ampliada la cual disfrutamos, ya que uno de los valores que recibimos como legado de nuestros padres y a su vez trasmitimos, es la importancia de la familia. Otro integrante de esta promoción es Diego Borzellino, con quien hablamos de la posibilidad de desarrollar Cirugía Cardiovascular cuando estaba en la pasantía y luego hemos compartido el proyecto de ASCARDIO.

En Duaca permanecí tres años y considero que fue una gran oportunidad de aprendizaje que puedo resumir en:

1. El valor de la palabra más que una firma. Yo cumplí la palabra inicialmente con el Director de Salud, incluso el compromiso tácito con la población y luego con el Director de la Escuela de Medicina, lo cual me dio la oportunidad de obtener diferentes logros que trascendieron en el tiempo, en diferentes aspectos de mi vida personal y profesional.
2. En la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UCV, recibí una formación básica en Epidemiología, Estadística, Administración sanitaria y Administración de hospitales, las cuales han sido fundamentales en mi desempeño en la parte gerencial.

3. Estuve en contacto directo con fundadores de los Programas de Salud del anterior Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, específicamente con los Dres. Carlos Gil Yépez, José Ignacio Baldó, Humberto García Barrios, Oswaldo Barrios y Gonzalo Pieters; además en forma indirecta con las enseñanzas del Dr. Bernardo Gómez, lo cual me permitió estudiar las raíces del Programa Cardiovascular en Venezuela y esto a su vez fue un factor fundamental para mi futuro ejercicio profesional.
4. Al administrar un Hospital de 30 camas y un Distrito sanitario pequeño, tuve la oportunidad de aplicar en forma práctica, lo aprendido en la Escuela de Salud Pública.
5. Visitar otras instituciones similares al centro en el cual me iniciaba en la administración, me resultó de gran utilidad y ha sido una conducta que he mantenido a lo largo de toda mi profesión. Visité los Hospitales Baudilio Lara de Quíbor, Egidio Montesinos de El Tocuyo y San Antonio de Carora. También cuando proyectábamos el diseño del internado rural con la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, conocí las experiencias de la Universidad del Zulia en San Rafael de El Moján, Universidad de Carabobo en Guacara y la Universidad Central de Venezuela en Villa de Cura. La conducta de ver que hacen otros para aprender es importante en gerencia.
6. El trabajo con la comunidad organizada fue una lección importante, aprendida en el período de 3 años en Duaca, ya que el inicio del Programa Cardiovascular y la organización del Servicio de Cardiología del Hospital Rafael Antonio Gil de esa ciudad, fue realizado conjuntamente con grupos organizados de la población. Otra experiencia importante a destacar fue la construcción de la Residencia de Ancianos la cual aún continúa funcionando, después de 47 años, es administrada por la misma población a través de una organización no gubernamental, la cual, en señal de agradecimiento, decidió denominarla Residencia de Ancianos "Dr. Bartolomé Finizola Celli".
7. La incorporación de los estudiantes de medicina en el diagnóstico y solución de problemas de salud de la comunidad, fue un aprendizaje relevante, porque le dio un rol protagónico al estudiante de medicina y a la comunidad organizada; a su vez conectó a la Universidad con la problemática de la población.

Estudios de postgrado en Caracas

Al finalizar mi trabajo en Duaca, volví al Hospital Universitario de Caracas, a cursar el Postgrado de Cardiología, periodo en el cual no solo aprendí medicina, sino que además tuve la oportunidad de interactuar con profesionales pioneros de la medicina y la cardiología venezolana. El Dr. Luis López Grillo, quien era para ese momento el responsable directo del postgrado, era heredero de una formación muy sólida que fusionaba las enseñanzas de las escuelas cardiológicas mexicana y venezolana, las cuales trasmitía a sus alumnos, así como también compartimos la visión epidemiológica, en la cual, mutuamente, nos complementábamos. Tuvimos una relación muy cercana durante los años de postgrado y posteriormente nos acompañó en el proyecto de ASCARDIO, desde que iniciamos en 1976 hasta su fallecimiento en mayo de 2017. Tenía una formación humanística muy amplia que complementaba su sólida formación académica cardiológica. Desde su juventud siendo aún adolescente, cuando vivía en Los Teques, configuró junto con un grupo de amigos una tertulia literaria y musical en donde se discutían obras fundamentales del pensamiento humano, como por ejemplo la filosofía griega, específicamente el estudio de Sócrates y su método de enseñanza, La Mayéutica, el cual practicaba en su actividad docente y fue un legado que nos dejó, el cual hemos usado como método pedagógico en el postgrado de Cardiología.

En esos años, interactúe con varios grupos de médicos y debo resaltar la oportunidad que me dieron de participar en las reuniones de trabajo sobre el diseño del Programa Cardiovascular, en el marco de la descentralización, que para el momento se desarrollaba en escala nacional y así mismo en las discusiones del diseño del Instituto Venezolano de Cardiología. Estas enseñanzas fueron fundamentales para las actividades que posteriormente realizamos tanto en el Programa Cardiovascular en el estado Lara, como en el Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental. Debo destacar las conversaciones con el Dr. Carlos Gil Yépez, quien me trasmitió sus ideas sobre la justificación y raíces del Programa Cardiovascular, así como también me reforzó el entusiasmo para incorporarme a estas actividades. Otro cardiólogo conocedor del Programa desde sus inicios fue el Dr. Gonzalo Pieters, quien además de apoyarme en los primeros años, me entregó documentos que son una síntesis de la esencia del Programa, como por ejemplo la carta que

envió el Dr. Leopoldo García Maldonado en diciembre de 1959 dirigida al Dr. Bernardo Gómez, en la cual comenzó destacando las enfermedades cardiovasculares como problema importante de salud pública y propuso realizar una reunión para cuantificar la magnitud del problema en base a las estadísticas disponibles, así como el diseño de un registro permanente de casos para evaluar la morbilidad, complementado con un estudio de mortalidad. Por otra parte sugirió que se estudiara la historia natural de las enfermedades cardiovasculares a la "manera de Leavell, es decir que en un momento dado discutieran sucesivamente promoción inespecífica, especifica, diagnóstico y tratamiento precoz, limitación de la invalidez así como rehabilitación profesional y social". Propuso tomar como modelo lo realizado en el programa de Tisiología con la red de servicios de acuerdo a niveles de complejidad. Esta carta se puede considerar como el embrión de lo que después fue el Programa Cardiovascular de Venezuela. La enseñanza desde el punto de vista gerencial es que hay que buscar las raíces para conocer el tallo, las ramas, las flores y los frutos.

Al finalizar los estudios de postgrado de cardiología, se me presentaron varias opciones y decidí hacer una pausa para analizar lo más conveniente. Por una parte el Dr. Alfonso Anselmi, para ese momento Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Caracas y Director del proyecto del Instituto Nacional de Cardiología de Venezuela, me ofreció la posibilidad de "hacer la subespecialidad que yo quisiera, durante el tiempo que yo quisiera y en el sitio que yo escogiera", lo cual era extensivo a mi esposa Auris, a quien también le faltaban pocos meses para terminar Cardiología, con la condición de regresar a ejercer en Caracas, en el instituto que se estaba organizando, la otra posibilidad era ejercer en Caracas o Barquisimeto, en Cardiología clínica y la otra opción, por la cual me decidí, fue participar en el proyecto de regionalización del Programa Cardiovascular en Venezuela. Los planes de la creación del Instituto Nacional de Cardiología y de regionalización del Programa Cardiovascular, debían complementarse, ya que en cada región debía organizarse, además del Programa con cobertura total, un Centro Cardiovascular en la capital de la Región, en mi caso, en Barquisimeto.

Comienzo del ejercicio profesional como cardiólogo en el estado Lara

Regresé a Barquisimeto y en base a las lecciones aprendidas, comencé a realizar un proceso de observación, descripción y análisis del Programa Cardiovascular del anterior Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, durante el primer trimestre de 1976. Estudié la Doctrina Sanitaria en materia cardiovascular, su historia, los pioneros, el contenido programático y los resultados obtenidos. Leí las correspondencias del Departamento de Enfermedades Cardiovasculares, con el objetivo de hacerle seguimiento a algunos procedimientos, ver sus resultados y estudiar las causas por las cuales, el Programa Cardiovascular, a pesar de tener un buen contenido, no se había puesto en práctica en forma exitosa; por ejemplo en el estudio de correspondencias para solicitar la apertura de un servicio secundario de cardiología hice el siguiente seguimiento: La primera carta dirigida al Servicio Regional de Salud, en la cual se solicitaba la formación del médico en el Curso Básico de Cardiología, cuya respuesta fue afirmativa aproximadamente a los tres meses de la solicitud, ofreciéndole cupo al médico para el segundo curso de ese año, una vez realizado había transcurrido aproximadamente un año de la solicitud inicial, cuando este llegó a su sitio de origen, decidió que debía entrenar a una enfermera, cuyo permiso fue tramitado, inicialmente aprobado, pero pospuesto por una campaña de vacunación, de ahí que ya había transcurrido año y medio de la solicitud inicial y en ese momento comenzaron la gestión para solicitar un electrocardiógrafo, el cual fue recibido por el servicio a los dos años y medio de la solicitud inicial, pero para ese momento el médico que se había entrenado solicitó traslado para otra institución y en conclusión las actividades no se iniciaron.

Es de hacer notar que todos estos entrenamientos se realizaban a nivel central en Caracas. Al analizar el problema, concluí que hubo todos los recursos, pero no simultáneos, de ahí que el asincronismo de los recursos humanos y materiales impidió que se realizara la actividad. En base a esta situación iniciamos un programa de formación de personal a nivel local, el cual, aun se repite de forma cíclica, cada dos semanas, lo cual ha permitido una respuesta rápida con una gestión ágil para lograr el objetivo.

Llegué a la conclusión de que la causa fundamental del problema, era un modelo de gestión inadecuado, por lo tanto, el planteamiento fue

proponer una nueva alternativa de gestión, manteniendo la misma doctrina sanitaria. Una enseñanza que yo traía de experiencias previas, era la participación de la "gente" en forma organizada, en sintonía con la propuesta del programa gubernamental, de ahí que fundamos una Asociación Civil sin fines de lucro, de interés social, para apoyar la iniciativa del nuevo modelo de gestión, la cual se denominó Asociación Cardiovascular Centro Occidental, conocida más por sus siglas ASCARDIO. Al analizar retrospectivamente esta decisión, es interesante destacar que el Programa Cardiovascular se propuso para varias regiones del país, pero en el estado Lara fue la única región donde se incorporó a la ecuación, la gente organizada y el resultado después de la prueba del tiempo, es que es la única que se desarrolló y aún continúa funcionando.

Por otra parte, también al analizar el modelo de gestión privado, llegué a la conclusión de que no era el más adecuado, motivo por el cual propusimos desarrollar un planteamiento innovador que fue el Consultorio Cardiológico de la Clínica Razetti, el cual también ha resistido la prueba del tiempo. Estos dos modelos se ampliarán en la segunda parte del libro.

Igualmente, en esta oportunidad, hubo resistencia local para aceptar el desarrollo del Programa Cardiovascular y posteriormente el Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental. Iniciamos un plan de formación de recursos humanos y organización de servicios, en todos los Distritos Sanitarios del estado Lara. Esta fase duró todo el año 1976 y parte de 1977. A comienzos de 1976 se fundó ASCARDIO y en el primer semestre de 1977 sembramos la semilla de lo que sería después el Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental. La oposición y resistencia al desarrollo de esta iniciativa innovadora duró varios años, pero con las obras realizadas se fueron cayendo progresivamente los argumentos de las críticas y la evidencia señala que con la prueba del tiempo se ha cumplido la meta propuesta y seguimos avanzando.

Las lecciones aprendidas en este lapso, son las siguientes:

1. La Doctrina sanitaria del Programa Cardiovascular tenía y aún tiene plena vigencia, pero el modelo de gestión no era el adecuado y fue necesario plantear nuevas propuestas.

2. La asociación o comunidad humana continúa siendo pilar fundamental para apoyar estas iniciativas, como había sido planteado anteriormente.
3. La búsqueda de fórmulas que le den solvencia financiera a estas propuestas, es una condición necesaria para el logro de los objetivos.
4. La formación del recurso humano es fundamental para poder lograr un servicio de alta calidad.

Una vez transcurrido un poco más de un quinquenio y contar con un grupo de apoyo formado por cardiólogos, profesionales de enfermería, personal administrativo y en general, un equipo multidisciplinario capaz de manejar la institución en mi ausencia, decidí viajar a EEUU para realizar un programa de entrenamiento. Por razones prácticas no puedo mencionar a todo el equipo, pero si quiero destacar que el Dr. Hernán Ramírez Rojas, quedó al frente del mismo y yo tenía plena confianza en su competencia por múltiples razones personales y profesionales.

Estudios de postgrado en Estados Unidos

A mediados de 1981, tomamos una decisión en familia y en el equipo de trabajo, sobre mi viaje para EEUU, específicamente para Boston, por múltiples razones: En el viaje que hice recién graduado con mi primo Romulito (Bartolomé R. Celli) y con otros dos compañeros de estudio, habíamos visitado Boston y la ciudad me gustó, mi primo se había mudado recientemente a esta ciudad, donde también vivía un amigo cardiólogo, el Dr. Igor Palacios con quien había hablado de algunos proyectos y finalmente porque cerca de Boston está la sede del proyecto más importante de estudio de historia natural de enfermedades cardiovasculares del mundo, el Framingham Heart Study, en el estado de Massachusetts, donde había hecho contactos para realizar un Fellow, en conjunto con la Universidad de Boston. Auris, por su parte, también había hecho contactos con un centro de investigación en la Universidad de Harvard.

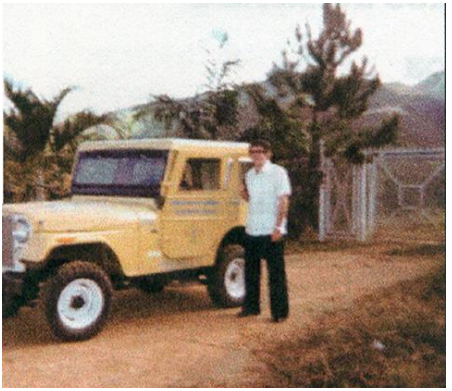
Nuestro plan fue viajar con toda la familia, porque nuestra intención era convivir y conocer la forma de vida de EEUU y aprender inglés, nosotros

y los hijos. Desde el punto de vista académico, Auris trabajó en el área experimental cardiovascular y se entrenó en fisiología cardiovascular. En mi caso, además como Fellow en el Framingham Heart Study, participé en cursos de la Universidad de Boston, sobre epidemiología de las enfermedades crónicas, epidemiología de las enfermedades cardiovasculares, estadística y gerencia.

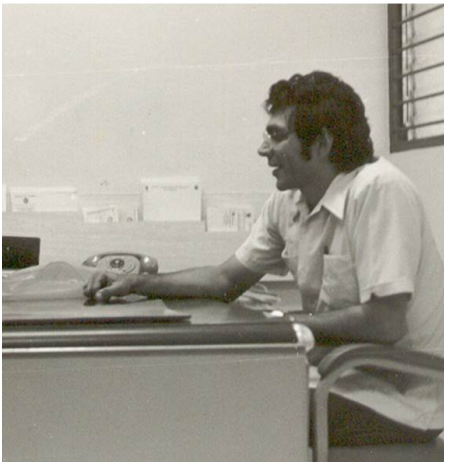
Retorno a Venezuela

La pasantía por EEUU nos abrió puertas internacionales. Uno de los proyectos que consideré conveniente hacer al retornar a Venezuela, fue un Curso de Epidemiología Cardiovascular, de dos semanas de duración, para lo cual empecé a trabajar en su diseño. Al retorno a Venezuela, en Diciembre de 1983, el Dr. Oswaldo Barrios me invitó a acompañarlo como adjunto del Departamento de Enfermedades Cardiovasculares del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, con el objeto de reimpulsar el programa a nivel nacional. Viajaba los jueves en la madrugada de Barquisimeto a Caracas y regresaba en la tarde los viernes a Barquisimeto. En uno de esos viernes, cuando ya me preparaba a salir para Barquisimeto a eso de la 1:00 p.m., el Dr. Barrios me dijo que si lo podía acompañar a un almuerzo con unos cardiólogos amigos. Pensé que debía asistir al almuerzo, a pesar de que eso significaba que probablemente mi retorno a Barquisimeto seria alrededor de las 5 p.m; asistí al almuerzo, además del Dr. Barrios estaban los Dres. Leon Klark, cardiólogo de larga trayectoria en el Servicio de Cardiología del HUC y en el Departamento de Enfermedades Cardiovasculares y el Dr. Litvack, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En la primera parte de la conversación yo abrí la boca solo para comer, porque no sabía cuál era el objetivo de mi presencia en esa reunión. Un poco antes de finalizar, el Dr. Barrios me dice "Bartolomé tu puedes explicarles a los doctores, el trabajo que estás haciendo en Barquisimeto y el proyecto que tienes sobre la posibilidad de hacer un curso de Epidemiologia Cardiovascular". Ahí entendí un poco la razón de estar allí, entonces les expliqué algunas de las ideas que tenía. Concluyó la reunión, yo salí para Barquisimeto y por supuesto, llegué tarde en la noche.



Bartolomé Finizola en el inicio del Programa Cardiovascular en el estado Lara (cardiólogo y chofer), 1976.



Bartolomé Finizola Celli en los inicios de ASCARDIO, 1980.

Como albañil en ASCARDIO, 1981.

En las II Jornadas de ASCARDIO, 1984.

Bartolomé Fnizola Celli en una conferencia en el 2012.

Bartolomé Finizola Celli en el auditorium de ASCARDIO, 2014.

Bartolomé Finizola como presidente de la Sociedad Venezolana de Cardiología 2007-2009.

Dr. Bartolomé Finizola Celli y el equipo de cardiólogos de la Clínica Razetti, 2018.

Bartolomé Finizola Celli con su esposa, hijos y nietos.

Pasaron aproximadamente dos o tres semanas, cuando llegó a Barquisimeto el Dr. Luis Ruiz, de la OPS, quien venía a programar conmigo un curso de Epidemiología Cardiovascular auspiciado por esa Institución, para realizarlo en Barquisimeto, con participación de médicos de toda Latinoamérica y docentes de diferentes países latinoamericanos y EEUU. Este curso se repitió por dos años consecutivos y en los tres años siguientes el Gobierno de España también auspició el curso, con la participación de docentes españoles. En total fueron cinco cursos internacionales que nos permitieron ascender en el nivel epidemiológico de la institución, así como también de la región latinoamericana incluyendo a Venezuela.

En el quinto curso de Epidemiología asistió como docente el Dr. Andrea Petrasovich, médico epidemiólogo estadístico, quien trabajaba en Canadá, a quien le impresionó positivamente una Declaración de Salud Cardiovascular que habíamos realizado en Asunción (Paraguay), con el Comité de Epidemiología Cardiovascular que yo presidia, en la Unión de Sociedades de Cardiología de América del Sur, en el cual participaron varios egresados del Curso de Epidemiología Cardiovascular de Barquisimeto. En vista del trabajo que habíamos realizado, el Dr. Petrasovich me dijo: "Yo sé lo difícil que es hacer esto que ustedes hicieron y por eso quiero invitarlo para que participe en la Declaración Internacional de Salud Cardiovascular de Victoria, en Canadá", en la cual participé, posteriormente. Después me invitaron y asistí a las Declaraciones de Cataluña en España, Singapur y Osaka en Japón. Todavía tenemos vínculos que quedaron abiertos de esa iniciativa. Vemos que algo de relativamente con poca importancia, generó un macroproyecto. Esta es una lección de vida aplicable en la gerencia: Hay que aprovechar los momentos, así se piense que no son importantes, pero que vayan cargados de buena intención.

Ampliación nacional e internacional del escenario de acción

Múltiples puertas se abrieron en el escenario internacional, que por razones de espacio y tiempo no detallaré, pero este tipo de situaciones me han sucedido muchas veces y siguen sucediendo. También como consecuencia de estas actividades en el Departamento de Enfermedades Cardiovasculares, luego ascendí a la jefatura de la División de Enfermedades Crónicas del anterior Ministerio de Sanidad y Asistencia

Social y posteriormente como Director General Sectorial de Salud del mismo, lo cual constituyó un escenario de aprendizaje y oportunidades de servir, en escala nacional.

En 1989, tuve la oportunidad de participar en un programa de liderazgo en EEUU, durante tres meses, auspiciado por la Fundación Einsenhower, la cual promueve el intercambio de líderes de todo el mundo, para estimular los vínculos personales y a partir de esto se facilitan las relaciones entre países. En este programa conocí líderes de diferentes países de todos los continentes y esta fue una gran oportunidad de intercambio interdisciplinario de alcance mundial.

Posterior a esto, en vista de los resultados positivos, me propusieron tanto el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, como la Gobernación del estado Lara, que organizáramos a nivel local, proyectos similares a ASCARDIO, pero con soporte gubernamental y en esa oportunidad en el marco de la iniciativa de la Comisión para la Reforma Integral del Estado Lara (COPREL), propuse la creación de la Fundación para la Promoción de la Salud del estado Lara, FUNDASALUD, en 1991 y fui su primer presidente.

En esta gestión, el concepto fundamental fue el mismo desde los inicios de mi carrera y promovimos la participación de la comunidad, a través de un plan de educación en salud y en administración de recursos, así como la transferencia de los recursos financieros para que la misma comunidad ejecutara los proyectos. Esto dio resultados positivos que continuaron por algunos años y aún existen algunas iniciativas que siguen funcionando, con el mismo concepto de la comunidad como protagonista. FUNDASALUD actuaba como organismo de enlace entre el gobierno y el no gobierno.

Mis relaciones internacionales me facilitaron ascender, en los años siguientes, a cargos directivos de la Fundación Venezolana del Corazón, Fundación Interamericana del Corazón, Sociedad Venezolana de Cardiología, Sociedad Interamericana de Cardiología y Federación Mundial del Corazón. Estas actividades fueron escenarios de aprendizaje y de servicio en el nivel nacional, continental y mundial.

En el plano internacional, desde el comienzo de ASCARDIO, consideré conveniente conocer experiencias exitosas en otros países, no solamente

para ver sus resultados sino para observar como llegaban a esos resultados, en otras palabras para estudiar los procesos administrativos y gerenciales, así como observar la dinámica institucional que hacían posible estos logros. Entre las visitas institucionales internacionales que tuvieron impacto, unas más otras menos, en el desarrollo de propuestas de salud cardiovascular a nivel local, debo mencionar las siguientes: en 1976 tomando en cuenta que la escuela cardiológica mexicana en las décadas de los años 50, 60 y 70, tuvo una influencia fundamental en la escuela cardiológica venezolana, visitamos el Instituto Nacional de Cardiología de México, donde tuve la oportunidad de entrevistarme con el Dr. Ignacio Chávez, quien había sido fundador de dicho instituto y uno de los líderes mundiales en la organización cardiológica; en 1980, con el objetivo de evaluar la posibilidad de desarrollar áreas específicas de un centro cardiovascular, visité el Instituto de Corazón de Sao Paulo, en particular para coordinar programas de entrenamiento de personal y observar la dinámica de los servicios de hemodinamia, cirugía cardiovascular y bioingeniería, lo cual sirvió como un enlace inicial de los vínculos que en los años siguientes desarrollamos con dicha institución.

En los años 1982 y 1983, mientras residía en Boston, tuve oportunidad de visitar algunos hospitales y específicamente los servicios de cardiología del Hospital General de Massachusetts y el Hospital de la ciudad de Boston, así como también el Hospital Universitario de la Universidad de Massachusetts, en Worcester.

En la Clínica Mayo de Rochester, Minnesota, específicamente con el servicio de rehabilitación cardiovascular realizamos durante varios años, un intercambio de actividades, tanto en Barquisimeto como en Rochester, que fue muy positivo para el crecimiento de ASCARDIO. Con el objetivo de conocer su organización y evaluar posibilidades de intercambio, visité otros servicios cardiológicos en centros hospitalarios de Canadá, Argentina, Colombia y España, en algunos de estos se entrenaron miembros del personal nuestro, quienes posteriormente hicieron aportes significativos en el desarrollo de la institución.

En las décadas de los años 80 y 90, tuve la oportunidad de participar en algunos proyectos y visitar la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra y la Organización Panamericana de la Salud en Washington.

En el plano de sociedades científicas, cuando estuve en la presidencia de la Sociedad Venezolana de Cardiología, también utilicé la misma metodología que desde mi formación inicial de médico me había resultado muy útil y en este sentido visité las sedes de la American Heart Association en Dallas, American College of Cardiology en Washington, Sociedad Europea de Cardiología y La European Heart House en el sur de Francia entre Niza y Cannes, Sociedad Interamericana de Cardiología en México, Sociedad Mexicana de Cardiología, Sociedad Argentina de Cardiología, Sociedad Brasileña de Cardiología y Sociedad Colombiana de Cardiología.

Con las relaciones establecidas con estas organizaciones internacionales, además de cumplir mis obligaciones en las mismas, también actué buscando oportunidades para el desarrollo de lo local con visión de lo global, sin desconectarme de la realidad barquisimetana y venezolana. Esta serie de vínculos nacionales e internacionales, han contribuido al fortalecimiento del equipo de trabajo de ASCARDIO y hoy después de más de cinco décadas en la Universidad de la Vida, seguimos aprendiendo y sirviendo en el momento y espacio que nos corresponda.

No quiero concluir esta primera parte sin hacer mención de la importancia que han tenido las conversaciones y reflexiones sobre la perspectiva histórica de la medicina y en especial la cardiología venezolana, con los Dres. Juan José Puigbó y Federico Arteta, ambos conocedores y estudiosos historiadores, quienes han contribuido a ubicar en un contexto histórico internacional y nacional, la iniciativa que hemos desarrollado localmente, lo cual es un aspecto fundamental para el proceso de gerencia, en nuestro caso la gerencia de la salud en el área cardiovascular.

SEGUNDA PARTE

De la práctica a la teoría y de la teoría a la práctica. Conceptualización

Los tópicos que voy a compartir con los lectores en esta segunda parte, son producto de ciclos que se retroalimentan permanentemente, que van desde las experiencias organizacionales vividas en la cotidianidad, la lectura que recoge el pensamiento de expertos en diferentes áreas, así como también la opinión de personas de variados niveles académicos, que enriquecen la teoría que refuerza al hecho práctico y en forma cíclica desde esta práctica se retroalimenta la teoría, corrigiéndola o ratificándola, para nuevamente continuar el ciclo, hasta llegar a conceptualizar afirmaciones bien soportadas, como por ejemplo la importancia de la persona en la comunidad como protagonista fundamental de los hechos sociales; la relación de comunidad, gobierno y territorio dentro del concepto de Estado; el equipo como potenciador del acto individual; la sinergia de las alianzas de organizaciones como red de soporte social; la relación costo, volumen, precio y calidad del servicio de salud; el conflicto ético, gerencial y financiero en la atención médica, derivados de los costos, precios y calidad; la administración y financiamiento de los servicios de salud; la relación esfuerzo, logro y éxito; la mesura, constancia, sensatez y paciencia en la gerencia y la innovación como vía para lograr el renacimiento organizacional en forma sostenible.

La persona en la comunidad humana, lo más importante.

La Comunidad o Asociación humana, la gente como coloquialmente se señala, es lo más importante, tanto las personas que van a recibir la atención por medio de un servicio, como el personal que labora para prestar ese servicio. Lo permanente es la gente. Lo que es bueno para la institución, es bueno para sus trabajadores y sus usuarios y viceversa, lo que es bueno para los trabajadores y usuarios, es bueno para la institución. Esta premisa en las relaciones laborales, la he planteado en forma sostenida y sistemática en mis ambientes de trabajo, porque no puede haber crecimiento institucional, sin un desarrollo del ser humano en forma integral, ya que, independientemente del ámbito en el cual se encuentre y el rol que desempeñe, es una unidad biológica, psicológica, social y espiritual.

Esta última, entendida como la capacidad inmaterial, pero real, de trascendencia, que se proyecta fuera de sí mismo, en tiempo y espacio, que permite darle sentido y propósito a la vida, por encima de las dificultades que afectan en un momento determinado, las dimensiones biológica, psicológica y social.

Se debe promover entre los integrantes de una organización, la identidad y la memoria histórica, lo cual es fundamental para generar el élan o impulso vital que permita superar las adversidades del presente y trascender con su legado en el futuro. La posibilidad de que una empresa tenga éxito o fracaso en un entorno adverso, depende más de las características de su recurso humano que de la magnitud de la crisis externa, ya que con un equipo de trabajo competente, con sentido y propósito, es posible aprovechar las oportunidades y superar los riesgos propios de una situación de crisis. La capacidad de liderazgo positivo y constructivo en una organización es un factor humano determinante para la superación de situaciones adversas y esto depende en gran parte de la inteligencia emocional de los líderes institucionales, la cual haga prevalecer la razón sobre la emoción, así como la sensatez y mesura sobre la precipitación, entonces la organización como un todo saldrá airosa.

Las organizaciones tienen un ciclo vital, ya que nacen, crecen, maduran, pueden declinar y desaparecer o morir, pero también pueden superar obstáculos, renovarse, repotenciarse y renacer, de manera continua. El curso que siga el ciclo vital de las organizaciones, depende como se señaló anteriormente, del comportamiento de sus integrantes. El estudio sistemático de las conductas individuales en el contexto de las organizaciones es fundamental para lograr una institución saludable, que facilite un crecimiento sostenido y armónico, en el cual todas las partes sean ganadoras.

El éxito o los fracasos de las personas está más vinculado con la inteligencia emocional que con el coeficiente intelectual y por extensión, también el éxito o fracaso de las organizaciones está más relacionado con la capacidad de interacción armónica, así como también con la unión de consciencia, voluntades y emociones, en pos del logro de determinados objetivos compartidos de sus integrantes. Esto es lo que Luis Razeto denomina factor C, porque con esta letra comienzan muchas palabras que están implícitas en el comportamiento organizacional con factor C, por

ejemplo, comunicación, comunidad, compasión, cooperación, colaboración, común, compartir, entre otras. Es conveniente recordar que el prefijo CO significa estar o hacer algo juntos. Organizaciones con similar fuerza de trabajo, tecnología, financiamiento, medios materiales y gestión, rinden diferente, si una tiene el factor C y la otra no lo tiene. Es la cultura organizacional con factor C la que marca la diferencia.

Es por esto que he planteado en diferentes escenarios, que el problema de la salud no se soluciona solo con dinero, ya que este puede ser una condición necesaria hasta determinado punto pero no es suficiente, porque incluso a veces puede tener un efecto negativo, cuando no está acompañado de otros componentes. En varias oportunidades he propuesto el factor D como opuesto al factor C, ya que también con esta letra empiezan muchas palabras que denotan resultados negativos, como por ejemplo destrucción, desánimo, deshonestidad, desorden, desorganización, desistir, desmayar, desunión, desconfianza, entre otras. La experiencia de vida, las lecciones de la historia y los planteamientos conceptuales coinciden en señalar que la gente es el componente fundamental de cualquier organización.

Si las conductas individuales están soportadas en principios fundamentales como la Verdad, el Amor, la Justicia, la Libertad y la Paz, sin lugar a dudas que la organización en su conjunto tendrá una cultura en el medio laboral, en la cual estos valores también serán compartidos por todos sus miembros. En este sentido, en la Encíclica Caritas in Veritate del Papa Benedicto XVI, se hilvanan estos principios de tal forma que todos se conectan. El Papa señala lo siguiente: "El AMOR - Caritas - es una fuerza extraordinaria, que mueve a las personas a comprometerse con valentía y generosidad en el campo de la JUSTICIA y de la PAZ. Es una fuerza que tiene su origen en Dios, AMOR eterno y VERDAD absoluta. Cada uno encuentra su propio bien asumiendo el proyecto que Dios tiene sobre él, para realizarlo plenamente: en efecto encuentra en dicho proyecto su verdad y aceptando esta VERDAD, se hace LIBRE, por lo tanto, defender la verdad, proponerla con humildad y convicción y testimoniarla en la vida son formas exigentes e insustituibles de caridad".

En ASCARDIO, se inició en el 2019, un programa de 7 años de duración, para la formación de líderes, para culminar en el 2026 cuando la institución cumpla 50 años. Esta iniciativa debe llegar al universo de los trabaja-

dores, ya que cada uno es importante en su ámbito laboral. Es un programa de liderazgo con miras a sentar las bases para los siguientes cincuenta años de la institución, es precisamente dirigido a fortalecer a cada uno en su dimensión espiritual como parte indisoluble de la unidad biológica, psicológica, social y espiritual.

Esta línea de acción, tiene tanta importancia como el desarrollo de la infraestructura, de los equipos, la capacitación académica, el soporte financiero que haga el proyecto solvente y en general todo lo que la institución requiera para continuar cumpliendo el objetivo para el cual fue fundada.

Espero haber logrado trasmitir el mensaje de que la condición fundamental para garantizar la sostenibilidad y crecimiento de cualquier institución, es la GENTE como protagonista de las acciones, independientemente de la dificultad del medio. Si las personas comparten la meta que se quiere alcanzar, encontrarán el camino para llegar a esa meta, independiente de las adversidades que haya en el trayecto.

Comunidad, Estado y Salud

Si se acepta que los "tres elementos fundamentales definitorios o condicionantes del Estado son territorio, asociación o comunidad humana y gobierno propio" como lo señala el Doctor Ambrosio Oropeza, abogado constitucionalista, se puede plantear que la salud como derecho universal y fundamental de la población que habita en el territorio venezolano, va a depender por una parte de la existencia de Políticas de Estado orientadas a brindar las mejores condiciones de salud a todos los habitantes de Venezuela y por otra parte, de la participación de esa población, en forma organizada y con acciones coordinadas con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, que se incorpore activamente en los Programas de Salud enmarcados en las Políticas de Estado.

La relación equilibrada y armónica entre el gobierno y la comunidad humana, basada en un mutuo respeto y reconocimiento, es lo que va a permitir lograr sistemas de salud permanentes, soportados en Políticas de Estado que trasciendan en el tiempo y tengan un verdadero impacto positivo en las condiciones de salud de la población.

Es importante diferenciar entre una Política de Estado y una política de gobierno. La primera trasciende más allá de un periodo gubernamental, mientras que la segunda se limita a un lapso determinado de gestión de un gobierno o un gobernante. La Política de Estado responde a un interés nacional y supone concertar propósitos y objetivos comunes, su ejecución no debe estar sujeta a cambios políticos partidistas o de individuos que afecten en forma sustancial lo acordado, lo cual se debe garantizar con el paso del tiempo. Lo ideal es que las Políticas, planes y programas de gobierno que se lleven a cabo en un periodo determinado de gestión gubernamental, estén en sintonía con las Políticas de Estado de una materia específica, en este caso la Política de Salud.

En la historia nacional de servicios de salud, se ha observado la paradoja de tener peores servicios de salud cuando hay más recursos financieros y generalmente también ha habido en esos momentos, menos participación de la sociedad civil. Se puede concluir que "a más bonanza financiera, peores indicadores de salud", o por lo menos, resultados que no son cónsonos con las expectativas.

En varias oportunidades he planteado que el recurso financiero no es una condición suficiente para tener servicios que produzcan indicadores de salud adecuados, lo cual no significa que no se necesita dinero, sino que se requieren otras condiciones adicionales enmarcadas dentro de un modelo que entre otras cosas, incluya a la sociedad civil organizada como protagonista del mismo. Por el contrario, también se puede señalar que hay muchos casos de servicios de salud en Venezuela, que con escasos recursos financieros tienen resultados muy positivos. La relación inadecuada entre la Sociedad Civil y el Gobierno, como partes fundamentales del Estado, en donde se observa una mutua desconfianza y exclusión, es una de las causas del fracaso de nuestro sistema de salud, con las consecuencias negativas sobre los indicadores de calidad de gestión. Es indispensable que las Políticas de Estado trasciendan en forma continua en el tiempo, es fundamental que el recurso financiero gubernamental y no gubernamental se potencien mutuamente, es perentoria la participación de la sociedad civil organizada, es una conveniencia general ponerse de acuerdo en los grandes temas nacionales, entre los cuales está la salud, es una respuesta que debe contemplar medidas de corto, mediano y largo plazo, ya que la población que sufre las consecuencias, no tiene distincio-

nes de ningún tipo y las repercusiones del problema no resuelto pueden ser fatales.

Desde 1976 hasta el presente, el anterior Ministerio de Sanidad y Asistencia Social al principio y el Ministerio del Poder Popular para la Salud en la actualidad, han desarrollado el Programa de Salud Cardiovascular en el estado Lara, como una Política de Estado, en sintonía y cooperación con el componente de la Asociación o Comunidad humana, canalizado a través de la Asociación Civil ASCARDIO y los resultados han sido positivos y superiores a otras regiones, en donde no ha habido la cooperación entre gobierno y no gobierno. Es un ejemplo de una Política de Estado llevada a cabo en un territorio definido con la participación articulada del componente gubernamental y el no gubernamental.

El equipo es superior al individuo aislado

El trabajo en equipo produce resultados que demuestran que la integración de individuos es superior a la suma de las acciones individuales. Es importante destacar que cuando en un grupo de trabajo, cada quien hace lo que debe hacer, cuando lo debe hacer y como lo debe hacer, el objetivo del grupo se logra más rápido y mejor. En el equipo todos somos importantes, ya que si uno de los integrantes del mismo, no cumple adecuadamente su tarea, pone en riesgo el resultado final del conjunto.

La formación del recurso humano es fundamental. En el inicio del Programa Cardiovascular en el estado Lara, en 1976, la actividad inicial fue la formación del recurso humano, no solo en el componente académico, sino también desde el punto de vista humano, para que se lograra un compromiso en el marco de un proyecto de vida. Fue un proceso educativo que en forma de abanico incluyó al personal de las estructuras menos desarrolladas, como se llevó a cabo en los Dispensarios Rurales de esa época, con las auxiliares de enfermería, luego las Medicaturas Rurales con los médicos rurales, los hospitales distritales y en Barquisimeto el Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental, como institución de mayor capacidad resolutiva, tanto diagnóstica como terapéutica, en la región.

El proceso de formación ocurrió en cadena y en un momento dado, una persona actuó como receptor y emisor del mensaje educativo. Con un personal formado se organizaron los servicios y se desarrolló el programa; este plan de formación de personal ha continuado durante 45 años desde su inicio y actualmente se ha ampliado, porque se ha extendido a formar recurso humano de otras regiones del país. Además del programa docente, uno de los aspectos fundamentales es que los integrantes del equipo se pongan de acuerdo en lo que debe hacer y como lo debe hacer. La base del equipo son los individuos, la base de la organización es producto de la interacción de múltiples equipos y la organización como un todo, debe interactuar con múltiples organizaciones en alianzas sinérgicas. La búsqueda de la excelencia individual y grupal es un aspecto fundamental para el logro de una organización de alta calidad, sostenible en el tiempo.

Los principios fundamentales señalados antes, tienen su expresión en la cotidianidad de la vida en equipo, por ejemplo si hay un ambiente de libertad, en consecuencia habrá seguridad psicológica y las personas se sentirán seguras al opinar sobre diferentes tópicos de la dinámica del grupo, lo cual fomentará la autocrítica sincera y esto hará crecer a los individuos y al equipo; si el amor prevalece en las relaciones interpersonales, habrá un trato respetuoso, porque cada quien tratara al otro, como quiere que lo traten a sí mismo, lo cual fomentará la armonía general; si la verdad es la base de las relaciones interpersonales, se generará un clima de confianza mutua que traerá como consecuencia, credibilidad en la palabra más que en el documento; si cada quien recibe lo que le corresponde de acuerdo al principio de Justicia; los integrantes del equipo aceptarán la retroalimentación del premio y la sanción, porque la misma está basada en una intencionalidad justa y constructiva, lo cual en su conjunto traerá como consecuencia un ambiente laboral de paz, crecimiento sostenido y progreso, individual y colectivo.

Las alianzas son sinónimo de sinergia

Así como la unión de personas en torno a un objetivo potencia los resultados, también la vinculación de organizaciones en la búsqueda de intereses comunes, producen sinergia y potencian los resultados. En

las instituciones en las cuales he participado, siempre he promovido las alianzas interinstucionales y los resultados han sido mejores en comparación con una acción aislada. He propuesto crear para Barquisimeto una red o malla de organizaciones y personas, que formen un tejido social sobre el cual puede soportarse cualquier programa de alcance general. Esta propuesta la hice al Consejo Consultivo de la Ciudad de Barquisimeto y se ha denominado el Proyecto Malla. Los vínculos interinstitucionales no son estáticos, sino todo lo contrario son muy dinámicos y varían en el tiempo, pero lo importante es que potencialmente pueden abrirse en cualquier momento.

El problema de la salud por su alta complejidad requiere una acción intersectorial que es mucho más amplia que la atención médica, lo cual no debe perderse de vista cuando se trata de buscar soluciones cuyo objetivo tiende a una cobertura universal de la población. La situación planteada obliga a la visión integral tanto individual como organizacional con una enfoque amplio, eliminando gríngolas artificiales, ya que todos somos importantes y necesarios, lo cual solo es posible con el establecimiento de alianzas de diferente índole, que generen una sinergia y que garanticen acciones a corto y mediano plazo para construir el camino que permita la sostenibilidad de este tipo de proyecto. Esta concepción parte del individuo, su núcleo familiar, su ambiente laboral, áreas de recreación y en general todos los escenarios de un territorio determinado, formando una red que fortalezca la acción de la comunidad humana.

Las alianzas estratégicas y operativas de organizaciones formadas y conectadas con LA GENTE, constituyen la forma más genuina y legitima de enfrentar el reto de garantizar la salud para toda la población, como respuesta a un derecho humano fundamental.

La sostenibilidad de la gestión.

En la curva del ciclo de vida organizacional, después que la organización nace tiene un periodo de crecimiento, luego generalmente se estabiliza, la mayoría de las veces continúa un declive, pero si los integrantes de la institución y en particular el grupo de personas que tiene mayor influencia, asumen la conducción acertada, la curva cambia

su sentido y comienza un periodo de ascenso que puede llegar a niveles más altos que los que estaban antes del momento del inicio del declive.

En la Cumbre Global de Liderazgo 2020, el conferencista Craig Groeschel, presentó un símil entre el ciclo vital de las personas y las organizaciones, al señalar que ambas nacen, crecen, maduran, tienen una etapa de declive y finalmente mueren, pero esta última etapa no necesariamente ocurrirá siempre en la organizacion ya que en el declive "si se tiene la sabiduría para buscar las oportunidades" y la "valentía para liderar a través del declive" es posible empezar una nueva etapa de crecimiento.

El declive que ocurre en las crisis, puede precipitarse, retrasarse, atenuarse o aprovecharse para iniciar un proceso de renacimiento y crecimiento organizacional, lo cual va a depender de la capacidad de observación, descripción, análisis y discernimiento del liderazgo organizacional para decidir correctamente. La resultante estará relacionada con el balance de liderazgo positivo o negativo que tenga la organización.

Las crisis, con sus riesgos y oportunidades, constituyen una prueba para las personas, organizaciones, países y a veces incluso al mundo, pero también pueden ser un libro abierto que brinda oportunidades de aprendizaje, ya que mide la capacidad de poner en práctica los conceptos teóricos y a veces obliga a buscar, construir y postular fórmulas innovadoras que posteriormente contribuirán a la generación de una nueva teoría. De las crisis del pasado se puede y se debe aprender; los líderes están en la obligación de evaluar la ubicación del ciclo de vida de su organización y actuar en forma responsable.

Es importante que todos los integrantes de una organización lleguen a acuerdos, en los cuales prevalezca el interés institucional sobre el personal, a través de un reconocimiento reciproco de todos con todos. La observación continua de los acontecimientos es muy importante, sobre todo si una de las características de la crisis es la rapidez de los cambios, lo cual obliga al uso de indicadores sencillos, oportunos y confiables, para la evaluación continua de los hechos, la descripción y análisis de lo observado es fundamental para lograr respuestas rápidas con una gestión ágil, que sea oportuna y que tienda a ser proactiva, más que reactiva.

El estudio de casos lleva a concluir que cuando las organizaciones reaccionan con respuestas oportunas y adecuadas, producto de la lectura del libro de la realidad, en general salen fortalecidas, ya que tienen mayor resiliencia que las organizaciones ancladas a modelos rígidos con respuestas lentas y sin medición de los resultados, con indicadores.

Más trabajo y menos suerte es la fórmula para llegar al éxito.

Con frecuencia hay personas que al conversar con nosotros sobre los éxitos que hemos tenido en el desarrollo de algunos modelos de gestión, nos plantean como primera explicación, frases como la siguiente: "Me imagino que ustedes han tenido mucho apoyo" o también "ustedes han tenido mucha suerte". Yo les contesto con una frase del Dr. Marañón, médico español de proyección universal, quien señala la siguiente anécdota: una vez el profesor Marañón estaba con un grupo de alumnos y uno de ellos le comentó: "Maestro usted ha sido muy exitoso y ha tenido mucha suerte en la vida". El Profesor Marañón, le respondió: "es cierto he tenido mucho éxito y usted no se imagina el trabajo que he hecho para tener esta suerte". El locus de control interno que atribuye el fracaso propio o el éxito ajeno a factores externos al individuo, es una causa frecuente de error de interpretación de los resultados, ya que no le concede la posibilidad de explicar el éxito como consecuencia del esfuerzo propio sostenido en el tiempo. Este tipo de personas fracasan no por causas de terceros, sino por su propia incapacidad, ya que ante cualquier adversidad sucumben y explican su fracaso por causas externas.

También ocurre que algunas personas le atribuyan el fracaso a la poca ayuda de Dios. En este caso, yo les contesto que el libro de proverbios nos enseña: "Encomienda tus obras a Dios y tus proyectos se realizarán". El libro no dice encomendar solo las intenciones o el pensamiento, sino que menciona las obras, lo cual significa que es el producto de una acción que implica un esfuerzo. La paremiología por intermedio de un viejo refrán nos enseña: "A Dios rogando y con el mazo dando".

La enseñanza fundamental de estas reflexiones es que se debe buscar la causa fundamental de nuestro fracaso en nosotros mismos y si esto es producto de errores, hay que admitirlos y rectificarlos.

Algo que es importante destacar es la relación esfuerzo-logro; muchas personas tienen grandes sueños, pero si no están dispuestas a sacrificarse, es poco probable que logren el objetivo. Yo, durante muchos años, viajé semanalmente de Barquisimeto a Caracas y debía salir de Barquisimeto a las tres de la madrugada. Algunos me decían "Tú debes estar acostumbrado a levantarte a las dos de la madrugada, para salir a las tres, de viaje". Yo les contestaba: "Cada día que me levanto de madrugada para salir de viaje, lo hago por disciplina y realmente lo que me provoca es seguir durmiendo, pero mi obligación es levantarme". Los grandes y pequeños sacrificios, el esfuerzo que se haga, es lo que permite lograr lo que se desea. A muchas personas les gusta el resultado, pero no están dispuestas a transitar el camino de dificultades.

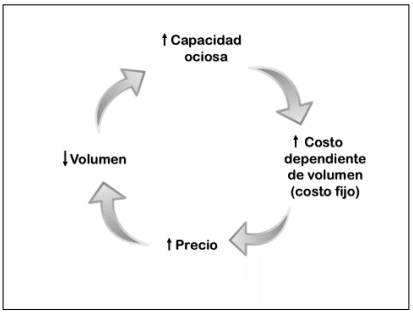
Mesura, constancia, sensatez y paciencia son buenas acompañantes del gerente.

Desde la antigüedad, hace más de 25 siglos, varios filósofos presocráticos mencionaron la importancia de estos atributos: Cleóbulo el líndico decía "lo óptimo, la mesura"; Tales el Milesio decía "Sea tu oráculo, la mesura"; Solón el ateniense decía "Nada en demasía"; Blas el Prieneo decía "Pon manos a la obra con lentitud, pero una vez comenzada, se constante" y Periantro el Corintio decía: "Muy peligrosa la precipitación". Estos son algunos ejemplos de refranes milenarios que tienen plena vigencia en el proceso actual de gerencia. Es por esto que la combinación de actuar pacientemente con mesura y sensatez hace que seamos oportunos, lo cual no es fácil en un escenario inestable y cambiante. Decía Pitaco el Lesbio: "Date cuenta del momento oportuno". Pretender hacer todo en forma precipitada al comenzar, es causa frecuente de fracaso, un viejo refrán dice poco a poco se llega lejos. Lo importante es comenzar, tener un propósito, así como actuar con prudencia y sensatez.

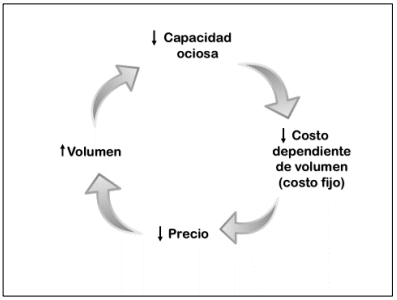
Quiero destacar la importancia de estas características en el perfil de un buen gerente, ya que todas forman parte de la inteligencia emocional, que va a contribuir al autocontrol, autocrítica, autoconfianza y en general al autodesarrollo del individuo, lo cual se va a expresar en una conducta plena de sabiduría que se va a manifestar en la cotidianidad institucional.

Costo, Precio, Calidad y Volumen.

Estos aspectos se interrelacionan entre sí, pero en la práctica muchos modelos fracasan por no tomarlos en cuenta. Se sabe que a mayor costo, el precio que pague el usuario debe ser mayor, lo cual disminuye la accesibilidad al servicio y por lo tanto el volumen de personas que acuden al mismo será menor, esto aumenta la capacidad ociosa y en la estructura de costo se tendrá que los dependientes de volumen, o sea los costos fijos, aumentarán, esto repercutirá en el incremento del precio, la accesibilidad, condicionando una disminución aun mayor del volumen de personas, perpetuando el círculo vicioso.

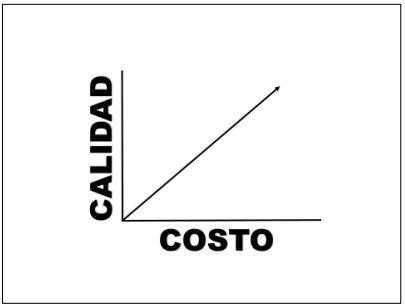


Para aumentar la accesibilidad con el fin de disminuir la capacidad ociosa, se debe tomar en cuenta el costo, y la calidad, para poder ser competitivos.

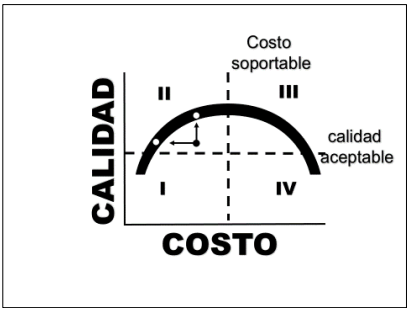


El aumento de volumen no debe ser a expensa de la disminución de la calidad ya que esto traería como consecuencia una disminución de la de-

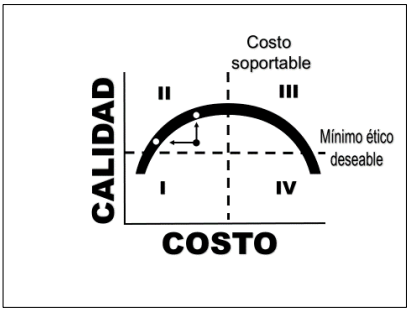
manda de servicio. Algunos plantean que necesariamente para aumentar calidad debe aumentar el costo, lo cual es una apreciación errónea.



El modelo teórico que se propone para relacionar el costo y la calidad en los servicios de salud, es el que se muestra en la siguiente figura, en la cual se definen dos líneas: una vertical que marca el costo soportable por la persona o por la institución y una horizontal que define la calidad aceptable, de tal forma que se observan cuatro cuadrantes: El primer cuadrante (I) es el área de baja calidad y bajo precio, en otras palabras malo y barato; el segundo (II) es de calidad aceptable y costo soportable; el tercero (III) calidad aceptable, costo superior al soportable y el cuarto cuadrante (IV): es alto costo y baja calidad. El cuadrante deseable es el segundo, es decir un costo soportable con una calidad aceptable, pero debe buscarse la mejor calidad posible al menor costo, como se observa en el punto, ya que puede tener mayor eficiencia si se mantiene la calidad y se disminuye el costo o se mantiene el costo y se aumenta la calidad. Lo deseable es la mejor calidad al menor costo, lo cual se expresa en un menor precio, mayor accesibilidad y por lo tanto mayor volumen y menor impacto en los costos fijos.



La calidad aceptable puede sustituirse por el mínimo ético deseable, lo cual significa que el procedimiento que se realice o el medicamento que se indique debe producir el mayor beneficio (principio de beneficencia) y el menor daño posible (principio de no maleficencia).



La calidad se puede analizar desde dos puntos de vista: como la relación entre la expectativa del usuario y la percepción que tuvo al recibir la atención; si la percepción es mejor o igual a la expectativa, la calidad es calificada por el usuario como buena y si la percepción es inferior a la expectativa, el servicio es valorado como de mala calidad. Esta es una parte del análisis, pero no todo, porque el otro punto de vista es la comparación entre el deber ser, sustentado en normas basadas en evidencias y en la experiencia acumulada. No es suficiente que el usuario perciba que el servicio es bueno, sino también que esté fundamentado en el "conocimiento" disponible y actualizado, producto de la investigación universal, este criterio de calidad aceptable debe producir el mayor beneficio y el menor daño al paciente, como se señaló anteriormente.

El precio de cada procedimiento multiplicado por el número de procedimientos que se realice, genera el total de ingresos producido por dicha actividad.

Total de ingreso **=** *precio pagado por cada actividad* **x** *número de actividades realizadas.*

Esto es válido cuando es un precio con tarifa única, pero cuando esta es variable, que puede incluso ser exonerada, se calcula con el promedio de precio pagado multiplicado por el número de actividades.

Total de ingreso **=** *precio promedio pagado por cada actividad* **x** *número de actividades realizadas*

En ASCARDIO se aplica esta fórmula, lo cual ha permitido manejar grandes volúmenes manteniendo la calidad, con un precio más accesible que en otras instituciones, que incluso incluye a pacientes exonerados por razones socioeconómicas.

Costos, precios y calidad. Conflicto ético, gerencial y financiero en la atención médica.

Es importante hacerse algunas preguntas sobre estos aspectos e intentar reflexionar algunas respuestas, que probablemente no satisfagan en su totalidad las interrogantes:

¿El precio es consecuencia del costo o el costo es consecuencia del precio?
¿Se regulan los precios controlando los costos?
¿Se regulan los costos controlando los precios?
¿Se regulan costos y precios?
¿El precio en servicios no gubernamentales de atención médica, quién lo paga?
¿El precio en servicios gubernamentales, de atención médica, quién lo paga?
¿La gratuidad de los servicios de atención médica es sinónimo de que el servicio no cuesta?
¿Un costo elevado a un precio bajo (o gratis) con una calidad de servicio inadecuada, es justo?
¿Precios justos es sinónimo de justicia en la atención médica?
¿La calidad es una percepción del usuario o es algo más que esto?
¿Al regular costos y precios se afecta la calidad?
¿Se puede mejorar la calidad, disminuyendo los costos y precios?
¿Es condición indispensable para mejorar la calidad, aumentar los costos?
¿La causa fundamental del problema de atención médica es falta de recursos financieros?
¿La causa fundamental del problema de atención médica es un marco

jurídico inadecuado?
¿Es justo brindarle atención médica adecuada a algunos y no a todos?
¿Cuál es la relación entre el modelo de gestión y la calidad de atención médica?

Al reflexionar sobre estas preguntas y buscar las respuestas, se nos presentan conflictos desde el punto de vista de atención médica:

Conflicto Ético: Algo a todos o Todo a pocos.

¿Qué es algo en materia de servicios de atención médica?
¿Qué es todo en materia de atención médica?
¿Quiénes son pocos en materia de atención médica?
¿Quiénes son todos en materia de atención médica?

Conflicto Financiero: Darle todo a todos.

Históricamente, el sector gubernamental ha enfrentado el problema de atención médica con la hipótesis de la falta de recursos financieros como causa fundamental, por lo tanto la solución ha sido aumentar el financiamiento, el cual generalmente está destinado a construcción de nuevas infraestructuras, reparación de las mismas, adquisición de nuevos equipos y dotación de insumos, entre otros.

Esta fórmula de solución generalmente produce una mejoría transitoria, el impacto se mide utilizando como indicador la inversión realizada, pero la atención médica sigue deficiente.

¿Quién define la calidad?
El usuario satisfecho, quien tenga la percepción del servicio de mejor calidad, que la expectativa que tenía y/o la academia (Universidades, Sociedades científicas, Ministerio de Salud) mediante el uso de normas y procedimientos que produzcan el mayor beneficio y el menor daño.

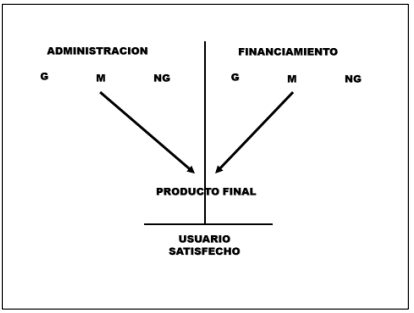
¿Qué afecta el costo?
La estructura del costo se ve afectada negativamente por múltiples factores, como por ejemplo el deficiente servicio eléctrico que deteriora los equipos médicos electrónicos, lo cual disminuye la vida útil de los mismos

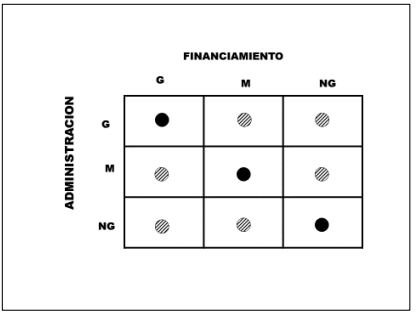
y aumenta los costos de mantenimiento; la fuga de talentos en el área de ingeniería, lo cual encarece los servicios de reparación o mantenimiento preventivo de los equipos; la inestabilidad en el suministro de los insumos; otorgamiento de divisas, trámites aduanales, el marco jurídico, la inflación. Estos son algunos ejemplos de factores que inciden en el incremento del costo y como consecuencia en el incremento del precio.

Las preguntas y respuestas planteadas, pretenden ser material para la reflexión personal o discusión grupal, en la cual se analicen las causas y se puedan proponer fórmulas de solución. La intención de vincular estos conceptos de orden económico, con los diferentes tipos de conflictos, es estimular en el lector la necesidad de analizar el problema de salud en una forma que va más allá de números fríos y que se conecta con derechos fundamentales del ser humano, como el derecho a la vida y a la salud.

Administración y financiamiento de los servicios de salud

La administración y el financiamiento de los servicios de salud tienden a confundirse, pero no es lo mismo, ya que la administración se refiere a la gestión de los recursos físicos, financieros, humanos y en general todo lo relacionado con la prestación del servicio de atención del paciente. El financiamiento es el recurso financiero que aporta la persona o la organización, que puede ser gubernamental o no gubernamental, para cubrir determinadas necesidades de atención médica de una persona o una población. Además, puede haber también administración o financiamiento mixtos: lo importante es que el usuario del servicio este satisfecho por la atención recibida.





Es conveniente señalar que todos los modelos de gestión tienen fortalezas y debilidades, así como también destacar que ninguno es mágico, ya que todos necesitan gerentes y trabajadores quienes, en equipo, busquen un objetivo común, con una administración honesta, una gestión capaz y conocedora del tema de la gerencia de la salud para realizar un trabajo, en función de las necesidades del individuo y de la comunidad.

Quien en materia de salud ofrezca fórmulas mágicas inmediatistas, está mintiendo; quien las pida, ignora la complejidad del problema y quien las crea, es un ingenuo. Cualquier acción que pretenda tener un impacto importante en el área de salud pública, requiere un esfuerzo sostenido, con una buena sustentación doctrinaria, con direccionalidad definida. La mayoría de las veces los recursos son limitados, de tal forma que es necesario establecer prioridades y hacer posible lo deseable con lo disponible. Es responsabilidad de todos, la búsqueda de fórmulas que permitan desarrollar modelos de gestión orientados al logro de servicios de atención médica de excelente calidad, con una cobertura que tienda a ser universal.

La innovación. Relato de dos experiencias innovadoras y sostenibles: ASCARDIO y el Consultorio Cardiológico de la Clínica Razetti de Barquisimeto.

En enero de 1976, cuando regresé a Barquisimeto, después de haber finalizado el postgrado de Cardiología, observé y describí la situación de atención médica en esta ciudad, en especial la atención cardiológica y observé que tenía las siguientes características:

1. La atención en los servicios gubernamentales se concentraba fundamentalmente en el Hospital Central Antonio María Pineda, con 4 cardiólogos, con pocos recursos tecnológicos y en el IVSS había un cardiólogo, también con pocos recursos tecnológicos. En las Clínicas privadas de la ciudad, había un ejercicio cardiológico basado en consultorios individuales, con horario predominantemente vespertino. Recientemente había llegado un nuevo cardiólogo que estaba en proceso de incorporación en el Hospital Central Antonio María Pineda, en el resto de las ciudades del estado Lara no había más especialistas en Cardiología.

2. Los pacientes, quienes necesitaban realizarse procedimientos más complejos, como estudios de hemodinamia, debían viajar a Caracas, Maracaibo o Mérida y las personas con más recursos viajaban al exterior.
3. El ejercicio médico en el Hospital Central Antonio María Pineda era matutino y en las Clínicas era vespertino, con el respectivo tiempo ocioso inverso, o sea sin actividad matutina en las Clínicas y sin actividad vespertina en el Hospital.
4. La formación de cardiólogos debía realizarse en Caracas o en el exterior.
5. Había muy poco personal técnico y de enfermería entrenado en al área cardiovascular.
6. El Programa Cardiovascular no se cumplía, salvo las excepciones de algunas iniciativas locales sustentadas en esfuerzos personales no sistémicos.
7. No había en la ciudad ningún Centro Cardiovascular de tercer nivel que pudiera resolver casos de mayor complejidad.

Al realizar la observación y descripción de esta situación , el análisis me llevó a la conclusión de que ninguno de los dos modelos, ni el gubernamental ni el no gubernamental, dicho en otras palabras ni el Hospital ni las clínicas privadas, tenían modelos de gestión y servicio, que a mi juicio, respondieran a la adecuada atención de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, siendo esta un importante problema de salud pública, con alta morbilidad, alta mortalidad, alto poder incapacitante e importante repercusión socioeconómica. Esta situación llevó a la conclusión de que se debía proponer modelos innovadores, tanto a nivel de gobierno como no gobierno.

Propuse, en la esfera gubernamental, desarrollar el Programa de Prevención y control de las Enfermedades Cardiovasculares en la región centro occidental y en particular en el estado Lara, con las siguientes características:

1. Reconocer que la Doctrina Sanitaria de Venezuela, en particular en el caso cardiovascular, tenía plena vigencia, por lo tanto lo que debía hacerse era ponerla en práctica.
2. Se inició un programa de formación de recursos humanos en el estado Lara, el cual incluyó auxiliares de enfermería de los dispensa-

rios rurales, médicos generales y profesionales de enfermería del medio rural y urbano.

3. Con el personal formado en la etapa inicial, se comenzó a organizar servicios de la red cardiovascular del estado Lara.
4. Con el personal formado, trabajando en servicios organizados, se inició el desarrollo del programa de prevención y atención de las enfermedades cardiovasculares.
5. En 1977, se fundó la sede de lo que sería en el futuro el Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental, como institución de mayor capacidad resolutiva diagnóstica y terapéutica en la región.
6. Con la lección aprendida de experiencias pasadas, se promovió la participación de la Asociación o Comunidad Humana, por medio de una organización no gubernamental, con la figura jurídica de Asociación civil, la cual se denominó Asociación Cardiovascular Centro Occidental ASCARDIO.
7. Con las lecciones, también del pasado, se desarrolló un modelo de gestión que brindara la mejor calidad de atención cardiológica posible al menor costo, con volúmenes altos de pacientes, lo cual permitió disminuir los costos dependientes de volumen o costos fijos. Este Centro se trasformó progresivamente en la Institución de mayor capacidad resolutiva en la región y con un área de influencia más allá de la región geográfica.
8. En 1979, se inició un programa de formación de cardiólogos clínicos, con alto contenido de salud pública, epidemiología y enfoque poblacional. Al principio fue una residencia asistencial programada y posteriormente, en alianza con la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, de Barquisimeto, se convirtió en el postgrado universitario de Cardiología y ha formado desde el inicio del programa, a más de 300 cardiólogos.
9. Posteriormente, ante la necesidad de formar especialistas diferenciados en varias áreas, como por ejemplo hemodinamia, electrofisiología y ecocardiografía, se iniciaron estos programas, con los cuales se ha consolidado nuestra Institución como uno de los centros que forma más cardiólogos y fellows en el país.
10. Se ha desarrollado un modelo desde el punto de vista financiero que coincide con el que actualmente se denomina emprendimiento social solvente, ya que su interés fundamental es el social, pero que debe generar el recurso financiero para mantenerse en el tiempo.

11. A los 45 años de creada, la institución continúa funcionando, de tal forma que lo que anteriormente fue una hipótesis actualmente es un tesis, la cual se retroalimenta en la teoría con la práctica y a su vez la práctica enriquece la teoría, con un crecimiento cíclico basado en la lectura de los libros de la historia y la realidad.
12. En el modelo de ASCARDIO, se está realizando un desarrollo equilibrado entre la naturaleza, el arte y la infraestructura sede de la academia y la ciencia. La vinculación de ciencia, arte y naturaleza, no es frecuente en centros de salud, pero en nuestro caso le da una sensación armónica que pretende trasmitir salud y no solo curar la enfermedad.

La otra propuesta fue desarrollar un modelo innovador, también en el sector no gubernamental, en nuestro caso, en la Clínica Razetti de Barquisimeto, el cual se inició con la lectura de la realidad de los siguientes aspectos:

1. El ejercicio de la medicina en una forma aislada e individualista es muy vulnerable, porque no garantiza la continuidad del servicio, ya que depende de una sola persona.
2. La atención por especialistas diferenciados, quienes trabajen en equipo, tampoco se puede lograr, porque depende de una sola persona y no de un equipo de trabajo en el cual sus miembros se complementan unos a otros.
3. La utilización de los ambientes y equipos incrementa el componente de costo fijo, entre otras cosas, por un bajo volumen debido al menor número de horas de oferta de servicios.
4. La incorporación de nuevos especialistas con menos disponibilidad financiera y más disponibilidad laboral, se limita cuando para poder ingresar a una consulta privada debe hacer inversiones que están fuera de su alcance.

En base a lo señalado anteriormente comenzamos a desarrollar un modelo con las siguientes características, el cual también comenzó en el año 1976.

1. Incorporación progresiva de cardiólogos con posibilidad de brindar atención cardiológica matutina y vespertina, así como atención de emergencia cardiovascular.

2. Desarrollar un modelo en el cual el cardiólogo ingresa aportando su trabajo y permanece durante cinco años como miembro del consultorio, en proceso de incorporación, una vez cumplido este lapso pasa a la condición de miembro pleno, con iguales derechos que todos sus miembros plenos, incluso los fundadores. En el proceso de desincorporación, el cardiólogo recibe en los siguientes 5 años un ingreso mensual que le permite adaptarse a su nueva condición.
3. Los equipos y mobiliario los adquiere el Consultorio, lo disfrutan todos y con el trabajo de todos se financia, lo cual disminuye el impacto financiero.
4. Al aumentar el número de horas de oferta del servicio, además del beneficio de la continuidad, hay menos tiempo ocioso y por lo tanto, el precio es menor.

Al final del ejercicio profesional, ni ASCARDIO ni el Consultorio Cardiológico entrarán entre mis posesiones, es decir, esto es consistente con lo señalado en la primera parte del presente libro, el equilibrio entre el disfrute y la posesión. En ambos casos, los he disfrutado y continúo disfrutándolos, los poseo mientras esté en la institución, pero después de mi retiro no los poseeré, pero los disfrutaré al ver que continúan funcionando igual, aun en mi ausencia.

Es importante señalar que el Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental es uno de los establecimientos de atención cardiológica más grande de Venezuela y que el Consultorio Cardiológico de la Clínica Razetti también es uno de los más grandes de Barquisimeto. Ambos se pueden catalogar como experiencias exitosas en el cuadragésimo quinto aniversario de su funcionamiento.

Fueron propuestas disruptivas muy criticadas y tuvieron mucha oposición en el inicio, pero la prueba del tiempo demostró que no solo como experiencias aisladas son exitosas, sino que en su conjunto, es innegable la importante repercusión en la mejoría en la calidad de atención cardiológica, no solo en Barquisimeto, sino en todo el territorio nacional e incluso últimamente con la migración de talentos, la presencia de cardiólogos formados en Barquisimeto, ha trascendido fuera de las fronteras nacionales.

Reflexiones orientadas a la búsqueda de la solución del problema de atención médica en Venezuela.

Una conclusión que surge de las lecturas anteriores, es la necesidad de desarrollar nuevos modelos de gestión de atención médica en Venezuela, lo cual debe estar orientado a brindar atención médica de buena calidad a la mayoría de la población, idealmente al universo completo, ya que el derecho de atención médica forma parte del derecho a la salud y está estrechamente vinculado al derecho a la vida. No necesariamente se requiere un único modelo, sino que el existente debe ser ágil y eficiente, con alta productividad, excelente calidad, a un costo soportable y con la mayor cobertura posible.

Espero que con estas reflexiones teóricas y prácticas, pueda contribuir a la formación de grupos de estudio y al estímulo de personas interesadas en el tema de gerencia de la salud, con el fin de generar propuestas adaptadas a nuestra situación. Una de las limitaciones de las consideraciones eminentemente teóricas, es precisamente la falta de sustentación en la práctica y en la realidad. En nuestro caso, el enfoque es teórico-práctico con sustentación en ambas vertientes con hechos que soportan los planteamientos.

TERCERA PARTE

Artículos de opinión sobre salud, gerencia y liderazgo, publicados en el diario *El Universal*
desde el 2015 hasta el 2021

La persona que me invitó a participar en una actividad que hasta ese momento no había realizado fue Félix Cordero Peraza, a finales del año 2014, quien me planteó la posibilidad de escribir como columnista de *El Universal* sobre temas de salud. A Félix lo conocí en Barquisimeto en los múltiples escenarios donde ambos coincidimos realizando actividades en pro del desarrollo de la ciudad. En especial recuerdo cuando me solicitó que coordinara la comisión para elaborar la ley de salud del estado Lara, cuando él era presidente de la antigua Asamblea Legislativa. A pesar de que le insistí que no tenía experiencia como columnista, para escribir artículos de forma periódica, finalmente me convenció con el argumento de la experiencia vivida en el área de la salud, lo cual podía ser muy útil difundirlo y compartirlo. Luego conocí al Dr. Jesús Abreu, quien para ese momento era presidente de *El Universal* y posteriormente participó en actividades para apoyar el desarrollo de ASCARDIO, con la tramitación de algunas donaciones que culminaron de forma exitosa.

Empecé en esta nueva iniciativa en enero de 2015, y hasta septiembre de 2021 he escrito un poco más de 150 artículos, de los cuales seleccionamos aquellos relacionados directa o indirectamente con el tema de gerencia y liderazgo en el área de la salud, respetando el orden cronológico de publicación. Son artículos de entre 3.700 y 4.300 caracteres, lo cual permite una lectura rápida y eventualmente pueden ser motivo de discusión. El principal valor que tienen los mismos es que su motivo de inspiración es la realidad de lo que sucede en el país en esta difícil etapa, de ahí que lo considero como complemento útil de las dos partes anteriores.

COSTO Y CALIDAD EN SALUD

En la relación entre costo y calidad en servicios de salud con frecuencia se plantea como condición necesaria el aumento del costo para mejorar la calidad y peor aún, algunos consideran que el aumento del costo es suficiente para mejorar la salud, en otras palabras, que solo con aumentar la inversión, ya es una condición necesaria y suficiente para mejorar el servicio. Por otra parte, es común medir los logros en salud con indicadores financieros y es así como se evalúan los éxitos en salud, basados en el

dinero invertido. Esta visión es errónea, ya que puede haber altas inversiones sin grandes logros y tampoco es correcta la aproximación que sólo con dinero se resuelve el problema, ya que éste es solo un componente del sistema, que en conjunto con otros recursos y con un modelo adecuado, puede brindar un mejor servicio.

La calidad se puede ver desde dos puntos de vista: Como la relación entre la expectativa del usuario y la percepción que tuvo al recibir la atención. Si la percepción es mejor o igual a la expectativa, la calidad es buena y si la percepción es inferior a la expectativa, el servicio es de mala calidad. Esta es una parte del análisis, pero no todo, porque el otro punto de vista es la comparación entre el deber ser sustentado en normas basadas en evidencias y en la experiencia acumulada. No es suficiente que el usuario perciba que el servicio es bueno, sino también que esté fundamentado en el "conocimiento" disponible y actualizado producto de la investigación universal. Este criterio de calidad aceptable debe producir el mayor beneficio y el menor daño al paciente. Debe promocionar la salud y prevenir la enfermedad, mejorar la calidad de vida del paciente y aumentar su expectativa de vida. Debe estar en concordancia con los principios fundamentales de bioética de beneficencia y no maleficencia.

Un servicio de buena calidad además debe informar al paciente de los beneficios o daños que puedan derivarse de la atención, basado no solo en la investigación teórica o foránea, sino también en el registro de la propia actividad. Esto vincula el servicio prestado al principio de autonomía, o sea el derecho del paciente a conocer los beneficios y riesgos de los procedimientos que le van a realizar. Es por esto que, en el análisis propuesto, señalamos que la mínima calidad aceptable, debe cumplir con el requisito de mínimo ético deseable.

En síntesis, para que un servicio sea de buena calidad, debe ser percibido por el usuario igual o mejor que lo esperado, debe producirle el mayor beneficio y el menor daño, con la información suficiente para que el paciente se involucre en el servicio que va a recibir.

En relación al costo, se comete el error al pensar que, si un servicio es gratis, no tiene costo. Esta es una visión equivocada, porque todo servicio de salud independientemente de la fuente de financiamiento y la condición

de gratuidad para el usuario, tiene un costo que lo soporta una empresa aseguradora, un organismo gubernamental o no gubernamental o el mismo usuario, con una estructura bien definida, que garantice que el servicio sea sostenible en el tiempo en una forma continua, ya que esto es un componente esencial de la calidad.

Si en la relación de costo y calidad de servicios de salud, se definen dos líneas, una de calidad aceptable o mínimo ético deseable y otra de costo soportable, entonces tendremos cuatro opciones: Servicios de mala calidad con costo soportable y servicios de mala calidad de costo alto no soportable. Estas dos posibilidades no son deseables en un modelo de salud para una población. Otra opción es el cuadrante de buena calidad y costo alto no soportable, lo cual es un deseo más que una realidad, porque no es factible y finalmente la opción de servicios de buena calidad a un costo soportable que garanticen la sostenibilidad y este es el reto que tenemos como país: Buscar modelos de gestión de salud de buena calidad a un costo soportable, pero incluso que vaya más allá de esto, porque deben tener la otra condición de brindar la mejor calidad al menor costo, a fin de lograr una mejor utilización de los recursos y llegar a la mayoría de la población.

CÓMO FINANCIAR LA SALUD

Todo Servicio de Salud tiene un costo y requiere una fuente de financiamiento, aunque algunos usuarios piensan que al beneficiarse de un servicio de salud que no pague, o sea gratis, entonces ese servicio no cuesta. Cuando un servicio de salud, a pesar de tener infraestructura, dotación de equipos y recursos humanos, no funciona porque por ejemplo no tiene insumos o falta reparar el equipo y no brinda la atención médica, "está parado", muchos usuarios e incluso administradores de servicios, piensan que eso no cuesta y en este sentido se comete un grave error, porque todo lo contrario, mientras más tiempo dure el servicio "parado", cuando inicie sus actividades, el costo unitario será mayor, en otras palabras, el costo unitario disminuye al aumentar el volumen.

Cuando la fuente de financiamiento es gubernamental directamente por la vía de un presupuesto fijo no vinculado con la productividad, como es

el caso de la mayoría de los hospitales y en general los centros de salud gubernamentales, en vista de esta falta de relación financiamiento-productividad, tienen una eficiencia y eficacia muy baja y por lo tanto los usuarios constituyen una población insatisfecha, o sea perciben un servicio de calidad baja. Cuando la fuente de financiamiento es gubernamental, pero en una forma indirecta a través de empresas de seguro, se genera un conflicto costo-precio, derivado por una parte de la expectativa de la población asegurada de una atención médica de buena calidad, continua y oportuna, por otra parte las instituciones no gubernamentales, generalmente clínicas que interrumpen o retardan el servicio, porque tienen una expectativa de mayores ingresos que puedan cubrir los costos y finalmente por otro lado las empresas de seguro, que condicionan el pago a menor precio por el servicio prestado, lo cual también genera una demanda no satisfecha, trayendo finalmente como consecuencia que otra parte de la población esté insatisfecha. En este forcejeo de empresas de seguro con clínicas en relación a monto y momento de pago, también hay deterioro de la calidad de atención, lo cual sumado al congestionamiento de las clínicas por la alta demanda, genera insatisfacción en la población.

Hay finalmente otro sector importante de la población que paga directamente el servicio, bien sea con pólizas de seguro o por desembolso del dinero en efectivo, lo cual a veces es reembolsado en el caso de algunos seguros o asumido por el usuario, en caso de no tener ningún tipo de protección, lo cual también genera insatisfacción.

Todo este conjunto de elementos, genera un escenario caracterizado por una población que no percibe a la atención médica como lo esperaría, o sea que la expectativa del servicio que se espera recibir, es superior a la percepción del mismo, de ahí su insatisfacción.

Estos aspectos señalados, deben estimular la apertura de espacios de discusión sobre la necesidad de diseñar nuevos modelos de gestión orientados al desarrollo de servicios de atención médica capaces de llegar a toda la población, o sea de cobertura universal, lo cual es una expectativa general, ya que a pesar de las inversiones que se hagan en este sector, no logran cubrir las expectativas de una atención médica de calidad aceptable.

A manera de introducción a propuestas de modelos de gestión, es importante señalar que hay que diferenciar el ente que financia y el ente que administra, lo cual nos genera las opciones de instituciones de financiamiento gubernamental o no gubernamental y a su vez instituciones de administración gubernamental y no gubernamental. Esto nos plantea cuatro opciones: instituciones con financiamiento gubernamental administradas por organizaciones gubernamentales o no gubernamentales y por otra parte financiamiento no gubernamental con administración gubernamental y no gubernamental. Estos abanicos de posibilidades pueden coexistir en un sistema que, complementado con otras medidas, puede contribuir al logro de una población más satisfecha en relación a la atención médica que reciba.

SALUD PARA TODOS

La salud por su estrecha relación con la vida, es uno de los derechos humanos de mayor preeminencia, motivo por el cual el acceso universal debe ser una meta de cualquier modelo de salud que se pretenda desarrollar. Aunque el concepto de salud es más amplio que atención médica, para los fines de este artículo el alcance será atención médica para todos, lo cual representa una parte importante para el logro de la salud para todos, pero no es su totalidad.

Lograr la universalidad en el acceso a servicios de atención médica con una calidad aceptable, plantea algunos conflictos, entre los cuales es conveniente citar conflictos éticos, financieros y gerenciales. El conflicto ético que se presenta es dar algo a todos o todo a pocos aunque lo ideal es dar todo a todos, pero esto plantea un conflicto financiero, de ahí que la propuesta sería dar a la mayoría el mejor servicio posible con los recursos disponibles y esto genera un conflicto gerencial.

Con frecuencia el tema de costo-calidad de servicios de atención médica parte de las premisas, a mi juicio equivocadas, que necesariamente para mejorar la calidad se debe aumentar el costo o que al aumentar el costo es suficiente para mejorar la calidad. Es fundamental establecer los parámetros de calidad deseables, desarrollar modelos de gestión eficientes

y prestar la mejor calidad al menor costo posible y al mayor número de personas, idealmente a toda la población por el carácter universal del derecho a la salud.

Esta es una tarea compleja, pero posible. Esto supone cambiar las estrategias que se han desarrollado y buscar nuevas opciones en las cuales se establezcan alianzas entre entes gubernamentales y no gubernamentales, entre organizaciones dedicadas a la prestación del servicio de atención médica y las dedicadas al financiamiento del mismo, alianzas con las empresas farmacéuticas y de equipos médicos, con las empresas de seguro, con los gremios, con las Academias, con las Universidades, en fin con todas las fuerzas vivas de la Sociedad Venezolana, ya que un problema de la magnitud de prestar atención médica al universo de la población, con una calidad adecuada, significa poner en sintonía a todas estas organizaciones, más aún cuando se quiere ir más allá de la atención médica y abordar el problema de salud de la población, requiere fundamentalmente de la participación de la comunidad organizada.

Decía Albert Einstein que "no podemos pretender cambiar las cosas, si siempre hacemos lo mismo", nos señalaba que "la crisis es la mejor bendición que puede sucederle a personas y países, porque la crisis trae progresos. La creatividad nace de la angustia como el día nace de la noche. Es en la crisis donde nace la inventiva, los descubrimientos y las grandes estrategias. Quien supera la crisis se supera a si mismo sin quedar superado. Quien atribuye a la crisis sus fracasos y penurias, violenta su propio talento y respeta más a los problemas que a las soluciones. La verdadera crisis es la crisis de la incompetencia. El problema de las personas y los países es la pereza para encontrar salidas y soluciones. Hablar de crisis es promoverla y callar en la crisis es exaltar el conformismo. En vez de esto, trabajemos duro. Acabemos de una vez con la única crisis amenazadora: la tragedia de no querer luchar por superarla".

Abordar el problema de la universalidad de la salud en una población, es de alta complejidad y requiere diálogo, creatividad, compasión con la población en al amplio sentido de la palabra, de compadecer, de "padecer con" la población la falta de servicios accesibles de alta calidad y las condiciones de salud inadecuadas. La situación nos obliga a todos a buscar una solución para todos.

MEJORAR LA SALUD

MEJORAR LA SALUD es posible. Para saber si algo mejora, sigue igual o empeora, es necesario medirlo. Es indispensable desarrollar un sistema que permita partir de una observación basada en hechos veraces, hechos que pueden convenir o no al observador, hechos que pueden gustarle o disgustarle al observador, pero que no pueden cambiarse a voluntad, debe ser en otras palabras una observación objetiva sustentada en datos veraces. Debe ser una observación que sea descrita y analizada oportunamente. Deben establecerse los indicadores que permitan concluir sobre la situación de salud en un momento determinado, con el fin de proponer una acción que en principio modifique favorablemente la situación existente. El resultado de esta acción debe ser evaluado para iniciar otro proceso de observación, descripción y análisis, que permita iniciar otro ciclo de acción y así sucesivamente se puede modificar en una forma progresiva la salud de la población.

MEJORAR LA SALUD es posible si se estudian modelos nacionales e internacionales exitosos, y con esta información desarrollar propuestas viables. No necesariamente se debe "copiar" un modelo, sino que la propuesta final, puede nutrirse de modelos que incluso pueden ser aparentemente contrapuestos, pero que la resultante sea superior a los insumos derivados de las visiones parciales.

MEJORAR LA SALUD es posible si se genera uno o varios escenarios incluyentes, que permitan que los principales actores que participan en el proceso de salud-enfermedad en general y en particular en la atención médica, se aboquen a la búsqueda de fórmulas viables orientadas a satisfacer las expectativas. Por ejemplo, el hecho de disponer de un medicamento sólo en algunos periodos de tiempo, sobre todo si se trata de enfermedades crónicas, puede proteger al paciente unos días o meses, pero recibe el tratamiento por pocos días, ese paciente está expuesto a riesgo de complicaciones que probablemente se pueden presentar y que puede tener efectos letales o producir secuelas, además de la repercusión financiera en el sistema de salud y en los recursos del mismo paciente o su familia. Lo deseable en este caso es que pueda disponer del medicamento indicado en forma permanente. Lo mismo se puede comentar sobre la falta de

un equipo o de insumos y en general de toda la cadena de elementos que participan en la prestación del servicio de salud. Es indispensable que se establezcan las alianzas estratégicas que en una forma armónica desarrollen diálogos que permitan que en el marco de un proceso de ganar-ganar de todas las partes, se llegue a acuerdos que tomen en cuenta toda la cadena de producción del servicio y que miren hacia el usuario final satisfecho.

MEJORAR LA SALUD es posible, si lo han hecho otros países con menos recursos, más población y más dificultades que Venezuela. El problema de la salud es complejo, nos importa a todos, repercute en múltiples esferas de la vida cotidiana y requiere medidas a corto, mediano y largo plazo, porque hoy para algunos puede ser tarde.

En una entrevista que le hicieron a Bertrand Russell en 1959, filósofo, matemático, pacifista y ganador del Premio Nobel de literatura en 1950, le preguntaron sobre su mensaje para el futuro para que las nuevas generaciones oyeran las lecciones que él consideraba que le debía trasmitir, entonces le contestó que le gustaría decir dos cosas: Una Intelectual y una Moral.

Desde el punto de vista intelectual señaló que cuando se estudie cualquier tema, se parta de la pregunta ¿Cuáles son los hechos? Y ¿Cuál es la verdad que soporta esos hechos?. Nunca debe dejarse desviar de esta recomendación y desde el punto de vista Moral señaló que el amor es sabio y que el odio es necio. Destacó que en este mundo cada vez más interconectado, tenemos que aprender a tolerarnos los unos a los otros, tenemos que aceptar el hecho, de que alguien diga cosas que no nos gustan. Concluye Bertrand Russell diciendo que esto es indispensable "si vamos a vivir juntos y no a morir juntos". MEJORAR LA SALUD es tarea de todos para todos.

EL EQUIPO DE SALUD

El equipo de salud es fundamental para el logro del objetivo de brindar la mejor calidad de atención al mayor número de personas en forma sostenida en el tiempo. El modelo de gestión por otra parte es clave para permitir que este conjunto de personas que integran el equipo pueda

cubrir sus expectativas de desarrollo humano y profesional, así como la remuneración que le permita solventar sus requerimientos financieros. El equilibrio entre las expectativas del usuario, los integrante del equipo y la institución prestadora del servicio, es difícil de lograr, pero es factible si se cumplen condiciones que satisfagan los siguientes aspectos: ambiente laboral armónico, infraestructura y dotación necesaria, remuneración básica adecuada, estímulos a la productividad, a la excelencia y posibilidades de inserción del proyecto personal del trabajador con el proyecto institucional.

Además de lo señalado, es indispensable que como parte del modelo de gestión haya un estímulo al trabajo en equipo que fomente la identificación institucional, que dentro del grupo haya la tolerancia para entender que aunque las opiniones y expectativas no sean iguales, la fortaleza de la resultante depende no solo de las similitudes, sino también de las diferencias, en otras palabras que cada uno de los integrantes del equipo, entienda que de la heterogeneidad de los componentes, cuando estos se complementan, puede resultar la homogeneidad del producto final, como lo señalaba la Madre Teresa de Calcuta " Yo hago lo que usted no puede, y usted hace lo que yo no puedo. Juntos podemos hacer grandes cosas".

La evolución histórica del equipo de salud, ha variado desde la antigüedad hasta el presente, de una visión del equipo humano fundamentalmente constituida por el médico, hacia un enfoque multidisciplinario que inicialmente incorporó a otros profesionales vinculados con la atención directa del paciente, hacia una apertura de 180 grados con tendencia a seguir ampliándose con participación de profesionales y trabajadores en general de diferentes sectores que hace algunos años no se pensaba que pudieran ser claves en el proceso de atención de las necesidades de salud de la población, pero que hoy son piezas fundamentales de un servicio de salud que pretenda cubrir las expectativas de calidad de la población. Este reto del trabajo en equipo es complejo de enfrentarlo en cualquier parte del mundo, pero particularmente en nuestra idiosincrasia, la tendencia gregaria y el trabajo en equipo no es un rasgo que nos define, sino más bien el individualismo es lo que resalta al analizar los diferentes modelos de gestión. Para el desarrollo de modelos de salud eficientes, es indispensable que cambiemos de la visión individual a un trabajo conjunto en equipo. Es necesario que cambiemos el YO por el NOSOTROS y que

cambiemos el MIO por el NUESTRO, en otras palabras MAS NOSOTROS Y MENOS YO. MAS NUESTRO Y MENOS MIO. No podemos ver el problema como señala Hugh Downs "Afirmar que mi destino no está ligado al tuyo, es como decir tu lado del bote se está hundiendo". El trabajo en equipo divide el trabajo y multiplica los resultados. El trabajo en equipo potencia el trabajo individual. El modelo de gestión que se desarrolle, debe estimular el trabajo en equipo.

Con el escenario financiero actual, otro reto que se debe enfrentar es la remuneración del personal de salud que le permita cubrir sus necesidades y además brindarle la posibilidad de ofrecerle un crecimiento profesional ajustado a los requerimientos del presente con una visión de futuro. Esto le brinda expectativas a corto, mediano y largo plazo y evita la "fuga de cerebros" a otras latitudes, lo cual es difícil de suplir, ya que requiere programas de formación que en algunos casos, puede durar varios años. Todo esto es tarea compleja, pero que es necesario considerar al plantear una propuesta de servicios de salud. El recurso humano es un "activo intangible" que debe preservarse y estimular que se organice en EQUIPOS eficientes para cubrir las expectativas de la población.

LOS REGISTROS EN SALUD

La investigación realizada orientada a la búsqueda del conocimiento, desde las ciencias básicas hasta las que tienen una aplicación en el ejercicio clínico, se realizan en condiciones experimentales que muchas veces no se ajustan a la "vida real" del ejercicio profesional de la medicina. Dentro de este tipo de investigación, están los ensayos clínicos, que a pesar de tener las rigurosas condiciones de validez, precisamente por los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes que son sometidos a la intervención, así como los controles que se realizan y el seguimiento de su respuesta, hacen de este escenario en mayor o menor grado, "diferente" de las condiciones existentes en la prestación del servicio de salud, de ahí que es muy importante hacerle un seguimiento a la aplicación de este cuerpo de conocimiento derivado de la investigación, a los pacientes con las características propias de nuestro medio y con el o los sistemas de atención médica disponibles.

El desarrollo de sistemas de información de salud continuos, constituye un componente fundamental para evaluar el resultado de las intervenciones que se realicen orientadas a modificar el curso clínico de las diferentes patologías, en especial las de mayor prevalencia, lo cual debe partir de evaluaciones poblacionales que permitan conocer su perfil epidemiológico y orientar los recursos para brindar la mejor atención al mayor número de personas y a menor costo.

Los registros de casos son un componente importante del sistema de información y deben ser una prioridad en nuestros Centros Asistenciales, sobre todo si tienen un cuerpo común de información que constituya una red multicéntrica que pueda permitirnos obtener conclusiones que se puedan generalizar y aplicar en escala nacional.

Estos registros, complementados con el desarrollo de guías de procedimientos de diagnóstico y tratamiento, sustentados en las evidencias científicas disponibles y en la experiencia derivada y procesada localmente, permiten comparar lo realizado con el "deber ser" y esto va a generar mediante un proceso de observación-descripción-análisis-conclusión-acción y evaluación, un mecanismo continuo de mejoramiento de la atención médica.

Esto requiere "poner de acuerdo" a todas las instituciones e individuos que tienen relación directa o indirecta con la prestación de servicios de salud: Las Universidades en especial las que tienen Facultades de Ciencias de la Salud, el Ministerio del Poder Popular para la Salud, Sociedades Científicas, Establecimientos de atención médica, tanto públicos como privados y empresas farmacéuticas y de equipos médicos.

Se requiere un consenso nacional que sobre la base conceptual de la salud como derecho fundamental dentro del conjunto de los derechos humanos, que tiene una preeminencia derivada de su estrecha relación con el derecho a la vida, debe tender hacia la universalidad con una calidad que no sólo esté relacionada con una medición aislada, sino que contemple la continuidad del servicio como parte fundamental del criterio cualitativo, en otras palabras no se debe ni se puede interrumpir por ningún motivo, porque puede tener consecuencias que pueden ser fatales en algunas circunstancias.

Esta necesaria concertación en torno a un objetivo común y orientado a BRINDAR LA MEJOR ATENCION MEDICA POSIBLE A TODA LA POBLACION, debe ser nacional, incluyente, intersectorial, realista, que haga factible lo deseable con lo disponible, soportada en las raíces históricas de la medicina venezolana y con visión de futuro. Es necesario que "nos pongamos de acuerdo" en temas trascendentes, entre los cuales está LA SALUD y que veamos la situación sin gríngolas, que busquemos y construyamos la solución entre todos y para todos. Entre otros componentes, un sistema de salud requiere de una información continua y compartida que nos permita saber dónde estamos y hacia dónde vamos, requiere de una información veraz y oportuna, que pueda sustentar las decisiones que se deban tomar para lograr una respuesta adecuada.

PROGRAMAS DE SALUD

Cuando una enfermedad tiene una alta incidencia en la población, se entiende que su magnitud es importante. En el caso de enfermedades agudas e infecciosas, que generalmente son de corta evolución, esto puede ocurrir en forma epidémica, pero en el caso de enfermedades crónicas que son de larga evolución, la alta incidencia hace que se acumulen personas enfermas en un área y tiempo determinado y esto hace que ocurra una alta prevalencia de pacientes. Hablamos que esta o estas enfermedades son también de magnitud importante. Este hecho que ocurre en la población, se refleja en los servicios de atención médica en una alta demanda.

Si la enfermedad además de tener una magnitud importante, genera consecuencias en el aumento de la discapacidad y mortalidad, con la consiguiente pérdida de vidas y de años de vida productiva, se considera que además la enfermedad es trascendente. Cuando es susceptible de prevención o de tratamiento precoz para minimizar el daño y evitar complicaciones, se considera que es vulnerable, lo cual se puede lograr mediante intervenciones asequibles, sostenibles y eficaces que permitan modificar su curso clínico a un costo soportable. En síntesis, una enfermedad o grupo de enfermedades constituyen un problema de salud pública, por su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y costo. En Venezuela, el perfil epidemiológico combina grupos de enfermedades

que son problemas de salud pública y que pueden ser agrupadas en enfermedades crónico degenerativas no transmisibles, como por ejemplo la Diabetes, Hipertensión Arterial, Infarto del Miocardio y Cáncer; enfermedades agudas infecciosas, como por ejemplo el Dengue y Chikungunya y finalmente enfermedades por hechos violentos y accidentes, por ejemplo heridos por armas de fuego y accidentes de tránsito.

La coexistencia de estos diferentes grupos de enfermedades, exige el desarrollo de propuestas sistemáticas de PROGRAMAS DE SALUD, que requieren acciones intersectoriales, multidisciplinarias y articuladas. Estas deben tomar en consideración las "causas de las causas" de cada situación e incluir planes que vayan desde el fomento de condiciones que favorezcan la promoción de la salud, para evitar que el individuo se exponga a factores que aumenten la probabilidad de padecer la enfermedad en el futuro, hasta el desarrollo de programas que logren la mayor recuperación posible de las condiciones de salud cuando la persona ya ha padecido la enfermedad, pasando por las etapas intermedias, en las cuales el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de ser posible en la etapa subclínica cuando todavía no se han producido daños irreversibles, tienen especial importancia.

Estos planteamientos conceptuales no son novedosos, sino por el contrario han sido planteados por expertos en el área de salud pública desde hace décadas, lo cual nos obliga a estudiar la historia, aprender sus lecciones, no sólo internacionales, sino nacionales y adecuar estas propuestas al momento actual, aprovechando las bondades de la tecnología, incorporando por ejemplo la educación a distancia para el personal que participe en los programas de salud, para lo cual se deben hacer alianzas con las Universidades; desarrollando la telemedicina para llevar los recursos diagnósticos y terapéuticos y aumentar la capacidad resolutiva de todos los niveles de atención y así mismo desarrollar programas educativos dirigidos a la comunidad. El uso de la tecnología en una forma racional puede facilitar el desarrollo de estrategias individuales y poblacionales en una forma complementaria a los programas de salud.

A veces las "cosas por sabidas se callan y por calladas se olvidan". Es importante recordar estos conceptos básicos, por ejemplo, el desarrollo de

sistemas de salud por niveles de complejidad con programas de educación articulados con la atención médica, sigue teniendo plena vigencia. Es posible que el "rotafolio" del pasado, lo substituyamos por la fotografía de teléfono de hoy, pero en el fondo es lo mismo, si lo enmarcamos en un contexto conceptual lógico.

Muchas interrogantes y problemas pueden tener respuestas y soluciones más cerca de lo imaginado, si tenemos la suficiente permeabilidad para aprender del pasado y aplicarlo en el presente con visión de futuro.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Las Sociedades Científicas del sector salud constituyen un componente protagónico para la solución a la problemática nacional de la salud, que debe ser tomado en consideración en el momento de estudiar fórmulas viables para lograr las mejores condiciones de salud para la mayoría de la población a un costo soportable con una calidad de atención que cumpla los requisitos básicos de cubrir el mínimo ético deseable.

Estas Sociedades son un patrimonio nacional que concentra en la mayoría de los casos experiencias acumuladas por especialidades que superan el medio siglo e incluso algunas ya han traspasado la barrera de los tres cuartos de siglo y que están integrados por profesionales de alta calificación y con elevado nivel de competencia.

Están articuladas en la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas que tiene cerca de cuarenta miembros, cuya misión es "fomentar el óptimo desarrollo de las especialidades médicas, promoviendo la calidad académica y proyección social de todos los médicos especialistas".

En educación médica continua, las Sociedades Científicas son el instrumento que contribuye a la elevación del nivel académico de sus integrantes, lo cual se traduce en una mejor atención médica. Con sus eventos de alcance nacional y frecuencia anual y otros de alcance regional tienen una cobertura importante que pudiera aumentar si incorporan

la metodología de educación a distancia, que aunque hay algunas experiencias exitosas, son todavía muy tímidas y este es uno de los retos que tienen nuestras Sociedades Científicas para los próximos años.

En la elaboración de guías y normas de atención, han realizado una importante labor, pero también es insuficiente y su contenido no tiene la diseminación deseada, de ahí que ésta debe ser también una línea estratégica para desarrollar en el futuro cercano.

Los Registros de casos son un reflejo de lo que sucede en la realidad y las Sociedades Científicas han hecho esfuerzos y en efecto han puesto en práctica registro de casos, cuya información ha sido valiosa para la planificación y ejecución de programas de salud, pero también en este aspecto, deben avanzar y desarrollar registros nacionales multicéntricos, que incluyan instituciones de atención médica tanto públicas como privadas, ya que es la única forma de tener una visión cercana a la verdadera situación nacional en materia de morbilidad y de atención médica. Es importante también desarrollar otras metodologías que nos permitan evaluar el proceso salud-enfermedad en la población general, mediante el uso de encuestas, lo cual ya ha sido planteado en anteriores oportunidades y sigue teniendo plena vigencia.

Las Guías y Normas de atención médica, basadas en las mejores evidencias científicas y enriquecidas con la propia experiencia, han sido aportes realizados por las Sociedades científicas que han contribuido a lograr una mejor atención, pero también en este punto es importante que se desarrolle una política sostenida en el tiempo, que no dependa sólo de iniciativas personales. Las Guías, los Registros y en general un modelo integrado de vigilancia que sea soporte de las decisiones es fundamental para una buena atención.

La relación con organizaciones similares de otros países y la membresía de Sociedades Nacionales en Sociedades internacionales, ha estimulado el intercambio entre profesionales venezolanos y especialistas de diferentes países, así mismo ha facilitado proyectos conjuntos de educación e investigación que también han tenido un efecto positivo en la calidad de atención médica nacional.

Todas estas actividades, unas realizadas y otras por ejecutar, deben formar parte de una iniciativa nacional que contemple alianzas con diferentes sectores, como las Universidades, la Academia Nacional de Medicina, el Ministerio del Poder Popular para la Salud, la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales y Empresas de la Industria Farmacéutica y Equipos médicos, entre otros.

En síntesis, las Sociedades Científicas son un componente importante de la solución del problema de salud en Venezuela, que ha contribuido mucho, pero que puede aportar aún más en el escenario actual.

INNOVACIÓN Y SALUD

Innovación involucra modificación, cambio o creación de algo diferente o nuevo. Innovación es el paso de una situación actual a otra supuestamente mejor que la anterior, aunque esto no quiere decir que se desecha totalmente lo aprendido del pasado y presente, sino que se toma lo mejor y esto se transforma en insumo del proceso de cuestionamiento de paradigmas, con miras a construir nuevas propuestas, que por supuesto deben ser superiores a las anteriores.

Este proceso de innovación involucra asumir riesgos al tratar de modificar un statu quo en el cual nos sentimos cómodos, porque siempre ha sido así. Este atrevimiento a pensar en algo nuevo con un cambio de actitud ante el problema en cuestión no es algo novedoso, ya que desde tiempos remotos era motivo de reflexión. Horacio, en el siglo I a de C, en una carta a su amigo Lolius, refiriéndose a la superación de las dificultades que tuvo que enfrentar Ulises en su regreso a Troya mencionó la locución latina "sapere aude" que se traduce como atreverse a pensar como forma de enfrentar los problemas. Albert Einstein (1879-1955) en relación a la innovación decía "Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo".

Matti Hemmi, (1965) Ingeniero consultor finlandés experto en innovación y creatividad empresarial, fundador de la empresa in Knowation con experiencia multinacional plantea la existencia de cuatro zonas: Confort, aprendizaje, Pánico o No experiencia y Mágica. La zona de confort es el

ámbito metafórico en el cual la persona está en un entorno que domina, en donde las cosas le resultan conocidas. Los hábitos, las habilidades, actitudes y comportamiento rutinario forman parte de la zona de confort. El individuo se siente "más seguro y con menos riesgo". La siguiente es la zona de aprendizaje que significa observar, describir, comparar, analizar y plantearse hipótesis de cambio. Es una ampliación de la visión del mundo, con nuevas sensaciones, modificación de hábitos y enriquecimiento de los puntos de vista. Es una zona de mayor riesgo que muchas personas le tienen temor, porque prefieren quedarse en la zona de confort, porque temen perder lo que tienen o lo que son, sin tomar en cuenta que pasar a la zona de aprendizaje no significa perder la zona de confort, sino por el contrario fortalecerla y ampliarla. La zona de no experiencia, muchos tienen temor o pánico de transitarla y la comparan con el fin de la tierra (Finis terrae de los Romanos) que en la antigüedad mencionaban la zona de Galicia en donde se pensaba que ahí terminaba el mundo y más allá solo había peligro. Finalmente está la zona mágica en la cual se dan los grandes retos, en donde pueden ocurrir cambios positivos muy importantes. Supone riesgos, pero también oportunidades y grandes logros que cuando se manejan en forma adecuada, finalmente se puede transformar en zona de confort para el inicio de otro proceso de innovación. Matti Hemmi plantea que hay dos fuerzas, una que atrae hacia la zona de confort a la cual llama tensión emocional y otra que tiende hacia la zona de aprendizaje que es la tensión creativa. Para poder avanzar es necesario que la motivación supere al miedo, para lo cual es necesario trabajar la tensión emocional para superar el miedo y desarrollar la creatividad, con el fin de salir de la zona de confort.

Para lograr esto es necesario creer en sí mismo, desarrollar una nueva visión, fortalecer los principios y valores, reforzar la autoestima, memoria histórica e institucionalidad, aprender de las lecciones del pasado y estudiar el presente para "atreverse a soñar" como nos dice Matti Henni, para "sapere aude" o atreverse a pensar como decía Horacio hace siglos, para no seguir haciendo lo mismo porque obtendremos los mismos resultados como decía Einstein.

En materia de salud dada la complejidad del problema, el proceso de innovación debe iniciarse por una observación, descripción y análisis de nuestra realidad para proponer y desarrollar modelos de gestión adecua-

dos a nuestro medio, que nos permitan salir de una zona de confort que hemos mantenido durante décadas y que por hacer lo mismo obtenemos resultados similares.

COMPASIÓN EN SALUD

Compadecer es literalmente "padecer con" que deriva del latín y éste a su vez del griego. El prefijo "con" en latín viene del griego "sin" y es por esto que compadecer y simpatía tienen origen común. Significa que el padecimiento ajeno lo hago mío, en otras palabras "sufrir juntos", lo cual supone que la persona compasiva reconoce el estado emocional de otro que padece y desea aliviar su sufrimiento. Aunque el Diccionario de la RAE tiene también la acepción de lástima, el sentido que pretende destacar este artículo es el de compartir el padecimiento y ésta es una reflexión dirigida a "toda la población" para hacerle el llamado que debe compadecer a "toda la población".

¿Por qué todos debemos ser compasivos con todos en materia de salud?

Si se parte de la premisa que la salud tiene estrecha vinculación con la vida y este es el derecho fundamental y universal de mayor preeminencia, esto nos compete a todos. La salud es mucho más que ausencia de enfermedad. Cualquiera puede estar en una situación vulnerable o de enfermedad y necesita que alguien se "compadezca".

Hagamos varios comentarios sustentados en ejemplos de la vida real.

El paciente imaginario acude a buscar un servicio de atención médica, porque padece una enfermedad, es citado para el día lunes, viaja más de 100 Km. para llegar al Centro Asistencial, hay una vía trancada por una protesta, el trata de explicarle su enfermedad, pero no lo dejan pasar, entonces el paciente pierde la cita, debe volver a pedir otra cita y se la dan para el mes siguiente, pero cuando llega le explican que se suspendió la consulta porque el médico está en un congreso, le dan otra cita a la cual acude a las 7 am, pero es atendido a la 1 pm. Le explican que tiene indicación quirúrgica para que le hagan un reemplazo de la válvula

aórtica, que la operación es de urgencia relativa, pero en este momento no hay válvulas disponibles para la operación, pero que esté pendiente para el momento en el cual lo llamen, pero que mientras tanto debe tomar algunos medicamentos que el médico le entrega en las indicaciones. Acude a varias Farmacias para conseguir los medicamentos, pero su búsqueda fue infructuosa y en el trayecto lo atracaron y le robaron el dinero que tenía disponible, a pesar de que el paciente les explicó a las personas que el destino del dinero era comprar medicinas.

Otra paciente imaginaria, una mujer tiene 7 meses de embarazo desea empezar a comprar pañales, entonces acude a un establecimiento, hace una cola durante tres horas y al llegar su turno, le dicen que debe traer la partida de nacimiento, la señora responde que el niño no ha nacido, entonces la vendedora le dice que debe traer una copia del eco con informe. Vuelve al día siguiente, pero no le correspondía por el número de cédula y al final no compró los pañales.

Es una cadena de falta de compasión de todos contra todos, en la cual todos padecemos lo que todos hacemos, que se trasforma en un círculo vicioso, porque en un momento dado los responsables de fijar las Políticas que garanticen la salud, cuando acuden a un servicio y requieren medicamentos, padecen esta situación; quienes son trabajadores de la salud, también son usuarios de servicios de salud y sufren las consecuencias, quienes venden un producto, tienen que comprar otro y también padecen, quienes tienen dinero y piensan que pueden solucionar el problema comprando en otro país lo que necesitan, también tendrán situaciones de emergencia que requiere una solución inmediata, en fin este es un problema de todos que no tenemos otra opción que resolverlo con la participación y la "COMPASION" de todos hacia todos.

Es una prioridad la búsqueda de modelos de salud que proporcionen un servicio de salud de óptima calidad que contemple acciones que vayan desde la promoción hasta la restitución de la salud. Debe ser una iniciativa incluyente en la cual participen todos los sectores involucrados. No debe ser paroxística ni efectista. Debe sostenerse en el tiempo, profundizarse continuamente en calidad y extenderse en cantidad y cobertura, idealmente a toda la población. Es un reto de todos que si se enfrenta beneficiará a todos.

EXCELENCIA EN SALUD

Si partimos del principio que la excelencia es un proceso continuo de superación individual y colectivo, formado de momentos cada uno mejor que el anterior y peor que el siguiente, independientemente que el momento presente lo consideremos bueno, regular o malo, podemos concluir que cualquier individuo u organización, puede asumir una conducta de búsqueda de la excelencia como principio que guíe su actuación.

Lo opuesto es considerar que el punto donde estamos no requiere de un proceso de mejoramiento continuo, que preferimos no asumir riesgos, cerrado a la búsqueda de nuevos horizontes, estamos en una condición que algunos llaman "zona de confort" y que por supuesto va a ser cada vez más insuficiente, porque la velocidad de cambio del entorno, nos obliga a un proceso de adaptación que es preferible que sea proactivo, más que reactivo.

Este planteamiento es válido para cualquier área del quehacer humano, pero en el caso de la SALUD, cobra mayor relevancia por su condición multidisciplinaria que hace más complejo su análisis y por lo tanto la aproximación a un modelo de excelencia.

Nos podemos preguntar ¿Cuáles son algunas barreras para el logro de una actitud orientada a la búsqueda de la excelencia?

El exceso de individualismo, inmediatismo, materialismo y conformismo son barreras que dificultan la búsqueda de conductas excelentes. Pensar y actuar en una forma aislada, con expectativas de retorno material inmediato, actuando siempre de la misma manera, conforme con el esfuerzo, pero inconforme con los resultados, esperando mejoras sin cambiar cualitativa o cuantitativamente la conducta, son obstáculos para la búsqueda de la excelencia.

La improvisación, el uso excesivo de información sin tener la formación adecuada, la crítica excesiva, sobre todo cuando es más destructiva que constructiva; la poca capacidad de respuesta ante las circunstancias

cotidianas, la poca vocación de servicio, lo cual hace que la atención del usuario del mismo sea más un compromiso laboral que una expresión de solidaridad, son todas barreras que impiden actuar en forma excelente.

***La falta de compasión con el usuario, en el sentido de compadecer al paciente, de "padecer con" el mismo su situación, la ubicación de la o las causas de los problemas en el mundo exterior, sin asumir la propia responsabilidad, lo que algunos denominan el locus externo, hace que no se tomen las conductas orientadas a resolver la parte que a cada uno le corresponde, ubicando el control de todos los factores en el mundo exterior y generando en el equipo de trabajo la percepción de que independientemente la conducta que se tome, el resultado será igual, por lo tanto no se justifica realizar el esfuerzo necesario para corregir las fallas que estén al alcance de cada uno, también son limitantes en la búsqueda de la excelencia.

Salir de la zona de confort para la zona de rendimiento óptimo en una búsqueda permanente de superación con una visión de excelencia de servicio, de hacer factible lo deseable con lo disponible, pero no solo hacer lo que se debe hacer, sino de hacerlo cada vez mejor, no solo hacer lo indispensable o necesario, sino "un poco más", es lo que nos puede llevar a una mejor calidad de servicio de salud, actuando en equipo, con visión de corto, mediano y largo plazo, con un locus interno en el proceso de análisis de los problemas, lo cual nos lleve a resolver de la mejor forma lo que es mi propia competencia y no transfiriendo las responsabilidades, buscando más la culpabilidad que la solución. La suma de las conductas individuales, actuando en forma integrada y con una misión y visión clara y definida, con objetivos y estrategias adecuadas a la realidad, es la fórmula para desarrollar servicios de salud excelentes que satisfagan las expectativas de los usuarios.

Preguntarnos ¿qué podemos hacer nosotros?, en vez de ¿qué pueden hacer por nosotros?, preguntarnos ¿cuál es el aporte que "yo" puedo hacer "hoy y aquí"? para contribuir con la "solucionática" en vez de agravar la problemática. La excelencia es posible, aún en tiempo de crisis, si se aprovechan las oportunidades y se minimizan los riesgos.

TECNOLOGÍA Y SALUD

La Tecnología en forma general está relacionada estrechamente con la producción de bienes y servicios y específicamente el sector salud depende por una parte, del funcionamiento del conjunto de servicios de atención médica y de programas de salud y por otra parte de los bienes que se producen y que se necesitan para el adecuado funcionamiento, todo este complejo interdependiente, vincula estrechamente a la SALUD Y LA TECNOLOGIA.

La palabra tecnología deriva del griego, téchnē (arte, técnica u oficio, que puede ser traducido como destreza) y logía (el estudio de algo), aunque en muchas oportunidades se utiliza el término como sinónimo de equipo y se piensa que con adquirir un equipo moderno, ya es suficiente y se dice coloquialmente que hay "una tecnología de punta", pero esto no es suficiente, aunque en algunos casos sea una condición necesaria, pero no hay que olvidar el significado original de la palabra que nos menciona la "destreza" que requiere el personal entrenado, los insumos indispensables, la infraestructura adecuada, el soporte financiero-administrativo con su respectivo estudio de costo-beneficio y en general todo el modelo organizacional que permita que ese "equipo" permita hacer lo que se debe hacer a quien haya que hacérselo, en la forma y momento adecuado. Por ejemplo, la existencia de un equipo de hemodinamia es necesaria para realizar un cateterismo cardiaco, pero no es suficiente, porque necesita de un personal entrenado y una organización de soporte que garantice el suministro de insumos, el mantenimiento de los equipos, el recurso humano que realice el procedimiento adecuadamente y los recursos necesarios para solventar las complicaciones.

Los equipos médicos utilizados para el diagnóstico y tratamiento del paciente son sólo un elemento de la tecnología que requiere de otros componentes para desarrollar programas de salud que puedan garantizar un servicio de calidad aceptable idealmente con una cobertura del universo total de la población y que tenga un soporte financiero y administrativo que garantice su permanencia en el tiempo en forma ininterrumpida.

Es frecuente medir el impacto de los programas de salud en bolívares invertidos en la adquisición de los equipos y se considera la meta cumplida

cuando el monto alcanza la cifra prevista, pero también es común observar que el equipo adquirido se le vence la garantía en la caja sin ni siquiera empezarlo a usar, o es instalado y no comienza a prestar servicio, porque no hay la infraestructura necesaria para que el equipo funcione adecuadamente o no tiene el personal capacitado o los programas de mantenimiento que garanticen el rendimiento óptimo, entonces tenemos una alta inversión, pero un rendimiento nulo o bajo, que si lo medimos en servicio prestado a la población, no pasa la prueba de la eficiencia.

La tecnología es mucho más que adquirir un equipo, la tecnología supone un proceso de innovación general que debe partir de un cambio de actitud que nos conduzca a pensar en algo nuevo que mantenga lo mejor del pasado y le incorpore en el presente las nuevas herramientas que se necesitan para construir lo que queremos. Supone una inconformidad con el resultado, pero también una inconformidad con el proceso, ya que de lo contrario el resultado continuará siendo el mismo. Es necesario señalar además que la tecnología no es todo el sistema de salud, ya que éste requiere además de componentes de recursos humanos, financieros, materiales y lo más importante el aspecto no tangible formado por la comunidad de valores y principios expresados en un modelo que permita compartir objetivos y propósitos, que se materialicen en un servicio sostenible de calidad adecuada.

La salud por requerir un enfoque intersectorial de alta complejidad, necesita una tecnología que se alimente de la tecnología general, pero que profundice la especificidad requerida por el sector salud y además puede y debe utilizar componentes de diferentes latitudes, pero también debe desarrollar un modelo de gestión soportado en una tecnología adecuada a nuestra realidad, que nos obligue a adaptar más que aplicar, a inventar más que copiar.

GERENCIA Y SALUD

Producto del estudio y las vivencias derivadas del desarrollo de algunos modelos de gestión en salud, hemos planteado la propuesta de ejercicios gerenciales en salud, como un método para mejorar en forma constante

la gerencia de servicios de salud, independientemente del estado actual que tenga la institución en donde realicemos nuestras actividades, del nivel jerárquico que tengamos y de la complejidad de la unidad, servicio o institución, así como también, si la misma es de administración y financiamiento gubernamental o privado.

La palabra ejercicio es usada con el sentido etimológico de "excercere" compuesta del prefijo "ex" que significa sacar algo o a alguien del interior al exterior y la palabra "arcere" que significa encerrar, o sea ejercicio significa sacar a alguien o algo del encierro, entendido el encierro como la zona de confort en la cual se encuentra una persona o institución, conforme con la situación, sin aspiraciones de pasar a una zona de aprendizaje e innovación, que le permita su ascenso a mejores niveles en una búsqueda constante de la excelencia.

Los ejercicios gerenciales deben iniciar con el convencimiento de la necesidad de mejorar y la posibilidad de realizarlo con la participación de la mayoría, idealmente del universo. Luego la o las personas que ejerzan el liderazgo del grupo, deben promover la realización de una encuesta que conste de tres partes, para que cada individuo responda con 4 sugerencias sobre: ¿Qué podemos mejorar aunque esté bien?, ¿Qué debemos mejorar porque no está bien? Y ¿Qué debemos iniciar, porque no lo hacemos?

Si se observa el texto de las preguntas, se concluye que independientemente de la situación, la cual puede incluso ser buena, siempre tiene la posibilidad de ser mejorada en búsqueda de la excelencia. Las sugerencias individuales pueden ser desde el nivel operativo hasta las estrategias o políticas institucionales y deben responder sólo el "QUE". La presentación del consolidado de las respuestas individuales, debe ser precedida de una exposición que destaque la posibilidad real de la excelencia y luego la discusión debe orientarse a agrupar las respuestas según tópicos específicos para su discusión. De esta reunión deben surgir grupos de trabajo para discutir según sea el tema, respondiendo el QUIEN, COMO, CUANDO y DONDE y finalmente se genera un plan de trabajo para un periodo de tiempo definido con metas y responsables, el cual debe tener un seguimiento continuo. Cada momento debe partir de la observación y luego la descripción, análisis, conclusión, planificación, acción y evaluación, para recomenzar nuevamente otro ciclo con la observación de la nueva situa-

ción consecuencia de la acción realizada y así sucesivamente en un proceso de mejoramiento continuo.

Debe establecerse la prioridad de las acciones con la premisa de "hacer factible lo deseable con lo disponible", organizar en una tabla 2x2 las acciones, según las categorías de costo/esfuerzo y beneficio y en este sentido clasificarlas en alto beneficio y bajo costo o esfuerzo, las cuales deben ejecutarse de inmediato, alto beneficio y alto costo/esfuerzo o bajo beneficio y bajo costo, deben individualizarse para su ejecución progresiva según las posibilidades y finalmente las de alto esfuerzo o costo y bajo beneficio pueden ser postergadas en función de las circunstancias específicas de la institución.

Esta plantilla de actividades enmarcadas en la Misión y Visión Institucional, se organiza como un plan de trabajo para un lapso, con una visión del pasado en función del futuro, de ahí que es pertinente hacer estos ejercicios al finalizar un año e iniciar otro, ya que el año constituye un ciclo natural, que está dividido arbitrariamente desde la antigüedad en el último día de diciembre y el primer día de enero del año siguiente, lo cual queda plasmado en la cara del dios Jano de la mitología romana, con una cara mirando al pasado y otra mirando al futuro. Es propicio el fin y el comienzo de año, realizar el plan a seguir con metas concretas, medibles algunas y otras apreciadas cualitativamente, pero en el fondo evaluadas, para reiniciar otro ciclo futuro.

ALIANZAS EN SALUD

La Salud es un derecho humano preeminente, por su estrecha vinculación con la vida. Para responder a esta necesidad sentida y no satisfecha de disponer de buena salud, interactúan múltiples factores fundamentales en forma sinérgica, ya que un solo factor aislado no logra el objetivo de proporcionar salud para toda la población. Con propósitos enunciativos y no limitativos, se pueden hacer algunos ejercicios de la vida real para respaldar el planteamiento anterior: por ejemplo, una persona tiene una emergencia cardiovascular, tiene los vínculos circunstanciales o los recursos financieros suficientes para solucionar su problema, en los mejores

centros del mundo, independientemente de la distancia y el costo, incluso puede viajar en un avión propio y piensa por lo tanto que no es problema suyo que no hayan los recursos necesarios en el país, al tener la necesidad del servicio, choca con la realidad por no disponerlo en su entorno, enfrentando la situación crítica, ya que el tiempo de aplicación del tratamiento no se mide en horas, sino en minutos, para lograr el resultado deseado y por lo tanto no hay posibilidad para trasladarse a otras latitudes, a fin de resolver "su problema de salud"; de ahí que la primera conclusión es que los empresarios, los funcionarios públicos y privados, quienes en un momento dado tienen la posibilidad de dar apoyo a su sistema de salud, las personas con recursos financieros y en general todos los habitantes de un área determinada, deben proteger y apoyar sus instituciones de salud, porque no se sabe cuándo se va a necesitar, de ahí que sin ser altruista, sino para el propio beneficio, todos debemos promover y garantizar los mejores servicios de salud posibles, en nuestra propia localidad. Otra situación a considerar, es la división irreconciliable de los servicios de atención médica en oficiales y privados; cuando se aterriza en la vida real, ocurre con frecuencia, que personas con altos cargos oficiales que denigran de los servicios privados, al necesitar atención médica personal o para sus familiares, acuden al servicio privado, por múltiples razones. La segunda conclusión es que ambas redes de servicios se complementan y cualquier propuesta debe articular ambos subsistemas.

Otro aspecto a analizar, es la necesidad y dependencia que tienen los servicios de atención médica, del suministro de medicamentos, equipos médicos y sus repuestos, material médico quirúrgico, suministro de energía eléctrica y agua, en forma constante y de buena calidad, así como disponer de material de construcción para mantener o ampliar la infraestructura física, marco jurídico adecuado y en general una cantidad de soportes que en vida real, tienen gran repercusión tanto en la estructura de costo como en la calidad del servicio prestado, lo cual permite llegar a una tercera conclusión: Los servicios de atención médica tienen una alta dependencia de múltiples factores externos.

Las condiciones ambientales, económicas y socioculturales de la población en general, determinan la presencia de enfermedades que demandan atención médica, pero la solución depende de programas de promoción de la salud y de prevención; por ejemplo en epidemias como el dengue,

los pacientes acuden a servicios de atención médica, en donde deben ser atendidos, pero la solución corresponde a programas intersectoriales; la cuarta conclusión es que para mejorar la salud no sólo se debe actuar en servicios de atención médica. Finalmente, los programas de formación de recursos humanos en salud, así como las condiciones laborales del personal, son fundamentales para prestar servicios de alta calidad, lo cual lleva a una quinta conclusión y es la inserción de nuestro sistema educativo en las instituciones oficiales y privadas de salud.

Las conclusiones parciales, nos permiten sustentar la conclusión global de diseñar modelos de salud incluyentes, conectados con la realidad, con sistemas de información oportunos y veraces, con ALIANZAS estratégicas y operativas que permitan enfrentar el reto de garantizar la salud para toda la población como respuesta a un derecho humano fundamental.

IMPROVISAR EN SALUD

Desde el punto de vista etimológico, improvisar viene de improviso y este del latín improvisare, que significa sin previo aviso. El Diccionario de la RAE lo define como "hacer algo de pronto, sin estudio ni preparación". A veces se puede improvisar en forma exitosa cuando se conoce bien el tema y se justifica por las circunstancias, pero en general la improvisación sistemática tiene altas probabilidades de fracaso, sobre todo cuando se trata de situaciones de alta complejidad y cuando hay múltiples factores que condicionan y determinan la situación.

El tema de Salud por su alta complejidad requiere tomar las previsiones necesarias mediante un proceso de planificación precedido de la observación, descripción y análisis continuo, que en una forma cíclica e ininterrumpida pueda ejecutar acciones sistemáticas proactivas que se anticipen al proceso de ocurrencia de las enfermedades, generando condiciones ambientales que promuevan la salud y prevengan las enfermedades. Por ejemplo, con un buen sistema de vigilancia epidemiológica, es posible adelantarse a los acontecimientos y minimizar las consecuencias de enfermedades potencialmente epidémicas y de esta forma evitar el impacto negativo en la población general.

También en el campo de la atención del paciente es fundamental que se tomen las precauciones necesarias que muchas veces van más allá de la competencia directa del sector salud y que depende de la interacción con diversos sectores. Por ejemplo para que un paciente que acude en forma ambulatoria a un servicio de atención médica reciba el medicamento adecuado, no sólo es necesario que el paciente sea atendido por un personal calificado, bien entrenado, con el nivel de conocimiento y competencia suficiente que le permita indicar el medicamento apropiado para su enfermedad, sino que es indispensable que el medicamento esté disponible en la red de farmacias o de otras instituciones dedicadas a estos fines, para lo cual se requiere un proceso complejo de importación, fabricación y distribución que necesita "un tiempo mínimo" indispensable. Para que se den todos estos pasos en forma oportuna y con la secuencia adecuada, es necesario programar con suficiente anticipación los pasos a seguir.

Para evitar la improvisación, es necesario que se tomen en consideración diferentes opciones en distintos escenarios, de tal forma que el modelo de salud utilizado, sea lo suficientemente flexible para adaptarse o cambiar e influir en las circunstancias, con el objeto de superar las adversidades y salir fortalecido, lo que llaman algunos resiliencia.

A veces algunos consideran mala suerte cuando las cosas no salen bien y buena suerte cuando las cosas dan buen resultado, pero en el fondo el éxito va a depender de la anticipación con la cual se comience a actuar y el trabajo y empeño organizado que se ponga en función de los objetivos. Decía en una oportunidad el maestro de la medicina española y universal, Gregorio Marañón, cuando un alumno le comentó "Maestro Usted ha tenido mucha suerte en la vida, ha logrado siempre lo que se ha propuesto y entonces el Dr. Marañón le contestó: Usted tiene razón, pero quiero decirle que no sabe cuánto trabajo me ha costado tener esta suerte".

El mensaje que nos deja el Dr. Marañón, es que para tener "suerte" hay que trabajar duro en función de los objetivos planteados, es necesario planificar las acciones y evitar la improvisación. Es importante tener presente que quien en materia de salud pida fórmulas y soluciones inmediatas y milagrosas, es un ignorante del tema; quien crea que estas fórmulas existen, es un ingenuo y quien las ofrezca es un mentiroso. En el desarrollo de programas sostenibles de salud, de alcance universal, con una calidad

aceptable que cubra las expectativas de la población y que tenga los requerimientos fundamentales derivados de los avances de la investigación, es necesario un proceso de planificación, es fundamental evitar la improvisación, es indispensable tener objetivos claros y definidos y es básico el trabajo sostenido multidisciplinario en equipos de trabajo, que generen la confianza y el apoyo de la comunidad organizada.

DIÁLOGO Y SALUD

La palabra DIÁLOGO del latín "Dialogus" y este a su vez del griego, con el prefijo "DIA" que significa a través y la raíz "LOGOS" que en este contexto significa palabra. A través de las palabras articuladas en forma racional, nos aproximamos a la verdad y así podemos llegar a la solución de cualquier situación o problema, independientemente de su nivel de complejidad. La SALUD por ser un derecho universal, debe llegar a toda la población; todo el tiempo. No podemos decir que vamos a tener salud por 12 horas diarias o 17 días al mes, ya que si se pierden las condiciones de salud por un segundo, puede repercutir para toda la vida y finalmente porque la salud depende de múltiples factores interdependientes. Es por esto que lograr que toda la población disfrute de salud todo el tiempo, es un problema de una magnitud tal, que hace obligatorio que se establezca un "Diálogo" de todos los sectores de la sociedad en búsqueda de formas factibles y sostenibles en el tiempo.

Un problema de salud de una persona, puede ser un riesgo para su entorno, de ahí que no podemos ser individualistas y decir: ese no es problema mío. Debemos concluir que la Salud es un problema de todos, en cuya solución debemos participar todos. Ningún sector, organización, o individuo, independientemente del dinero y poder que tenga, puede solventar el problema de salud en forma aislada, o sea que tiene necesariamente que dialogar y ponerse de acuerdo con otros sectores, en otras palabras en materia de salud no podemos prescindir de nada ni de nadie. La solución debe partir de un diálogo constructivo e inclusivo, que logre fórmulas viables.

El problema ambiental tiene impactos sobre la salud, que no se pueden resolver unilateralmente, hay enfermedades que afectan en forma epidé-

mica a la población y no es posible solventarlas con acciones aisladas en el tiempo y en el espacio. Los zancudos y las moscas no tocan el timbre de la puerta, sino que pasan sin pedir permiso y trasmiten enfermedades que pueden llevar a la muerte, sin tomar en cuenta que el piso sea de mármol o tierra, que el afectado sea del gobierno o de la oposición o que tenga doctorado o sea analfabeto. Cuando el sistema de atención médica tiene deficiencias y se requiere de un equipo o de un insumo en el momento y sitio específico, la persona puede tener la condición económica más elevada, puede ser el dueño de la empresa o el trabajador de menor nivel o puede ser banquero o portero, si necesita de un equipo y este no funciona, si requiere de un medicamento y no lo tiene disponible, si su problema de salud no lo puede resolver "aquí y ya" por la urgencia que reviste la situación, la persona puede morir. El problema es que la salud involucra vida o muerte.

Si aprendemos de la historia, lo cual es fundamental para no caer en los mismos errores que otros han cometido, llegamos a la conclusión que la única vía para lograr resultados satisfactorios al enfrentar un problema es el diálogo, la diferencia está en que se dialogue antes de tener conflictos o después de tenerlos, pero en definitiva hay que dialogar y que por supuesto tiene menos costo y mayor beneficio si se dialoga antes del conflicto.

Es importante ponerse de acuerdo mediante el diálogo, en las líneas estratégicas a desarrollar en materia de salud. Una lección aprendida del informe que realizó sobre Noruega el Dr. Bernardo Kliksberg, economista, sociólogo, investigador, escritor y docente que ha sido pionero en ética y desarrollo, gerencia social y responsabilidad social empresarial, en el cual menciona que este país desde hace más de 20 años, ocupa el primer puesto de acuerdo al Indice de Desarrollo Humano, que entre otras cosas contempla una cobertura de 100% de servicios de salud, a pesar de las adversidades climatológicas y su ubicación geográfica, es en síntesis que "los noruegos se pusieron de acuerdo", a pesar de las circunstancias.

Juan Pablo II en el mensaje navideño de 1990 nos enseñó que "Con la razón, con la paciencia, con el diálogo y con el respeto de los derechos inalienables de los pueblos y de la gente, es posible descubrir y recorrer los caminos del entendimiento y de la paz".

INSTITUCIÓN Y SALUD

El proceso de "desinstitucionalización" de servicios de salud en Venezuela se caracteriza por una pérdida de la conexión con las raíces, sus principios y valores, lo cual tiene como consecuencia el olvido de la Doctrina Sanitaria que tantos logros alcanzó en la historia de la salud pública venezolana. La amnesia histórica institucional condiciona la repetición de errores del pasado e impide el aprendizaje continuo. Esto trae como consecuencia la ausencia de identidad y vínculo con las organizaciones de salud, tanto del recurso humano que labora en las mismas, como de la población que recibe atención. Todos piensan que la causa de los problemas es externa, por lo tanto, la posibilidad de solución también es externa, es lo que algunos llaman el locus externo. Quienes deben explicar la situación, hacen planteamientos acomodaticios orientados a proteger una imagen y quienes oyen las explicaciones, algunos la creen y otros no, pero la aceptan.

Hay una conformidad con lo menos malo, con lo que hay; se observa una minimización de la expectativa, lo cual lleva a una conformidad con lo mínimo, se concentra la atención en realizar actividades orientadas a la supervivencia institucional e individual, hay indiferencia frente a las circunstancias y un convencimiento de que por mucho esfuerzo que se haga no se podrá superar el obstáculo, lo cual lleva a una indefensión aprendida, se visualiza el presente con alta incertidumbre del futuro, el cual se percibe más dependiente de la suerte que del propio esfuerzo, hay una pérdida de propósitos compartidos por la falta de identidad institucional, hay más iniciativas individuales que grupales para la búsqueda de la solución de los problemas, se observa aumento de la intolerancia y agresividad con regresión a conductas primitivas, todo lo cual genera desesperanza y frustración al no brindar ni recibir un servicio de salud adecuado por parte de los trabajadores del sector salud y entre los usuarios que requieren atención.

Todo este conjunto de síntomas y signos, hemos propuesto que se agrupen como el "Síndrome del Tepuy", ya que el individuo tiene dificultad para cubrir las necesidades básicas señaladas en la base de la pirámide de Maslow que nos recuerda los típicos tepuyes venezolanos, de base ancha y vértice truncado. El proceso mediante el cual se produce el "Síndrome

del Tepuy" es la "tepuyización" y éste a su vez conduce a la "desinstitucionalización".

Es fundamental que no nos acostumbremos a un servicio deficiente, que no demos ni aceptemos explicaciones que no estén sustentadas en la verdad. No debemos conformarnos con servicios de salud mediocres que satisfagan sólo las mínimas expectativas, no debemos acostumbrarnos a tratar o a ser tratados con lo que haya, sino con los medicamentos y procedimientos que estén sustentados en las mejores evidencias científicas derivadas de la investigación mundial y que le brinden al médico la opción de seleccionar el tratamiento que produzca el mayor beneficio y el menor daño al paciente, no debemos caer en la desesperanza producida por una indefensión aprendida generada por las circunstancias. No podemos acostumbrarnos a la ausencia de insumos en los establecimientos de salud.

Es importante compartir objetivos y propósitos, así como unir voluntades para la búsqueda de modelos de gestión que permitan que trabajadores del sector salud y sus usuarios, cubran sus expectativas, para lo cual es fundamental ponerse de acuerdo en aspectos fundamentales que nos afectan a todos cuando funciona mal y nos benefician a todos cuando funcionan bien.

Es una obligación de todos los actores que intervienen en salud, gobierno y no gobierno, universidades, organismos financieros, sociedades científicas, academias, establecimientos de atención médica, empresas y en general toda la población, que "nos pongamos de acuerdo" para solucionar la situación actual por la cual atraviesa la población venezolana en materia de atención médica. El ejercicio de la medicina ha evolucionado de la medicina basada en experiencia y evidencia a medicina basada en existencia, a indicar lo que hay y a esto no debemos acostumbrarnos.

RESILIENCIA Y SALUD

Hacer factible lo deseable con lo disponible y salir fortalecido a pesar de las dificultades, es el reto que tiene toda persona que esté al frente de

la gestión de cualquier institución de salud. Hacer lo que se debe hacer, como se debe hacer y además que sea oportuno, requiere la sincronización de múltiples componentes del proceso para que llegue a un producto terminado final. Algo que puede resultar sencillo en circunstancias favorables, puede ser de alta complejidad en un momento de inflación y escasez como el actual. Por ejemplo diagnosticar y tratar un paciente con infarto del miocardio tiene suficientes evidencias científicas para que a la luz del conocimiento actual, sea tratado adecuada y oportunamente, pero tener disponible todos los componentes que intervienen en este proceso de diagnóstico y tratamiento puede resultar complejo, dependiendo de las circunstancias.

Mantener la dotación de insumos de buena calidad y con una cantidad que permita satisfacer la demanda en forma permanente, cuando el mercado que suministra estos insumos es inestable, a precios variables, con interrupciones que afectan la posibilidad de comprar los productos por falta absoluta de los mismos, aun teniendo la disponibilidad financiera, lo cual obliga a tener inventarios que permitan cubrir estos periodos de falta absoluta con el objetivo de no interrumpir el servicio de atención médica, es realmente un problema complejo, porque a esto se agrega la situación que se presenta cuando por ejemplo algunos insumos en el renglón de material médico-quirúrgico eran colocados a consignación por las empresas en las instituciones y una vez que se consumían, se facturaban al paciente y en este momento se le pagaba a la empresa, en forma súbita fue necesario adquirir el material y mantenerlo en el inventario para poderlo suministrar al paciente.

En materia de equipos, la situación es de mucha complejidad, porque la adquisición se ve afectada por el inventario de los mismos en las empresas, lo cual a su vez está limitado por la disponibilidad y la tramitación de las divisas necesarias para la adquisición de los mismos, de tal forma, que la reposición de nuevos equipos se encuentra limitada y por lo tanto los equipos disponibles, muchos de los cuales se han deteriorado por el paso del tiempo, con el agregado que la reparación de los mismos, así como su repotenciación se ve afectada por los mismos factores señalados, ha traído como consecuencia una disminución de la disponibilidad de los equipos, sobre todo los de tecnología compleja, para lograr el mejor diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

En materia de recursos humanos, es conocida la situación de emigración, sin precedentes, de personal calificado, sobre todo jóvenes, lo cual trae como consecuencia la necesidad de formación de nuevos profesionales, que requiere tiempo de entrenamiento y que supone la existencia de suficientes centros docentes de diferentes niveles, que también se han afectado por las circunstancias actuales.

Si a los aspectos citados anteriormente, se agrega la existencia del desfase entre los precios fijados y la estructura de costo, la alta inflación, la incertidumbre en materia de remuneración de recursos humanos, con disposiciones legales, muchas veces de carácter retroactivo, la irregularidad en la prestación de servicios como por ejemplo el fluido eléctrico y agua, que obliga a las instituciones de salud a buscar fórmulas alternas y a asumir costosas reparaciones que en definitiva afectan la estructura de costo sin posibilidad de trasferir el impacto al precio del servicio, finalmente se concluye que el reto de mantener a flote las instituciones de atención médica es difícil y requiere de creatividad, para buscar alternativas que a pesar de las dificultades permitan continuar prestando el servicio que queremos y debemos prestar, al mayor número de personas y de la mejor calidad posible.

Es necesario unir voluntades y concertar acciones para que todos los componentes que forman parte del problema y potencialmente de la solución, hagan factible un servicio de atención médica de alta calidad para toda la población.

CRISIS Y SALUD

La Organización Mundial de la Salud en el preámbulo de su Constitución definió en 1946, la Salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" y en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en septiembre de 1978, ratificaron la definición de Salud de la OMS y acordaron que "es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de

muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud" y se estableció como meta una consigna que señalaba "Salud para todos en el año 2000". En 1994, 6 años antes del fin del milenio, ya se reconocía que la meta planteada no se iba a lograr por múltiples razones.

Hoy después de 70 años de la propuesta de la definición de salud por la OMS y 38 años después de la Declaración de Alma Ata, todavía esta cuenta está pendiente, pero el saldo negativo varía entre países y aún más dentro de un mismo país. Se destaca en el mismo documento que para el logro de la meta se requiere de la participación, "además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores".

La multiplicidad de factores que afectan la salud de la población, requiere acciones intersectoriales, para lograr la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con el fin de mantener el individuo sano y evitar que se enferme. Muchos pacientes acuden a los servicios de atención médica como consecuencia de factores causales diferentes al sistema sanitario y requieren Políticas integrales de salud para lograr una población saludable.

Por otra parte la atención médica, cuando el paciente acude a un servicio para restituir la salud, también necesita la articulación de una cadena de eslabones necesarios e indispensables, de tal forma que si faltan, no se podrá realizar el acto médico de una calidad adecuada a las normas contenidas en las guías de práctica clínica.

En Venezuela existe una situación socioeconómica, sin analizar las causas, sino fundamentalmente las consecuencias, que afecta a la población y que genera condiciones que repercuten en la salud de la población y que produce un perfil epidemiológico que combina enfermedades infecciosas, crónico degenerativas y derivadas de accidentes y hechos violentos, que produce una alta demanda de atención médica, en un sistema sanitario saturado, que requiere recursos diagnósticos y terapéuticos que no están disponibles ni en la cantidad ni en la calidad deseable y que dificulta brindar una atención adecuada.

Este conjunto de elementos, conforma una crisis en el sector salud que genera angustia en la población, sin ninguna distinción de edad, género, grupo étnico, religión o posición política, porque ve en riesgo su propia vida y esto se manifiesta en la consulta médica cuando un paciente ve que le quedan por ejemplo 2 tabletas del medicamento antihipertensivo y sabe que pasado mañana no tendrá la medicina y conoce los riesgos que esto significa o cuando un paciente debe buscar en diferentes farmacias o negocios de venta de insumos o de equipos médicos, con la angustia de pensar que al no encontrarlo el paciente puede morir.

Nos preocupa ver que las fórmulas usadas para solucionar el problema son las mismas que han dado los resultados que tenemos y por lo tanto obtendremos el mismo resultado. Si seguimos sin desarrollar programas de salud de alcance poblacional orientados a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades por una parte, y seguimos con un sistema de atención médica con la misma estructura actual, no cabe la menor duda que la situación no cambiará, de ahí que es necesario aprender de los errores y estudiar los aciertos para evitar aquellos y profundizar estos, con el fin de tener una población saludable.

HISTORIA Y SALUD

La enfermedad es tan antigua como la existencia del ser humano y la preocupación por tratar y curar al enfermo, se pierde en el pasado histórico con unidades de tiempo cuyas medidas son varios milenios. El estudio de la historia nos puede ayudar a entender el proceso salud - enfermedad. Desde la antigüedad el concepto de prevención se empezaba a vislumbrar, incluso con recomendaciones generales con promoción de estilos de vida saludable para evitar que la persona se enfermara y por supuesto también se daban los primeros pasos para el tratamiento con los recursos existentes en el momento, para recuperar la salud del paciente enfermo.

Una lección importante que nos ha dejado la historia es el entendimiento del proceso salud – enfermedad muy condicionado por el medio ambiente y en general por el entorno del individuo, lo cual llevó a ver a la salud no sólo como una situación individual, sino también poblacional, de tal forma

que cuando se realiza la sistematización de acciones en esta materia, se comenzaron a incorporar programas con estrategias individuales y poblacionales, los cuales deben ser evaluados periódicamente con indicadores adecuados para "vigilar" el proceso y realizar los correctivos pertinentes. Los conceptos de historia natural de la enfermedad cuando esta sigue su curso sin modificación y de curso clínico, cuando se realizan intervenciones para cambiar favorablemente el curso de la misma, fueron aportes fundamentales para el mejor conocimiento de la salud y la enfermedad, los cuales tienen plena vigencia en la actualidad.

Las enfermedades transmisibles con el desarrollo de las vacunas, constituyeron ejemplos exitosos de prevención y en algunos casos lograron la erradicación de enfermedades en países, regiones e incluso a nivel mundial. Posteriormente con el estudio de la historia natural de las enfermedades crónicas no transmisibles como por ejemplo las cardiovasculares y el cáncer, también se realizaron investigaciones de intervención, que permitieron concluir que estos grupos de enfermedades son susceptibles de prevención, así como también lograr el control de las mismas con el uso de medicamentos y procedimientos de complejidad variable, que han permitido mejorar la calidad y expectativa de vida de los pacientes.

Lograr la meta de salud para todos, propuesta como lema por la Organización Mundial de la Salud, ha sido un enunciado más que una realidad. Existe un cuerpo de conocimientos sobre salud - enfermedad derivado de investigaciones científicas que requieren ser trasladados de la ciencia a las Políticas de salud y de éstas a la acción que beneficie a la mayoría de la población. Una de las barreras que debe superarse para lograr que el lema "salud para todos" deje de ser virtual para ser real, es el desarrollo de modelos de gestión de salud de alcance universal y sostenibles en el tiempo, que permitan lograr la mejor calidad de atención al mayor número de personas. Cuando esto no se logra, se genera insatisfacción en la población, la cual dependiendo de su magnitud puede ser considerada como una crisis en salud.

Es importante recordar que las crisis se producen como consecuencia de errores del pasado, duran más o menos tiempo, dejan más o menos secuelas perjudiciales, algunas reparables otras irreparables, dejan enseñanzas o no y finalmente pasan. Lo que suceda durante o después de la crisis,

depende de sus actores, con o sin protagonismo, con mayor o menor responsabilidad en la génesis y solución de las mismas, pero finalmente son actores que sufren las consecuencias de la situación. Lo más importante es que las crisis pasan, pero pueden volver y lo lamentable es que la mayoría de las veces, son causadas por haber caído en los mismos errores que se cometieron para que sucedieran las crisis anteriores, por lo tanto, en salud así como en otras áreas, hay que estudiar las causas que motivaron las crisis anteriores y las soluciones aplicadas, no sólo local o nacionalmente, sino también de otros países que han atravesado situaciones similares, hay que aprender del pasado, para no repetir los mismos errores, hay que estudiar la historia, de ahí, el título de este artículo.

EDUCACIÓN Y SALUD

El proceso educativo en salud, se puede abordar desde dos puntos de vista: Por una parte la formación del recurso humano del equipo de salud y por la otra, la población, bien sea la que acude a los establecimientos de atención médica o la población general que compone el universo de sanos y enfermos. Todos son importantes para que una población sana se mantenga saludable y una enferma, pueda recuperar la salud.

La educación del equipo de salud debe ser producto de acciones integradas entre las universidades y los establecimientos de atención médica, en alianzas estratégicas, cuyo objetivo sea la formación de un profesional competente que cubra las expectativas del usuario. En otras palabras, las universidades deben formar al recurso humano que necesita el centro de salud, para que el paciente reciba la mejor atención posible. Este planteamiento que a primera vista resulta obvio, lamentablemente no se cumple y en la práctica, las universidades y las instituciones prestadoras del servicio de atención médica no actúan en sintonía.

Una vez, incorporado el egresado de las profesiones de ciencias de la salud, no hay suficientes programas de educación continua que permitan la actualización del profesional ya que ésta depende fundamentalmente de iniciativas personales y en algunas oportunidades en forma insuficiente de las sociedades científicas. Todavía predomina el modelo de educación

presencial, con poca participación de los establecimientos de atención médica y de las universidades. La educación a distancia es un imperativo como complemento de la educación presencial, para el desarrollo de programas de educación continua.

La organización de redes de servicios de salud, que faciliten la trasferencia de la capacidad resolutiva diagnóstica y terapéutica de los servicios de mayor desarrollo a los servicios de menor complejidad vinculados a la red, permite mejorar la calidad de atención al paciente y en este sentido la experiencia internacional y nacional debe servir de insumo al modelo y adecuarlo a la disponibilidad tecnológica actual con la incorporación de programas de telemedicina, que a su vez permitan fortalecer la educación del equipo de salud mediante una atención médica supervisada.

El modelo de gestión debe estar orientado al logro de servicios con la dotación de equipos e insumos que faciliten y den la oportunidad, para que el personal de salud que labora en los mismos, pueda ejercer una medicina basada en las evidencias científicas, producto de las investigaciones científicas que a todos los niveles se produce y que conjuntamente con la experiencia individual e institucional acumulada, puedan facilitar la aplicación del conocimiento en la atención del paciente y brindarle la atención como debe ser, sustentada en evidencia y no como sucede frecuentemente en nuestro medio que se brinda atención médica basada en la "existencia" de los insumos deficientes, lo cual dificulta no sólo la satisfacción de las necesidades del paciente, sino la educación del recurso humano que presta los servicios.

Para la diseminación de la información para lograr que la población tenga el nivel adecuado para participar en los programas de promoción de la salud y de prevención, es importante el desarrollo de estrategias poblacionales que incorporen a los diversos sectores de la sociedad, ya que el objetivo en este caso no es sólo curar enfermos, sino mantener a la población sana.

En conclusión la educación es uno de los pilares fundamentales para lograr que el personal de salud haga lo que debe hacer y la población reciba lo que debe recibir. No debemos acostumbrarnos ni conformarnos con atender al paciente con lo que hay, ni tampoco la población debe aceptar ni acostumbrarse a recibir una atención médica inadecuada.

Aunque no es fácil lograrlo, tampoco es imposible hacerlo, debemos concertar programas de educación en el área de la salud, que incorporen a los diversos sectores, que utilicen los mejores recursos existentes, para tener un equipo de trabajadores de la salud "competente" en el amplio sentido de la palabra y una población que exija y participe en el logro de una mejor salud.

ÉLAN VITAL Y SALUD

Élan vital es un término introducido por el filósofo francés Henri Bergson. El filósofo norteamericano Ralph Waldo Emerson lo llamó «Vital Force». Es una conceptualización que Bergson la aplica a la evolución de seres vivos y que existe en cada organismo produciendo su desarrollo. Algunos aplican esta visión con un enfoque organizacional, de ahí que cuando se habla de Élan vital institucional se refiere al impulso vital que genera el desarrollo y contribuye a la evolución de una institución y que está estrechamente vinculado a la identidad, memoria histórica y el propósito compartido por sus integrantes. Este enfoque es válido para la familia, empresa, sociedad científica, institución docente y por supuesto también para instituciones de salud, que particularmente en nuestras circunstancias tienen una pérdida de memoria histórica con deterioro de su identidad, a veces sin propósito compartido entre sus miembros y todo esto como señalamos, le hace perder el Élan Vital del cual hablábamos al principio.

El Élan Vital estimula la creatividad y genera innovación sin desconectarse de las raíces institucionales y con visión positiva del futuro. En el caso de la salud en Venezuela debemos conectarnos al pasado con personalidades que son referencias, cuyos mensajes aún tienen vigencia, como es el caso de los Dres. José María Vargas y Luis Razetti, que se prolongan hasta nuestros días a través de sus discípulos, comenzando por la célebre promoción de 1920 de cuyos integrantes el Dr. Razetti en discurso pronunciado en el Paraninfo de la Universidad Central de Venezuela señaló lo siguiente: "creo difícil, casi imposible, que podamos volver a ver reunidos en un solo grupo, los alumnos que posean las mismas condiciones de inteligencia, amor al estudio y buena conducta en el grado que estos quince alumnos poseen esas cualidades". Sus integrantes tuvieron gran influencia en el de-

sarrollo de programas de salud, entre otros los Dres. José Ignacio Baldó en neumología, en especial en Tisiología, Bernardo Gómez en cardiología, Martín Vegas en dermatología, Gustavo Machado y Guillermo Hernández Zozaya en pediatría y Pedro González Rincones pionero de la radiología en Venezuela. Vargas, Razetti, sus discípulos y los discípulos de sus discípulos forman parte de la memoria histórica que fortalece la identidad de la Doctrina de Salud de Venezuela.

Es tarea obligatoria, de todas las personas que hemos tenido contacto directo o indirecto con las enseñanzas de estos Maestros de la Medicina Venezolana, preservar y difundir su contenido para que las nuevas generaciones de profesionales se vinculen y se nutran de esta fuente de conocimientos que pueden ser el sitio donde encontremos la respuesta a muchas de las interrogantes que tenemos pendiente por resolver.

No solo lecciones de salud nos trasmitieron estos ilustres venezolanos, pioneros de la medicina, sino también de civismo, como se evidencia en la alocución que el Dr. José María Vargas como Presidente de la República en agosto de 1835 decía y hoy tiene plena vigencia: "Venezuela quiere que cada uno cumpla su deber. Nos debemos a nuestra patria y a sus leyes tutelares, que nos ordenan vigilancia y valor, y el tributo de cuanto sea necesario para salvarla; y al mismo tiempo, moderación y respeto a esos mismos principios que defendemos".

Promover el estudio de las raíces históricas de nuestras instituciones de salud, analizar e interpretar las razones que motivaron su creación, estimular los elementos que fortalezcan la identidad, unido a propósitos compartidos entre sus miembros, son condiciones necesarias aunque no suficientes para lograr servicios de salud con modelos de gestión adecuados a nuestra realidad que permitan brindar la mejor atención posible para la mayor cantidad de población.

Hacemos nuestras las palabras del Dr. José María Vargas hace más de 180 años: "Venezuela quiere que cada uno cumpla su deber", quien nos deja un mensaje que encierra en pocas palabras la identidad venezolana, los hechos que ocurrieron en este territorio y que constituyen nuestra historia y la invitación a cumplir nuestro deber con propósitos compartidos.

SALUD Y POBLACIÓN

El derecho a la Salud por su estrecha vinculación con la vida, es por lo tanto uno de los derechos humanos fundamentales de mayor preeminencia, de ahí que debe estar incluido en Políticas de alcance universal, o sea que sus efectos lleguen a TODA LA POBLACION, las cuales deben contemplar estrategias individuales y poblacionales para lograr los objetivos que permitan tener una población saludable, "que no se enferme", que pueda recuperar la salud si se enfermó o que en caso de tener algún grado de limitación después de enfermarse, pueda reinsertarse en su medio familiar, laboral y social con la mejor calidad de vida posible.

En el conjunto de enfermedades que definen el perfil epidemiológico de Venezuela, hay algunas que son crónicas, otras agudas; unas degenerativas, otras infeccionas; algunas derivadas de hechos violentos de diferente índole y hay otras que son relativamente recientes en nuestro medio y que aún no conocemos en toda su magnitud su historia natural y el curso clínico, pero hay otras que si conocemos su historia natural, su forma de presentación, su curso clínico, su tratamiento, las estrategias individuales y poblacionales que han dado resultado en otras latitudes o en nuestro propio medio y que está claro el programa que se debe llevar a cabo, en el marco de una Política de Salud definida. Este es el caso del Paludismo o la Malaria, enfermedad cuya historia natural se empezó a estudiar hace más de un siglo, con experiencias exitosas en su control y erradicación.

Es importante señalar que en Venezuela, el Dr. Arnoldo Gabaldón, distinguido médico sanitarista, especialista en enfermedades tropicales, pionero a nivel mundial de haber desarrollado un programa nacional de control de la malaria con la erradicación en extensas zonas del País que antes eran endémicas, experto que asesoró a la Organización Mundial de la Salud y a la Organización Panamericana de la Salud, Maestro de una escuela referencial de Malariología, cerebro y fundador de un modelo de gestión ejemplar en el antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, formador de varias generaciones de profesionales de la salud que fueron sus discípulos y que también han formado a otros integrantes del equipo de salud que aún siguen activos; todo lo cual constituye una reserva intangible nacional para enfrentar el grave problema que hoy representa

el repunte del paludismo como problema de salud pública.

En el documento sobre el Plan de Acción para la eliminación de la Malaria para el periodo 2016-2020, presentado en el 55 Consejo Directivo y 68 Sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para Las Américas, que recientemente finalizó en la ciudad de Washington, se señala en el punto 6 lo siguiente: "En 19 de los 21 países de la Región donde la malaria es endémica se observó que, en comparación con las cifras registradas en el 2000, en el 2014 hubo una disminución en el número de casos. Catorce de estos países (Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guayana Francesa, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Surinam) notificaron reducciones de más de 75%, con lo cual cumplieron con los objetivos de desarrollo del milenio para las Naciones Unidas para el 2015, correspondientes a la malaria. Dos países (Colombia y República Dominicana) notificaron disminuciones de 50% a 75%, mientras otros tres (Guyana, Panamá y Perú), donde se registraron reducciones menores al 50%, están logrando avances. Por otro lado, dos países (Haití y Venezuela) siguen notificando aumentos en el número total de casos".

Como señalé antes, esta es una enfermedad en la cual no hay justificación para estar como estamos, porque existe el cuerpo de conocimientos suficiente y la memoria histórica de haber podido enfrentarla y erradicarla en una gran parte del territorio nacional con los recursos de hace casi un siglo.

El estudio de la historia y de modelos exitosos de gestión que algunas veces están más cerca de lo que pensamos, pueden darnos la respuesta a muchas de las interrogantes que tenemos en relación a la búsqueda de fórmulas que nos permitan tener éxito ante los problemas planteados.

SOCIEDAD Y SALUD

Si se acepta que en el amplio sentido de la palabra, Sociedad es un conjunto de individuos unidos por nexos que los vinculan con un propósito compartido y que cuando éste se refiere a lograr como objetivo la salud, constituye una sociedad del sector salud, la cual puede o no tener personalidad

jurídica, puede ser o no ser con fines de lucro, pero si su funcionamiento no tiene una total dependencia del financiamiento gubernamental, aunque puede establecer alianzas estratégicas con organismos gubernamentales, bien sea por contraprestación de servicios o por otras modalidades de financiamiento, se puede considerar como una Organización no gubernamental de Salud.

Por otra parte, si se acepta que el Estado requiere tener como elementos fundamentales: organización política, ordenamiento jurídico, un territorio delimitado, una población que reside dentro de unos límites definidos y un gobierno que administra los recursos y que hace cumplir los objetivos del Estado, entonces se tiene que UNA RELACION EQUILIBRADA ENTRE SOCIEDAD Y ESTADO ES FUNDAMENTAL PARA EL LOGRO DE SALUD PARA TODA LA POBLACION, mediante programas soportados en una amplia red de organizaciones sociales, que den soporte a las Políticas de Estado.

Existen múltiples ejemplos tanto en escala internacional como nacional que nos sirven de referencia para señalar que las iniciativas del sector salud que tienen además del componente gubernamental, una fuerte participación de la sociedad organizada, como plataforma de soporte de la misma, tienen mayor sostenibilidad en el tiempo, que aquellas propuestas que están soportadas sólo en el componente de gobierno y que son más susceptibles de verse afectadas por circunstancias que muchas veces son ajenas al propio sector salud.

En Venezuela ha habido organizaciones no gubernamentales del sector salud, que han resistido la prueba del tiempo y que han contribuido a darle continuidad a programas de salud, pero también a lo largo de la historia ha habido iniciativas muy buenas, que no han logrado superar barreras que vienen del modelo socioeconómico que ha dependido de la bonanza temporal generada por cambios favorables de los precios del producto que en el momento ha sido la fuente fundamental de ingreso por exportación, sea café en la primera mitad del siglo XX o petróleo en épocas más recientes.

Estos momentos de bonanza temporal han generado una confusión de la luz del relámpago con la luz del día, con la idea de considerar que con el dinero procedente del financiamiento gubernamental ya no se necesita

de la participación y aporte no gubernamental, la cual va mucho más lejos del monto de dinero, ya que la sociedad organizada hace contribuciones intangibles, que tienen un gran valor no cuantificable en moneda.

Aun países que tienen altos ingresos per cápita, fomentan la participación organizada de la comunidad ya que esto potencia y multiplica el aporte gubernamental y genera una relación equilibrada entre la Sociedad y el Estado, ya que ambos cumplen roles que se complementan cuando actúan en forma armónica. El nivel de desarrollo de un país, depende más del nivel de la organización de la Sociedad que de indicadores exclusivamente económicos. Con la misma inversión, se logran mejores resultados cuando se complementa con la comunidad que realiza valiosos aportes, que trascienden lo material.

El estudio de casos exitosos en Venezuela y en otros países, que muestran la complementación Sociedad-Estado como binomio indisoluble, puede brindarnos orientación para recorrer caminos que nos conduzcan al desarrollo de Políticas de Estado que trasciendan en el tiempo y que involucren en forma protagónica a la Sociedad.

La rectoría de los programas de salud corresponde a Políticas de Estado, que deben tener visión de largo alcance, deben tener continuidad y ser sostenibles, pero lo que se deriva de las lecciones aprendidas de la historia es que una buena doctrina de salud llega a la mayoría de la población, idealmente al universo de la misma, si hay una participación organizada y no mediatizada de la Sociedad que contribuya a la sostenibilidad de la Política de Salud.

LIDERAZGO Y SALUD

El recurso humano es fundamental en los sistemas de salud y en cualquier institución de atención médica, independientemente de su complejidad, su dependencia, sus fuentes de financiamiento o de su nivel de especialización. Cada integrante del equipo debe tener un entrenamiento adecuado y desarrollar una capacidad de liderazgo, para que sea competente en el ejercicio de su rol y brindar la mejor atención posible.

Si utilizamos el símil del cuerpo humano, como señaló San Pablo en su primera carta a los Corintios: "ni el ojo puede decirle a la mano: no te necesito, ni tampoco la cabeza a los pies: no tengo necesidad de ustedes", de lo que se concluye que en un equipo TODOS SON IMPORTANTES Y NECESARIOS.

Cuando el director de operaciones de un sistema de salud de EEUU, constituido por 44 hospitales con 74.000 empleados, consultó a un ejecutivo de Disney, para comenzar un plan de innovación y superar algunas dificultades, este le sugirió que contrataran a un general retirado con antecedente de comando exitoso de tropas. El sistema de salud contrató al general retirado Mark Phillip Hertling, quien trabajó en la armada de EEUU durante 40 años y comandó 40.000 soldados, coordinando fuerzas militares de 15 países en Europa, quien después de su experiencia en el sector salud, escribió un libro sobre el desarrollo de líderes en salud para mejorar los sistemas de atención médica, en el cual señala que "el liderazgo es un deporte en equipo, lo que significa que TODOS GANAN JUNTOS O PIERDEN JUNTOS".

Otra opinión interesante sobre este punto es la de Chris Lowney, quien fue seminarista jesuita durante 7 años y al retirarse del seminario se incorporó a la empresa JP Morgan y actualmente es director de uno de los sistemas hospitalarios mas grandes de EEUU, operando en 19 estados con 105 hospitales incluyendo 4 centros académicos, quien comentó: «Fue gran fortuna mía y gran privilegio haber salido de la mejor compañía de un negocio (La Compañía de Jesús), para caer en la mejor compañía de otro negocio (JP Morgan)»

Lowney escribió un libro en el cual analiza el liderazgo al estilo de los jesuitas y destaca sus cuatro pilares del éxito: el autoconocimiento, para entender sus valores, fortalezas, debilidades y cosmovisión; la creatividad innovadora con confianza dentro de un mundo en permanente cambio; el trato al prójimo con amor mostrando siempre una actitud positiva y que su conducta individual y compartida sea una permanente búsqueda de la excelencia con ambiciones heroicas en concordancia con el "magis ignaciano" propuesto por el fundador de la Compañía de Jesús, que en latín significa más, siempre algo más, algo mejor.

En su libro, compara el planteamiento de San Ignacio de Loyola hecho hace más de 450 años con la propuesta de Daniel Goleman, psicólogo contemporáneo, quien describió el concepto de inteligencia emocional, con sus competencias de autoconocimiento, autodirección, motivación, empatía y destreza social, como factor fundamental del éxito. Según Lowney hay una gran coincidencia entre ambos autores, en el "que", pero San Ignacio va más allá y además del "que", propone el "cómo" a través de los ejercicios espirituales, como un instrumento de desarrollo para toda la vida, no sólo del individuo, sino de todo el equipo, no sólo de un individuo, sino de todos, ya que en el modelo jesuita "todos ejercen influencia", así que todos deben prepararse para ejercer un liderazgo, no sólo para el desarrollo individual, sino para la superación del equipo y para integrarse a la población, incorporándola a los programas de salud.

El compromiso del equipo depende del compromiso individual, el propósito compartido como miembros del equipo va más allá de los propósitos individuales, el esfuerzo total es superior a la suma de esfuerzos individuales y el logro de los objetivos individuales y grupales se potencian en forma recíproca.

En salud como en otras actividades, el recurso humano es un pilar fundamental, de ahí que para lograr un modelo de gestión exitoso, es indispensable el desarrollo integral del equipo, en el cual cada uno ejerza el liderazgo en su medio como un agente de cambio positivo.

DESACUERDOS EN SALUD

En las relaciones interpersonales e interinstitucionales hay desacuerdos como parte de la cotidianidad, independientemente del nivel de organización y desarrollo que tengan. La existencia de desacuerdos es buena, cuando existen los escenarios de libre discusión sustentada en argumentos sólidos que estén orientados a la búsqueda de la verdad, con la mayor conveniencia para la mayoría.

Cuando los desacuerdos se resuelven por la vía del diálogo constructivo que permita que afloren ideas innovadoras, se observa que mientras

más desacuerdos haya, más innovadora es la persona, la institución o el País. Llegar a acuerdos en forma armónica, es un signo de madurez que requiere que los intereses individuales estén supeditados al bien común.

La otra vía de abordar desacuerdos es la conflictiva, la cual trae consecuencias negativas y al final del conflicto el resultado es perder-perder, aunque en el intermedio, pueda haber la ilusión temporal de un ganar-perder que posteriormente llegará a un perder-perder, sobre todo en áreas tan sensibles que requieren un enfoque de universalidad como es el caso del sector salud, el cual necesita una cadena de actores que son todos útiles, necesarios y en algunos casos indispensables para llegar al producto final deseado.

La vía de la resolución de los desacuerdos por la vía conflictiva, en materia de salud, más temprano que tarde traerá consecuencias negativas, incluso al protagonista del conflicto, que a veces piensa que no necesita del funcionamiento de todos los componentes de la cadena de producción del servicio de salud.

Para tener servicios de salud que funcionen adecuadamente, el recurso humano entrenado es fundamental, de ahí que las instituciones docentes deben tener las condiciones óptimas para funcionar y puedan egresar individuos competentes en número y en calidad, para prestar el mejor servicio posible, pero aunque esto es indispensable, también es necesario que este personal de salud, tenga las mejores condiciones de trabajo para que pueda satisfacer sus propias necesidades y tenga la motivación de superación y la tranquilidad de un futuro con un mínimo de incertidumbre.

El profesional de la salud que trabaja en la parte asistencial, debe ser competente para el uso de los equipos de diagnóstico y tratamiento, los cuales deben funcionar adecuadamente sobre la base de un mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo que debe ser ejecutado por profesionales del área de la bioingeniería que también tienen que ser competentes y contar con los repuestos necesarios en forma oportuna que garantice la disponibilidad oportuna de los mismos y así mismo la continuidad del servicio como indicador fundamental de la calidad del servicio.

El médico según sea la situación indica el tratamiento, el cual debe estar disponible en forma oportuna y suficiente para la recuperación de la salud del paciente, pero para esto es indispensable una concertación entre el gobierno y las empresas productoras e importadoras de insumos, que garanticen el tratamiento oportuno y a su vez para esto se requiere una cadena de componentes de orden económico y organizativo que funcionen en forma fluida.

Estos son solo algunos ejemplos que nos deben hacer reflexionar sobre la necesidad de solucionar los desacuerdos mediante acuerdos básicos producto del aporte de todos para beneficio de todos, porque en un sector tan sensible como salud no es posible una fórmula ganar-perder, sino que es necesaria una fórmula ganar–ganar producto de una relación equilibrada Sociedad-Estado que genere y garantice la formulación y cumplimiento de acuerdos básicos con efecto inmediato y mediato.

UNIDOS POR LA SALUD

El logro de una población saludable, por la interacción de múltiples factores interdependientes, es una tarea de alta complejidad en cualquier país, pero en nuestras circunstancias actuales de polarización y conflictividad, con un tejido social desarticulado, con visiones antagónicas del mismo problema que en la mayoría de las veces no están sustentadas en un diagnóstico veraz y con prejuicios muy distantes de la realidad, la tarea de brindar las condiciones necesarias para que la salud como derecho humano fundamental llegue al universo de la población, se torna aún más difícil.

Para abordar la situación, es necesario partir de la premisa que considere a la salud como una meta común de todos y para todos, que requiere como condición "sine qua non", anteponerla como una necesidad que obliga a compartir propósitos para alcanzar objetivos que no pueden ser logrados totalmente en corto tiempo, pero que si es indispensable iniciar de inmediato las acciones que nos conduzcan al logro de los objetivos planteados.

Es fundamental que se genere la confianza para que se produzcan las alianzas estratégicas intersectoriales que sustenten iniciativas sosteni-

bles, que trasciendan el corto plazo, pero que comiencen en el corto plazo; que estén ubicados en el presente, conectados con el pasado y con visión de futuro y que estén adecuados a lo local, pero con visión global.

En materia de salud es importante tener presente que no hay espacio para improvisar, porque está en juego la vida de las personas. Es fundamental señalar que quien ofrezca fórmulas mágicas en el campo de la salud, está mintiendo; quien las pida, ignora el tema y quien cree que se pueden realizar, es un ingenuo, de ahí que estas alianzas y este conjunto de acciones deben tener presente que hay que desarrollar Políticas de Estado que trasciendan gestiones puntuales y que busquen un equilibrio en la relación entre el Estado y la Sociedad con amplia inclusión y participación ciudadana.

"Si quieres ir rápido ve sólo, si quieres llegar lejos ve acompañado" nos lo dice un viejo proverbio africano. Para brindar un servicio de salud de calidad aceptable, a un costo soportable y para toda la población, no se puede trabajar aislado, ni como individuo, ni como organización e incluso ni como sector, sea gubernamental o no gubernamental. Es indispensable que se desarrollen acciones concertadas, de corto, mediano y largo plazo, que puedan trascender en el tiempo y llegar lejos, como dice el viejo proverbio.

La producción de bienes y servicios, en general requiere un conjunto articulado de actividades, en donde intervienen componentes multisectoriales interdependientes, que en el caso de la cadena de producción de servicios tiene sus particularidades que la diferencian de la producción de bienes y entre los servicios, el caso de salud, tiene una relevancia especial, por estar vinculada con un derecho humano fundamental, de ahí que la sintonía y sincronía de los factores que participan en la producción del servicio de salud debe ser aún mayor, con el objetivo de articular los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos, soportados en un sistema de información veraz y oportuno que permita que se tomen las decisiones más convenientes.

En los servicios de salud, existe un componente adicional constituido por factores culturales que hacen aún más complejo el logro de los objetivos, ya que amerita desarrollar un plan de educación tanto a la población general, como al equipo de trabajo encargado de brindar el servicio, el cual

es incompatible con la improvisación y requiere un proceso de planificación, ejecución y evaluación continuo.

ESTADO Y SALUD

Si se acepta que los "tres elementos fundamentales definitorios o condicionantes del Estado son territorio, asociación o comunidad humana y gobierno propio" como lo señala el Doctor Ambrosio Oropeza, abogado constitucionalista, podemos plantear que la salud como derecho universal y fundamental de la población que habita en el territorio venezolano, va a depender por una parte de la existencia de Políticas de Estado orientadas a brindar las mejores condiciones de salud a todos los habitantes de Venezuela y por otra parte de la participación de esa población en forma organizada y con acciones coordinadas con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, que se incorpore activamente en los Programas de Salud enmarcados en Políticas de Estado.

La relación equilibrada y armónica entre el gobierno y la comunidad humana, basada en un mutuo respeto y reconocimiento, es lo que va a permitir lograr sistemas de salud permanentes, soportados en Políticas de Estado que trasciendan en el tiempo y tengan un verdadero impacto positivo en las condiciones de salud de una población.

Es importante diferenciar entre una política de Estado y una política de gobierno. La primera trasciende más allá de un periodo gubernamental, mientras que la segunda se limita a un lapso determinado de gestión de un gobierno. La Política de Estado responde a un interés nacional y supone concertar propósitos y objetivos comunes y su ejecución no está sujeta a cambios políticos partidistas o de individuos que afecten en forma sustancial lo acordado que se debe garantizar con el paso del tiempo. Lo ideal es que las Políticas, planes y programas de gobierno que se lleven a cabo en un periodo determinado de gobierno, estén en sintonía con las Políticas de Estado de una materia específica, en este caso la Política de Salud.

En la historia nacional de servicios de salud, hemos observado la paradoja de tener peores servicios de salud cuando hay más recursos financieros y

generalmente también ha habido en esos momentos, menos participación de la sociedad civil. Pudiéramos concluir que "a más bonanza financiera, peores indicadores de salud", o por lo menos, resultados que no son cónsonos con las expectativas.

En varias oportunidades hemos planteado que el recurso financiero no es una condición suficiente para tener servicios que produzcan indicadores de salud adecuados, lo cual no significa que no se necesita dinero, sino que se requieren otras condiciones adicionales enmarcadas dentro de un modelo que entre otras cosas, incluya a la sociedad civil organizada como protagonista del mismo. Por el contrario, también se puede señalar que hay muchos casos de servicios de salud en Venezuela, que con escasos recursos financieros tienen resultados muy positivos.

La relación bizarra entre la Sociedad Civil y el Gobierno, como partes fundamentales del Estado, en donde se observa una mutua desconfianza y exclusión, es una de las causas del fracaso de nuestro sistema de salud, con las consecuencias negativas sobre los indicadores de calidad de gestión.

Es indispensable que las Políticas de Estado trasciendan en forma continua en el tiempo, es fundamental que el recurso financiero gubernamental y no gubernamental se potencien mutuamente, es perentoria la participación de la sociedad civil organizada, es una conveniencia general ponerse de acuerdo en los grandes temas nacionales, entre los cuales está la salud, es una respuesta que debe contemplar medidas de corto, mediano y largo plazo, ya que la población que sufre las consecuencias, no tiene distinciones de ningún tipo y las repercusiones del problema no resuelto pueden ser fatales.

FACTOR C Y SALUD

El término "Factor C" fue propuesto en la década de los 90 por el filósofo y educador chileno Luis Razeto, en el marco de su teoría sobre economía de solidaridad, en la cual "la solidaridad se hace presente, se introduce dentro de la economía y se produce, se distribuye, se consume y se acumula con solidaridad". Este autor así mismo diferencia entre economía de soli-

daridad y economía solidaria, ya que esta última se refiere a "la economía que se hace en cierto modo, un poco más o menos fraterna, más solidaria, pero cuando se dice economía de solidaridad es economía hecha con solidaridad".

Señala Razeto que en la teoría económica clásica capitalista, se mencionaban tres factores productivos: la tierra, el capital y el trabajo, posteriormente las teorías neoclásicas los redujeron a dos: capital y trabajo, porque dijeron que la tierra al final es capital y en las propuestas modernas, se aceptan como factores de producción, la fuerza de trabajo, los medios materiales, la tecnología, el financiamiento y la gestión.

Producto de su observación de experiencias de economías de solidaridad, economía popular y cooperativas, concluyó que además de los cinco factores mencionados, hay un factor adicional que él denominó "Factor C", porque con esta letra comienzan en diferentes idiomas, palabras que expresan parte del significado de integración humana, como por ejemplo cooperación, comunidad, compartir, colectividad y comunión.

El "Factor C" viene a ser entonces la unión de consciencias, voluntades y emociones en pos del logro de determinados objetivos, ya que se comparten conscientemente objetivos y propósitos, así como la voluntad de querer realizarlos y el resultado de los éxitos y fracasos individuales y grupales.

Organizaciones que tienen comparables y similares fuerzas de trabajo, medios materiales, tecnología, financiamiento y gestión, tienen resultados diferentes cuando se toma en cuenta el "Factor C", ya que su existencia potencia tanto al individuo como al grupo y estimula el apoyo externo y la incorporación de nuevos miembros a la institución.

El Padre Luis Ugalde SJ, planteó en una conferencia en el año 2013, sobre la necesidad de actuar con las cuatro C: Consciente de su rol en el mundo, en su país, en su ciudad, en su institución o en su familia; Competente, o sea, conocimiento con capacidad de acción; Compasivo, que desde el punto de vista etimológico, viene de compadecer, de "padecer con" el otro y finalmente Comprometido, ya que se debe ir a la raíz del problema y con creatividad, plantear la propuesta y actuar en la solución.

El prefijo "co" significa hacer algo junto, en equipo y en efecto en Venezuela existen muchas experiencias derivadas de instituciones de salud que tienen el factor C, además de los otros factores de producción, cuyo resultado ha sido positivo y su estudio puede contribuir al diseño de modelos exitosos de salud.

Como contraposición al "Factor C", derivado de observaciones de diferentes instituciones incluyendo las del sector salud, hemos identificado el "Factor D" como inverso al "Factor C". El prefijo "des" denota negación, por ejemplo desunión, desorganización, desorden, deshacer, descuidar, o sea todo lo contrario a "Factor C".

El factor comunidad, "Factor C", como sociedad civil organizada es fundamental para potenciar la gestión de salud. Las múltiples causas de los problemas de salud, requieren para su solución una acción multisectorial que debe incorporar a todos los involucrados, en donde uno de los protagonistas es la comunidad organizada.

El estudio de casos exitosos, puede ser un mecanismo que contribuya a construir una propuesta ante el problema de salud nacional.

VARGAS Y LA SALUD

El Dr. José María Vargas, constituye un hito en la historia de la medicina venezolana y es por esto que desde hace 62 años, el Día del Médico en Venezuela, se celebra en conmemoración de la fecha de su nacimiento el 10 de marzo de 1786, reconocido desde 1850 como "Padre de la Medicina en Venezuela".

El Dr. Vargas recibió su formación básica en un sistema con deficiencias y luego realizó sus estudios de médico en una Universidad con limitaciones, donde a los 24 años de edad, obtuvo el título que le otorgó el derecho a ejercer medicina y luego se dirigió a Cumaná, para comenzar a ejercer su profesión, continuó estudiando temas de la Ciencia Médica con textos provenientes de Europa y además dedicó su atención a la traducción y análisis de las obras de Juan Jacobo Rousseau, en especial el contrato social,

cuyo contenido era tema de discusión en sesiones secretas con amigos afectos a la causa independentista, con la cual se identificó y asumió un rol fundamental cuando ocurre la caída de la Capitanía General de Venezuela el 19 de abril de 1810.

Permaneció en Cumaná hasta 1812 cuando regresó a su ciudad natal, La Guaira, en donde ayudó a la población que padeció el terremoto en forma desinteresada, con sus propias palabras señaló "Yo continuaré siempre llenando mi obligación hasta la perfecta curación de los estropeados que aún restan por sanar, sin que sea preciso cargar los fondos de propios con veinticinco pesos mensuales". A los 27 años de edad, se dirigió a Edimburgo, en donde permaneció cinco años realizando estudios de Anatomía, Cirugía, Obstetricia, Química, Botánica y mineralogía. Luego se trasladó a París y Puerto Rico y finalmente regresó a Venezuela en 1825 a los 39 años de edad.

Una vez establecido de nuevo en su país, comenzó sus actividades docentes en medicina, con un enfoque novedoso de vinculación de las ciencias anatómicas y fisiológicas con la clínica médica y quirúrgica que produjo una reforma integral y el 23 de enero de 1827 es elegido Rector de la Universidad de Caracas. La huella que dejó en los estudios de medicina le dio el calificativo de "reformador de los estudios médicos".

En 1835 asumió la presidencia de la República y a los pocos meses es derrocado por un movimiento militar y su célebre frase que le respondió a Pedro Carujo, pasó a la historia por su profundidad de contenido "El mundo es del hombre justo. Es del hombre de bien. No es el valiente el que siempre ha vivido y vivirá feliz sobre la tierra y seguro sobre su conciencia". El Dr. Vargas fue al exilio y regresó al país en agosto del mismo año y en su alocución a sus conciudadanos, se expresó en los siguientes términos: "Venezuela quiere que cada quien cumpla su deber. Nos debemos a nuestra patria y a sus leyes tutelares, que nos ordenan vigilancia y valor, y el tributo de cuanto sea necesario para salvarla y al tiempo moderación y respeto de esos mismos principios que defendemos".

El Dr. Vargas murió el 13 de agosto de 1853 a la edad de 68 años, acompañado de su dilecto discípulo Dr. Eliseo Acosta, quien fue designado para cumplir su testamento, en el cual legó todos sus bienes a la Universidad de Caracas.

En palabras del Dr. Ricardo Archila "…Vargas tuvo la gloria de establecer en Venezuela dos grandes escuelas: la del saber y la de la virtud, y reunió en su carácter la triple condición de los hombres verdaderamente superiores: el patriotismo, la honradez y la sabiduría..." Para encontrar la solución al problema de salud en Venezuela, es indispensable aprender la lección del Dr. José María Vargas, como parte de nuestra memoria histórica e identidad, que refuerzan nuestro élan vital.

ACUERDO POR LA SALUD

En los temas fundamentales de una sociedad, es fundamental "ponerse de acuerdo" por encima de diferencias circunstanciales y en función de la universalidad de la cobertura y la sostenibilidad en el tiempo. En otras palabras, en materia de salud la solución debe estar orientada a todas las personas y todo el tiempo.

El derecho a la salud, por estar estrechamente vinculado con el derecho a la vida, es uno de los derechos humanos de mayor preeminencia, de ahí que no es una opción ponerse de acuerdo, sino que es una obligación.

Y nos preguntamos: ¿De quién es la obligación de ponerse de acuerdo? La respuesta es de todos. Es responsabilidad del Gobierno y de la Sociedad, los cuales, en el marco del Estado, deben iniciar por ponerse de acuerdo en una Política de Estado en materia de salud, que sea sostenible, que tenga alcance universal y que trascienda la gestión de un periodo de gobierno.

La respuesta al problema, debe incluir medidas de corto, mediano y largo plazo, ya que hay problemas que requieren solución "hoy y aquí" y hay respuestas que deben ser sistematizadas en estrategias de mediano y largo alcance. Por ejemplo la falta de disponibilidad de medicamentos para el tratamiento de enfermedades que amenazan en algunas oportunidades la vida de los pacientes, es un problema que no admite retraso en su solución y requiere medidas inmediatas.

En esta solución inmediata de la falta de medicamentos, debe participar toda la cadena de producción y distribución de medicamentos, en función

de las patologías de mayor prevalencia y de acuerdo a las guías y normas existentes en base a los conocimientos actuales basados en la investigación científica.

Ante el problema de la deficiente atención médica debido al deterioro de los equipos de alta tecnología, con alto costo de los repuestos, con falta de mano de obra calificada, debido en parte a la emigración de personal de ingeniería, todo lo cual ha traído como consecuencia una gran cantidad de equipos "parados", como por ejemplo tomógrafos, resonadores y equipos de ultrasonido y hemodinamia, es impostergable buscar soluciones que van desde agilizar y facilitar la importación de repuestos con trámites y montos que no afecten en forma significativa la estructura de costo de los procedimientos y que no mantengan interrumpido los servicios. Este es un problema que requiere medidas de corto plazo, pero a su vez es importante establecer mecanismos a mediano y largo plazo, que permitan la prolongación de la vida útil de los equipos diagnósticos y terapéuticos, ya que de lo contrario, se afectará la calidad del servicio y se pondrá en riesgo en muchas oportunidades la vida de los pacientes.

En relación al funcionamiento de los establecimientos de atención médica, es necesario no sólo realizar medidas a corto plazo de dotación, sino establecer modelos de gestión que sean sostenibles a mediano y largo plazo y que garanticen una calidad aceptable a un costo soportable por el organismo financiador, sea gubernamental o no gubernamental, sea individual o colectivo.

La Salud es un problema de todos, que lo padecemos todos y que nos involucra a todos. Es fundamental que nos pongamos de acuerdo en la o las fórmulas de solución, orientadas a que la población venezolana, tenga el mejor estado de salud posible.

Debe ser un compromiso de todos hacer un "Acuerdo por la Salud" que sea incluyente, con soluciones inmediatas y mediatas; preventivas y curativas, con utilización de todos los recursos existentes en el país, con alianzas estratégicas multisectoriales tanto gubernamentales como no gubernamentales, en fin un acuerdo por la salud de todos para todos.

SALUD ENFERMA

Esta expresión a primera vista da la impresión de algo contradictorio, porque no es posible un enfermo saludable ni un saludable enfermizo, pero en nuestro caso no nos referimos a una persona que esté enferma o saludable, nos referimos a la situación de salud de la población que está "enferma", porque los individuos que la integran están expuestos a mayor riesgo de enfermar o tienen ya enfermedades y cuando las padecen sufren para recuperar nuevamente la salud.

La población está expuesta a riesgos de enfermedades trasmisibles, algunas de las cuales estaban relativamente controladas o limitadas a determinadas áreas geográficas y nuevamente han aumentado y constituyen problemas importantes de salud pública. El escenario epidemiológico de las enfermedades trasmisibles, lo comparte la población con enfermedades crónicas degenerativas y además con enfermedades derivadas de accidentes y violencia de diferentes tipos.

Una vez que la persona padece una enfermedad entra en el sistema de atención médica para que le hagan el diagnóstico, pero en este punto también se observa una "SALUD ENFERMA", porque generalmente se necesitan equipos e insumos que por las circunstancias existentes hay déficit de los mismos y limitaciones para conseguir los repuestos que garanticen el funcionamiento adecuado de los equipos y todo esto causa un retardo en el establecimiento de un diagnóstico preciso, lo cual produce un diagnóstico tardío que en ocasiones puede ser fatal.

Cuando se ha hecho el diagnóstico, necesita tratamiento que puede requerir medicamentos y empieza un vía crucis compartido entre el paciente y el médico para conseguir el medicamento, récipes que tienen el medicamento A ó el medicamento B ó el medicamento C y así sucesivamente, con indicaciones que alternan varias posibilidades, lo cual aumenta el riesgo de confusión del paciente en el momento de cumplir las instrucciones, sin tomar en cuenta la cadena de farmacias que a veces debe visitar para tratar de conseguir parte del tratamiento indicado. Si el tratamiento es quirúrgico debe también hacer el mismo procedimiento con material médico-quirúrgico o con medicamentos y si en la terapia está involucrado un

equipo de alto costo, tiene las limitantes derivadas de la falta de repuestos y del envejecimiento de equipos que no han podido ser renovados. Todo esto retarda en forma importante el tratamiento de enfermedades que se sabe que pueden ser controladas, pero que con las limitaciones mencionadas, el resultado final no es el deseable.

La salud es un derecho universal, pero como contraposición la enfermedad también es un padecimiento universal, independiente de género, aspectos étnicos, religiosos, económicos, sociales o políticos, en el caso de la salud se cumple la "ley del todo o nada", porque si por ejemplo alguien tiene dengue, o Zika, un vecino está sano, pero hay las condiciones ambientales de trasmisión del virus, la o las personas expuestas, pueden presentar la enfermedad independientemente de cualquier condición.

El tratamiento para la "SALUD ENFERMA" se ha orientado a medidas sintomáticas que pretenden resultados inmediatos, pero el tratamiento, puede ser que tenga medidas de corto plazo por la urgencia de situaciones específicas, pero el tratamiento definitivo debe ser orientado hacia las causas y no sólo a las consecuencias. Para tener una "SALUD SALUDABLE", aunque esto parezca redundancia, es indispensable partir del diagnóstico y plantear una solución sistémica, mediante el desarrollo de un modelo de gestión que garantice la universalidad de este derecho para lo cual se requiere una concertación de alianzas y esfuerzo conjunto de todos.

SALUD INTEGRAL

La situación de salud de un individuo o de una población requiere una visión integral, aunque por razones operativas, en algunos casos es necesario abordar la situación en forma parcial, pero lo importante es que no se pierda el contexto general.

Desde el punto de vista poblacional, no se puede desconectar por ejemplo, el análisis puramente biológico de las circunstancias sociales y económicas. Muchas enfermedades tienen su origen en problemas sociales, por lo tanto su solución no es solamente competencia del médico o de la enfermera, sino que va más allá de las paredes del hospital y debe comenzar

antes de que se manifieste la enfermedad con los síntomas y signos que permitan que sea diagnosticada. En otras palabras el acto médico debe realizarse individualmente en forma integral, pero también la solución debe ser con un enfoque holístico que incorpore medidas de orden socio económico, que sin duda tienen relación con las Políticas de Salud como cuerpo conceptual referencial y así mismo están vinculadas con la forma como se aplican estas medidas en la vida real.

Lamentablemente se sabe más de lo que se hace, existen importantes brechas entre lo que se debe hacer y lo que se hace en la realidad. Hay suficientes conocimientos sustentados en múltiples experiencias que permiten conocer la historia natural de enfermedades y el curso clínico que resulta de las estrategias individuales y poblacionales que se deben desarrollar en modelos de gestión adecuados a los recursos disponibles.

Por ejemplo no es posible desvincular la mortalidad materna que ocurre en las instituciones de salud, del control prenatal que esa paciente tuvo durante el embarazo, de sus condiciones socioeconómicas generales, de la alimentación del niño y de su programa de inmunizaciones, para el logro de un binomio madre-niño saludable como base de sustentación de un núcleo familiar saludable. Aunque estas afirmaciones son obvias y pudieran lindar con "perogrulladas", lamentablemente en la vida real vemos que las decisiones están más relacionadas con lo que se quiere oír por conveniencia que lo que se debe decir por ciencia. Hay muchas cosas que se pueden y deben hacer, sin necesidad de inventar el agua tibia, sino aplicar conceptos básicos de administración hospitalaria y sanitaria.

Sirva también de ejemplo que nos lleva a plantear la imperiosa necesidad de ver el problema contextualizado, el paciente con insuficiencia cardiaca que llega en avanzado estado de deterioro, como consecuencia de la enfermedad de Chagas, todavía con alta prevalencia en el País o como etapa final de una virosis que el paciente presentó, bien sea Dengue, Chicunguya o Zika y que su solución definitiva está antes y fuera del Hospital, está en programas de salud integrales.

Estos planteamientos están por encima de barreras ideológicas, esta situación puede perjudicarnos o beneficiarnos a toda la población. Un zancudo no pregunta para entrar en una casa, sobre la posición política,

religión o condición económica de sus habitantes; un niño que no esté protegido con un programa de vacunación ajustado a las normas vigentes, requiere que haya suficientes vacunas en forma oportuna, ya que tampoco va a estar más o menos protegido por factores circunstanciales, simplemente debemos tratar que la mayoría, idealmente todos estén protegidos.

Es fundamental ponernos de acuerdo en Políticas de Estado en materia de Salud que no se vean interrumpidas por circunstancias ajenas a lo que se debe hacer en forma sensata, ya que de lo contrario, nos vamos a perjudicar todos. De la Iliada aprendimos la lección que "no advierte su mal el insensato, hasta después que lo ha sufrido".

LA CONSTITUCIÓN Y LA SALUD

La Constitución de 1999, se refiere a la salud, en los siguientes términos en los artículos que se señalan a continuación: Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas

de salud. Artículo 85. El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

En la anterior Constitución de 1961, también se señalaba que "todos tienen derecho a la protección de la salud y que las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos".

Desde la primera constitución de 1811 hasta la última en 1999, Venezuela ha tenido 26 constituciones y se han realizado, de acuerdo a diferentes autores, alrededor de una decena de Asambleas Constituyentes, en la búsqueda de soluciones a problemas que han permanecido en el tiempo sin resolverse. En el caso específico del contenido que sobre salud tienen las últimas Constituciones, la pregunta es si se ha hecho todo lo que se puede hacer dentro del marco constitucional o si por el contrario no se han desarrollado las Políticas de Estado que se hayan expresado en los hechos concretos de la cotidianidad del ciudadano común, como por ejemplo que cuando necesite atención médica tenga acceso a servicios con personal, insumos y equipos suficientes que permitan resolver su problema y cuando le indiquen un medicamento pueda recibirlo, con el principio activo indicado y por el tiempo necesario.

El nivel de salud de una población no guarda relación con el número de constituciones, sino con la forma como se han desarrollado planes eficientes. En materia de salud, la expectativa de la población exige una respuesta hoy y aquí, porque mañana y allá puede ser tarde.

CREATIVIDAD Y SALUD

La creatividad no sólo entendida como la generación de nuevas ideas o conceptos, sino también como el producto de nuevas asociaciones entre ideas y conceptos conocidos que produzcan fórmulas originales, es una aproximación que cada vez tiene más vigencia cuando se habla de plantear soluciones al grave problema que involucra la búsqueda del mejor estado de salud posible a la mayor cantidad de personas.

El pasado mes, específicamente el 15 de abril se conmemoró el nacimiento de Leonardo Da Vinci, quien con su obra en la pintura, arquitectura, música, mecánica, anatomía, geografía, botánica, hidráulica y aerodinámica, dejó un legado universal, cuyo producto continúa presente en nuestros días como ejemplo de innovación y creatividad, motivo por el cual la psicóloga Marci Segal, propuso en su honor que los días en torno a su nacimiento, se celebrara mundialmente la SEMANA DE LA CREATIVIDAD E INNOVACION, iniciativa que se ha ido extendiendo a diferentes países desde el año 2001.

El "saper vedere" de Da Vinci es un paso importante metodológico de aproximación a las situaciones, que se debe aprender del gran maestro de la creatividad. Observar, describir y analizar la realidad venezolana hoy, en un contexto mundial y con una visión panorámica del pasado, presente y futuro, puede conducirnos a plantear modelos de gestión que hagan factible los postulados constitucionales que "garantizan el derecho a la salud". Leonardo da Vinci fue el hombre más importante del Renacimiento, quien no sólo miraba, sino que observaba; no sólo oía, sino que escuchaba, a lo que le agregaba la intuición natural, al proceso continuo de observación-descripción- análisis-conclusión-acción y evaluación.

Hay modelos nacionales e internacionales que pueden ser estudiados y que mediante la asociación de ideas y conceptos conocidos, se puede generar un nuevo enfoque de solución al problema de salud-enfermedad en Venezuela, que preserve lo bueno del pasado, sobre la base de la realidad presente, con los recursos disponibles, puede desarrollar estrategias.

Estas acciones producto de una visión innovadora y creativa, deben incluir medidas de corto, mediano y largo plazo. No pueden esperar la so-

lución de problemas de otra índole, porque pone en riesgo la vida de las personas. El paciente que necesita una intervención quirúrgica urgente, la persona que requiere un marcapaso o una válvula por su enfermedad cardiovascular, el niño que debe cumplir un riguroso programa de inmunizaciones, el paciente con diagnóstico de cáncer. que requiere cumplir todos los ciclos de quimioterapia, la mujer embarazada que debe tener un control prenatal adecuado, el paciente diabético o hipertenso, que debe cumplir tratamiento con medicamentos específicos y adecuados a su situación particular, el repuesto para el equipo de tomografía, ecocardiografía, resonancia nuclear magnética o hemodinamia, las acciones enmarcadas para prevenir enfermedades como el dengue, chicunguya o Zika, paludismo o Chagas, no pueden esperar a que se resuelvan los problemas políticos para que tengan una solución sin pérdida de tiempo.

La angustia es compartida entre el paciente, sus familiares y el personal del equipo de salud, cuando se sabe lo que se debe hacer, pero no se puede hacer lo adecuado, con el consiguiente resultado, que en algunas ocasiones puede ser letal.

Se deben buscar fórmulas con este marco jurídico, con la infraestructura que existe, con los equipos que hay y con el personal disponible, para resolver los problemas con la velocidad que amerite cada situación. No se debe condicionar la solución del problema de salud al resultado de largas conversaciones.

SINDEMIA Y SALUD

La enfermedad no es un hecho aislado, sino que hay múltiples interacciones entre varias enfermedades, así como del individuo sano o enfermo con su medio ambiente, en su contexto social en una compleja red dinámica. A mediados del siglo XIX, Rudolf Virchow, médico y político alemán, pionero de la medicina social, ya relacionaba la diseminación de las enfermedades con las circunstancias sociales y en nuestro medio. José Ignacio Baldó, insigne médico clínico y sanitarista venezolano, planteaba a mediados del siglo XX que para enfermedades sociales era necesario un tratamiento social.

Esta coexistencia de enfermedades y su interacción con múltiples hechos de la esfera social, no es una operación matemática de suma, sino más bien de sinergia, ya que hay una potenciación de los factores que condicionan el desarrollo de la enfermedad o las enfermedades. En esta línea de pensamiento, Merrill Singer, médico antropólogo norteamericano, en la última década del siglo XX introdujo el término de sindemia para referirse al estudio de la relación sinérgica entre el SIDA, el consumo de drogas y la violencia social, el cual lo conceptualizó y desarrolló para otras situaciones.

En las circunstancias actuales de nuestro medio, el enfoque sindémico es fundamental para entender el fenómeno salud-enfermedad, ya que múltiples patologías coinciden en tiempo y espacio, cuya explicación va más allá de la comorbilidad entendida como la coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo.

Las condiciones socioeconómicas afectan en una forma determinante a la salud del individuo, por ejemplo un paciente con hipertensión arterial, quien por razones de índole financiero no puede comprar el tratamiento, pero además tiene dificultad para conseguir los medicamentos que le prescribió el médico, aun cuando disponga del dinero y por otra parte se presentó una situación violenta que le afectó y desencadenó una crisis hipertensiva, que no pudo ser atendida en forma adecuada por falta de insumos en el hospital y se complicó con un accidente vascular cerebral, cuya recuperación es lenta y se ve afectada por una depresión condicionada por la ausencia de los hijos que emigraron. En esta situación de la vida real, todos estos factores interactúan y se potencian entre sí, haciendo más complejo el problema y por lo tanto más difícil la solución.

Estos hechos, producen un perfil epidemiológico que combina enfermedades infectocontagiosas, degenerativas, derivadas de hechos violentos, a veces enfermedades crónicas con manifestaciones agudas propias o de otras enfermedades que coinciden en el mismo paciente, con un marco socioeconómico adverso, todo esto con un importante impacto en la esfera biopsicosocial del individuo, lo cual obliga que el personal de salud, amplíe el marco conceptual del proceso salud-enfermedad, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de un individuo o población determinada.

Escribió Ortega y Gasset, filósofo español, su célebre frase "yo soy yo y mis circunstancias y si no la salvo a ella, no me salvo yo". Circunstancia entendida literalmente es "circum-stantia" o sea lo que me rodea. Esta relación dinámica de individuo-ambiente, requiere para su mejor entendimiento un enfoque sindémico del problema de la salud, que hace necesaria la participación de equipos de trabajo que tengan una visión holística en la búsqueda de mejores soluciones.

La complementación de diferentes disciplinas, la participación coordinada de profesionales de la salud e incluso de otros sectores, es fundamental, pero todo esto debe comenzar porque en forma individual cada uno debe conceptualizar adecuadamente la situación.

EL LEGADO PARA LA SALUD

El legado, entendido como "aquello que se deja o transmite a los sucesores, sea cosa material o inmaterial" según el Diccionario de la RAE, ha permitido en el caso de la Salud, que se construya una Doctrina que se ha enriquecido con el paso del tiempo, desde la antigüedad, tanto en el plano universal como nacional.

Legado es algo que trasciende en el tiempo y que aumenta con el paso de los años, es lo que dejan los maestros a sus discípulos y es por esto que sus enseñanzas se multiplican más allá de la vida biológica del maestro.

Recientemente el Dr. Luis López Grillo, falleció a la edad de 88 años en Caracas, después de haber dedicado 62 años al ejercicio de la medicina y de estos más de medio siglo a la formación de cardiólogos, motivo por el cual es considerado el MAESTRO DE LA CARDIOLOGIA VENEZOLANA.

Fue heredero de pioneros de la especialidad en el país, los Dres. José Ignacio Baldó, Bernardo Gómez y Carlos Gil Yépez, de quienes aprendió y trasmitió a sus alumnos, además de la cardiología como especialidad clínica, la visión social y poblacional que requería una solución global que se cristalizó en el programa de prevención y control de las enfermedades

cardiovasculares que en la década de los años 60 inició el antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

El Dr. López Grillo recibió una sólida formación clínica sobre bases semiológicas y métodos diagnósticos del momento, en especial la electrocardiografía de los maestros de la cardiología mexicana encabezados por el Dr. Ignacio Chávez, quienes para el momento de su formación a fines de la década del cincuenta, constituían una referencia mundial heredera de la cardiología francesa y había desarrollado una escuela cardiológica de gran influencia en Latinoamérica y en especial en Venezuela.

Luego de haber trabajado en el programa cardiovascular en el oriente venezolano, se trasladó al Hospital Universitario de Caracas para coordinar el postgrado de cardiología de la Universidad Central de Venezuela y en el año 1969 viajó a Londres para un nuevo programa de formación en el National Heart Hospítal en donde bajo la dirección del Dr. Keith Jefferson complementó su preparación en especial el área de radiología cardiovascular y en donde tuvo la oportunidad de profundizar en la correlación morfofuncional con la clínica en una de las escuelas cardiológicas más importantes de Europa.

Aunque el Dr. López Grillo desde sus primeros años de ejercicio profesional tuvo una inclinación hacia la epidemiología cardiovascular, en la década del 70 tuvo la oportunidad de asistir a programas de entrenamiento en epidemiología clínica cardiovascular en Francia en donde complementó su formación en la madurez de su carrera.

Esta visión integrada de cardiología social, cardiología clínica, relación entre las ciencias morfofuncionales y la clínica, así como la epidemiología, le permitieron sintetizar los aportes de diferentes visiones y escuelas cardiológicas que con su capacidad integradora contribuyó a trasmitirle a sus alumnos en una forma sistematizada, elementos que definen una escuela cardiológica venezolana, con el equilibrio entre lo pasado y lo presente, entre lo foráneo y lo propio.

Además de su actividad científica y docente que lo llevó a escalar la carrera hasta ser Decano de la Facultad de Medicina de la UCV, también fue un humanista en el amplio sentido de la palabra y un amante de la naturaleza.

Soy uno de los muchos discípulos del Dr. Luis López Grillo. Tenemos la obligación de continuar trasmitiendo su mensaje y actuando en concordancia con las lecciones aprendidas de nuestro maestro, para que su legado siga vigente en el tiempo.

INCERTIDUMBRE EN SALUD

La incertidumbre es la falta de certidumbre o ausencia de certeza. Con la palabra incertidumbre se asocian mentalmente, en una u otra forma algunos términos como indecisión, inseguridad, duda, vacilación, azar, indeterminación, inseguridad, duda, temor, inquietud, desasosiego y muchos más, que generan angustia, la cual es aún mayor cuando se trata de salud o enfermedad, ya que en cierta forma es la percepción que la vida está en peligro, por la estrecha relación de la salud con la vida.

Cuando se habla por ejemplo que el inventario de medicamentos en laboratorios y farmacias tiene un plazo definido de tres meses, el paciente ve un horizonte muy cercano de riesgo, ya que no va a tener el tratamiento para su enfermedad, con el consiguiente aumento de probabilidad de presentar las complicaciones que a lo largo de los años, ha oído de su médico que si no recibe el tratamiento en una forma continua y oportuna, puede presentar complicaciones letales. Esta situación le genera al paciente una ansiedad que agrava aún más la enfermedad de base.

Si el médico indica un tratamiento y debe anotar varias opciones, porque por escasez o duda de la disponibilidad en Farmacias, le produce angustia y frustración al profesional de la salud, porque debe a veces indicar substitutos que no son adecuados, dosis basadas en la existencia de medicamentos disponibles más que en la evidencia científica. Por otra parte el paciente, percibe incertidumbre e inseguridad en la conducta del médico, y al recibir indicaciones múltiples con varias alternativas en las recomendaciones, aumenta la probabilidad de equivocación del paciente o sus familiares en el cumplimento del tratamiento.

La falta de insumos en Hospitales, bien sea medicamentos o material médico quirúrgico, genera aumento del costo y riesgo para el familiar del

paciente hospitalizado, ya que tiene que comprar una serie de artículos que sólo son para venta a establecimientos de atención médica, de tal forma que debe realizar un peregrinaje, la mayoría de las veces infructuoso, para buscar lo indicado, realizando compras al detal, a mayor precio, en horas de mayor riesgo, por ejemplo por la noche, con una percepción de urgencia vital para su familiar y generalmente con total desconocimiento de lo que está comprando, con las consecuencias obvias que tiene esta modalidad de compras, lo cual repercute en la calidad de atención y en el monto que tiene que pagar el familiar. Todo esto también produce incertidumbre y angustia.

De los productos ausentes o escasos, hay algunos que pueden tener sustitutos con efecto equivalente, pero hay otros que no pueden ser substituidos y esto por supuesto le da una sensación de inseguridad, desasosiego y temor al paciente, a los familiares y a los integrantes del equipo de salud, al dejar sin tratamiento fundamental al paciente, con el riesgo que esto produce.

Todo este escenario de falta de certidumbre en la prestación del servicio de atención médica, nos obliga a todos quienes tenemos la responsabilidad de brindar la mejor atención posible, a buscar fórmulas innovadoras, que permitan solventar esta situación a corto, mediano y largo plazo. Es indispensable que se apliquen correctivos a muy corto plazo, porque hay muchos pacientes para quienes la solución, mañana puede ser tarde, por lo tanto debe ser solventado el problema a la mayor brevedad posible.

El Estado Venezolano tiene una responsabilidad de primer orden en la búsqueda de soluciones, independientemente de cualquier tipo de consideraciones, ya que este problema repercute en la totalidad de la población que resulta afectada por esta situación.

SALUD EN CONFLICTOS

La Salud en conflictos, no es lo mismo que conflictos en la salud, ya que el orden de las palabras en este caso, cambia el sentido de la oración. Si se acepta que un conflicto se produce, cuando la resolución de un des-

acuerdo, conlleva una alteración significativa de la dinámica del grupo, institución, país o grupo de países, que incluso puede generar hechos violentos en casos extremos, se concluye que las instituciones de salud, van a actuar para ayudar a solventar las consecuencias que en los individuos producen esos hechos violentos. A esto se refiere el título de este artículo, o sea las instituciones de salud en el marco de conflictos violentos que producen como consecuencia daño a personas de ambos bandos o simplemente individuos que estaban como observadores para el momento de ocurrir los acontecimientos.

En los últimos meses en el marco de hechos violentos que han ocurrido en Venezuela, hemos visto con suma preocupación, la agresión a instituciones de salud, que en un momento dado puede ser que sea utilizada como servicio de los mismos agresores, ya que ninguna persona está exenta de la posibilidad de requerir servicios de atención médica para si mismo o para sus familiares o amigos, de ahí que es un contrasentido agredir a centros o personas que prestan servicios de salud, independientemente de su condición de ser públicos o privados.

Cuando se señalan servicios de salud, no sólo se refiere a la infraestructura, insumos o dotación de equipos, sino que también incluye a cualquier individuo que con su debida identificación, esté prestando atención médica a cualquier persona que tenga alguna consecuencia producto de heridas por armas de fuego, armas blancas, contusiones, gases tóxicos o en general cualquier situación que afecte la integridad de la persona.

Estas líneas pretenden estimular en la opinión pública la necesidad de entender que los servicios de salud, aún en las guerras más cruentas de la historia de la humanidad han sido respetados por los bandos contrincantes, salvo algunas lamentables excepciones. Es nuestra intención que nosotros en Venezuela, no vayamos a ser incluidos en esta lista de irrespeto a los derechos humanos en el extremo de agredir a nuestros benefactores.

En estos conflictos, todos los individuos e instituciones de salud, merecen el respeto de toda la población y cualquier agresión a estos servicios debe ser rechazada. Las autoridades competentes deben brindar la protección a los servicios de salud, ya que cualquier daño que deteriore sus instalaciones o lesione al personal de salud involucrado en la atención del

paciente, va a tener graves consecuencias en la salud de la población como un todo.

No sólo debe ser protegido el personal que está operando directamente en la atención del paciente en pleno conflicto, sino que también debe contar con las consideraciones de cada caso, que garantice su traslado hacia los centros asistenciales, ya que de lo contrario se afectaría en forma importante la calidad del servicio.

Aun en las peores crisis, la sociedad debe tener la sensatez de proteger las instituciones de salud cuya destrucción sería muy difícil reponer o reconstruir en corto plazo. En situaciones de conflicto, también las deficiencias de los servicios de salud se exacerban, de ahí que no se deben agregar otros factores adicionales que contribuyan al deterioro del servicio.

Para garantizar la salud, las instituciones de salud deben ser protegidas por toda la población, independientemente de su posición frente al conflicto existente. No se debe dejar rienda suelta a instintos primitivos de destrucción, cuyas consecuencias nos afectaría a todos.

BALDÓ Y LA SALUD

El Dr. José Ignacio Baldó egresó en la Promoción de Médicos de la UCV de 1920, sus integrantes son referencia obligada en la memoria histórica de la medicina venezolana y hoy a casi un siglo, siguen siendo fuente de conocimientos, los cuales pueden ayudarnos a encontrar fórmulas de solución a nuestra situación de salud.

El Dr. Luis Razetti en su acto de grado, se refirió a los graduandos en los siguientes términos: “creo muy difícil, casi imposible, que podamos volver a ver reunidos en un solo grupo, los alumnos que posean las mismas condiciones de inteligencia, amor al estudio y buena conducta en el grado que estos quince alumnos poseen estas cualidades. Ninguno de ellos es superior al otro, ninguno de ellos es inferior a los demás, todos son iguales en conjunto y desde el punto de vista de sus condiciones estudiantiles”.

Además del Dr. Baldó, formaron parte de este selecto grupo, los Dres. Bernardo Gómez, Martín Vegas, Gustavo Machado, Pedro Rodríguez Ortiz, Pedro González Rincones, Pedro Blanco Gásperi, Pedro A. Gutiérrez Alfaro, Pedro Del Corral, Andrés Gutiérrez Solís, Héctor Landaeta Payares, Julio García Álvarez, Guillermo Hernández Zozaya, Antonio José Castillo y Tello Olavarría. Todos se destacaron en las respectivas especialidades.

Conocí al Dr. Baldó en 1971 y tuve oportunidad de recibir sus enseñanzas, ya que fue un maestro que en sus propias palabras decía "Maestro no es aquel que nos enseña, sino quien logra moldearnos, quien sabe pasarnos un poco de su yo y aquel a quien nos vamos a sentir siempre ligados por una influencia que ha de ser mutua". El Dr. Baldó fue Maestro de varias generaciones de profesionales de la salud, no sólo de médicos, sino de todo el equipo de salud.

Desde 1940 comenzó a organizar un sistema de redes de servicios articulados por niveles de complejidad, con el fin de aumentar la cobertura poblacional, el cual llegaba hasta el medio rural disperso con la concepción de medicina simplificada con trabajadores de la salud procedentes y residentes en el medio donde ejercían. Esta visión tiene plena vigencia.

Promovió la formación de especialistas con visión clínica y epidemiológica, mediante la articulación de la institución académica universitaria con los servicios de salud, de tal forma que se entrenaba al profesional que el País necesitaba, para el sitio y el momento adecuado. Era una concepción clínico-epidemiológica con proyección social. El Dr. Baldó decía que "una enfermedad social no puede combatirse sino con remedios sociales".

Fundó la Asociación Pro Salud Respiratoria (APROSAR) en Caracas en la década del 40, con el fin de canalizar la participación de la Sociedad Civil a través de una organización no gubernamental, como apoyo a la Política de Estado de lucha antituberculosa. En esto también fue un visionario, porque el equilibrio entre el componente gubernamental y no gubernamental, es fundamental para la sostenibilidad de programas que trasciendan en el tiempo.

La construcción de una institución de alcance nacional, sede de un centro docente, asistencial y de investigación, como vértice de una pirámide de

las redes de servicios, fue una realidad con el Sanatorio Antituberculoso Simón Bolívar que constituyó una referencia internacional.

Aprender de las enseñanzas del Dr. Baldó, quien dejó un legado como clínico, sanitarista, gerente, docente y humanista, quien promovió la universalidad del acceso a los servicios de salud con una calidad excelente que se resume en sus palabras "la atención médica no puede ser diferente, tiene que ser una sola, la mejor que se pueda, para todos los seres humanos", debe ser una guía orientadora.

VISION DE FUTURO Y ACCIÓN

"Una visión de futuro sin acción simplemente es un sueño, una acción sin visión de futuro carece de sentido y una visión de futuro puesta en práctica puede cambiar el mundo". Con estas palabras hace algunos años finalizó una conferencia Joel Arthur Barkers, pionero en popularizar el concepto de cambio de paradigmas y experto en liderazgo y futuro, cuando EEUU en la década de los años 70 atravesaba por una compleja crisis política, económica y social. Hoy su mensaje tiene plena vigencia en las actuales circunstancias de Venezuela.

Barker se refirió en su conferencia al psiquiatra y neurólogo austriaco Viktor Frankl, quien sobrevivió desde 1942 hasta 1945 en la segunda guerra mundial en varios campos de concentración nazis, incluidos Auschwitz y Dachau, quien se propuso tres objetivos: sobrevivir, ayudar a los demás y aprender de la situación a pesar de las adversidades.

En las observaciones de Viktor Frankl encontró que la mayoría de las personas que sobrevivieron a las penurias de los campos de concentración, tenían como característica en común algo que hacer de gran importancia pendiente por hacer, algo o alguien que justificara el sacrificio. Tenían una visión de futuro.

Esta afirmación es válida tanto desde el punto de vista individual como organizacional, incluso en escala nacional. Tener un futuro con una visión positiva y trascendente, ayuda a superar cualquier dificultad.

Barker planteó las siguientes posibilidades hipotéticas de la relación entre la imagen positiva de futuro que tiene un individuo, organización o nación y el éxito logrado: La imagen positiva de su futuro es la razón del éxito o es el éxito una consecuencia de su imagen positiva del futuro. Después de un análisis histórico con un alcance de más de 2000 años hacia el pasado concluyó que "en gran medida una visión de futuro precede al éxito". Estableció que la secuencia se desarrolla con el siguiente patrón: Inicia con una imagen positiva de futuro sugerida en forma convincente por líderes que deben escuchar a la gente y debe ser producto de la exploración del mundo mediante la lectura de la realidad del momento, debe elaborar una visión de futuro coherente y convincente la cual debe compartirla con los integrantes del equipo, quienes al darle apoyo producen "una comunidad con visión de futuro", lo cual genera un sentido de direccionalidad con propósitos y objetivos que sirvan de marco de referencia para las acciones desarrolladas en forma conjunta que finalmente se transformen en acciones. La visión debe ser amplia y detallada en donde cada integrante del equipo tenga claro su lugar y responsabilidad definida. La visión debe ser positiva y alentadora y así mismo debe justificar el esfuerzo. Es importante señalar que los principios y valores deben estar en sintonía con el propósito y los objetivos. "Una vez establecida la comunidad con visión de futuro, el poder está en sus manos."

Del contenido de la conferencia de Barker se pueden derivar entre otras las siguientes enseñanzas: Es importante formar líderes en todos los niveles de la sociedad venezolana, ya que son éstos quienes generalmente generan la visión de futuro que luego compartirán con el equipo de colaboradores y finalmente se extenderá a todo el universo, bien sea de la organización o la comunidad en general. Esta visión compartida con direccionalidad debe ser convincente para que una masa crítica de personas asimile la idea de no acostumbrase a lo mediocre ni al "menos mal que" sino que asuma un rol protagónico a pesar de las adversidades, para construir una sociedad que se soporte en la verdad, el amor, la justicia y la paz.

COLOQUIO SOBRE SALUD

Coloquio sobre salud pretende ser una conversación que toma las ideas centrales del poema de Andrés Eloy Blanco, COLOQUIO BAJO LA PALMA, aplicado al tema de la salud en las circunstancias actuales..

En un momento de abundancia de discursos vacíos, de ofertas no cumplidas, de fomento de la mediocridad, de conformidad con lo mínimo necesario, de discusiones y propuestas que no responden a las necesidades sentidas de la población, de señalamiento de culpabilidades con un locus externo permanente, de ausencia de iniciativas sostenibles en una materia tan delicada como la salud y la vida, recordamos lo que nos dice el poeta: "Lo que hay que ser es mejor y no decir que se es bueno ni que se es malo". Este es un llamado a la excelencia, a la búsqueda constante de superación, a la innovación y creatividad, aún en crisis, con menos palabras y más acción, o sea ser y hacer más que decir.

Ante el exceso de individualismo, egoísmo, materialismo, inmediatismo, deseos de figuración, protagonismo mediático con proteccionismo demagógico, "Lo que hay que hay que hacer es dar más sin decir lo que se ha dado, lo que hay que dar es un modo de no tener demasiado, y un modo de que otros tengan su modo de tener algo". Este es un estímulo a compartir con humildad, un llamado al liderazgo nacional a generar fórmulas de consenso que se traduzcan en Políticas de Estado de Salud que trasciendan en el tiempo y un estímulo a los profesionales de la salud, para el trabajo en equipo, facilitando que todos tengan su modo de tener algo, de tener lo suficiente, sin necesidad de que sea demasiado. Es también una invitación a servir al paciente en forma callada y un llamado a la comunidad para que en forma organizada, genere y promueva las alianzas necesarias para lograr el mejor estado de salud posible para la mayor cantidad de personas, idealmente para toda la población, sin condicionamiento de ningún tipo por su carácter de universalidad.

"Lo que hay que hacer es saber, alumbrarse ojos y manos, y corazón y cabeza y después ir alumbrando" Es una valoración del estudio y la preparación para luego continuar trasmitiendo y multiplicando los conocimientos mediante la educación de otros para lograr una población saludable.

La formación del recurso humano en un área tan compleja como la salud, requiere programas de educación inicial y continuada que deben ser prioridad en cualquier propuesta.

Con un personal formado e informado, trabajando en servicios dotados y organizados, con objetivos definidos, enmarcados en Políticas de Salud con modelos eficientes de gestión, es factible lograr lo que queremos con los recursos disponibles.

Es importante recordar que en materia de salud pública, quien pida fórmulas de resultados inmediatos sin un esfuerzo sostenido en el tiempo, ignora la complejidad del problema, quien ofrezca soluciones mágicas que no estén soportadas en un trabajo serio, sostenido y con direccionalidad, miente a la población y quien crea que es factible resolver el problema de salud para toda la población, con paños de agua caliente que no van a la raíz del problema y que no sea producto de la convergencia de esfuerzos de múltiples sectores de la sociedad, es un ingenuo, de ahí que para no caer en falsas expectativas, es indispensable trabajar en conjunto con objetivos claros para la consecución de las metas planteadas.

Algunas lecciones que se pueden aprender de este poema publicado en 1955, son una invitación al trabajo, "trabajo es lo que hay que dar y su valor al trabajo", así como la exaltación de principios como el amor, la justicia, la libertad y la paz. "Lo que hay que hacer es amar lo libre en el ser humano".

SALUD. LEGADO DE LUIS RAZETTI

El 10 de septiembre, se cumplen 155 años del nacimiento del Dr. Luis Razetti en un país que tenía para esa fecha dos millones de habitantes, 80% de analfabetismo, 90% población rural, en plena guerra federal, con pocas vías de comunicación, con altos gastos militares, baja productividad y enfermedades endémicas que afectaban a la mayoría de la población con alto grado de desnutrición. En el plano familiar, en palabras del Dr. Razetti en su autobiografía escribió: "perdí a mi padre siendo aún niño y todo lo que soy se lo debo a mi madre".

En estas circunstancias, era difícil pronosticar que ese niño nacido en Caracas, en la esquina El Conde en 1862, sería uno de los venezolanos más prominentes, llamado por su obra, "renovador de la medicina venezolana", lo cual demuestra que la adversidad no es barrera para la realización de grandes obras, cuando se quiere y se trabaja con constancia.

Inició sus estudios de primaria en la Escuela del Niño Jesús y su madre, Emeteria Martínez de Razetti se encargó de su educación, porque su padre Luigi Razetti, había regresado a Italia, su país natal. Complementó su formación con el educador y jurista, Dr. Cristobal I. Mendoza, quien le dio lecciones particulares, luego inició la educación media y sus estudios de medicina, en la Universidad Central de Venezuela donde se graduó de Doctor en Medicina y Cirugía en 1884. Al poco tiempo viajó a ejercer en el medio rural durante 5 años y regresó en 1889 a su ciudad natal y ese mismo año viajó a Francia.

El Dr. Razetti fue polifacético y en todos los campos en los cuales incursionó, tuvo un desempeño excelente. Cirujano de avanzada, que junto al Dr. Pablo Acosta Ortiz modernizó la Cirugía venezolana, Obstetra, biólogo, médico con amplios conocimientos de salud pública.

Se le ha considerado "Maestro de Maestros" por su condición de docente formador de jóvenes universitarios, que luego fueron maestros de la medicina nacional y sentaron las bases del desarrollo de los programas de salud que tuvieron gran impacto en las décadas siguientes.

El 23 de junio de 1982, sus restos fueron traslados al Panteón Nacional con motivo del cincuentenario de su fallecimiento, como reconocimiento a "la poderosa influencia que ejerció el ilustre caraqueño en el renacimiento de la medicina vernácula" según consta en la carta de solicitud de la Academia Nacional de Medicina, en la cual califica al periodo comprendido entre 1893 y 1932 como la era de Razetti.

Nos dejó un legado tanto en el campo científico como humanista que ha sido reconocido a través del tiempo, pero en este artículo quiero destacar una lección importante que nos dejó y que poco ha sido comentada: SU CAPACIDAD DE LUCHA ANTE LAS ADVERSIDADES.

Luis Razetti nació en un momento lleno de dificultades políticas, económicas y sociales, perdió la figura paterna en forma prematura, estudió primaria y bachillerato en condiciones poco favorables y finalmente como el mismo lo señaló, en la Universidad Central de Venezuela, estudió "anatomía sin cadáveres, química sin laboratorios y clínica sin pacientes" para luego ejercer en el medio rural con condiciones socioeconómicas muy deterioradas.

Estas adversidades, fueron un estímulo para el joven profesional y antes que amilanarse, se creció, decidió superarse en la mejor academia mundial del momento y al regresar, comenzó un proceso de renovación docente y asistencial de la salud en Venezuela.

No sólo nos dejó lo que hizo, sino algo más importante: la forma como superó las dificultades para hacerlo, lo cual es un legado que debe servir de ejemplo para enfrentar la grave situación de salud nacional.

LA JUVENTUD EN LA SALUD

Una preocupación común que surge en las conversaciones entre los profesionales de la salud, es sobre el futuro de la medicina venezolana ante la migración masiva de jóvenes recién egresados de nuestras universidades, o incluso especialistas con grado de magister o doctorado que aún tienen muchos años por delante y que ante la incertidumbre han decidido emigrar o retirarse prematuramente del ejercicio profesional, bien sea en el campo docente, de investigación o asistencial, dejando un vacío difícil de llenar en las universidades o en los hospitales venezolanos.

Por circunstancias afortunadas tuve la oportunidad de leer un artículo publicado en la Revista de la Policlínica Caracas N. 30 año 1936, escrito por el médico y humanista español Gregorio Marañón, quien con el título de "legado de Pavlov a la juventud" se refirió a un aspecto poco conocido del sabio ruso Igor Pavlov, quien a pesar de las adversidades de las circunstancias que lo rodeaban, desarrolló investigaciones en fisiología digestiva, por las cuales recibió el Premio Nobel de Medicina en 1904.

Señala en el artículo el Dr. Marañón, que pocos días antes de morir, los jóvenes rusos le pidieron un artículo y fue el último mensaje del Dr. Pavlov, en el cual les escribió lo siguiente: "Que es lo que puedo desear –se pregunta– para la juventud de mi patria? Que seáis tenaces. Tenacidad, tenacidad, tenacidad; severidad inagotable en el afán de saber. No queráis, aunque vuestra juventud os impulse a ello escalar las cumbres de la verdad sin estudiar antes pacientemente sus cimientos. Acostumbraos a la templanza, a la paciencia. Los hechos humildes, no lucidos, son la base para avanzar sin tropiezos. La imaginación, la hipótesis de nada os valdrá. El ala del pájaro es perfecta, pero necesita el apoyo del aire. Vuestro espíritu está provisto de alas maravillosas; pero para elevarlos necesitáis el punto de apoyo, que son los hechos, pequeños, menudos, pero exactos. Más no os contentéis con recoger los hechos. La inteligencia de un hombre no debe ser un archivo. Hay que interpretarlos; hay que buscar sus leyes que rigen esos hechos. Aquí es donde está la suprema verdad.

Y después sed modestos. La juventud es petulante. Dominaos para no serlo. No creáis nunca que sabéis nada. Tened siempre el valor –fecundo– de reconocerlo. Huid del orgullo como de una peste mortal.

Finalmente, tened pasión, estudiad con pasión; quered la verdad con infinita pasión. La verdad exige la vida entera del hombre. Si tuvieseis dos vidas, tampoco os bastarían. Suplid la limitación humana con esa virtud, esencialmente juvenil. Trabajad con pasión".

El Dr. Marañón era un defensor del trabajo como requisito fundamental para el logro del éxito, de ahí que en este artículo nos presenta una cara poco conocida de Pavlov. Hay una anécdota que describe que en una oportunidad el Dr. Marañón estaba trabajando y en el momento de una conversación informal, uno de sus alumnos le comentó: "Maestro, usted ha tenido mucha suerte, porque ha sido muy exitoso en su profesión, entonces él le contestó: Usted tiene razón, pero no sabe cuánto trabajo me ha costado tener esa suerte".

En la historia de la humanidad las migraciones han sido una constante, pero en Venezuela el fenómeno de emigración cuantitativamente importante había sido muy limitado y no tiene precedentes, pero que además tiene características adicionales, como son la juventud y el alto nivel aca-

démico de los emigrantes, de ahí que este vacío debe ser llenado. Este mensaje, aunque tiene validez universal, va dirigido con especial énfasis a los jóvenes que optaron por seguir construyendo el País desde adentro.

PSICOECONOMIA EN LA SALUD

La vinculación entre la psicología y la economía en un sector tan sensible como la salud, es un tema amplio y complejo que no es posible cubrirlo en profundidad en pocas líneas, pero que, si es conveniente llamar la atención con ejemplos de la vida diaria del ciudadano común, la forma como mutuamente interactúan y a su vez afectan en forma importante la salud de la persona y por lo tanto su vida.

La economía tiene leyes fundamentales que sirven de marco conceptual para el desarrollo de modelos económicos y sustentar planes en diferentes campos, pero a veces no toman en cuenta circunstancias muy puntuales que condicionan la conducta de las personas a quienes van dirigidos esos planes y que por lo tanto cuando se enfrenta la teoría y la práctica, no hay los resultados esperados, lo cual nos lo decía "yogi" Berra, célebre y recordado por sus hazañas en el beisbol, pero también por sus frases cortas que condensaban enseñanzas para la vida real: "En teoría, no hay diferencias entre práctica y teoría, pero en la práctica si".

Recientemente el economista estadounidense, Richard Thaler recibió el Premio Nobel de economía por la contribución al estudio de la economía conductual que se puede aplicar desde el punto de vista individual, pasando por el organizacional hasta llegar al plano nacional o mundial, la cual desarrolla las tendencias cognitivas y emocionales humanas y sociales para permitir un mejor conocimiento y lograr una mejor comprensión de la toma de decisiones en materia económica.

Una situación que sirve de ejemplo para ilustrar como la falta de un análisis integral de un problema de salud, trae como consecuencia problemas que afectan en forma importante a toda la población, independientemente de condiciones económicas, sociales, políticas o de cualquier orden, es la falta de disponibilidad del medicamento específico para el tratamiento

de la enfermedad, al alcance de toda la población y en forma oportuna y permanente.

Si desde el punto de vista teórico se analiza una enfermedad específica, por ejemplo Hipertensión arterial, se determina su prevalencia, o sea el número de personas con esa enfermedad, se evalúan las guías vigentes de tratamiento, se definen los medicamentos indispensables, sus dosis y por ser una patología crónica, se calcula el número de medicamentos por persona. Se investiga la cantidad de materia prima que se requiere y si en este ejercicio teórico se decidiera la adquisición o suministro de la materia prima o se importaran los productos elaborados para que cubrieran un año de la demanda, entonces se esperaría que estaría resuelto el problema, pero si esta decisión se toma cuando ha habido un periodo de 6 meses por ejemplo, de falla de los medicamentos en la red de farmacias y si hay señales de control excesivo de la cadena de distribución con funcionamiento de redes de ventas paralelas a precios superiores de los esperados, entonces inmediatamente los usuarios que tengan la disponibilidad financiera y se informen de la existencia del medicamento, actuando por una necesidad vital, pensando en su supervivencia, compran y garantizan el tratamiento por seis meses para evitar fallas futuras, entonces en poco tiempo se volverá a presentar la falla del producto, generando un círculo vicioso, resultado fundamentalmente de la desconfianza lo cual genera un patrón de conducta que desvía la teoría del modelo económico inicial y por lo tanto los resultados no son los esperados.

Este es solo un ejemplo del acontecer diario de la población venezolana en materia de salud y es un llamado para que se busquen fórmulas integrales, pensando en el individuo.

AGERASIA Y LA SALUD

Agerasia puede ser definida como el envejecimiento saludable, o sea que aunque desde el punto de vista cronológico forme parte del grupo de la tercera edad disfrute de una calidad de vida adecuada sin los achaques propios de este grupo etario.

Se han establecido límites arbitrarios en 65 años, pero este es un criterio cuantitativo útil para fines estadísticos o programas de salud pública, pero cuando se individualiza el enfoque, se encuentran menores de 65 años con peor calidad de vida que algunos septuagenarios, octogenarios o nonagenarios.

Llegar saludable a edades avanzadas es una corresponsabilidad del propio individuo, de la familia, del medio laboral y social, así como también del gobierno y de las organizaciones no gubernamentales, que en conjunto deben desarrollar Políticas de Estado que promuevan la salud en forma integral.

El índice de envejecimiento que expresa la relación entre la cantidad de adultos mayores de 65 años por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años, ha aumentado en forma sostenida, lo cual cambia la forma de la pirámide poblacional con un importante impacto en las Políticas sociales de los países.

Una de las formas de conocer en vida real la agerasia, es hablar con personas longevas y oír sus reflexiones y consejos. A continuación voy a citar varios comentarios sobre la ancianidad de una persona que murió a los 100 años de edad en excelentes condiciones generales, o sea un ejemplo de agerasia, con quien tuve oportunidad de compartir la preparación de conferencias, videos y libros que realizó después de haber cumplido 90 años, lo cual como ella lo señalaba, le daba autoridad, porque estaba diciendo lo que ella estaba haciendo y le había dado buen resultado.

Insistía que la "ancianidad es consecuencia de la juventud" y que "el camino de la vida da lo que sembramos, una cosecha de espinas o de flores" y que la siembra "muchas veces supone sacrificios y privaciones, cuyos resultados se verán en el futuro". Señalaba que "los jóvenes con frecuencia cometen dos errores: Pensar que nunca serán viejos y pensar que los viejos nunca fueron jóvenes". La primera lección es que para ser un individuo longevo saludable, es fundamental prepararse desde la juventud.

Le dio mucha importancia a la permanente actitud de aprendizaje que la persona debe tener y conservarla toda la vida, sin cesar de aprender. En una conferencia que dictó a los 93 años de edad sobre el aprendizaje en la ancia-

nidad, señaló: "yo me propongo romper con la creencia que se refleja en el refrán que dice que loro viejo no aprende a hablar, yo pienso que loro viejo si aprende no sólo a hablar, sino a cantar, a jugar, a pintar y en general a vivir" la segunda lección es que se puede y se debe aprender a cualquier edad.

Decía que la memoria se debe ejercitar toda la vida, incluyendo las edades avanzadas. Lo ejemplificaba con lo siguiente: "Yo comparo la memoria con el cuento de un grupo de jóvenes que hicieron una apuesta para ver quien levantaba un becerro grande y ninguno lo pudo levantar, pero un anciano que estaba en el grupo, lo alzó con facilidad, porque lo había levantado todos los días desde que el becerro era pequeño. Así es la memoria, hay que utilizarla y ejercitarla desde la juventud" La tercera lección es la necesidad de cultivar la memoria desde la juventud.

Como cuarta lección destacaba que era muy importante tener razones para vivir e iniciar proyectos y mantenerse en actividad. Cuando murió dejó algunas pinturas aun no concluidas y obras en desarrollo como muestra de esta posición. Estos son sólo algunos consejos, pero lo importante es tener presente que la agerasia es posible.

COMUNIDAD Y SALUD

La palabra comunidad está vinculada desde el punto de vista etimológico con palabras como conjuntamente, en común, corresponsabilidad y cooperación. La comunidad humana es uno de los tres elementos fundamentales que el Dr. Ambrosio Oropeza los calificó como definitorios o condicionantes del Estado, conjuntamente con el territorio y el gobierno propio en el capítulo I de su libro la Nueva Constitución Venezolana.

La identificación de Estado con gobierno, ha sido un error histórico que se ha repetido y se repite en la historia venezolana. El gobierno es parte del Estado, pero no es sinónimo de Estado, ya que este tiene un componente fundamental que lo forma la "gente" que habita en ese territorio y que tiene mayor permanencia en el tiempo que el componente gobierno, de ahí que los problemas fundamentales requieren Políticas de Estado para lograr soluciones permanentes.

La Salud de una población, por su complejidad requiere que los planes vayan más allá de la gestión de un gobernante, o de un periodo gubernamental e incluso necesita que trasciendan los límites de varios períodos gubernamentales, enmarcados en Políticas de Estado, ya que cinco o seis años no son suficientes para modificar en forma sostenida los indicadores de salud que efectivamente reflejen una población saludable.

El término utilizado por el Dr. Oropeza como elemento "fundamental definitorio o condicionante del Estado" no se refiere sólo a las personas habitando un territorio específico con un gobierno propio, en forma desarticulada, sino que menciona los conceptos de "asociación o comunidad humana" que involucra una corresponsabilidad y cooperación entre los componentes gubernamentales y no gubernamentales.

Lo que nos enseña la historia es que cuando hay una relación equilibrada entre comunidad y gobierno, como corresponsables de una Política de Estado en un territorio definido, hay más probabilidades que tenga resultados exitosos y sobre todo sostenibles.

Cuando esa comunidad humana tiene memoria histórica, identidad propia y propósito definido, se genera una fuerza vital que garantiza la continuidad de los planes y si a su vez cuenta con el apoyo gubernamental con acciones enmarcadas en Políticas de Estado, en este caso Políticas de Salud, se pueden modificar positivamente los indicadores de salud.

En temas como Salud la acción conjunta no es una opción, sino la única posibilidad, ya que el pasado nos enseña que el recurso financiero es necesario, pero no suficiente.

La conexión con las Políticas, estrategias y planes de Salud que permitieron la erradicación y el control de muchas enfermedades que hoy resurgen, deben servir de insumo para el desarrollo de nuevas Políticas de Salud, que sean complementadas con la incorporación de nuevos elementos tecnológicos como por ejemplo la telemedicina, la educación a distancia, el uso de redes sociales y en fin una serie de herramientas que faciliten el desarrollo de acciones en la actualidad.

Es fundamental que en estos temas de tanta trascendencia como la Salud, exista una relación sin prejuicios entre los diferentes sectores, ya que todos somos necesarios para solucionar sus fallas, pero también todos somos vulnerables de sufrir las consecuencias de sus fallas.

En esta materia la disyuntiva es "todos o nadie", ya que hay múltiples enfermedades o situaciones condicionantes de las mismas, en las cuales para poder estar protegido individualmente es indispensable que exista una protección de la población como un todo. No bastan estrategias individualistas e individuales, sino estrategias poblacionales e incluyentes en donde la meta sea la búsqueda de la salud para toda la población.

EXCESOS EN SALUD

"Lo óptimo: la mesura", es un refrán presocrático que ha resistido la prueba del paso del tiempo y que, aunque mesura coloquialmente se utiliza como sinónimo de medida, cuando se estudian sus raíces y etimología, tiene una connotación que ubica a la mesura entre los límites del defecto y el exceso, pero que en el contexto del refrán, va más allá de este amplio rango y se coloca en un punto de más precisión y equilibrio, que es "lo óptimo".

El equilibrio relacionado con la salud y el desequilibrio con la enfermedad, nos viene desde la antigua Grecia hace aproximadamente 2500 años, cuando Hipócrates, considerado el "Padre de la Medicina", hablaba de equilibrio y desequilibrio de los humores del cuerpo como forma de expresión del estado de salud.

En algunas épocas del año, se pierde con más frecuencia el ritmo habitual de la cotidianidad, se pierde el equilibrio de los hábitos de vida y se cometen excesos lo cual trae como consecuencia desajustes que conducen a la reagudización de enfermedades crónicas que estaban controladas y que puede poner en riesgo la vida de la persona.

En los próximos días navideños, es importante evitar excesos. Es frecuente que en los días siguientes a estos periodos, la consulta médica de emergencia aumente, precisamente como consecuencia por ejemplo de

transgresiones en la nutrición o exceso de bebidas alcohólicas. Personas por ejemplo con hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca o diabetes mellitus. Como consecuencia de estos excesos pueden descontrolarse y perder el equilibrio que habían logrado en relación a su enfermedad.

Esta situación se agrava, porque la disponibilidad del arsenal terapéutico con medicamentos disponibles que sean adecuados a las necesidades del paciente, es cada vez más difícil y las opciones de falla del tratamiento específico para resolver la complicación es frecuente, lo cual puede tener consecuencias fatales para el paciente.

Algunos consejos para las personas, sobre todo para el paciente que tiene enfermedades crónicas que requieren tratamiento por tiempo prolongado o por toda la vida son los siguientes: Asegúrese que tiene disponibilidad de medicamentos para cumplir su tratamiento durante el próximo periodo de vacaciones y en caso de no tener completo el tratamiento, por ejemplo para el próximo mes, no espere que se le termine, sino que acuda a su médico y le plantea la situación, para que de ser posible le indique algún tratamiento que substituya el medicamento que no está disponible. Recordar que hay algunos medicamentos que si son interrumpidos bruscamente, pueden tener un efecto de "rebote" y por ejemplo si es hipertenso puede ocasionarle una elevación brusca de presión arterial.

Lo que depende del paciente, debe asumirlo y evitar trasgresiones de alimentación, trasnochos, exceso de ingestión de bebidas alcohólicas, tabaquismo y todas las situaciones que puedan descompensarlo. Lo que corresponde a la familia, sobre todo en personas ancianas quienes son muy frágiles y dependientes, también debe estar orientado a contribuir al mantenimiento del equilibrio de la salud del paciente, brindándole todo el apoyo necesario en el cumplimiento del tratamiento que a veces por ser personas con múltiples enfermedades, también tienen tratamiento con varios medicamentos que pueden tender a confundirlos y omitir o repetir dosis, trayendo como consecuencia deficiencias por defecto o por exceso.

La actitud proactiva hacia la prevención de la enfermedad o de sus complicaciones, es fundamental para lograr una salud estable y duradera que permita que la persona disfrute no solo de más años de vida, sino de más calidad de vida de los años.

COCREAR EN SALUD

El prefijo "co" significa estar o hacer algo juntos y cuando antecede a la palabra crear entendida como hacer algo nuevo, se refiere a una estrategia innovadora que contempla actividades conjuntas entre una organización o empresa y sus usuarios o clientes, con un resultado sinérgico producto de la interacción proactiva de las partes.

En el caso de la salud, dada su complejidad y su relevancia derivada de su estrecho vínculo con la vida del individuo, se puede encontrar una cadena de organizaciones, empresas, clientes y usuarios, que en algunos casos más que cadena es una red que interactúa en función de un servicio que satisfaga las expectativas de todos.

Es un modelo que substituye al tradicional modelo pasivo, pero es importante destacar que para que tenga éxito requiere escenarios que permitan que este proceso se lleve a cabo. Un ejemplo de estos escenarios lo constituyó el IV Congreso de Salud con énfasis en cardiología realizado en Berlín desde el 9 hasta el 11 de noviembre pasado, en el cual muchos de los involucrados en el proceso de brindar la salud cardiovascular a la población, se dieron cita en el mismo.

El Profesor Hugo Sanner, Director del evento, señaló que "este congreso contribuyó a la transferencia de los resultados de la investigación a la práctica clínica, mediante la interacción de los involucrados en búsqueda del beneficio de todos. Los pacientes, los investigadores, los ingenieros y técnicos, la industria, las autoridades de salud, las instituciones de atención médica y en general instituciones y personas que pueden contribuir y que se beneficiarían de un buen resultado generaron un proceso de creación innovadora de aplicaciones clínicas. Los clínicos aprendieron la aplicación de las herramientas más importantes de cardiología y salud para su utilización en la clínica diaria".

Este ejercicio de cooperación debe realizarse entre los involucrados en la prestación de los servicios de salud de Venezuela y es necesario crear foros de debate orientados a estudiar el problema de la salud de la población venezolana con el objetivo de formular propuestas de solución a un

problema fundamental de alta complejidad y repercusión en la calidad de vida del venezolano.

Deben reunirse las universidades, Academias, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Instituto Venezolano de Seguro Social, institutos tecnológicos, industria metalmecánica, industria electrónica, laboratorios farmacéuticos, droguerías y farmacias, hospitales y clínicas, colegios de profesionales, organismos financieros, y en general todos los potenciales involucrados en la ejecución de soluciones innovadoras en materia de salud.

La relación equilibrada entre la comunidad humana y los entes gubernamentales con una visión de cocreación innovadora es la única vía que puede permitir el desarrollo y aplicación de planes de salud sostenibles en el tiempo.

Es fundamental que las partes tengan una posición de apertura, inclusión y aceptación de la necesidad los aportes de todos, de tal forma que se generen grupos de trabajo que consoliden a largo plazo Políticas de Salud que estén por encima de cambios circunstanciales de gobierno o gobernantes y que tengan como soporte y norte a un usuario satisfecho.

Estas propuestas suponen visualizar la situación de salud con una óptica de trecientos sesenta grados y con una visual del tiempo que se mide en décadas y no en meses o años, en donde las ejecuciones de los planes trasciendan la gestión de un gobernante o de un gobierno con medición de impacto, evaluación objetiva de la gestión y con autocrítica seguida de voluntad de corrección.

EL MÉDICO Y LA SALUD

En uno de sus aforismos, Hipócrates Padre de la Medicina, hace alrededor de 24 siglos señaló que “No basta que el médico haga por su parte cuanto debe hacer, si por la suya no ocurren al mismo objeto, el enfermo, los asistentes y demás circunstancias exteriores”.

Esta antigua sentencia, hoy tiene plena vigencia, porque el médico venezolano ejerce con "circunstancias exteriores" que afectan negativamente el resultado final del acto médico.

Cuando se habla de salud, uno de los factores fundamentales que se relaciona con el éxito o fracaso de la cadena de componentes que afectan la salud del individuo, es el médico, pero muchas veces en nuestro medio, el acto médico no es suficiente o no tiene directamente influencia en la evolución de la enfermedad.

A manera de ejemplo, en el caso de epidemias como el dengue, chicungunya o Zika, el médico recibe al paciente y puede tomar algunas medidas que tienen un impacto limitado desde el punto de vista de salud pública, porque la raíz del problema está fuera del consultorio y es fundamentalmente ambiental. Cuando el médico hace un diagnóstico correcto, pero el paciente interrumpe el tratamiento indicado, porque no lo encuentra en el mercado o porque no está al alcance de sus posibilidades económicas, también son "circunstancias exteriores" que están fuera del alcance del médico. Si un médico indica un procedimiento complementario para realizar el diagnóstico, que requiere del funcionamiento adecuado de un equipo determinado, pero el mismo no está funcionando por falta de repuestos o de insumos, tendremos que también son "circunstancias exteriores" que el médico no puede solucionar, aun cuando tenga los conocimientos necesarios.

En la actualidad, el ejercicio médico se ha complicado, porque muchas veces debe indicar el medicamento que hay disponible y no la mejor opción, o en otros casos si la presentación del mismo, es una tableta de mayor cantidad de miligramos, entonces se debe recurrir a partirla, lo cual no garantiza que los miligramos del principio activo se distribuyan por igual entre las partes.

El médico puede hacer mucho esfuerzo, pero no es lo suficiente si las "circunstancias exteriores" no tienen un mínimo de condiciones favorables. Para que el acto médico se complemente con un plan diagnóstico más preciso acorde con la tecnología actual, es necesario que existan condiciones que faciliten la adquisición de equipos y el suministro de repuestos que le permitan tener una vida útil que justifique su inversión.

El deterioro del parque tecnológico de equipos médicos requiere un programa de renovación y mantenimiento. La falta de medicamentos o la disponibilidad paroxística que obliga a cambios frecuentes de los esquemas de tratamiento con el consiguiente aumento de riesgo para el paciente, es necesario que sea analizada objetivamente para establecer un conjunto de medidas que permitan la disponibilidad del arsenal terapéutico indispensable para tratar a los pacientes de acuerdo a las guías soportadas en la investigación científica. Estos problemas afectan a toda la población sin ningún tipo de distinción y pueden tener consecuencias fatales. Es posible que una persona tenga todos los recursos financieros disponibles o las posiciones políticas o administrativas de más alto nivel, pero si no tienen el medicamento o el equipo adecuado en forma oportuna, a veces de manera inmediata, las horas o minutos cuentan y puede ser tarde cuando lleguen.

Es urgente que los involucrados en la solución de estas "circunstancias exteriores" busquemos en conjunto las fórmulas viables a corto, mediano y a largo plazo.

MIGRACIÓN Y SALUD

La migración es el desplazamiento geográfico de individuos o grupos, condicionado por múltiples causas. Puede ser dentro o fuera de un país. Esto tiene repercusiones para el individuo y la comunidad, bien sea que se trate de emigración o de inmigración. El impacto en el individuo siempre ocurre, pero a nivel colectivo depende de la magnitud. La migración entre países tiene múltiples connotaciones. El tema es amplio y no es la intención tratarlo en su totalidad, pero si es importante reflexionar en nuestro caso, sobre el impacto de la migración en la medicina venezolana.

En años anteriores la migración de otros países favoreció a Venezuela, por ejemplo los patólogos encabezados por Rudolff Jaffé a mediados del siglo XX quien luego fue seguido por otros patólogos que desarrollaron la anatomía patológica en diferentes ciudades, por ejemplo Hans Doehner en Barquisimeto y Karlhanns Salfelder en Mérida. En otras áreas el Dr. Augusto Pi y Suñer fundador del Instituto de Medicina Experimental de

la UCV y maestro de la generación de jóvenes que luego conformaron el cuerpo de docentes e investigadores de fisiología en Venezuela o el Dr. Manuel Corachán, fundador del Instituto de Cirugía Experimental quien contribuyó a la consolidación de la Escuela de Cirugía en el país. Los Dres. Pi y Suñer y Corachán formaron parte de un grupo de profesionales que emigró de España a Venezuela y son ejemplos de aportes positivos del proceso migratorio en la salud del país.

En el caso de algunas especialidades la migración ha tenido efectos positivos, por ejemplo la Cardiología en donde la situación fue diferente, porque los pioneros de la cardiología venezolana en las décadas del 40, 50 y 60, emigraron a diferentes países, en especial a Francia y México, para regresar y sentar las bases de la cardiología venezolana. En las décadas siguientes se comenzaron a formar cardiólogos en Venezuela y el motivo de la emigración era para entrenarse en áreas específicas de la cardiología, en especial en EEUU y luego retornar a Venezuela para contribuir a la consolidación de la especialidad. Con algunas variantes, este proceso ocurrió en diferentes campos de la medicina venezolana y esto tuvo consecuencias muy favorables.

En la actualidad está ocurriendo un hecho sin antecedentes en nuestro país, que se ha acentuado en los últimos años y que consiste en la emigración masiva de médicos con múltiples destinos, en especial EEUU, España y Suramérica. Las cifras son variables, dependiendo de la fuente de información, pero independientemente de la exactitud de las mismas, la realidad es que ha tenido una tendencia "in crescendo", lo cual debe ser motivo de reflexión y estudio, ya que las consecuencias ya se están presentando, porque el vacío no se puede llenar en forma inmediata, sino que requiere décadas para formar el reemplazo del especialista emigrante. Este fenómeno no sólo se refiere a médicos, sino también a profesionales de enfermería, psicología, cardiopulmonares, fisioterapeutas, ingeniería electrónica, bioingeniería, ingenieros de sistemas, analistas y demás personal que presta servicio de mantenimiento de equipos o diseño de programas que soportan la gestión de salud, lo cual agrava aún más la situación.

Esta fuga de talentos tiene múltiples causas y tiene y tendrá consecuencias graves para los servicios de salud. Este problema es de alta comple-

jidad y no sólo debe verse desde un enfoque cuantitativo, sino que tiene un componente fundamentalmente cualitativo que nos obliga a todos a buscar estrategias que eviten la fuga, estimulen el retorno y promuevan la formación.

ANDRÉS BELLO Y LA SALUD

Andrés Bello es reconocido como filósofo, filólogo, poeta, educador, traductor, diplomático, maestro del libertador Simón Bolívar, primer rector de la Universidad de Chile y por múltiples actividades en el mundo de las letras, pero poco conocido en el escenario de la salud, de ahí que es interesante recordar algunos aspectos de su vida en relación con la medicina.

Escribió el Dr. Ceferino Alegría, profesor de historia de la medicina de la Universidad Central de Venezuela que "durante el año 1791 llegó a Caracas el Dr. Manuel Carmona procedente de Santo Domingo, donde había desempeñado las Cátedras de Prima y Vísperas de Medicina en la Universidad Real y Pontificia de Santo Tomás de Aquino, quien manifestó sus deseos de fundar en Caracas una Academia de Anatomía como base fundamental para la carrera de cirugía, lo cual despertó gran entusiasmo en la juventud. El Dr. Carmona aceptó a veinte jóvenes estudiantes, entre quienes estaba Andrés de Jesús María y José Bello López, quien tenía doce años y se inclinó desde su adolescencia por los estudios de medicina, interés que mantuvo durante toda su vida".

Cuando llegó a Caracas en 1804 la Real expedición filantrópica de la vacuna antivariólica de Francisco Javier Balmis, se instaló la Junta Central de la Vacuna, la cual dejó de funcionar en 1806 y se reinstaló al año siguiente, con la participación del joven Andrés Bello. Es importante recordar que la viruela era un importante problema de salud pública y la posibilidad de prevenirla constituyó un hito en la medicina, lo cual lo plasmó como hombre de letras en su obra Oda a la vacuna en la cual describió los estragos que hacía la epidemia, independientemente de la condición social: "el palacio igualmente que la choza se ve de luto fúnebre cubierto". En el mismo poema destacó la importancia del hecho y elogió la obra del Rey Carlos IV de España: "Carlos manda; y al punto una gloriosa expedición de

sus inmensos dominios el salubre beneficio de aquel grande y feliz descubrimiento".

Escribió sobre sífilis, cólera, bocio endémico, administración de remedio por absorción cutánea, sangre, digestión, administración hospitalaria e historia de la medicina. Tuvo una visión integral de la salud, como lo expresó en el discurso inaugural pronunciado en la Universidad de Chile el 17 de septiembre de 1843: "La medicina investigará, siguiendo el mismo plan, las modificaciones peculiares que dan al hombre chileno su clima, sus costumbres, sus alimentos; dictará las reglas de la higiene privada y pública; se desvelará por arrancar a las epidemias el secreto de su germinación y de su actividad devastadora; y hará, en cuanto es posible, que se difunda a los campos el conocimiento de los medios sencillos de conservar y reparar la salud".

Andrés Bello tenía una alta estima por la ciencia médica, al señalar "no hay profesión más importante y que exija más saber que la medicina" y así mismo invitaba a estudiar y formarse sobre las bases más cercanas del origen del saber, así como a formarse un criterio propio "Aprended a juzgar por vosotros mismos. Aspirad a la independencia del pensamiento, bebed en las fuentes, a lo menos en los raudales más cercanos a ellas".

Le dio especial importancia a la educación médica y a la academia en general. Hace un llamado de atención que se puede escribir en presente, porque tiene hoy plena vigencia: "La riqueza de un país no consiste siempre en su crédito y en sus recursos pecuniarios; es preciso que además sepa proveerse a sí mismo, y cuando haya llegado a tal estado, entonces debe considerarse no solamente rico, sino también libre e independiente".

EVIDENCIA CIENTÍFICA Y SALUD

El médico en el ejercicio profesional debe decidir sobre el diagnóstico y tratamiento del paciente. Esta decisión desde la antigüedad se había basado fundamentalmente en la observación y descripción de los síntomas y signos de los pacientes y la evolución que tuviera en el tiempo al recibir el tratamiento que en los diferentes momentos de la historia

se utilizaran. La acumulación del conocimiento producto de los pacientes tratados, desarrollaba y desarrolla experiencias previas que sirven de base para decidir la conducta ante pacientes con similares situaciones. Esta experiencia generalmente es individual, aunque también puede ser compartida y registrada sistemáticamente y puede generar una información importante y útil. El desarrollo de las bases anatómicas, fisiológicas, fisiopatológicas y farmacológicas, también se incorporaron como fundamentos para sustentar el diagnóstico y tratamiento, lo cual unido a la experiencia del médico, permitió y permite una mejor aproximación.

Todo este cuerpo de conocimientos producto de la práctica diaria, se puede denominar medicina basada en experiencia, lo cual tiene aún plena vigencia. En las últimas décadas se incorporó el término medicina basada en evidencia, cuando la experiencia se complementa con el producto de los avances de la investigación, o sea en evidencias científicas derivadas de los estudios de tipo diagnóstico, pronóstico y de tratamiento, que han sido realizados metodológicamente de una forma adecuada, con criterios de rigurosos de validez.

La epidemiología clínica realizó aportes importantes para la lectura crítica de la información producto de investigaciones científicas que han sido materia de discusión en los diferentes niveles de la formación del profesional de la salud.

En los últimos años en Venezuela se ha incorporado el término de "medicina basada en la existencia", porque debido a las fallas en las instituciones de atención médica, el médico debe complementar su conducta diagnóstica y terapéutica con "lo que hay disponible". En otras palabras el médico trata de hacer lo "factible con lo disponible", lo cual muchas veces se aleja de lo que dicen las guías, protocolos y normas internacionalmente aceptadas, porque no hay el recurso disponible deseable. A veces hay que regresar a viejas conductas terapéuticas, aun cuando se conocen las ventajas de nuevas terapias, como por ejemplo la indicación de viejos anticoagulantes, porque los nuevos no se encuentran en forma permanente y el médico se ve obligado a cambiar sus esquemas de tratamiento con el consiguiente incremento de riesgo de sangrado o trombosis o en enfermedades infecciosas en las cuales se debe usar un

antibiótico determinado y el médico debe indicar el medicamento que esté disponible, aun en conocimiento de que el resultado no va a ser el deseable.

Este proceso de diagnosticar sin tener toda la información deseable, tratar con lo que se encuentre y hacerle seguimiento al curso de la enfermedad con recursos insuficientes, es lo que se puede llamar medicina basada en existencia, en la cual el juicio clínico del médico, el sentido común, la intuición y la creatividad, entran en juego para tratar de solventar la situación de la mejor forma posible.

El acto médico se ha tornado más complicado de lo que era habitualmente, porque el paciente se expone a un riesgo mayor, tanto por la propia enfermedad, como por el tratamiento que recibe o deja de recibir en forma adecuada y oportuna. Es indispensable realizar un plan entre los involucrados en el sector salud, para solventar este grave problema que nos afecta a todos.

POBREZA Y SALUD

"Hombres y mujeres se enferman porque son pobres, se vuelven más pobres porque están enfermos y más enfermos porque son más pobres". Esta es una afirmación del destacado bacteriólogo norteamericano y especialista en Salud Pública Dr. Charles Winslow.

La pobreza y la enfermedad por lo tanto, forman a su vez parte fundamental de un círculo vicioso, ya que la población enferma demanda atención curativa que en muchas ocasiones genera un impacto financiero importante en los servicios de salud en detrimento de la inversión para la promoción de la salud y prevención, produciéndose por lo tanto más enfermedad. Por otra parte la enfermedad disminuye la fuerza laboral y la productividad, contribuyendo a incrementar la pobreza. Una población pobre y enferma, a su vez va a tener menos probabilidad de superación académica, incorporando la ignorancia a ese círculo vicioso que se perpetúa en el tiempo: pobreza, ignorancia y enfermedad.

En la condición actual, con una contracción sostenida del Producto Interno Bruto asociada a una hiperinflación, independientemente de la posición que se asuma para explicar esta situación económica, se concluye que este círculo vicioso afecta a toda la población que reside en el territorio venezolano.

Además de la repercusión general señalada antes, hay algunos aspectos específicos del sector salud que afectan la cotidianidad en la atención del paciente. Es importante mencionar algunos de estos bienes y servicios.

El servicio eléctrico deficiente y el deterioro de la calidad de programas de mantenimiento y reparación de equipos médicos, condicionado por la emigración de personal entrenado y calificado de bioingeniería y por la falta de repuestos disponibles en los inventarios de las empresas, ha traído como consecuencia la paralización de equipos complejos con la consecuente disminución de oferta del servicio y el congestionamiento de los servicios que cuentan con los pocos equipos que continúan funcionando.

La paralización, emigración o cierre de empresas farmacéuticas afecta la disponibilidad de medicamentos en forma continua con la variedad necesaria para que el médico disponga de un arsenal terapéutico adecuado a las características específicas de cada paciente, ha traído como consecuencia la imposibilidad de cumplimiento de tratamiento o la necesidad de dedicar una parte importante de su salario para poder cumplir las indicaciones, con las consecuencias potencialmente letales para un grupo importante de pacientes.

La deficiencia de servicios de transporte que garanticen el traslado seguro, oportuno y continuo del personal de salud, ha producido un aumento del ausentismo laboral o retardo en el inicio de sus labores, lo cual va en detrimento de la calidad de atención médica.

Finalmente la emigración de personal de salud con alto nivel académico, cuya ausencia es difícil de substituir, porque requiere muchos años de estudio y entrenamiento que no es posible improvisar, ha condicionado la disminución de la operatividad de muchos servicios e incluso en algunos casos su cierre, con la consiguiente afectación del usuario de los servicios de salud.

Todo este panorama de alta complejidad, requiere de acciones intersectoriales que deben formar parte de Políticas de Estado, para así lograr una solución que permita romper el círculo vicioso de pobreza – enfermedad. Estos planes deben contemplar acciones a corto, mediano y largo plazo.

El derecho a la salud por su estrecha vinculación con el derecho a la vida, requiere de una atención especial, ya que involucra la coordinación de múltiples sectores enmarcados en Políticas que trasciendan en el tiempo.

EL TRABAJADOR DE LA SALUD

El primero de mayo se conmemoró el Día Internacional de los Trabajadores, cuyo origen data desde 1886, cuando una protesta organizada por trabajadores de Chicago, culminó en una huelga que fue reprimida violentamente. Estos hechos marcaron un hito en la historia mundial. Uno de sus objetivos era lograr que el tiempo del trabajador se dividiera en "8 horas de trabajo, 8 horas de ocio y 8 horas de descanso" en contraposición con el régimen que existía para ese momento que a veces llegaba hasta 18 horas diarias de trabajo.

Dejemos volar el pensamiento 128 años al pasado en 1886, lo vinculamos con el presente y observamos lo que sucede hoy y aquí. Quiero compartir una conversación con un trabajador que es demostrativa. Cito su contenido: "Me levanto a las 4 de la mañana para llegar a las 8 al trabajo y salgo a las 4 de la tarde y llego entre las 8 y 10 de la noche. Espero varias horas en la parada y me monto en un camión. Cuando llego a la casa, la mayoría de las veces no tengo agua y anoche se fue la luz. Los fines de semana los utilizo para comprar comida y hacer algunas diligencias personales". Este trabajador al leer uno de los objetivos logrados, producto de aquella vieja lucha que hoy se conmemora: "8 horas de reposo y 8 horas de ocio", sin lugar a dudas que concluirá que este logro se perdió en el tiempo y sólo le quedaron las "8 horas de trabajo" y 16 horas de sufrimiento.

Si es un trabajador de la salud, su situación es más compleja, porque muchos deben tener dos o tres trabajos para complementar su ingreso,

de ahí que debe hacer malabarismos para lograr que las 24 horas del día alcancen para cumplir con los compromisos laborales. A esto se agregan ingredientes adicionales, como las dificultades de transporte, lo cual hace probable que al llegar a su trabajo, no esté el equipo completo y por lo tanto debe hacer el trabajo propio y el de los compañeros ausentes. Además la emigración calificada y entrenada, ha dejado vacantes difíciles de llenar, lo cual complica aún más su desempeño ya que debe prestar un servicio adecuado trabajando con compañeros que no tienen la competencia necesaria. Por otra parte hay que agregarle que en la mayoría de los casos no se dispone de los insumos y equipos necesarios, lo cual complica aún más su desempeño, porque debe hacer lo que pueda con lo que tenga.

Ante este panorama en la conmemoración del día del trabajador, es necesario que las personas con responsabilidades en la gestión de salud, promuevan iniciativas orientadas a la búsqueda de fórmulas, que tengan efectos inmediatos en la calidad de vida del trabajador de salud, que no sea sólo incremento del salario o sueldo, sino que sean fórmulas que solventen por ejemplo el traslado que se complica por la falta de dinero efectivo, la falta de unidades de transporte y la inseguridad en la ruta, con contratación de trasportes para sus trabajadores, lo cual disminuye el costo, tiempo y riesgo de traslado, pero no sólo beneficia al trabajador, sino también a la empresa, ya que el trabajador llegará puntual, más seguro y más feliz a su sitio de trabajo, lo cual aumentará su rendimiento. Es lo que algunos han denominado salario emocional, el cual tiene un valor agregado que a la larga expresa un crecimiento de la organización como un todo. Este es solo un ejemplo de este tipo de medidas complementarias.

Es fundamental que se tenga como paradigma lo siguiente: Lo que es bueno para el trabajador, es bueno para la empresa, así como lo que es bueno para la empresa es bueno para el trabajador. No hay un desarrollo sostenido de la institución, sin un desarrollo de su recurso humano.

INFLACIÓN Y SALUD

El incremento sostenido de los precios de bienes y servicios ha sido la constante del escenario económico venezolano, lo cual ha tenido un

impacto importante en la cotidianidad de la mayoría de la población que ha presenciado y sufrido una pérdida del poder adquisitivo del dinero.

Este aumento generalizado de precios constituyó el inicio de un proceso inflacionario en Venezuela a partir de los años 80 que se mantuvo por décadas y se ha agravado hasta llegar a cifras de cinco dígitos por año, enmarcado en una hiperinflación asociada a otros problemas como escasez y carencia de dinero en efectivo.

La encuesta Nacional de Condiciones de Vida de Venezuela (ENCOVI) del año 2017, realizada conjuntamente por la Universidad Central de Venezuela, Universidad Católica Andrés Bello y Universidad Simón Bolívar en el informe de febrero pasado, concluyó que el 87% de la población está por debajo de la línea de pobreza y se sabe que hay una asociación estrecha entre pobreza y enfermedad.

En la misma encuesta reportan que más del 68% no tiene seguros de atención médica y esto ha ido en aumento en los últimos dos años. El control prenatal desde el primer mes de embarazo, muestra que es del 19% en el estrato más pobre y de 73,3% en el estrato más rico. Son datos que confirman que a mayor pobreza, peor salud.

Esta situación aunque afecta a todos los sectores, tiene un impacto especial en el sector salud, porque en la mayoría de los casos, la repercusión puede comprometer la vida de las personas.

Por ejemplo en el caso de los medicamentos para las enfermedades crónicas, cuya prevalencia es alta, como la Hipertensión Arterial que uno de cada cuatro adultos la padece, cuyo tratamiento es prolongado, sucede que el paciente recibe la indicación del médico y compra la mayor cantidad de medicamentos que le garanticen estar "protegido" el mayor tiempo posible, con el fin de adelantarse al aumento de precios y comprar más medicamentos con menos dinero y por otra parte, por la escasez y el temor de no poder comprarlo aun teniendo el dinero porque rápidamente se agota en las farmacias, debido a la alta demanda por personas que puedan comprarlo cuando está disponible y a la disminución de producción de medicamentos por parte de los laboratorios fabricantes. Esto trae como

consecuencia que hay pacientes con medicamentos suficientes para varios meses y hay otros que no tienen para un día.

Cuando por alguna razón el médico debe modificar el tratamiento y el paciente había comprado el tratamiento para varios meses, le pide que por favor no se lo cambie, porque perdería los medicamentos que tiene. En el caso del paciente que no compró los medicamentos, por cualquier causa, no se puede controlar y normalizar su presión arterial, con las consecuencias potencialmente letales que esto significa.

Es importante señalar que un hipertenso que requiera un solo medicamento, tiene que dedicarle más de un salario mínimo mensual. Si necesita dos medicamentos, debe dedicarle el sueldo integral, lo cual incluye también el bono de alimentación y si necesita tres medicamentos, no le alanza todo el ingreso. Es conveniente destacar la alta probabilidad que un hipertenso tenga además diabetes, enfermedad renal o enfermedad aterosclerótica, lo cual le aumenta el impacto. Si además se agrega el precio de la consulta y de los exámenes complementarios, la situación se torna muy compleja.

La magnitud de la crisis en materia de salud debe convocar a todos los actores involucrados en la potencial solución, por encima de cualquier diferencia circunstancial, con el fin de asumir medidas a corto, mediano y largo plazo.

EMPRENDIMIENTO SOCIAL Y SALUD

Aunque desde hace siglos han existido emprendedores sociales, se atribuye a William Drayton el inicio del uso del término emprendedor social a comienzos de los años setenta, quien planteó que estos son innovadores que promueven soluciones que supeditan el valor financiero al valor social. En palabras del propio Drayton dice que “Los emprendedores sociales no se contentan con dar de comer un pez o incluso con enseñar a pescar. Ellos no descansan hasta que no hayan revolucionado la industria pesquera”.

El emprendedor social promueve iniciativas que compatibilizan el aumento de ambos valores, dándole prioridad al impacto social, pero desarrollando actividades financieras que garanticen su sostenibilidad con su punto de equilibrio dependiente de su operatividad y las ganancias sean reinvertidas en la institución. Algunos lo denominan emprendimiento social solvente y se diferencian de las instituciones que tienen como objetivo la generación de valor financiero, porque en este caso las ganancias se distribuyen como dividendos y su meta es maximizar las utilidades. También se diferencian de las organizaciones fundacionales que dependen fundamentalmente de donaciones y no generan recursos financieros para garantizar su operatividad, lo cual las hace vulnerables, dependientes y a veces no sostenibles.

El emprendimiento social solvente es más flexible y se adapta más fácil a las exigentes condiciones del momento, ya que tiene más capacidad de establecer alianzas con organizaciones gubernamentales y con organizaciones cuyo objetivo fundamental es crear valor financiero, generando iniciativas híbridas capaces de dar una respuesta más adecuada al problema. Por su autonomía, alta eficiencia y credibilidad, les facilita la interacción con organizaciones internacionales.

Los emprendimientos sociales son más exitosos en condiciones de crisis, porque en el juego entre riesgos y oportunidades, pueden minimizar las amenazas y debilidades y aprovechar las oportunidades y fortalezas. Esto explica que el crecimiento de emprendimientos sociales ha sido sostenido en los últimos años y se perfila como una de las opciones de modelo de gestión más acorde a las circunstancias actuales.

El emprendimiento social es una manera de ver las situaciones, de estudiar los problemas y de plantear las soluciones. Por la versatilidad y la capacidad de adaptación a las exigencias de los retos del momento, el emprendimiento social es un modelo que cada vez ocupa más espacio en el escenario organizacional mundial.

Lo deseable es que todas las organizaciones, aun aquellas que tengan como objetivo fundamental la generación de valor financiero, dediquen especial atención a la generación de valor social como parte de su responsabilidad con la sociedad, desarrollando actividades que vayan más allá

de las establecidas por las leyes, ya que las circunstancias actuales así lo exigen.

En el sector salud, el emprendimiento social solvente es una aproximación que debe ser tomada en cuenta en la búsqueda de fórmulas de solución, por la complejidad del problema, derivado de la estrecha vinculación de la salud y la vida, lo cual le da un carácter de universalidad y por otra parte por los múltiples factores que inciden en el problema, lo cual requiere participación de diferentes sectores de la sociedad.

En Venezuela hay casos exitosos que pueden servir de modelos para generar propuestas orientadas a solventar el problema de salud, ya que tienen información valiosa derivada de nuestro medio y que por lo tanto hace más factible la aplicación de soluciones adaptadas a nuestra idiosincrasia.

TEJIDO SOCIAL Y SALUD

La palabra Tejido originalmente se usó en el campo de la biología y la medicina, así como también en la jerga textil, pero con el calificativo de tejido social, su uso es más reciente y con esta acepción se refiere a los ciudadanos, bien sea actuando individualmente o en sus núcleos naturales familiares, así como también en diferentes formas de agrupación en la sociedad.

El término tejido social, lleva implícito una relación entre los individuos, no como bípedos que coexisten en un territorio, sino que va más lejos del concepto de habitante y pretende reflejar la visión del ciudadano miembro de una nación que habita en un territorio determinado, con comunidad de propósitos y objetivos. Esta visión va más allá de un grupo de personas que hablan el mismo idioma, se visten con modas parecidas, tienen creencias similares y preparan igual los alimentos. El tejido social lleva implícito vínculos fuertes entre los individuos y entre las comunidades humanas, que cuando están bien soportados en principios y valores, pueden generar cambios que se sostienen en el tiempo y que producen beneficios colectivos trascendentes.

En todos los campos del quehacer humano es muy importante el desarrollo de tejidos sociales, pero en el caso de la salud, la existencia de un tejido social denso es aún más importante por la multiplicidad de factores que intervienen para tener una población saludable con una cobertura universal.

La observación, descripción y análisis de los elementos que constituyen un tejido social con sus diferentes formas de vinculación ha sido objeto de estudio por diferentes autores, ya que de esto se pueden derivar estrategias de fortalecimiento de los diferentes componentes (núcleos y vínculos), con el fin de desarrollar Políticas que trasciendan en el tiempo, ya que están soportadas en los ciudadanos organizados y vinculados.

Un estudioso de la teoría de redes en diferentes campos, es Albert László Barabási, físico rumano, actualmente profesor universitario en EEUU, quien plantea que "tanto los sistemas biológicos como los sociales son redes y que no se puede entender la sociedad, si no se sabe quién habla con quién y quien influye sobre quién. Una vez que se conozcan los vínculos entre los elementos, se podrá conocer mejor el sistema".

La solidez del sistema debe pasar por un fortalecimiento de los componentes del mismo y de sus vínculos. No puede haber indiferencia de ningún componente del sistema ante el deterioro de otros componentes.

No pueden ser indiferentes las instituciones prestadoras de servicios de atención médica ante la crisis de las Facultades de Ciencias de la Salud, ya que más temprano que tarde, sufrirán las consecuencias del deterioro del sistema de formación del recurso humano que trabajará en un futuro cercano en las mismas, lo cual generará deterioro de la calidad del servicio; no pueden ser indiferentes los centros formadores de recursos humanos en Ingeniería electrónica, mecánica o bioingeniería ante la grave situación actual de deterioro de equipos médicos para diagnóstico y tratamiento, cuya vida útil ha disminuido, así como su operatividad, debido en parte a la falta de personal entrenado en el mantenimiento de equipos; no pueden ser indiferentes los integrantes del sistema de producción y distribución de medicamentos ante la actual carencia de medicamentos esenciales para preservar la vida de la población. Estos son solo algunos componentes del complejo proceso de prestación del servicio de salud,

No puede la indiferencia ser el fluido que circule por los tubos vinculantes de los componentes del sistema de salud venezolano.

DISCERNIMIENTO Y SALUD

La palabra discernir, derivada de "discernere" del latín, tiene el prefijo "dis" que significa separar y "cernere" distinguir. Después de observar, describir y analizar la situación de salud en Venezuela, es importante que tengamos un juicio basado en la realidad, independientemente de criterios prefijados por posiciones ideológicas o políticas. Es fundamental que hagamos un ejercicio de discernimiento, para poder generar propuestas que respondan a hechos de la vida real.

Partiendo de la premisa que el derecho a la salud es uno de los derechos fundamentales de mayor preeminencia, debido a su estrecha relación con el derecho a la vida, la primera pregunta en este proceso de discernimiento es si toda la población está cubierta por un servicio de salud de calidad aceptable o si hay grupos de la población que no tienen protección adecuada en materia de salud. La respuesta basada en la observación, descripción y análisis de la situación, permite concluir que ni desde el punto de vista cuantitativo ni cualitativo existe una cobertura de atención en materia de salud de toda la población.

La segunda reflexión que es conveniente hacer consiste en preguntarnos si las instituciones de servicios de salud, están respondiendo en una forma sistematizada y adecuada a la demanda de servicios de salud y de igual forma después de observar, describir y analizar la situación, se llega a la conclusión que la respuesta es limitada, reactiva y efectista.

La tercera reflexión que es importante hacer es sobre los recursos humanos que laboran en el sector salud y en este sentido se observa un escenario de alta complejidad, ya que por una parte hay una gran deserción y emigración de personas calificadas y por otra parte no hay fórmulas atractivas para sustituir las vacantes, lo cual se agrava, porque la instituciones formadoras de recursos humanos en salud, atraviesan serias dificultades y también han tenido deserción de docentes y alumnos, con

disminución importante del número de egresados. Todos estos elementos hacen prever que en materia de recursos humanos del sector salud, la situación tiende a empeorar y no se avizoran medidas que tiendan a enfrentar el problema en forma sistémica.

La cuarta reflexión es sobre los insumos necesarios para la atención de pacientes, en especial medicamentos y de igual forma se observa que hay un grupo de estos productos que están desaparecidos del mercado por múltiples razones y otros son escasos y se consiguen en forma paroxística, lo cual impide brindar la atención adecuada. En este orden de ideas, también es importante señalar que algunos medicamentos se consiguen por múltiples vías, pero a un precio muy elevado, lo cual limita el número de personas que pueden adquirirlos. Tampoco se observa que se estén desarrollando Políticas y estrategias orientadas a solventar la situación de abastecimiento continuo y suficiente de medicamentos.

El déficit de equipos médicos y de sus repuestos cuando se requieren, ha traído como consecuencia una disminución de la oferta de servicios de alta tecnología, lo cual incluye a las instituciones pública y privadas, de tal forma que es frecuente que una ciudad, incluso las grandes capitales, quede desprotegida de un servicio, por ejemplo tomografía o resonancia, independientemente de la condición económica de la persona que necesite el servicio.

Con estas reflexiones, es importante tener presente que es indispensable establecer acciones a corto, mediano y largo plazo, orientadas a poner de acuerdo a todos los protagonistas involucrados en el sector salud, para lograr salir de esta crisis sin precedentes.

SITUACIÓN LABORAL EN LA SALUD

La situación laboral como parte de la dinámica de cualquier institución es fundamental, ya que los trabajadores constituyen la columna vertebral de una organización, sea cualquiera su campo de acción, pero en el sector salud tiene implicaciones muy peculiares que deben ser tomadas en consideración cuando se hace el análisis situacional.

Sin pretender agotar el tema, pero si con la intención de contribuir a mencionar algunos elementos que deben ser tomados en cuenta, es conveniente tener presente lo siguiente:

El principio del "todo o nada", el cual se refiere a algunos procedimientos de diferente grado de complejidad que requieren la presencia de todo el equipo de salud, con sus integrantes de diferentes niveles académicos y todos de alta competencia, pero que todos son indispensables para realizar la actividad. Por ejemplo una cirugía cardiovascular, por supuesto que necesita la figura central del cirujano cardiovascular, pero los cardiólogos clínicos e intervencionistas que preparan y refieren al paciente, los otros cirujanos cardiovasculares que lo ayudan en la intervención, el personal de anestesia cardiovascular, enfermería cardiovascular, personal de perfusión, intensivistas especializados en postoperatorio de cirugía cardiovascular, administradores que garanticen los insumos para la realización del procedimiento, personal técnico y obrero son también fundamentales para cumplir el objetivo del paciente con patología cardiovascular a quien se le soluciona su problema por la vía quirúrgica. En otras palabras este es un ejemplo que en la parte laboral de salud "todos son necesarios y nadie es suficiente" por esto lo denominamos el principio del "todo o nada", porque deben estar todos para hacer el procedimiento y no es suficiente que estén casi todos, porque no se podrá realizar la cirugía. Esto debe ser tomado en cuenta cuando se analice la situación laboral en salud.

La vinculación de la salud con la vida, le da una connotación muy particular al problema en cuestión. Cualquier problema que tenga impacto en la prestación de servicios de salud, afecta a la vida de las personas que requieren atención, lo cual obliga a los involucrados en la búsqueda de la solución, a asumir Políticas, estrategias y planes operativos a corto, mediano y largo plazo, ya que hay necesidades que requieren soluciones inmediatas y no pueden esperar, aunque estén enmarcadas en Políticas y estrategias de mayor alcance.

Otro aspecto a tomar en consideración es que hay problemas de salud pública que por sus características cuando hay así sea un afectado en treinta millones de habitantes, expone a riesgo a toda la población, de tal forma que no hay nadie que pueda pensar que ese problema no lo afecta,

en otras palabras el daño es potencialmente global, lo cual obliga también, aunque sea por espíritu de supervivencia a buscar soluciones inmediatas.

Para las personas que piensan que pueden resolver su problema buscando en forma inmediata la solución en otro país ya que disponen de recursos financieros para hacerlo, es conveniente que tengan presente que hay situaciones en las cuales la solución debe realizarse en término de minutos y horas, lo cual imposibilita retardar la solución, independientemente de los recursos financieros que tenga el paciente.

Estas cuatro consideraciones son algunas reflexiones que deben ser tomadas en cuenta ante la situación del personal que trabaja en el sector salud, el cual es el recurso más valioso y difícil de recuperar, por lo tanto hay que abordar fórmulas innovadoras orientadas a preservar la fuerza laboral del equipo de salud.

MODELO DE GESTIÓN EN SALUD

La salud es un derecho fundamental preeminente por su estrecha relación con la vida, de ahí que desde el punto de vista conceptual, esta afirmación no tiene discusión, lo cual se señala explícitamente en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 en el artículo 83: "La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida". En la Constitución de 1961 se señalaba que "todos tienen derecho a la protección de la salud", de tal forma que la universalidad del derecho a la salud es incuestionable.

Cuando se observan los acontecimientos que reflejan la situación actual de salud en Venezuela, se concluye que existe una brecha muy importante entre lo que existe en materia de salud y el deber ser. Sin entrar en detalles estadísticos, la conclusión en pocas palabras es que lo que está sucediendo no es lo que debe suceder y que si se quiere corregir esta situación y disminuir la brecha entre el ser y el deber ser, es indispensable no seguir haciendo lo mismo, sino plantear nuevas aproximaciones orientadas al desarrollo de modelos de gestión que tiendan a la universalidad del acceso a los servicios de salud y a la sostenibilidad con solvencia

de los establecimientos de atención médica y demás organizaciones involucradas en el sector salud, con satisfacción de las expectativas del recurso humano, el cual debe tener condiciones mínimas para evitar la fuga de talentos.

De lo expuesto anteriormente, en general hay consenso que la salud es un derecho universal preeminente, que desde el punto de vista constitucional está explícitamente contemplado en la carta magna y que la situación actual refleja un deterioro importante de las condiciones de salud del venezolano. Puede haber diferencia de opinión en el análisis de las causas, pero en relación a la existencia de una importante brecha entre el derecho y el hecho, no hay la menor duda a la luz de cualquier óptica, bien sea como paciente, como familiar de paciente, como trabajador del sector salud, como directivo de instituciones gubernamentales o no gubernamentales, en fin, como habitante del territorio venezolano, que en materia de salud debemos y podemos mejorar, lo cual es una prioridad que no acepta dilaciones, porque lo que está en riesgo es la vida de seres humanos.

Es cierto que la salud es responsabilidad de todos, empezando por la responsabilidad que se tiene por preservar su propia salud como individuo, pero el grado de responsabilidad aumenta en la medida que se incrementa el ámbito de influencia, hasta llegar hasta el nivel nacional, lo cual debe ser contenido en Políticas de salud que se expresen en acciones concretas de alcance nacional.

El tema de salud no puede ser tratado en discusiones bizantinas que no lleguen a conclusiones concretas; no puede ser visto con enfoques individualistas, materialistas y efectistas; no debe ser abordado con políticas partidistas de corto plazo: no debe ser visto como un problema ajeno que podemos resolverlo solo; no debe pensarse que se resuelve sólo con dinero.

El problema de la salud es de todos y en la solución debemos participar todos, deben existir Políticas de Estado que trasciendan límites de gestiones de gobierno, la solución debe incluir a todos los sectores, el dinero es condición necesaria, pero no suficiente, ya que se necesitan otros aspectos fundamentales como la formación y preservación del Recurso

Humano. Deben desarrollarse modelos de salud innovadores y solventes que permitan brindar una calidad de atención que tenga como norte la excelencia.

UNIVERSIDAD Y SALUD

El tema de la salud tiene estrecha interdependencia con la Universidad, ya que el recurso humano que se desempeña en los servicios de salud procede de las aulas universitarias y de los establecimientos de salud docentes. El problema tiene muchas aristas que merecen la atención de todos, ya que las consecuencias sin lugar a dudas tienen mucha repercusión en la salud de toda la población.

En primer término, la cantidad de profesionales de la salud, la cual es la resultante de la operación determinada por el número de profesionales que se incorporan al medio laboral y la cantidad de profesionales que se retiran del mismo. Esta fórmula muestra resultados hacia el lado negativo, porque el fenómeno migratorio ha aumentado el retiro de profesionales y así mismo ha disminuido el número de nuevos profesionales, porque muchos recién graduados buscan oportunidades fuera de Venezuela. En conclusión, hay un desbalance cuantitativo negativo entre el número de profesionales de la salud y la población a ser atendida.

Desde el punto de vista cualitativo, los profesionales calificados con alto nivel académico y competencia para la realización de actividades médicas de alta complejidad, también han disminuido, con el agravante de la dificultad para suplirlos, ya que su entrenamiento requiere muchos años, de tal forma que hay zonas del país que se han quedado sin atención médica especializada. En síntesis desde el punto de vista cualitativo ha habido un deterioro del nivel de capacidad resolutiva tanto diagnóstica como terapéutica.

En segundo lugar el cuerpo docente de las universidades con facultades de ciencias de la salud ha disminuido también en forma importante, por las siguientes razones: baja remuneración lo cual trae como consecuencia una alta deserción de los docentes para emigrar o para dedicarse a acti-

vidades a veces ajenas a su especialidad, pero más productivas desde el punto de vista económico y por otra parte poca incentivación para la incorporación de personal joven. La falta de recurso humano dedicado a la docencia incide negativamente en la calidad de la educación, lo cual afecta también el nivel del egresado.

Estos aspectos señalados constituyen un problema aún más importante que el deterioro de la infraestructura o de los equipos, porque su solución requiere el desarrollo de programas docentes que independientemente de los recursos financieros que se tengan, necesita tiempo que es imposible comprimir.

El tercer aspecto a considerar es el escenario docente de las instituciones asistenciales que sirven de sede para el entrenamiento de recursos humanos en salud, el cual se ha deteriorado como consecuencia de las deficiencias de equipos e insumos, lo cual aunado al déficit de personal calificado que cumpla el doble rol docente-asistencial, es un componente importante de este complejo panorama.

Finalmente el funcionamiento general de las Universidades en general y las Facultades de Ciencias de la salud en particular, se ha deteriorado como consecuencia de un modelo de gestión dependiente totalmente del financiamiento gubernamental y que por lo tanto el impacto del presupuesto deficitario no tiene otra fuente alterna de financiamiento que pueda amortiguar las faltas derivadas de la insuficiencia presupuestaria. Este aspecto también contribuye a la alta deserción de estudiantes y profesionales de las facultades de ciencias de la salud.

Ante este panorama que nos afecta a todos debemos buscar soluciones incluyentes que generen propuestas y acciones que es deseable que tengan a la Universidad como su eje promotor.

LA SALUD DEBE RENACER

Todos los indicadores de la salud en Venezuela evidencian un deterioro progresivo y sostenido de los programas y servicios de salud y como con-

secuencia de esto, hay una repercusión negativa en la morbilidad y mortalidad de la población. Nuestro perfil epidemiológico muestra la reaparición de enfermedades que estaban controladas; la demanda de atención médica desborda la capacidad de atención; la falta de insumos es cada vez más acentuada; el deterioro de los equipos, así como la obsolescencia de los mismos es importante por falta de capacidad de mantenimiento y renovación de los mismos; la falta de medicamentos fundamentales para el tratamiento de los pacientes, es un padecimiento universal que trasciende límites de tipo social, económico o político, en otras palabras es un problema de toda la población; la disponibilidad paroxística de algunos medicamentos genera compras nerviosas que acentúan la deficiencia; la reaparición de productos que estaban desaparecidos del mercado con nuevos precios, aumenta la barrera económica y por lo tanto genera la interrupción del tratamiento indicado, con la consecuencia de la presentación de complicaciones, cuyo tratamiento es más complejo y costoso, con menos probabilidades de recuperación; la hiperinflación que afecta toda la estructura de costos de la atención del paciente ambulatorio y hospitalizado, la emigración de profesionales de la salud, cuya sustitución rápida es muy difícil, son algunos de los aspectos que nos deben hacer reflexionar con una visión de 360 grados para diseñar estrategias orientadas a la búsqueda, diseño y ejecución de fórmulas que hagan renacer la salud en Venezuela. Este planteamiento está dirigido tanto al gobierno como a la población en general, ya que ambos son componentes fundamentales para el desarrollo de Políticas de Estado en materia de salud.

El término renacer no quiere decir que debemos hacer todo lo que se hizo antes, ni tampoco que todo lo que se hace actualmente no sirve. La palabra renacer debemos entenderla en un amplio sentido que inicia desde el renacer individual con una visión de equipo, compartiendo propósitos y objetivos. Este renacer debe ser incluyente, con un alto grado de compasión en el amplio sentido de la palabra de compadecer o padecer con el paciente las dificultades por las cuales pasa para poder sobrevivir, debe ser basado en principios fundamentales de ética y moral, debe incorporar a todos los involucrados en el sector salud, ya que todos los sectores son necesarios y ninguno es suficiente por sí solo, debe ser un modelo de gestión de alta eficiencia, debe contar con la participación de un equipo de salud con alto nivel de formación, entrenado, competente y con un compromiso social, debe involucrar a la Academia en el amplio sentido

de la palabra con la Universidad ejerciendo su misión de búsqueda de la Verdad, debe tener visión a corto, mediano y largo plazo hacia el futuro, conectarse con la enseñanza de la historia para superar estas dificultades y leer el libro de la realidad del presente sin cegueras pasionales, sino con la objetividad que permita observar, describir, analizar y en base a esto actuar para luego evaluar e iniciar un nuevo ciclo en la búsqueda de un mejoramiento continuo.

Todo lo anteriormente expuesto puede tener dos caminos: No soñarlo ni hacerlo por pensar "a priori" que es imposible y que no somos capaces de ponernos de acuerdo o pensar que esto es posible si ponemos lo colectivo por encima de lo individual, si pensamos no solo en nosotros, sino también en el futuro y si pensamos que otros fueron capaces de hacerlo.

SALUD Y SINERGIA CIUDADANA

Sinergia es la acción conjunta de dos o más agentes que logran un efecto superior a la suma de su resultado individual. Desde el punto de vista etimológico deriva del griego compuesta de "syn" conjuntamente y "ergon" acción, trabajo o actuación y del latín "synergia" entendida como cooperación, lo cual genera que el conjunto produce un resultado superior o mejor al que se produciría por acción individual de las partes.

Por la complejidad y multicausalidad del problema de la salud de la población, el cual es percibido como una de las principales necesidades no satisfechas, se hace indispensable que cualquier estrategia que se quiera desarrollar para lograr una solución adecuada, requiere de la acción conjunta y coordinada del gobierno y la comunidad organizada enmarcada en Políticas de Estado.

En materia de salud, las acciones aisladas tanto gubernamentales como no gubernamentales, no producirán resultados que mejoren en forma significativa la salud de la población, de ahí que es fundamental, que se produzca una concertación que tenga como norte el beneficio universal de la población.

La asociación o comunidad humana, debe buscar fórmulas y modelos de gestión que faciliten la integración de individuos en instituciones que tengan la característica de ser solventes y que tengan el interés social de brindar el mejor servicio posible de salud a la mayor cantidad de personas y a su vez las diferentes instituciones deben establecer alianzas que permitan lograr en conjunto un mejor resultado, en vez de acciones aisladas de menor alcance, en otras palabras que se establezca una sinergia ciudadana en pro de la salud.

Existen en Venezuela algunas instituciones que pueden ser modelos a seguir, ya que constituyen buenos ejemplos de emprendimiento social solvente y que han soportado la prueba del paso de los años, las cuales se soportan fundamentalmente en una visión que equilibra la acción de brindar una buena calidad de atención médica, el beneficio del equipo de trabajo que le permita lograr un crecimiento integral y la sostenibilidad institucional.

Por otra parte también existen iniciativas de integración interinstitucional en forma de red que al vincularse logran la potenciación de los resultados como un ejemplo de sinergia, la cual no se limita solo al sector salud, sino que tiene un carácter intersectorial, que permite lograr mejores resultados con menor esfuerzo y sobre todo que se constituyen en realidades exitosas y sostenibles.

Un componente fundamental que se debe vincular a estas redes organizacionales de salud, son las instituciones formadoras del recurso humano, las cuales históricamente en Venezuela sólo se han vinculado a los establecimientos gubernamentales, con una gran ausencia en otros establecimientos no gubernamentales que pudieran ser escenarios docentes que mediante convenios pueden facilitar múltiples acciones docente-asistenciales que pueden ser claves en la sostenibilidad de las instituciones involucradas. Esta falta de vínculos no sólo es en área de atención médica, sino también en otras áreas fundamentales como por ejemplo la administrativa y la tecnológica.

El sector y las instituciones proveedoras de equipos médicos e insumos en general, incluyendo las instituciones fabricantes y distribuidoras de productos farmacéuticos, deben formar parte de esta red de organizacio-

nes con múltiples vínculos de mutuo beneficio, lo cual le daría una garantía de sostenibilidad a esta propuesta. La situación actual nos obliga a establecer redes organizacionales vinculadas entre sí con propósitos compartidos y alianzas sinérgicas en el sector salud.

"DOLARIZACIÓN" Y LA SALUD

En los últimos meses el tema de la dolarización ha sido discutido en múltiples artículos de prensa escrita y en entrevistas de expertos en economía. Han señalado sus ventajas y desventajas; han planteado la disyuntiva entre mantener el Bolívar o adoptar el Dólar; han discutido la coexistencia de ambas monedas; han propuesto la vinculación del salario con el Petro, el barril de petróleo y finalmente el Dólar; han definido el proceso de dolarización como la adopción oficial o extraoficial, del uso de la moneda estadounidense en transacciones económicas dentro del país, han comparado Venezuela con otros países que han adoptado el dólar como moneda de curso legal exclusivo o predominante, como por ejemplo Ecuador o Panamá y han hecho análisis del alcance legal de estas propuestas. Toda esta discusión teórica, tiene confundida a la población que ve como ocurren situaciones que el ciudadano común no entiende, pero que si sufre sus consecuencias.

En la vida real, por encima de todas estas disquisiciones, en la cotidianidad en general y en el tema de la salud, hay hechos muy concretos en los cuales el usuario final del servicio de salud se ve afectado en una forma importante, incluso puede tener un impacto que afecta su vida o la de sus familiares.

Citemos algunas situaciones frecuentes: el paciente a quien se le indica el tratamiento, no lo encuentra disponible en el país y se ve obligado a comprarlo fuera de las fronteras con dólares u otra moneda, con un ingreso mensual inferior a 20 dólares para cubrir un tratamiento que fácilmente puede superar los 100 dólares mensuales si es un paciente crónico; la institución de servicios de salud o el profesional de la salud, que debe adquirir un equipo o un repuesto en dólares o en bolívares que varían con la paridad cambiaria y se ve en la disyuntiva de no seguir prestando

el servicio o adquirir el repuesto o equipo, pero al ajustar el precio a la estructura de costo, genera un impacto que constituye una barrera económica para una parte significativa de la población, reduciendo la demanda del servicio y por lo tanto impactando aún más a quienes pudieran tener la disponibilidad para cubrir el precio del servicio; los padres angustiados que desean realizar el plan de inmunizaciones para sus hijos, consultan y las opciones que encuentran es pagar en dólares o su equivalente en bolívares o viajar al exterior, ambas posibilidades son de alto impacto financiero y muchos optan por no inmunizarlos con la consecuente aparición de enfermedades susceptibles de ser prevenidas. Estos son solo algunos ejemplos de situaciones que se observan en el día a día en el mundo de la salud que está afectada seriamente por muchos factores, entre los cuales, la "Dolarización" no decretada, pero si ejecutada, es un hecho que padece toda la población venezolana, sin distingo de ninguna condición social, política, económica, geográfica o de cualquier índole, sobre todo, porque la "Dolarización" está estrechamente vinculada causalmente con la hiperinflación y desabastecimiento de insumos para lograr un servicio de salud que tenga alcance universal, como es el desiderátum colectivo y el postulado constitucional.

El alcance de este problema, en las causas y en las soluciones, va más allá del sector salud, ya que tiene connotaciones relacionadas con múltiples sectores, pero en especial los sectores políticos, gubernamentales, económicos y empresariales.

Si algo requiere un consenso nacional, con acciones de corto, mediano y largo plazo, es la salud, porque no existe ni un individuo que pueda decir que no está afectado por esta situación.

RETOS EN GESTIÓN DE SALUD

En la actualidad la gestión de servicios de salud constituye un reto para sus directivos y en general para el personal que participa en la coordinación o en la prestación directa de atención médica. Los dilemas de costo-calidad; existencia de insumos versus evidencia científica de lo que debe hacerse; trabajo individual o trabajo en equipo; decidir entre disminuir la oferta

de servicio, mantenerla igual o aumentarla; obsolescencia de equipos o actualización tecnológica con alto costo; ajustar el precio a la estructura de costos o mantener el precio por debajo del costo con el fin de lograr mayor accesibilidad y aumentar el volumen de oferta de servicio; cubrir las expectativas salariales o de honorarios del personal de salud con precios al alcance de la mayoría de la población; competir con ofertas de servicios más atractivas, tanto en el país como en el exterior, para evitar la fuga de talentos; lograr compensar las dificultades cotidianas (transporte, seguridad, alimentación) del personal para evitar que el personal decida quedarse en casa, porque le resulta mejor desde el punto de vista financiero cuando hace el balance de ingresos y egresos; en síntesis una cantidad de situaciones que generan un sinnúmero de conflictos que requieren una alta capacidad de respuesta rápida para lo cual no estamos preparados, porque son en su mayoría inéditas. No hay fórmulas mágicas que se puedan recomendar para enfrentar este nuevo escenario cambiante, lleno de incertidumbre y de alto riesgo.

Aunque no hay una receta, si es posible dar algunos lineamientos de recomendaciones que pueden ser útiles para el profesional de la salud, bien sea que esté en la atención directa del paciente o que ocupe posiciones de coordinación, jefatura o de gerencia.

La primera sugerencia es tratar de constituir equipos de trabajo, lo cual no es fácil, porque por una parte la formación que recibe en su programa de estudios, lo capacita más para el trabajo individual que grupal y por otra parte porque el modelo de atención de salud en Venezuela también está orientado y soportado en individuos más que en equipos de trabajo. Múltiples estudios demuestran que los equipos de trabajo en salud brindan una atención más eficiente, de mejor calidad, a menor costo y más sostenibles en el tiempo.

La segunda recomendación es que estos equipos de trabajo organizados que compartan propósitos y objetivos, establezcan alianzas interinstitucionales que generen resultados sinérgicos. Mientras más alianzas se establezcan, mejor se superarán las dificultades. Equipos de trabajo con alianzas estratégicas.

La tercera proposición es la conveniencia de fomentar equipos multidisciplinarios, lo cual permite que la misma situación o problema, sea vista desde diferentes ángulos y la solución resultante sea más holística. Equipos multidisciplinarios con alianzas estratégicas que den como resultante beneficio para todos.

En materia de salud, se debe tener "compasión con pasión". En la cultura organizacional del servicio de salud se debe compadecer en el amplio sentido etimológico de "padecer con" el paciente y los compañeros de trabajo. No se puede hacer caso omiso de las dificultades por las cuales atraviesa la población que finalmente en materia de salud pueden tener consecuencias fatales. Equipos multidisciplinarios y compasivos con alianzas estratégicas, contribuye a superar las dificultades y salir fortalecidos.

Se debe estimular el desarrollo de inteligencia emocional como una aproximación natural a la solución de los problemas de salud con visión de emprendimiento social solvente y sostenible.

ACTITUD ANTE LA SITUACIÓN DE SALUD

La Actitud entendida como la disposición personal de comportamiento ante las circunstancias, lo cual se expresa en patrones de conducta que se pueden sistematizar en perfiles conductuales, en nuestro caso de los integrantes de los equipos de trabajo de instituciones de salud, como producto de la observación, descripción y análisis de la actual situación de alta incertidumbre, con el fin de brindar una herramienta que puede ser útil para abordar este complejo escenario, lo cual puede contribuir a entender mejor el momento presente para construir un futuro mejor.

Como primer paso se pueden clasificar a los individuos en optimistas, pesimistas o neutros. Los optimistas generalmente tienen un locus de control interno y los pesimistas tienen un locus de control externo, entendiendo por locus la percepción que tiene la persona de control o falta de control sobre los eventos que ocurren a su alrededor. Los optimistas tienen clara la relación esfuerzo-logro, o sea que el resultado

depende en gran parte de su propio esfuerzo, mientras que el pesimista piensa que independientemente del trabajo que hagan, el resultado será negativo y que las causas por las cuales ocurrió el fracaso están fuera de su control; el optimista ve en las crisis más oportunidades y asume más riesgos que el pesimista, el optimista ve el error como una enseñanza para intentar de nuevo y con autocrítica puede corregir las causas del fracaso, mientras que el pesimista ve el fracaso como el capítulo final, que ocurre por "mala suerte". Es bueno recordar que el grupo de personajes más exitosos que contribuyeron a cambiar el curso de la historia, estuvo precedido de fracasos que fueron bien asimilados y que sirvieron de estímulo para continuar. Entre los optimistas y los pesimistas están las personas predominantemente neutras, cuyas conductas van a depender en gran parte del sitio y momento en el cual se encuentren.

Una segunda aproximación, es un comportamiento activo o pasivo ante sus compañeros de trabajo, en el sentido de promover activamente su condición de optimista o pesimista. El optimista activo trata de transmitir su postura a sus compañeros, estimulándolos a realizar su contribución, aun sea modesta, para el logro del objetivo institucional, mientras que el pesimista activo trata de convencer que no hay salida y que independientemente de lo que se haga, todo fracasará. En casos extremos puede actuar en contra de la institución para defender un punto de vista individual. A veces las posiciones asumidas tienen matices de intolerancia en relación a posturas diferentes. La actitud del pesimista, además de afectar al propio individuo, contamina su área de influencia.

Una tercera categorización se relaciona con el rango o liderazgo que tenga el individuo. No es lo mismo un pesimista activo que sea jefe de servicio a una persona que realiza su actividad en forma individual con poca ascendencia y contacto con otros compañeros de trabajo. La repercusión institucional es proporcional al grado de influencia que tenga el individuo.

Esta clasificación del perfil conductual organizacional, aunque con intención pedagógica se expone en forma dicotómica, en el mundo real se comporta en forma difuminada y hay combinaciones de conductas condicionadas por las circunstancias del momento y del sitio.

Esta caracterización conductual de las instituciones de salud, es aplicable a diferentes sectores y es útil para que cada individuo se ubique según su perfil y así se genere un diálogo constructivo y tolerante con una visión integral ya que lo que haga cada uno afecta al conjunto.

IDEAS DISRUPTIVAS EN SALUD

El modelo de atención médica en Venezuela cada vez es más inadecuado para cubrir las necesidades, de ahí que es necesario generar ideas que, conectadas con las raíces doctrinarias de la medicina venezolana, inicie un proceso crítico e innovador que con imaginación y conocimientos, promueva cambios con el fin de lograr la mayor cobertura poblacional posible, a un costo-precio soportable que facilite la accesibilidad con calidad acorde con normas vigentes.

La aproximación a la solución ha estado atada a paradigmas que se aceptan sin cuestionar e inmutables con el paso del tiempo. Se sigue pensando y haciendo lo mismo con iguales o peores resultados, porque al hacer lo mismo con un entorno cambiante y más exigente, se tendrá un resultado cada vez más deficiente. Es necesario plantearnos un pensamiento disruptivo que rompa esquemas y paradigmas que impiden lograr soluciones que satisfagan las expectativas.

Es importante analizar la relación gobierno y ciudadanos organizados en un territorio definido, en nuestro caso Venezuela, para el desarrollo de Políticas de Estado. Esto genera la primera idea disruptiva que consiste en señalar que ni el gobierno solo, ni la población desorganizada y desconectada del sector gubernamental, podrán lograr soluciones universales de la salud.

Luke Williams, especialista en pensamiento disruptivo y estrategias de innovación, propone iniciar la formulación de hipótesis con la pregunta "¿Qué pasaría si?"¨.Para el aspecto señalado antes, la pregunta es ¿Qué pasaría si la población organizada trabajara coordinadamente con el sector gubernamental, enmarcados ambos en Políticas de Estado incluyentes, que aproveche los recursos disponibles de los diferentes sectores, que in-

tegre las fuentes de financiamiento con la administración de los servicios para brindar atención al universo total de la población, acorde a normas de alto nivel de calidad. Esta hipótesis, aparentemente descabellada e irrealizable en nuestro medio, ha sido aplicada con éxito en otros países.

¿Qué pasaría si las Facultades de Medicina tuvieran como escenario docente, ambientes de Hospitales y Clínicas, independientemente que sean del gobierno o del sector privado? ¿Qué pasaría si las Facultades de ingeniería de las Universidades gubernamentales y no gubernamentales trabajaran en conjunto con Hospitales y Clínicas, no como una "iniciativa rara", sino como una Política de Estado para diseño y mantenimiento de equipos médicos en alianza con empresarios que contribuyan al financiamiento y que sea una alianza sinérgica de ganar-ganar?

¿Qué pasaría si nuestros congresos científicos se transformaran en escenarios de intercambios de todos los sectores involucrados para que se generen propuestas de innovación tecnológica sostenibles desde el punto de vista financiero y que den respuestas a las necesidades del sector salud?

¿Qué pasaría si la vieja y aún vigente Doctrina Sanitaria nacional derivada de las enseñanzas de Maestros Venezolanos como el Dr. Luis Razetti y sus alumnos Dres. José Ignacio Baldó y Bernardo Gómez, se remozaran con nuevas tecnologías que incorporaran la telemedicina y la educación a distancia, en alianza con las Instituciones universitarias, dentro de Políticas de Salud dirigidas a mejorar la cobertura y calidad de atención.

Estas ideas disruptivas son solo ejemplos de innovaciones que pueden tener una importante repercusión en la Salud de la población venezolana a corto, mediano y largo plazo. Mirar el pasado, aprender de los errores y apuntar hacia el futuro con estrategias no convencionales es un reto histórico.

ACCIONES TRASCENDENTES EN SALUD

Desde el punto de vista etimológico trascender viene del latín transcendere que significa subir de un sitio a otro, con sus componentes léxicos: el prefijo trans (de un lado a otro) y scendere (trepar o escalar). En estricto

sentido de la palabra una acción trascendente conduce a un cambio o a una superación de un estado de cosas que se desea modificar para lograr un resultado que mejore la situación y que tenga un impacto importante y sostenible en el tiempo.

En materia de salud es conocido y aceptado por todos que la situación actual en Venezuela, no cubre las expectativas individuales ni poblacionales, y que por lo tanto debe cambiar tanto desde el punto de vista cuantitativo (con impacto en toda la población) como cualitativo (la mejor calidad posible acorde con las evidencias científicas del momento).

Se puede preguntar si existen algunas condiciones o fórmulas que permitan lograr acciones trascendentes, no sólo en salud, sino en todos los sectores que requieran ejecuciones concretas con impactos positivos, sostenibles e importantes, sobre todo en aquellas áreas en las cuales están involucrados derechos fundamentales, como es el caso de la salud cuya relación con la propia vida humana, le confiere la condición de ser uno de los derechos humanos de mayor preeminencia.

La primera condición necesaria que debe tener una acción trascendente, es la participación de la "gente", de la asociación o comunidad humana, ya que al estudiar iniciativas que se han mantenido en el tiempo, una de las constantes que tienen, es la presencia protagónica de la población, En otras palabras: la participación trae como consecuencia la sostenibilidad.

La segunda condición necesaria para lograr que una acción trascienda, es que esa participación de la "gente" se articule en una forma dinámica y que en la solución de problemas concretos de hoy y de aquí se genere una forma de actuar orientada a promover y fortalecer alianzas sinérgicas que potencien los resultados, lo cual produce una acción sostenida en el tiempo y realizada en forma articulada en forma de red o malla, que a mediano plazo genera un tejido social capaz de estimular y soportar el desarrollo de Políticas de Estado en materia de salud que trasciendan y generen los cambios deseados orientados a lograr el mejor estado de salud posible para la toda la población.

Cuando se dan estas condiciones de participación ciudadana articulada, se realizan acciones efectivas y no efectistas, se producen resultados a

corto, mediano y largo plazo y no solo con efectos inmediatistas, se logran cambios que traspasan los límites temporales de la gestión de un gobernante y se puede tender a la universalidad del servicio de salud y no sólo a un grupo que circunstancialmente tenga el acceso al mismo.

El problema de la salud nos afecta a todos, pero también la solución nos involucra a todos. Esta afirmación no es ninguna novedad, sino que es una lección milenaria de la historia, pero a veces las cosas por pensar que todos la conocen, no se dicen ni se repiten y por lo tanto se olvidan.

Existen múltiples iniciativas venezolanas en salud que han generado fórmulas sostenibles y trascendentes. El estudio de estos casos es posible que sirvan de modelo de gestión y así mismo, pueden producir un efecto multiplicador que a mediano plazo genere una malla o tejido social capaz de soportar acciones en salud, enmarcadas en programas y Políticas de Estado.

El capital de esta malla aumenta al resolver problemas, porque potencia el vínculo. Es un capital relacional intangible que produce soluciones y aumenta a medida que ejecuta acciones.

LA SALUD: DERECHO UNIVERSAL

La salud por su estrecha relación con la vida constituye uno de los derechos humanos fundamentales de mayor preeminencia, de ahí que un reto que tiene cualquier sociedad o comunidad humana, consiste en estudiar, generar y adaptar al mundo real de esa sociedad, modelos de gestión que permitan lograr que "todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición socioeconómica o social goce del grado máximo de salud" como fue postulado en la Constitución adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York en junio de 1946, firmada por representantes de 61 Estados que entró en vigor en el año 1948 y que tiene plena vigencia. En la misma declaración se destaca que "la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados".

La Constitución venezolana de 1999, específicamente en el artículo 83 señala que "la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida" y en el artículo 84 destaca además de la obligatoriedad gubernamental de financiar el sistema como Política de Estado en materia de salud, "el derecho y el deber" de la comunidad organizada de participar en la toma de decisiones, la planificación, ejecución y control de la política específica de las instituciones públicas de salud. Así mismo en el texto constitucional le da especial importancia a la participación de las instituciones docentes para la formación y promoción del talento humano y hace referencia a la importancia y el estímulo que debe dársele a la industria nacional de insumos y equipos que garanticen el servicio de salud a la población, el cual por la complejidad requiere acciones de carácter intersectorial, descentralizado y participativo integrado al sistema de seguridad social. La conclusión que podemos hacer de lo señalado antes es que tanto en declaraciones de alcance internacional como en documentos fundamentales nacionales, en nuestro caso la Constitución, se señala la universalidad del Derecho a la Salud.

En diferentes países se han desarrollado modelos de gestión que intentan cubrir estas expectativas con mayor o menor éxito, pero que pueden ser calificados como buenos sistemas de salud, los cuales no son iguales en todos los países. Tampoco nuestro modelo debe necesariamente ser igual a algún país específico, pero si puede tomar características aplicables a nuestro medio.

Otra conclusión importante del análisis del texto constitucional vigente es que el mismo contiene todos los componentes fundamentales para el diseño de un modelo de gestión de salud adecuado. Le confiere al gobierno la obligatoriedad de garantizar el financiamiento y le indica en forma explícita su rol rector en materia de salud. Destaca el papel protagónico de la comunidad organizada, menciona la participación de las instituciones docentes en la formación de personal de salud y enfatiza sobre la importancia del apoyo a la industria nacional de insumos para la prestación del servicio de salud en forma adecuada.

El pasado 10 de diciembre se cumplió el septuagésimo aniversario de la firma de la Declaración universal de los derechos humanos en donde se

señala explícitamente en su artículo 25 que toda persona tiene "derecho a la asistencia médica" como un ideal común para todos los pueblos y naciones. En este aniversario es propicia la ocasión para que todos sin excepción reflexionemos sobre lo distante que estamos de cumplir este ideal. Debemos buscar fórmulas innovadoras. "O inventamos o erramos".

EL ÉXITO Y LA SUERTE

En una oportunidad un alumno le comentó a su profesor el Dr. Gregorio Marañón, español universal, médico, humanista y escritor: "Maestro, Usted ha tenido mucha suerte en la vida, usted ha tenido mucho éxito", entonces el Dr. Marañón le contestó: "Usted tiene mucha razón, pero no sabe el trabajo que me ha costado tener tanta suerte y éxito".

Carlos Saúl Rodríguez, experto en liderazgo y desarrollo organizacional, escribió en su libro No es cuestión de leche, es cuestión de actitud, publicado en el 2014, que él aprendió de su madre, a quien definió como una persona que sin saber leer ni escribir, tenía gran sabiduría e intuición, y siempre le decía "Hijo, usté tiene que saber hacia dónde quiere ir, pero por encima de todo camine con la convicción de que usté va a llegar a donde usté quiere llegar, porque la vida se la hace uno, la suerte es trabajo y el miedo no existe".

En el proverbio 16 el Rey Salomón, figura emblemática de la sabiduría nos transmitió esta enseñanza "Encomienda tus obras a Dios y tus proyectos se llevarán cabo". No nos dice que encomendemos deseos o pensamientos, nos señala que encomendemos a Dios obras y hechos producto de nuestro esfuerzo y estos se cumplirán.

En las reflexiones anteriores vemos que tanto la visión de un académico como el Dr. Marañón y la de una persona representativa de la sabiduría popular, así como la lección milenaria de inspiración divina de Salomón, coinciden en señalar que la suerte y el éxito se construyen con trabajo.

Una de las características negativas producto de las décadas de abundancia petrolera en Venezuela es la pérdida de la relación esfuerzo-lo-

gro, lo cual ha generado una actitud muy común que consiste en esperar que alguien tiene la obligación de solucionar los problemas, que la culpa siempre es de otro. Es una hipertrofia del locus externo, sin analizar las verdaderas causas de los problemas y sin asumir las verdaderas responsabilidades. El gobierno culpa a la oposición y a gobiernos de otros países, la oposición culpa al gobierno; el comprador señala como responsables a quienes revenden y éstos a su vez a otro de la cadena de vendedores. Se atribuyen los problemas a la mala suerte.

El círculo vicioso que soporta el éxito o fracaso en la suerte no es adecuado. Puede ser que ocurra un hecho aislado y fortuito por suerte, pero su resultado rápidamente se esfumará y en poco tiempo será un recuerdo anecdótico.

La única posibilidad de lograr resultados que se puedan calificar como exitosos es transitar el camino del trabajo coordinado producto de una planificación adecuada, ejecutado por personas capacitadas y competentes, con objetivos y metas claras, factibles de alcanzar y con evaluaciones periódicas medibles con indicadores apropiados.

La historia es fuente inagotable de enseñanzas que nos dan el mensaje que el éxito duradero no se logra con la suerte, sino con esfuerzo y trabajo disciplinado y que independientemente de las adversidades, éstas se pueden superar cuando los propósitos son trascendentes.

Este año 2019 se le presenta a Venezuela con mucha incertidumbre. A veces se esperan fórmulas mesiánicas. Independientemente del curso de los acontecimientos. La gran lección que debemos aprender es que la única forma de lograr el "éxito" como país, es con el trabajo coordinado que genere los bienes y servicios que necesita la población, que permita que los derechos constitucionales no sean letra muerta, sino que sean realidades tangibles que beneficien a toda la población.

Que cada quien haga lo que deba hacer, pero bien hecho. Que cada quien de lo que tenga que dar y recibir lo que tenga que recibir.

ALIARNOS O AISLARNOS

La palabra "aliar" significa unir personas para un mismo fin y viene del latín alligare, formada con el prefijo ad (a, hacia) y el verbo ligare (atar) y la palabra "aislar", también derivada del latín con el mismo prefijo ad y el sustantivo "isla", significa lo contrario. Aliarnos o Aislarnos es una decisión dicotómica trascendente, de carácter estratégico, válida a nivel personal, institucional o como Política de Estado.

Ante la disyuntiva de establecer las alianzas como estrategia de construcción de vínculos ante problemas comunes o establecer barreras que impidan la acción conjunta de personas e instituciones, es útil buscar la fuente de conocimientos que nos brinda la historia y en este sentido es conveniente estudiar lo que hizo el Rey Salomón, figura emblemática de la sabiduría universal, quien reinó alrededor de cuatro décadas hace cerca de tres mil años y a base de alianzas estratégicas aprovechó las fortalezas y oportunidades que le presentaron las circunstancias después del reinado de su padre, el Rey David.

Se alió con los Fenicios, quienes eran constructores de naves y los mejores navegantes del momento, lo cual le permitió desarrollar una marina mercante y de guerra que navegó por el Mar Mediterráneo hasta el estrecho de Gibraltar, el Mar Rojo y el Océano Índico, fortaleciendo su defensa y su economía; se casó con una hermana del Faraón de Egipto y así consiguió el apoyo de uno de los imperios más aguerridos de la época; no sólo por el hecho de no atacarlos, sino que le transfirieron tecnología que mejoró su capacidad de combate, como lo fue el carro de guerra, el cual era liviano y rápido que con sus dos caballos, permitía desarrollar velocidades que lo hacían el más rápido del momento y por otra parte la alianza con los Hititas, otro gran imperio ubicado hacia el norte entre el Mar Egeo y el Río Eufrates, lo cual le permitió comprar grandes cantidades de caballos, para fortalecer aún más su poderío militar. Con todas estas alianzas, consolidó un territorio desde el Eufrates hasta la región Filistea y la frontera de Egipto.

En la construcción del Templo de Jerusalén, Salomón desarrolló un conjunto de alianzas que hicieron posible esta obra emblemática en la his-

toria universal. Con Jirán, Rey de Tiro logró la madera de los cedros del Líbano y conjuntamente los esclavos de ambos monarcas cortaron y trasladaron los troncos hasta la costa y luego en balsas. Salomón intercambió la madera recibida por trigo y aceite. Hubo una alianza sinérgica entre ambos reinos. Los obreros de Jiran y Salomón, se aliaron también con los obreros de Biblos y labraron la piedra y prepararon la madera y la piedra para construir el templo.

Salomón reclutó en Israel 30.000 hombres y los envió al Líbano por turnos, 10.000 cada mes: un mes en el Líbano y dos meses en casa. Tenía un jefe que estaba al frente de los trabajadores: Adonirán. También tenía setenta mil cargadores y ochenta mil canteros en la montaña, dirigidos por tres mil trecientos capataces. Fue un equipo producto de múltiples alianzas lo que le permitió lograr su objetivo.

De los grandes hacedores de la historia debemos aprender las enseñanzas que nos llegan a través del tiempo. En el caso del Rey Salomón, independientemente del contexto religioso y por encima de los errores que pueda haber cometido, hay que aprender la lección, que entre la disyuntiva de aislarnos o aliarnos, definitivamente el camino es el tránsito por las múltiples alianzas que se potencian mutuamente, atenuando sus debilidades, reforzando sus fortalezas, aprovechando las oportunidades y neutralizando las amenazas.

TOLERANCIA Y CONVIVENCIA

Tolerancia derivado del latín “tolerantia”, es la actitud de la persona que respeta opiniones, ideas, creencias o prácticas de los demás aunque sean diferentes o incluso opuestas a las propias. Convivencia es la acción de convivir, también derivado del latín “convivere” o sea vivir en compañía de otro u otros. La tolerancia es una condición necesaria para la convivencia.

La consciencia individual y social, el autocontrol y la autocrítica son condiciones fundamentales de la inteligencia emocional para desarrollar una conducta tolerante que permita la convivencia armónica en un espacio y

tiempo determinados. Aunque la expresión "convivencia armónica" sea redundante, prefiero enfatizarla y diferenciarla de cohabitar un territorio sin ningún tipo de relación diferente a la contigüidad física, sin otro tipo de vínculo afectivo que los vincule en sus propósitos de vida compartidos y solidarios.

La tolerancia no es debilidad, sino todo lo contrario es un signo de fortaleza derivado del autocontrol que cada individuo o grupo de individuos tiene cuando posee un alto nivel de madurez con visión de futuro. La tolerancia no significa aceptar lo que se tolera, sino que se acepta que hay un individuo o grupo de individuos con opiniones diferentes, que puede ser que no se compartan.

Lo opuesto a la tolerancia es la intolerancia, la cual está generalmente asociada a la intransigencia, el dogmatismo y el fanatismo, que impiden lograr una aproximación objetiva compartida. La intolerancia tanto individual como grupal, conduce a conductas primitivas violentas que generan daños irreversibles cuyas consecuencias trascienden en el tiempo.

No ser tolerante con el intolerante también es una forma de intolerancia. En un ambiente en el cual predomina la intolerancia, es muy complejo ser tolerante, pero la única forma de lograr la tolerancia es siendo tolerante. Esto aunque parezca un traba lengua, es una realidad. La tolerancia requiere paciencia y prudencia.

La tolerancia es fundamental para el funcionamiento de la democracia. La tolerancia fomenta la libertad. No existe una receta única para la tolerancia, porque en su fórmula hay ingredientes de Amor, Justicia, Verdad y Compasión.

La tolerancia individual fomenta la tolerancia grupal y esta a su vez fomenta la conducta tolerante de los individuos. Para que un grupo de personas puedan coexistir, cohabitar, convivir y finalmente compartir armónicamente un territorio determinado, es fundamental que el grupo de personas acepte las reglas del juego, las normas que deben ser respetadas por todos y compartir propósitos comunes que deben estar por encima de cualquier diferencia.

Cuando estos propósitos compartidos están en sintonía con principios fundamentales, es fácil lograr acuerdos puntuales que faciliten la coincidencia de acciones orientadas al logro del bien común.

En este momento difícil que se vive en Venezuela, es necesario fomentar la tolerancia individual y grupal, que nos conduzca a la convivencia, de tal forma que haga posible el logro de propósitos orientados a cubrir las expectativas de la población relativas a salud, educación, seguridad, vivienda, alimentación, transporte y recreación. Es un momento que mide la capacidad de convivencia que históricamente ha caracterizado a la población venezolana, la cual constituyó un atractivo determinante para que millones de personas decidieran emigrar hacia Venezuela y quedarse definitivamente a vivir en estas tierras.

Tolerar, coexistir, compartir, convivir, construir y reconstruir son verbos que debemos conjugar en el presente para poder conjugar en el futuro el verbo DISFRUTAR.

AUTODESARROLLO Y TEJIDO SOCIAL

El crecimiento y desarrollo individual involucran un conjunto de condiciones necesarias como el autoconocimiento, la autocrítica sobre sus propias fortalezas y debilidades, la capacidad de aprender de los errores propios y ajenos, el autocontrol, la confianza en sí mismo, el cultivo del locus interno en su justa medida, el establecimiento de propósitos individuales en sintonía con los propósitos del entorno en el cual desarrolla sus actividades, la disciplina del discernimiento en la cotidianidad lo cual aumenta las decisiones acertadas con mayor probabilidad de éxito, la responsabilidad de cumplir con lo que se debe hacer, la búsqueda de la excelencia como forma de mejorar permanentemente y finalmente el compromiso consigo mismo y con las circunstancias.

Este desarrollo de capacidades individuales, permite que en su visión grupal perciba oportunidades donde otros ven amenazas y dificultades; la confianza en sí mismo genera confianza de su entorno; el autocontrol conduce a la empatía y a la tolerancia que traerá a su vez mayor capacidad

de adaptación y resiliencia. Todo esto hace que en su conjunto exista un mejor manejo de conflictos, una visión de excelencia organizacional como resultado de conductas individuales que también buscan la excelencia con comunidad de principios y objetivos, con mejores relaciones interpersonales, mejor clima organizacional, convivencia armónica y estímulo de liderazgos positivos. Este conjunto de condiciones hace que como grupo u organización, se aprovechen las oportunidades y se atenúen las amenazas, lo cual permite salir fortalecidos ante las adversidades.

Cuando las organizaciones se soportan en conductas individuales sólidas, podrán construirse alianzas interinstitucionales fortalecidas por vínculos interpersonales, lo cual produce un tejido social muy denso que pueden producir acciones que perduren en el tiempo. En el fondo, todo el tejido social está condicionado por el desarrollo de los individuos como sujetos promotores de las actividades organizacionales.

Es importante destacar que el crecimiento y el desarrollo individual no es individualismo ni egocentrismo, sino todo lo contrario, es una conducta altruista en función de la utilidad que pueda generar la actuación de la persona sin tomar en cuenta su protagonismo, ya que muchas veces se logran mejores resultados cuando la acción es más discreta o es incluso anónima.

En general la interacción sustentada en principios sólidos entre individuos de una organización, le confiere a la misma mayor capacidad de gestión y así mismo el vínculo entre organizaciones que está reforzado por la relación entre los integrantes de ambas instituciones, será más duradero y su resultado será sinérgico. En síntesis el vínculo interinstitucional basado en la relación interpersonal es superior a la vinculación formal efectista más que efectiva, producto de una declaración.

Todo este razonamiento permite concluir que el conjunto de instituciones que conforman el tejido social se basa en los individuos que integran esas organizaciones y que por lo tanto, el desarrollo organizacional y social en general, está condicionado por el desarrollo individual con alto nivel de compromiso. En palabras de Juan Pablo II: “El compromiso es la respuesta valiente de quienes no quieren malgastar su vida, sino que desean ser protagonistas de la historia personal y social” En este momento difícil de

la historia venezolana, es fundamental que veamos que parte de la solución radica en empezar por el crecimiento y desarrollo de los individuos, como núcleos protagónicos del tejido social con una visión de país.

PAUSA REFLEXIVA

"De vez en cuando hay que hacer una pausa". Así comienza el poema LA PAUSA de Mario Benedetti. En este momento de turbulencia histórica es necesario hacer una pausa, lo cual no significa detenerse y no actuar, sino que es necesario dedicar tiempo para pensar y poder actuar. La cotidianidad de la supervivencia hace que se le dedique la mayoría del tiempo a actividades orientadas a lograr sobrevivir ante el conjunto de acontecimientos inéditos, resolviendo los problemas básicos diarios que pueden comprometer en forma inmediata la propia vida, a expensas del tiempo que se debe dedicar para vivir en el amplio sentido de la palabra.

Lograr lo indispensable en relación a salud, alimentación, transporte, luz, agua potable, gas para cocinar y refrigeración para conservar alimentos perecederos y medicinas, constituyen una tarea de alta complejidad y consumo de tiempo que requiere una logística y trabajo en equipo familiar, vecinal y laboral que consumen la mayor parte del tiempo de la mayoría de la población.

Es necesario "Contemplarse a sí mismo, sin la fruición cotidiana", como también señala Benedetti en su poema, caracterizada en nuestro caso por la complacencia de resolver las pequeñas cosas con grandes sacrificios, lo cual da la impresión de ser producto de una estrategia más que de una coincidencia circunstancial y fortuita. La expectativa que se genera de la calidad de los servicios básicos es tan baja que la percepción la supera fácilmente. Las personas se contentan con trasladarse en camiones, porque la expectativa es no encontrar ningún medio de transporte y trasladarse a pie; se sienten satisfechos al cocinar en leña, porque aunque no tengan gas o energía eléctrica para cocinar, por lo menos tienen una forma rudimentaria de cocinar los alimentos. Hay un acostumbramiento a lo regular o malo, porque la expectativa es que el servicio sea peor.

"Examinar el pasado rubro por rubro, etapa por etapa, baldosa por baldosa" continúa el poeta uruguayo universal, en el cual nos hace una invitación a buscar en el pasado, en especial en las propias experiencias vividas y en las enseñanzas producto de las mismas, la fuente de sabiduría para interpretar el presente con visión de futuro.

Finaliza el poema con una afirmación sobre la verdad como base fundamental de todo análisis que pretenda llegar a conclusiones sólidas y bien sustentadas: "y no llorarse las mentiras, sino contarse las verdades".

El análisis causal de los problemas, soportado sobre la verdad, producto de la observación y descripción de los hechos es fundamental para llegar a la solución de los mismos. Lo contrario de la verdad es la mentira y en palabras de Ortega y Gasset "Esta es la raíz de todos los males, como lo es siempre en la vida, sea individual o sea colectiva. El pecado original radica en eso: no ser auténticamente lo que se es. Podemos pretender ser cuanto queramos, pero no es lícito fingir que somos lo que no somos, consentir en estafarnos a nosotros mismos, habituarnos a la mentira sustancial. Cuando el régimen normal de un hombre o de una institución es ficticio, brota de él una omnímoda desmoralización. A la postre se produce el envilecimiento, porque no es posible acomodarse a la falsificación de sí mismo sin haber perdido el respeto a si propio".

Hacer una PAUSA para reflexionar sobre la veracidad o falsedad en la cual se sustentan los análisis de nuestro acontecer es indispensable, tanto en forma individual como colectiva, incluso con un alcance que llegue al país como un todo. Una PAUSA REFLEXIVA es necesaria para producir resultados que generen soluciones que sean sostenibles en el tiempo.

EL FUTURO Y LA INCERTIDUMBRE

"Ayer es historia, mañana es un misterio y hoy es un regalo" Esta frase atribuida a Eleanor Roosevelt señala que el mañana es un misterio o sea desconocido. El futuro involucra incertidumbre, aún en condiciones normales, pero en el caso de las circunstancias actuales de Venezuela, a veces no es posible prever los acontecimientos ni siquiera en forma inmediata,

de ahí que es necesario trabajar con varios escenarios alternos que contemplen diferentes opciones.

Cuando en el mundo se avanza en forma exponencial en muchos aspectos, con una velocidad de cambio imposible de predecir hace algunas décadas, nosotros vemos un aumento de la brecha no sólo por una evolución más lenta, sino que hay una involución que nos distancia incluso de lo que fuimos y tuvimos hace algún tiempo.

Por ejemplo en estos últimos años cuando un tema de discusión en el medio académico de algunos países como preparación para el futuro, es la inteligencia artificial definida como la "ciencia que hace que las máquinas hagan cosas que requerirían la inteligencia si la hiciesen los humanos" según uno de los padres de la computación, Marvin Minsky y así mismo se invierten grandes recursos para el avance tecnológico que haga posible incluso que la inteligencia artificial pueda sobrepasar la inteligencia de los humanos; en nuestro medio, la cotidianidad para cubrir las necesidades básicas consume la mayoría de la atención y el tiempo para resolver las cosas del presente, sin poder dedicarle tiempo a la preparación para el futuro.

Debe ser motivo de preocupación de todas las personas que tenemos bajo nuestra responsabilidad dirigir organizaciones o bien que podamos ser un "modelo" que tenga influencia en los jóvenes, tener presente y darle importancia a la tendencia actual caracterizada por el inmediatismo, el conformismo, la actitud pasiva o reactiva y no proactiva, la visión de corto plazo y la despreocupación por el futuro.

La explicación acomodaticia y a conveniencia del mismo acontecimiento, con un análisis y conclusiones totalmente opuestos, genera en la población un estado de incertidumbre e incredulidad que le dificulta tomar decisiones sencillas sobre su futuro cercano y aún más sobre el mediano o largo plazo, sobre todo que a veces ambas explicaciones provienen de personas supuestamente expertas en el tema o autorizadas por la jerarquía del cargo que detentan y que el ciudadano común piensa que consultó a sus asesores técnicos.

En estos momentos de confusión y desinformación, es muy importante acogerse a principios fundamentales como la búsqueda de la verdad como base de razonamiento para tomar decisiones acertadas que permitan identificar las circunstancias favorables, superar las adversidades y aprovechar las oportunidades.

Cuando el entorno es muy cambiante e impredecible, cuando ocurren hechos que no tienen precedentes en la historia cercana, cuando lo urgente arropa lo importante y cuando hay gran incertidumbre sobre el futuro, es fundamental que se definan propósitos individuales y organizacionales, que se establezcan estrategias que tomen en consideración varios escenarios, incluso los más adversos, que se desarrolle una cultura de innovación y de resiliencia, que se comparta el conocimiento y se piense más en complementar y cooperar que en competir entre pares.

ENERGÍA LABORAL

La palabra "energía" derivada del latín y a su vez del griego "energeía", tiene dentro de sus componentes el término "ergon" que significa trabajo o acción, por lo tanto se pudiera pensar que energía laboral es redundancia, pero el término energía es como muchas palabras dependiente del contexto y de los calificativos que se le pongan, por lo tanto para los fines de este artículo energía laboral es el conjunto de circunstancias que hacen posible producir un trabajo que finalmente se expresen en bienes y servicios.

En la situación actual de Venezuela, la energía laboral tiene dos elementos definitorios muy importantes: La energía eléctrica y la energía interior, humana o espiritual.

La energía eléctrica va a ser uno de los aspectos que va a determinar que una institución pueda superar la crisis actual. Las empresas que tengan mayor grado de autonomía en el campo de suministro de energía eléctrica para la realización de las actividades que generen los bienes y servicios específicos, son las organizaciones que van a tener más probabilidades de superar las dificultades.

A manera de anécdota, en uno de los apagones recientes fui a la heladería a comprar helados al sitio donde los había comprado por décadas, pero cuando llegué encontré que en el escalón de entrada estaban sentadas las tres vendedoras y me hicieron señas antes de llegar, que no había helados, porque no había luz. Me dirigí a otra heladería nueva que si tenía planta y compré los helados. La historia y la fama no pudieron contra el hecho de que en un sitio si había energía eléctrica y en el otro no disponían del recurso, a pesar de su prestigio y calidad.

La otra energía es la interior, espiritual o humana. Esta energía es más compleja y no se puede medir en unidades cuantificables. Es más cualitativa que cuantitativa. A veces en algunas personas es mayor cuando el grado de dificultad es superior. Uno de los generadores de esta energía interior son los propósitos y objetivos definidos, no tiene relación con la fortaleza física de las personas, sino con su fortaleza espiritual. Tiene más relación con la inteligencia emocional que con el coeficiente intelectual, puede ser que una persona con bajo nivel académico tenga más energía interior que una persona con nivel de doctorado. Esta energía tiene alto valor, pero bajo precio. No tiene relación con la edad, ya que a veces hay ancianos que tienen mayor carga de energía que jóvenes.

Observar, describir, analizar, pensar, controlar emociones y discernir, requieren un importante consumo energético, que tiene la ventaja que se recarga al actuar o seguir pensando. Por ejemplo realizar un procedimiento de diagnóstico o tratamiento con equipos médicos que requieran electricidad, consumen energía eléctrica, pero aumentan la energía interior si ese procedimiento se realizó con compasión y con el deseo de ayudar a resolver el problema del paciente.

Para aumentar la energía laboral y generar los bienes y servicios, es fundamental que en estos tiempos difíciles se tomen las previsiones para disponer de la energía eléctrica que le brinde cierto grado de autonomía a la empresa, pero así mismo es indispensable que se establezca una estrategia que permita que el personal con visión de equipo, promocione actividades orientadas a desarrollar la energía humana, lo cual es una condición necesaria para aumentar la energía laboral y por lo tanto la productividad de la empresa.

Es útil para aumentar la energía interior, estudiar la biografía de grandes maestros de le historia y aprender de las conductas que siguieron en situaciones similares a la nuestra y las enseñanzas que nos legaron.

POBREZA, IGNORANCIA Y ENFERMEDAD

En los textos de administración sanitaria de hace algunas décadas, frecuentemente se incluía un gráfico que representaba el círculo vicioso de la pobreza, la ignorancia y la enfermedad. Este tema también era motivo de discusión en los programas docentes de salud pública. En los cursos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela, era frecuente que los maestros del momento le dedicaran un tiempo a este tema. Como integrante de algunos de estos programas en el inicio de la década de los años 70, tuve oportunidad de participar en conversaciones dirigidas por el Dr. José Ignacio Baldó, pilar fundamental que contribuyó a la construcción de las bases doctrinarias sanitarias de Venezuela, quien destacaba la estrecha relación entre la salud de la población y sus condiciones socioeconómicas, lo cual lo resumía en su frase que señalaba que "una enfermedad social no puede combatirse sino con remedios sociales".

Pero a veces las cosas "por sabidas se callan y por callarlas se olvidan" y esto está sucediendo en este momento, ya que se ha olvidado en el análisis de la situación de salud en Venezuela, la estrecha relación con los aspectos socioeconómicos y educativos.

Como todo círculo vicioso puede comenzar desde cualquier eslabón y al cerrar el ciclo regresa al momento de inicio. Si se empieza por la disminución de la producción de bienes y servicios, con la consiguiente caída del producto interno bruto y por lo tanto del ingreso per cápita (PRODUCCION BAJA), se traduce en disminución del ingreso para cada trabajador (SALARIOS BAJOS), lo cual trae como consecuencia deterioro socioeconómico (ALIMENTACION, EDUCACION Y VIVIENDAS POBRES). Todo esto condiciona el aumento de enfermedades en la población (MAS ENFERMEDAD), lo cual agrava la condición socioeconómica (MAS POBREZA) y esto a su vez disminuye la fuerza laboral (MENOR ENERGIA

Y CAPACITACION) y así regresa al inicio del circulo vicioso (PRODUCCION BAJA). Por otra parte al tener una mayor incidencia y prevalencia de enfermedades tanto agudas como crónicas, va a demandar atención médica con altos gastos dedicados a la medicina curativa con disminución de la inversión en la promoción de la salud y la prevención, generando aún más enfermedad y discapacidad, lo cual disminuye la fuerza laboral y regresa al comienzo del circulo vicioso (PRODUCCION BAJA).

Si a la situación descrita se agrega además la existencia de un modelo inadecuado de gestión de atención médica con baja eficiencia, que a su vez no responde a la demanda de servicio, lo cual trae como consecuencia una población enferma no atendida, el círculo vicioso se potencia y se agrava.

El problema de la salud requiere ser abordado desde diferentes aproximaciones. Es indispensable aumentar la producción de bienes y servicios que haga posible tener un mayor ingreso per cápita que permita que la totalidad de la población pueda cubrir los gastos de alimentación y vivienda con servicios básicos. Es necesario el desarrollo de programas orientados a la mejoría de las condiciones ambientales a fin de promover la salud y prevenir enfermedades que tienen un sustrato fundamentalmente social.

Se deben desarrollar Políticas de Estado en materia de salud orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades que sean susceptibles de ser prevenibles. Es fundamental el desarrollo de modelos de gestión de atención médica que sean más eficientes y menos efectistas, que se sostengan en el tiempo e incluyentes de los diferentes sectores que actualmente participan en la restitución de la salud y que tiendan a la cobertura universal en forma solvente.

SABIDURÍA EN TIEMPO DE CRISIS

La sabiduría es una condición fundamental en cualquier circunstancia, pero en este tiempo de crisis además es necesaria e indispensable. La ausencia de sabiduría en el lenguaje de la Biblia es calificada como necedad. En la historia de la humanidad tenemos múltiples ejemplos de personas "sabias" que han conducido acertadamente complejas situaciones en for-

ma airosa y así mismo tenemos ejemplos de personas "necias", cuya huella ha sido en múltiples ocasiones catastrófica.

Estudiar la historia es importante para conocer lo que han dicho o hecho los "sabios" y lo que han dicho o hecho los "necios", para aprender lo que debemos decir y hacer y lo que no debemos decir o hacer. Sin pretender agotar el tema, sino con una intención pedagógica, podemos aprender de algunos personajes de la Biblia que son mencionados en el mismo texto bíblico como personas sabias.

Ejemplo de sabiduría fue José, hijo de Jacob y Raquel, a quien sus hermanos por envidia y celos lo lanzaron a un pozo, le quitaron su túnica, lo vendieron a una caravana de mercaderes y finalmente el joven José de 17 años, terminó como esclavo de Putifar, eunuco de Faraón y capitán de los guardias. Después de haber sido persona de confianza de su señor, José fue encarcelado, pero con su sabiduría logró la libertad y pasar de esclavo a Primer Ministro de Egipto a la edad de 30 años. Al interpretar José los sueños de Faraón sobre las siete vacas lustrosas y de hermoso aspecto seguidas de siete vacas macilentas y de mal aspecto y advertirle sobre el significado que tenía que a los años de abundancia le seguirían años de escasez y hambre, con sus sugerencias es recordado entre otras cosas por haber tomado la "sabia" decisión de haber preparado a su nación para sobreponerse a una hambruna. José al interpretar los sueños del Faraón, le recomendó que seleccionara un hombre "inteligente y sabio" y lo pusiera al frente de Egipto, para que durante los años buenos y de abundancia recogieran todo el comestible, lo almacenaran y guardaran como reservas del país para los años de hambruna que vendrían. Esta lección derivada de la conducta de José hace más de tres mil trecientos años, no fue tomada en cuenta por los dirigentes que tuvieron la responsabilidad de conducir los destinos de Venezuela durante los años de bonanza de las "siete vacas gordas". Es posible que vengan nuevamente mejores momentos, pero debe servir de lección lo sucedido, para que esos ciclos de bonanza y escasez, sean amortiguados por la sensatez y la honradez.

De la historia de José se puede aprender también que con sabiduría es posible pasar de la esclavitud a la libertad, de la pobreza a la riqueza y de la escasez a la abundancia.

Otra enseñanza derivada de la vida de José es la conducta que asumió con sus hermanos quienes lo intentaron asesinar, lo vendieron a los mercaderes, lo sometieron a una vida de esclavitud, le mintieron a su padre Jacob, quien creía que había muerto, pero luego en la etapa de hambruna general viajaron a Egipto en busca de alimentos y se encontraron con la sorpresa que José era la persona de confianza del Faraón, pero los perdonó y les dio su apoyo, a pesar del poder que tenía y el sufrimiento que había padecido como consecuencia de su actuación.

Además de José hay otros personajes bíblicos que son mencionados explícitamente como ejemplos de sabiduría: Moisés, David, Salomón, Esteban, Pablo y Jesús. Cada una de sus biografías constituye un libro abierto que nos sirve de enseñanza para aplicar "hoy y aquí".

En una situación tan difícil y compleja como la que atraviesa hoy Venezuela, la Biblia es un texto obligado de lectura.

CLIMA LABORAL EN LA CRISIS

El clima laboral, también denominado clima organizacional, se puede definir como el ambiente generado por las emociones de los miembros de una organización. Es producto de las percepciones individuales o colectivas que tienen sus integrantes. Las emociones son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación de las personas a ciertos estímulos ambientales. Estas emociones pueden ser primarias o secundarias. Las primarias son innatas, universales y cumplen una función biológica adaptativa, mientras que las secundarias son adquiridas, combinaciones de las emociones primarias y producto de la interacción con el medio ambiente. Ejemplos de emociones primarias con la alegría, la tristeza, el miedo y la ira. Ejemplos de emociones secundarias son la culpa, la vergüenza, el desprecio, la satisfacción, el orgullo y el placer. En un ambiente laboral armónico, las personas normalmente expresan sus emociones, lo cual influye positivamente en el ambiente y a su vez hay una retroalimentación positiva hacia las personas. Cuando hay represiones o prolongaciones inadecuadas de las emociones, puede conducir a condiciones patológicas, como por ejemplo si el miedo es normal, cuando es inadecuada la respuesta se producirá ansiedad, fobias o pánico; si la tristeza es normal,

su respuesta inadecuada conduce a depresión, si la ira es transitoria, su exacerbación conduce al odio, resentimiento y frustraciones. Cuando estas situaciones ocurren en muchas personas y con mucha frecuencia, el ambiente se torna tóxico.

En el plano laboral un ambiente percibido por los trabajadores como agresivo genera disminución de la satisfacción y la productividad lo cual se torna en un círculo vicioso. Uno de los retos más complejos para los directivos de una empresa, es lograr un ambiente laboral armónico. En las circunstancias actuales de Venezuela, la situación es más compleja, porque el trabajador también tiene un ambiente general y familiar caracterizado por una complejidad extrema de la cotidianidad.

Cuando el trabajador además de lo laboral, debe solventar problemas como la poca disponibilidad de gas, agua, energía eléctrica, escasez de gasolina, hiperinflación, pocos alimentos y productos básicos del hogar, falta de dinero efectivo, transporte inadecuado o ausente y en general servicios y bienes deficientes, además de emigración de familiares cercanos y desarticulación del núcleo familiar, el mismo individuo está cargado de problemas que deben ser tomados en cuenta cuando se analiza el clima laboral en tiempos de crisis como el actual.

Los directivos y en general todos los trabajadores deben establecer Políticas basadas en la premisa que señala que "lo que es bueno para la empresa es bueno para los trabajadores y viceversa, lo que es bueno para los trabajadores es bueno para la empresa". Se deben adoptar estrategias orientadas a amortiguar las adversidades del medio ambiental, como por ejemplo apoyo en rutas de transporte, programas de alimentación y en general beneficios adicionales de acuerdo a la capacidad financiera de la institución. Debe incluir profesionales en psicología como apoyo al desarrollo de programas de mejoramiento del clima organizacional. Estimular el trabajo en equipo, un estilo de liderazgo adecuado, la comunicación clara, precisa, oportuna y respetuosa y fomentar la memoria histórica y la identidad institucional.

La búsqueda de un buen clima laboral debe involucrar a todos, ya que afecta a todos. El clima laboral no es cuestión de un minuto, una hora, un acto especial o un día. Se trata de TODO el tiempo y TODAS las personas.

RAZÓN, EMOCIÓN Y DECISIÓN

Razonar involucra observar, describir, analizar, reflexionar, discernir y luego concluir para decidir y finalmente actuar. Las emociones son respuestas psicofisiológicas adaptativas ante situaciones múltiples que se presentan en el medio que nos rodea. Es normal que en el proceso de decisión, o sea la determinación que se adopte sobre un asunto específico, entren en juego emociones y razonamientos que finalmente lleven a la persona a fijar una posición específica que tendrá como producto su actuación.

Preocupa cuando las emociones arropan al discernimiento. Si la decisión se soporta en una reacción emocional inmediata, bien sea de rechazo o de aceptación, aumenta la posibilidad de perder la libertad individual de decidir, porque la persona no va a realizar todas las consideraciones y reflexiones necesarias que lo lleven a un proceso de discernimiento basado en un principio fundamental como es la verdad.

Es importante tener presente que en las redes sociales se manejan las emociones de una forma muy sutil en un proceso de mercadeo que desarrolla estrategias comunicacionales con el objetivo de promover una imagen, marca o mensaje en la población con el mayor número de seguidores posible, generando una tendencia de opinión. Lo que comúnmente sucede es que de forma planificada se producen contenidos que mueven a los receptores, quienes la mayoría de las veces con un enfoque más emocional que racional, fijan una posición y en consecuencia deciden y actúan.

Hay dos hechos que son significativos y que se deben tomar en cuenta al analizar las redes sociales en el contexto de la discusión del tema de la razón, emoción y decisión: Por una parte la poca comprensión lectora y por otra parte la asociación de la propia experiencia con una gran carga emocional a imágenes y textos breves, cuyo contenido es tomado como propio y difundido sin el suficiente análisis e incluso en muchas oportunidades sin verificar su veracidad. Todo este conjunto de situaciones genera un cúmulo de información que intoxica a la población y que afecta la salud mental, sobre todo de la población vulnerable, la cual tiene más información que formación. Es muy importante la verificación y la "digestión" de

la información antes de continuar diseminándola y por supuesto antes de tomar una decisión sobre la materia informada.

Mientras más formación tenga la persona mejor será su capacidad para utilizar adecuadamente la información disponible. El discernimiento previo a la decisión es un paso fundamental. Discernir deriva del latín: discernere: separar, distinguir o reconocer. La palabra está compuesta de dis (en dos) y cernere (separar).

Un manejo adecuado de las emociones que puedan producirse en el individuo, sin que se afecte sesgadamente la decisión y sin que impida que el razonamiento equilibrado contemple un proceso maduro y sosegado de análisis, es condición fundamental para que la razón, la emoción y la decisión interactúen y sean una fórmula equilibrada que contribuya a lograr la inserción del individuo en un ambiente cada vez más convulsionado y exigente que pone a prueba la capacidad de tener la información necesaria, veraz y suficiente que compatibilice el crecimiento exponencial de datos, no todos veraces, con la capacidad de análisis con velocidad lineal, sin afectar la salud mental de la persona.

Aunque nuestra sociedad es muy dinámica y a veces impredecible, "de vez en cuando hay que hacer una pausa" como escribió el poeta uruguayo Mario Benedetti, para pensar y decidir razonablemente. Esta es una decisión individual, compleja y perentoria que nos acerca a la búsqueda de la verdad.

INCIVILIDAD VS. CIVILIDAD

Según el Diccionario de la RAE, incivilidad es la falta de civilidad y esta a su vez la define como urbanidad o sociabilidad. La incivilidad involucra conductas de falta de respeto interpersonal gestual o verbal, vulgaridad, lenguaje soez que puede llegar a la coprolalia, trato despectivo e irónico, falta de normas elementales de cortesía y en general todas las formas de proceder que tienden a "intoxicar" el ambiente, bien sea familiar, laboral o incluso el ambiente general.

La incivilidad está asociada al acostumbramiento a las medias verdades, que terminan siendo mentiras y que al divulgarse sin la debida verificación del contenido, se trasforman en chismes que dañan el ambiente, lo cual genera desconfianza y disminuye el compromiso.

Lo que antes era una rareza que en un medio de comunicación se utilizara un lenguaje soez, con el tiempo y con el uso se ha desarrollado un proceso de acostumbramiento a aceptar y aplaudir programas cargados de incivilidad. Por ejemplo hace 30 años, el Dr. Arturo Uslar Pietri mencionó la palabra pendejo en una entrevista televisada en el siguiente contexto "los ciudadanos honestos son en algunos casos calificados como pendejos", lo cual originó un escándalo en la opinión pública por lo raro que este tipo de hechos ocurrieran, sobre todo tratándose de un connotado intelectual, lo cual obligó al Dr. Uslar Pietri a dar explicaciones sobre el término usado. Lo que fue excepción en el pasado, es regla en el presente. Hoy es frecuente oír conversaciones con más de la mitad de las palabras con un lenguaje vulgar.

Hace 166 años, el Profesor Manuel Antonio Carreño, ilustre venezolano de proyección universal, escribió el Manual de Urbanidad y buenas maneras, que debería ser una referencia en los programas de estudio. Aunque este planteamiento parezca anticuado, es interesante señalar que en la actualidad el modelo educativo japonés, tiene entre las materias principales al civismo, el cual incluye normas de convivencia, respeto a las leyes, ética, tolerancia, formación en valores, altruismo, respeto a la ecología y al medio ambiente.

Christine Porath, profesora de la Universidad de Georgetown en Washington, escribió el libro el costo de la mala conducta y en una investigación concluyó que la incivilidad desmotiva a las personas, reduce 66% el interés por el trabajo, 80% perdió tiempo preocupándose por ser víctima de hostilidades y el 12% renunció al trabajo. En un subgrupo estudió la repercusión en los testigos que presenciaban actos de incivilidad y concluyó que también sufren las consecuencias y su comportamiento es como un virus con alto poder de contagio.

En el plano laboral la incivilidad disminuye la productividad y constituye un alto costo que debe motivar a las empresas para desarrollar estrate-

gias orientadas al logro de un clima organizacional armónico y amigable. En el plano nacional, la falta de civismo puede generar conflictos sociales y políticos de consecuencias impredecibles, de ahí que es imperativo promover Políticas de Estado que fomenten la convivencia, la cual es condición necesaria para el progreso sostenido de un país.

En el plano individual y familiar se puede empezar por pequeñas cosas aparentemente sin importancia como por ejemplo saludar, sonreír, agradecer, decir por favor, evitar frases ofensivas, aceptar opiniones diferentes y reconocer los errores con sentido de autocrítica.

Un ambiente de respeto mutuo soportado en información veraz con propósito de superación y búsqueda del bien común por encima del beneficio individual, constituye la base de un desarrollo con civismo que garantice bienestar colectivo.

PROBLEMÁTICA VS. SOLUCIONÁTICA

El Diccionario de la Real Academia Española define problemática como "el conjunto de problemas pertenecientes a una ciencia o actividad determinadas" y también se refiere a "algo que presenta dificultades o que causa problemas". Aunque la palabra "solucionática" no es aceptada por el Diccionario de la RAE, es frecuentemente usada en lenguaje coloquial para referirse a las personas o instituciones que ante los problemas responden con propuestas orientadas a resolverlos, independientemente del nivel de adversidad.

Las personas que están en el equipo de la problemática generalmente piensan que la solución está fuera de su alcance. Habitualmente comentan sobre la existencia de problemas, pero no proponen soluciones, sino que magnifican la situación y tienen cierto regocijo al explicar todo lo que está malo. Son personas que tienden a generar ambientes tóxicos y no participan en mejorar lo que no sirve. Generalmente son reactivos y tienen conductas de agresividad.

Los integrantes del equipo de la "solucionática" piensan que siempre hay algo que está a su alcance para lograr que mejore la situación. Hablan más

de soluciones que de problemas. Son personas que generan un ambiente armónico y habitualmente participan activamente en la ejecución de la o las soluciones. Consideran que siempre se debe hacer algo aunque parezca muy insignificante. Generalmente son proactivos y tienen conductas orientadas a buscar fórmulas de consenso que incorporan lo mejor de cada propuesta.

A veces se piensa que una acción modesta y de alcance espacial reducido, no tiene transcendencia para la humanidad, pero esto no es correcto, porque el todo está hecho de partes pequeñas. Escribió Bertrand Russell "Suele parecer arrogante el suponer que uno pueda hacer algo de importancia para mejorar la suerte de la humanidad. Pero eso es una falsedad. Hay que creer que uno puede contribuir al mejoramiento del mundo. Una buena sociedad es sólo producto de individuos buenos. Todo ser humano puede hacer algo para crear en su medio sentimientos cordiales en lugar de cólera, razonamiento en lugar de histeria, felicidad en vez de miseria"

Ante una situación determinada dos observadores con diferente actitud pueden tener visiones diferentes: Algunos pueden ver obstáculos, riesgos y dificultades y otros ven oportunidades. Para los primeros puede ser un problema sin solución y para los segundos puede ser una solución.

Algunas recomendaciones institucionales para colocarse del lado de la solucionática son: Desarrollar políticas y estrategias con una visión proactiva, lo cual permite que desde el punto de vista operativo, se adelanten a las situaciones antes de que se trasformen en grandes problemas; plantear propuestas sistémicas que hagan innecesario enfrentar cada problema como si fuera algo único que requiera realizar muchas veces grandes esfuerzos con poca eficiencia; visualizar propuestas de corto, mediano y largo plazo; decidir después de observar, describir y analizar la situación con la información suficiente y necesaria, con predominio del discernimiento y la razón por encima de las emociones; estimular un clima de confianza entre los diferentes niveles jerárquicos de la institución; promover una relación basada en el respeto mutuo y evitar la relación basada en el temor a ser sancionado; tener autocrítica y reconocer las fallas como paso fundamental para el mejoramiento continuo; estimular la comunicación multidireccional en forma armónica y amigable, evitando el uso de términos agresivos. Es fundamental que todas las instituciones promuevan la cultura de la solucionática.

CRISIS DE LIDERAZGO

Al analizar la situación actual, se concluye que hay una crisis de liderazgo en este difícil momento que demanda una conducción oportuna y acertada. Sin pretender agotar el tema por su complejidad y extensión, el objetivo de estas reflexiones es llamar la atención para que nos percatemos del problema y se definan Políticas y Estrategias para la formación de líderes, ya que la primera causa del problema es no aceptarlo como tal y por lo tanto no actuar con la rapidez y la intensidad que la situación amerita.

Es importante señalar que existe confusión de términos desde el punto de vista teórico y práctico ya que a veces las palabras jerarquía, liderazgo y autoridad se aplican como similares, lo cual no es adecuado. Son tres palabras que expresan algunas condiciones comunes, pero que no son iguales, mucho menos sinónimos. Por ejemplo, en la realidad, muchos tienen la jerarquía de gerente, pero ni tienen autoridad ni son líderes y muchos son líderes y no ostentan ningún cargo jerárquico.

Desde el punto de vista etimológico, Jerarquía deriva del griego "Hieros": sagrado y "Arkhei": orden o gobierno. Aunque nació en el marco de lo religioso, pronto se usó en la milicia, la política y las organizaciones en general. La palabra líder, algunos opinan que es un anglicismo que deriva de la palabra "Leader", que son homófonas en ambos idiomas y tienen igual significado como la persona que influye, dirige u orienta a un grupo que reconoce su autoridad. La palabra inglesa leader a su vez deriva del inglés antiguo laedere, que se refiere a quien conduce, al primero o más prominente. Algunos opinan que deriva del latín "Leit" que significa ir hacia adelante, Los líderes ejercen liderazgo en su grupo de influencia. La palabra autoridad deriva del latín "autoritas" que a su vez viene de "auctor" y ésta de "augere", que significa aumentar y hacer progresar. Puede tener relación con el nivel jerárquico, pero además se relaciona con la cualidad de la persona que inspira la confianza necesaria para que sus recomendaciones sean acatadas naturalmente.

En un escenario social caracterizado por cambios acelerados, la ausencia de una conducción acertada y oportuna tiene graves repercusiones, de ahí que los líderes deben desarrollar una capacidad de observación,

descripción y análisis del libro de la realidad, que tenga tal velocidad que puede ser denominada intuición. La complejidad de las situaciones, pone a prueba el juicio crítico del líder, porque el margen de acierto y error a veces es borroso, de tal forma que en una sola decisión, puede jugarse el futuro personal y organizacional.

La presencia de líderes de diferentes generaciones obliga a tener la tolerancia y capacidad de adaptación de todos. Es frecuente que coexistan personas de 20 años con mayores de 80 años. Estas generaciones que han sido caracterizadas por algunos, como los tradicionalistas quienes nacieron en la década del 40 del siglo pasado, los Baby Boomers, X y Millennials hasta la generación Z de jóvenes que nacieron en el siglo XXI, deben coexistir y aprender todos de todos, lo cual es un reto.

La interrelación multicausal de los acontecimientos, obliga a los líderes a tener una visión que pudiéramos denominar de 360 grados, de múltiples planos y con alta conectividad con el entorno que permita construir los puentes y vínculos a través de alianzas sinérgicas.

Aunque hay personas con condiciones innatas de líderes, se debe señalar que los líderes no nacen por generación espontánea, sino que se hacen. Es fundamental estimular la formación de líderes inspiradores que generen confianza en su círculo de influencia.

COEXISTENCIA GENERACIONAL

La coexistencia generacional entendida como la presencia de personas de diferentes generaciones en los mismos espacios o escenarios, lo cual en el pasado reciente sucedía generalmente con tres generaciones y fundamentalmente en el ambiente familiar, en donde los abuelos permanecían retirados del trabajo en su residencia habitual o en la casa de uno de sus hijos, haciendo actividades domésticas según su capacidad física y mental y compartiendo con sus nietos, quienes aprendían respetuosamente de la sabiduría del anciano. Por la menor expectativa de vida no era frecuente que alguien conociera a sus cuatro abuelos.

Desde mediados del siglo pasado hasta el presente, la constante ha sido el aumento de la velocidad de cambio, lo cual aunado a una mayor expectativa de vida y en particular en Venezuela al incremento de embarazos en adolescentes, es frecuente encontrar familias con cuatro generaciones conviviendo simultáneamente, e incluso hay algunos casos de cinco generaciones que conviven.

Esta situación también ha tenido su expresión y repercusión en los escenarios laborales, en los cuales pueden coexistir en el mismo ambiente personas de 80 o más años con jóvenes de 18 años, con diferencias de edad de más de 6 décadas. Entre ambos extremos puede haber 4 ó 5 generaciones, que tienen diferentes percepciones y actitudes ante los principios y valores, las relaciones humanas, la ubicación histórica personal e institucional, comportamiento y modales, manejo de la tecnología y en general conductas producto de circunstancias muy diferentes.

Estas personas que comparten momentos en similares espacios deben tener tolerancia, convivir y tener paciencia para entenderse mutuamente. Deben complementarse y aprender todos de todos con humildad. Los mayores deben aceptar que los jóvenes pueden enseñarles, aunque esto sea diferente a la situación que ellos vivieron en su juventud. Los jóvenes deben entender que hay lecciones que no se pueden aprender en forma rápida y comprimida, ya que requiere el paso del tiempo para poder madurar la experiencia.

Un equipo de trabajo que tenga una distribución balanceada de generaciones tiene ventajas sobre un equipo integrado solo por miembros de una o dos generaciones. La visión de amplia perspectiva histórica aportada por una persona con experiencia que además de la educación académica tenga la formación de la universidad de la vida, es conveniente y necesaria en el momento de abordar una situación. El aporte de nuevas generaciones con acceso rápido a la información disponible y con manejo tecnológico que acorta el tiempo de gestión, constituyen un pilar fundamental en el equipo de trabajo.

Una relación balanceada y armónica de diferentes generaciones hace que exista un equilibrio entre la información y la formación, entre la teoría y la práctica, entre el pasado y el presente con visión de futuro.

No sólo en el medio familiar y laboral, sino en la sociedad en general la historia nos enseña que la sabiduría del anciano condensa siglos de experiencia. En el libro de Proverbios hace más de dos mil años, escrito "para adquirir sabiduría y educación" Salomón señala que "la gloria de los jóvenes es su fuerza y la honra de los ancianos, sus canas".

José Ortega y Gaset escribía hace casi un siglo, que "una generación es un cuerpo social íntegro con su minoría selecta y su muchedumbre, es el compromiso dinámico entre masa e individuo, es el concepto más importante de la historia, y por decirlo así, es la bisagra sobre que ésta ejecuta sus movimientos". El reto del momento actual es lograr que múltiples bisagras funcionen en armonía.

PONERSE DE ACUERDO

Ponerse de acuerdo para la solución de conflictos, requiere procesos de negociación orientados a lograr resultados que satisfagan aspiraciones fundamentales de las partes y en caso de no ser posible, puede intervenir un tercero que actúe como mediador o facilitador.

El mejor instrumento para lograr acuerdos es la palabra, es el diálogo respetuoso y tolerante que busque solventar las diferencias para llegar a fórmulas de mutua conveniencia. Hay conflictos que pasan de generación a generación, con ciclos de paz y violencia, algunos se resuelven precedidos de violencia y otros que logran resolverse con el diálogo. Hay ejemplos históricos en los cuales se pactan treguas para poder conversar. Hace 199 años Simón Bolívar y Pablo Morillo en representación de la Gran Colombia y el Reino de España respectivamente, firmaron en noviembre de 1820 el tratado de armisticio y regularización de la guerra, el primero de corta duración y el segundo respetado hasta el final de la guerra de independencia. Ambos bandos, aún después de casi ocho años de guerra a muerte, decidieron hacer una pausa para conversar y establecer reglas de mutua conveniencia. Sin pretender analizar el hecho, sino con intención de citar un ejemplo que muestra la conveniencia que vieron ambas partes de decidir que a veces, aun en una confrontación, incluso en medio de una lucha armada, es necesario usar la palabra para buscar acuerdos. No toda conversación o diálogo llega a un acuerdo, pero todo acuerdo generalmente

es precedido de una negociación que puede iniciar con conversaciones preliminares de acercamientos informales.

No es saludable para el clima organizacional o nacional, la satanización de acercamientos que evolucionen a diálogos que puedan conducir a negociaciones formales y acuerdos. No es conveniente que estrategias dilatorias y manipulaciones devalúen estos intentos conciliatorios. Un parámetro que califica a un líder como positivo es su capacidad de negociar y conciliar diferencias.

Los delfines tienen conductas que pueden servirnos como ejemplo de comunicación y ponerse de acuerdo para lograr objetivos comunes, superando a otras especies por el mismo alimento: las sardinas, las cuales son rodeadas por los delfines y progresivamente comunicándose y trabajando en forma articulada logran que las sardinas se muevan en grandes masas hacia la superficie y sean presa fácil para el banquete de los delfines y otros depredadores. El factor fundamental es la actividad "inteligente" de los delfines que se comunican y se ponen de acuerdo. Los delfines nos dan un ejemplo.

Hace dos mil años en la Primera Carta de San Pablo a los Corintios, ante las discordias entre sus habitantes les dijo: "Hermanos, en nombre de nuestro Señor Jesucristo les ruego que se pongan de acuerdo y que no haya divisiones entre ustedes, sino que vivan en perfecta armonía de pensamiento y opinión".

Ponerse de acuerdo es la única opción ante los desacuerdos, sean de alcance interpersonal, institucional, nacional o internacional. Ante la pregunta de cuándo, la respuesta es en el momento oportuno, si el daño es importante, debe buscarse el acuerdo lo más rápido posible; ante la pregunta de cómo, la respuesta es con el mínimo daño y el máximo beneficio para todos: ante la pregunta de quiénes participan en el acuerdo, la respuesta es todos los implicados, si es interpersonal participan los involucrados y si afecta a las instituciones o al país, la respuesta es que los líderes ejercen un rol fundamental y los acuerdos deben ser expresión del deseo de las mayorías. Ponerse de acuerdo en estos tiempos difíciles es tarea de todos.

DE LA TOLERANCIA A LA CONVIVENCIA

Tolerar del latín tolerare: soportar o aguantar. Según el Diccionario de la Real Academia Española, tolerancia es soportar al otro con la intención de entenderlo mejor, lo cual facilita la convivencia armónica a pesar de las diferencias. Convivir deriva del latín convivere que significa "vivir con otros". Es importante actuar con empatía, entendida ésta como el arte de comprender las emociones y los sentimientos propios y ajenos sin prejuicios, sin que esto implique un riesgo a nuestra estabilidad emocional y salud mental.

Una condición necesaria para desarrollar la tolerancia y la convivencia es el respeto mutuo, o sea un equilibrio entre los límites propios y los derechos ajenos. La tolerancia no es una conducta pasiva que implique aguantar todo lo que suceda, ya que por ejemplo dar a conocer de forma clara y serena lo que causa disgusto, porque se considera no tolerable para nosotros, puede a mediano plazo facilitar la convivencia, ya que contribuye a definir límites.

La intolerancia como antónimo de tolerancia conduce a situaciones conflictivas que afectan la convivencia armónica. Esta afirmación es válida en el plano individual, familiar, laboral y a nivel nacional y mundial. Si se hace un balance de actos de intolerancia en el pasado, se concluye que su resultado ha sido negativo en todos los ámbitos antes mencionados. Es útil evaluar el pasado, no cometer los mismos errores y aprender para obtener resultados diferentes.

La Misión del Museo de Memoria y tolerancia de México es "Difundir la importancia de la tolerancia, la no violencia y los Derechos Humanos. Crear conciencia a través de la memoria histórica, particularmente a partir de los genocidios y otros crímenes. Alertar sobre el peligro de la indiferencia, la discriminación y la violencia para crear responsabilidad, respeto y conciencia en cada individuo que derive en la acción social". Con motivo del sesquicentenario del natalicio de Mahatma Gandhi, este museo realizó una exposición en la cual la vicepresidenta Mily Cohen en su discurso inaugural señaló que "estamos viviendo un momento histórico en el que

pareciera que nos hemos olvidado y no hemos aprendido nada". En el mismo discurso cuestionó: "¿Por qué existen miles de grupos neonazis y de supremacía racial y no neoghandis? ¿Por qué este resurgimiento tan apabullante de manifestaciones de odio hacia cualquier minoría?". Destacó la importancia de "crear conciencia a través de la memoria histórica".

Es cierto que hay condiciones innatas y que todos los individuos nacen con una carga genética, pero también es cierto que la capacidad de discernimiento y de decidir libremente es una condición inherente al ser humano, de ahí que la decisión de ser respetuoso y tolerante en función de una convivencia armónica es factible en todos los ámbitos. Se debe aprender de la historia que la tolerancia y la intolerancia marcan dos caminos diametralmente opuestos.

Se puede aprender a ser respetuoso y se puede aprender a ser tolerante. El respeto y la tolerancia van de la mano del amor y todas las buenas conductas derivadas de este principio fundamental, así como la intolerancia va de la mano del odio.

Hay circunstancias que facilitan el respeto y la tolerancia, como por ejemplo establecer reglas y normas claras independientemente del nivel. El cumplimiento de tales reglas promueve la convivencia armónica.

El respeto, la tolerancia y la convivencia armónica deben ser decisiones personales de cumplimiento inmediato, ya que esto facilita el camino hacia la paz y el desarrollo en todos los niveles. Esto sólo es posible por la vía del SER, HACER Y APRENDER.

MEDIOCRIDAD O EXCELENCIA

Mediocridad o Excelencia: dos destinos finales, productos de decisiones opuestas de vida; que no son consecuencia de la mala o buena suerte que se tenga, sino de la serie de errores o aciertos consecuencia de múltiples decisiones, aunado a la ausencia o presencia de un proyecto de vida con un ideal definido.

José Ingenieros, médico y filósofo argentino, en su libro El Hombre Mediocre señaló: "Cuando pones la proa visionaria hacia una estrella y tiendes el ala hacia tal excelsitud inasible, afanoso de perfección y rebelde a la mediocridad, llevas en ti el resorte misterioso de un ideal. Es ascua sagrada capaz de templarte para grandes acciones. Custódiala; si la dejas apagar no se enciende jamás. Y si ella muere en ti, quedas inerte: fría bazofia humana" La resignación, el conformismo, la aceptación de la imposibilidad de hacer algo como primera opción, la explicación del fracaso por la mala suerte, el locus de control externo, la crítica destructiva, la comparación permanente con los semejantes, sustentada más en la envidia que en la búsqueda de ejemplos y modelos exitosos útiles para la propia superación, la prevalencia de la emoción irracional y la ausencia de un propósito de vida con ideal, conducen al acostumbramiento de un estado mediocre considerado como forma normal de existencia. Como oposición a lo anterior, la inconformidad, el aprendizaje derivado de la autocrítica de los fracasos propios y ajenos, la búsqueda permanente de nuevas opciones que hagan posible lo deseable con lo disponible, el locus de control interno, la crítica constructiva, el manejo racional de las emociones, la búsqueda permanente de modelos exitosos para adaptarlos o adoptarlos sumándolos a la propia experiencia y la presencia de un propósito de vida con un ideal definido, conducen al mejoramiento permanente en búsqueda de la excelencia, independientemente de las adversidades que se presenten.

Las diferentes regiones del mundo en la secuencia de eras, desde la antigüedad hasta nuestros días, han vivido las consecuencias del predominio de la mediocridad o la excelencia, como resultado del equilibrio entre individuos mediocres y buscadores de la excelencia. Esto sucede también en las organizaciones y en las familias. La sumatoria de las conductas individuales y los liderazgos en tiempo y espacio definido, marcan una tendencia que en la medida que se acerque a uno u otro extremo, mediocridad o excelencia, tendremos resultados indeseables o deseables.

La crítica que una persona hace de sí mismo, de su propia obra o de otra persona en forma constructiva, es un paso importante para la búsqueda de la excelencia. La palabra crítica deriva del griego Kritikē, con el sentido de discernir, separar, discriminar, decidir y juzgar. El discernimiento racional, precedido de la observación y descripción de los hechos sobre la base de la veracidad, para analizar y finalmente decidir, actuar y evaluar,

son etapas fundamentales para transitar el camino que nos conduce a la excelencia.

La autocrítica constructiva requiere la asimilación de los propios errores en su justa medida, con el propósito de mejorar el comportamiento, reforzar el aprendizaje, manejar de forma adecuada la culpabilidad, modificar el sistema de creencias y fortalecer la autoestima en el marco del equilibrio emocional. En caso contrario, la crítica destructiva o negativa, magnifica los errores y las culpas, disminuye la autoestima, intoxica el ambiente y altera el equilibrio emocional del equipo de trabajo.

El camino a seguir es el de la autocrítica constructiva y el discernimiento hacia la excelencia individual y colectiva.

CRISIS, CONFIANZA Y ESPERANZA

Hay coincidencia general en calificar la situación venezolana como una de las crisis más complejas que se ha vivido en la historia reciente nacional, aunque hay diferencias de interpretación sobre las potenciales causas de la misma según la óptica con la cual sea estudiada. Por otra parte, hay opiniones disímiles con relación a la confianza o desconfianza, así como a la esperanza o desesperanza de salir de la crisis. Se pueden encontrar diversas visiones que varían desde lo más positivo hasta lo más negativo en cuanto al hecho de superar las circunstancias actuales del país. Kahlil Gibran, poeta, novelista y ensayista libanés, nos transmite un mensaje de esperanza ante cualquier situación crítica al escribir "en el corazón de todos los inviernos, vive una primavera palpitante y detrás de cada noche viene una aurora sonriente". Albert Einstein, físico alemán, uno de los científicos más importante de la historia de la humanidad, consideraba a la crisis como "la mejor bendición que puede sucederle a personas y países, porque trae progresos. La creatividad nace de la angustia como el día nace de la noche oscura; es en la crisis cuando nace la inventiva, los descubrimientos y las grandes estrategias".

La confianza en sí mismo es el primer paso para generar confianza en el entorno, lo cual hace ver cómo posible lo que se desea. En otras pala-

bras, la autoconfianza produce esperanza individual y grupal, su ausencia conduce a la desesperanza, el cual es un sentimiento de incapacidad que nubla la destreza racional para encontrar soluciones ante situaciones adversas y en consecuencia la persona pasa de tener una visión panorámica a una visión de túnel con respecto al futuro, dónde sólo existe un resultado y el mismo es catastrófico. Es importante destacar que la desesperanza también puede ser aprendida, como consecuencia de la sumatoria de reiterados sucesos que no resultaron como se esperaba, entonces lejos de aceptar para reinventar, se tiende a renunciar a la posibilidad de que la próxima vez las cosas saldrán bien. La pérdida de esperanza es uno de los castigos más destructivos que una persona se puede infligir a sí misma, es así como Dante Alighieri escribió en la Divina Comedia, en la entrada de la puerta del infierno "abandona la esperanza si entras aquí". La memoria popular con el mensaje de los refranes nos dice "la esperanza es lo último que se pierde" y "se envejece cuando el recuerdo es mayor que la esperanza". También, de la sabiduría Salomónica, en el libro de proverbios, se infiere el mensaje que la esperanza fomenta el deseo de vivir y la desesperanza enferma el corazón, entendido éste como centro de la vida interior.

La crisis es una situación transitoria en la cual coexisten riesgos, dificultades y amenazas, con múltiples oportunidades. Si se desarrollan estrategias para aprovechar las oportunidades así como minimizar las amenazas y debilidades, se superará la crisis y adicionalmente se puede crecer y salir fortalecido. Las crisis comienzan, terminan y pueden volver a ocurrir. Superarlas depende de la competencia o incompetencia individual y grupal, de los recursos innatos, disponibles y los desarrollados.

En la Tonada del cabestrero, Simón Díaz, cantautor, humorista, poeta y gran conocedor de la idiosincrasia venezolana, da un mensaje positivo que estimula a la superación de las adversidades con la esperanza de "curar la pena" de la crisis cuando canta "No llores más nube de agua, silencia tanta amargura, que toda leche da queso y toda pena se cura".

Construir confianza y esperanza en forma individual y grupal, nos ayuda a superar la crisis.

EL VALOR DEL SILENCIO

"Respóndate retórico el silencio; cuando tan torpe la razón se halla, mejor habla, señor, quien mejor calla". Esta frase es del insigne escritor español Pedro Calderón de la Barca, en la cual resalta el valor del silencio sobre la palabra pronunciada en forma irracional. "Cuando hables, procura que tus palabras sean mejores que el silencio"; esto enseñaba Confucio hace 25 siglos. De la sabiduría salomónica, en el Libro de Proverbios, nos llega la enseñanza que señala que "La palabra adecuada y oportuna es como una manzana de oro sobre una bandeja de plata".

Las frases anteriores ponen en contrapeso hablar bien o mal, o callar. El verbo hablar significa la articulación de palabras para expresar ideas, con el fin de comunicarse y el verbo callar, no hablar o guardar silencio. Hablar constituye el lenguaje verbal, pero la comunicación como un todo va más allá de las palabras, ya que el lenguaje gestual y corporal pueden complementar y reforzar la idea que se expresa con palabras, pero también puede contradecir la información que se quiere trasmitir. A veces se puede guardar silencio, pero con un lenguaje gestual o corporal, se pueden expresar ideas positivas o negativas.

En las últimas décadas, los avances tecnológicos han agregado elementos adicionales que deben ser tomados en cuenta en la interpretación de hablar o guardar silencio, ya que por ejemplo con una imagen se puede trasmitir una idea sin escribir o pronunciar palabras, con un alcance superior a la conversación presencial; es el caso de los memes en internet, que pueden describir una idea, concepto, situación, expresión o pensamiento en cualquier medio virtual, cómic, video, audio, texto, imágenes y otros tipos de construcción que pueden alcanzar una amplia difusión. Al colocar un meme en las redes, se puede suponer que es un acto íntimo de expresión, que sólo lo entiende quien lo hace, pero la realidad es diferente, porque tiene un amplio alcance y no sólo lo podrán ver los contactos del emisor original, sino los contactos de los contactos y así sucesivamente hasta formar una extensa red cuyas dimensiones pueden sorprender al emisor original. Adicionalmente hay que destacar que cada receptor hará su propia interpretación del meme en cuestión, que muy difícilmente podrá ser aclarada por el emisor original.

El término meme fue empleado por primera vez en 1976 en el libro The Selfish Gene, de Richard Dawkins, quien lo definió como unidad de transmisión cultural o de imitación. Se refirió a ideas, comportamientos o estilos que se expanden de persona a persona dentro de una cultura, de la misma forma evolutiva como lo hacen los genes o podría hacerlo un virus (de ahí la palabra "viral"). El término Meme proviene del griego "MIMEMA" que significa algo que se imita. También los emoticones o emoticonos (neologismo que proviene de emoción e icono), representan el estado de ánimo de la persona mediante imágenes de caras, son formas de comunicarse sin que necesariamente se incluyan palabras.

En un sentido más amplio y en el entorno actual, se debe destacar que el silencio no es solo callarse o no hablar; es más amplio y tiene un alcance que incluye lenguaje gestual y corporal, las redes o cualquier otra forma que trasmita una idea y en este sentido, es mejor el discernimiento adecuado previo a la comunicación de una idea que el arrepentimiento posterior al uso equivocado de palabras, gestos, imágenes o textos. Para concluir quiero mencionar lo que decía con frecuencia mi hermano Francisco Finizola Celli: "Cuando digas algo, recuerda siempre, que sea verdad, que no perjudique a nadie y que beneficie a alguien".

¿QUÉ PUEDO HACER YO?

¿Qué puedo y qué debo hacer yo? Responder adecuadamente esta pregunta es fundamental ante cualquier situación, sencilla o compleja, trascendente o no, bien sea de alcance individual o colectivo. Si predomina el locus de control interno, la persona busca primero responder y obligarse al cumplimiento de la cuota que le corresponde, pero si predomina el locus de control externo, en el análisis empezará por evaluar las causas externas, a la espera de una intervención de terceros.

Las situaciones que nos rodean repercuten en cada individuo, pero la reacción que se produzca en la persona también puede influir en el entorno. "Yo y mi circunstancia" constituyen un binomio indisoluble que interactúa permanentemente, de ahí la frase del filósofo español José Ortega y Gasset: "Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella, no me

salvo yo" El cumplimiento de las obligaciones del individuo inmerso en la circunstancia es responsabilidad individual intransferible.

De acuerdo a la perspectiva que tenga la persona de la circunstancia, puede avanzar o huir. Es útil en este sentido aprender de las águilas que son aves muy longevas que pueden vivir cerca de setenta años, pero en el momento medio de su vida tienen dos opciones ante los cambios que ha sufrido su cuerpo en los primeros treinta y cinco años con el encorvamiento de sus uñas que les impide agarrar bien a sus presas para su alimentación, el pico más largo y curvo, el envejecimiento de sus alas con sus gruesas plumas, lo cual le dificulta el vuelo ágil de la juventud. El águila tiene dos posibilidades, o muere por envejecimiento, o comienza un proceso de renovación de aproximadamente ciento cincuenta días, el cual consiste en volar hasta un sitio alto de montaña, se refugia en un nido próximo a una pared rocosa, comienza a golpear su pico contra la superficie de la roca hasta que logra arrancárselo y espera que le nazca un nuevo pico, con el cual se arranca sus viejas uñas y se desprende de las viejas plumas. Después de esta renovación, vuelve a tener un pico fuerte, plumas brillantes y livianas con uñas que le permiten capturar a sus presas y así finalmente, puede emprender nuevamente el vuelo con condiciones de vivir su segunda juventud.

El ejemplo del águila puede servir de modelo, tanto a nivel individual como institucional. Las circunstancias adversas locales, nacionales y mundiales son un reto para todos. La pausa de cuarentena, puede ser una buena oportunidad para autoanalizarse y ver sus debilidades y fortalezas, con el objeto de salir fortalecido con nuevas estrategias y tácticas acordes con la circunstancia. Es un momento que requiere renovación, no como una opción entre muchas, sino como la única opción para continuar en el escenario de desempeño de cada persona u organización.

Este proceso requiere un pensamiento ágil y flexible, que parta de la lectura permanente de los hechos, que mantenga los principios fundamentales y lo bueno del pasado, pero que se adapte y adelante con visión de futuro, para insertarse y modificar la circunstancia, "porque si no la salvo, no me salvo yo".

¿Qué puedo y debo hacer yo? Esta pregunta debe contestarla cada persona en función de su proyecto de vida. Lo deseable es que independientemente de la edad, todos tengamos pendiente proyectos por ejecutar. Todos somos necesarios y nadie es suficiente. El esfuerzo y aporte de todos con objetivos comunes y con una visión integradora que permita generar fórmulas creativas en la diversidad de opiniones puede ser el resultado de las reflexiones que hagamos en este aislamiento físico que ojalá no sea mental.

DEL FRACASO AL ÉXITO

La mayoría de los éxitos son precedidos de fracasos, pero la mayoría de las personas que han fracasado no evolucionan a personas exitosas. Esto se puede explicar en parte por la actitud frente al fracaso. No quiere decir esta afirmación que el fracaso per se es bueno y que para tener éxito hay que fracasar antes, ya que algunos tienen éxito en su primer intento. El mensaje fundamental es que el fracaso es una opción probable de la vida real, el cual debería asumirse como una oportunidad de aprendizaje que deja conocimientos para ser aplicados en el futuro.

El término fracaso como antónimo del éxito, es un resultado adverso o fallido de las expectativas previas, deseadas y favorables. El fracaso puede ser consecuencia de uno o varios errores o puede ocurrir aun haciendo lo que se debe hacer.

Hay múltiples casos históricos que demuestran que tanto el fracaso como la adversidad se pueden revertir e incluso aprovechar las circunstancias para lograr el éxito.

Un caso que sirve de ejemplo es el del más importante compositor de la ópera italiana, Giuseppe Verdi, quien fue rechazado en el Conservatorio de Milán a los 19 años de edad; a los 26 años, mientras trabajaba en su primera ópera "Oberto", fallecieron sus dos hijos y su primera esposa, luego compuso la segunda ópera "Un giorno di Regno", la cual no tuvo el éxito que esperaba y cuando pensaba no seguir componiendo, al año y medio de un fracaso, inauguró la ópera "Nabucco" en el Teatro La Scala de Milán,

la cual, en parte por su excelente calidad y en parte por el momento histórico que vivía Italia, con el famoso "Va Pensiero" del coro de los esclavos, se transformó en un símbolo de nacionalismo italiano y después de este éxito, Verdi compuso más de 20 óperas en medio siglo y en algunas oportunidades hasta dos óperas en un año, lo cual lo llevó al sitial de honor que hoy ocupa.

Otro ejemplo es el caso de Thomas Edison, quien fue expulsado del colegio en primaria, por ser un "pésimo estudiante", pero su madre le brindó una educación individualizada y de alta calidad; entre sus múltiples inventos está el bombillo eléctrico y se cuenta que un discípulo le preguntó la razón por la cual seguía insistiendo en fabricarlo después de más de mil fracasos y él le contestó que no eran más de mil fracasos sino que "había conseguido saber más de mil formas de cómo no se debe hacer un bombillo eléctrico", finalmente lo logró, y realizó uno de los más importantes aportes que ha recibido la humanidad.

En el campo educativo venezolano, un caso interesante es el del Padre José María Velaz, sacerdote Jesuita fundador de Fe y Alegría, proyecto que inició modestamente en una casa de familia y que hoy tiene presencia en múltiples poblaciones venezolanas y ha traspasado las fronteras nacionales. Se dice que cuando el Padre Velaz presentó el primer informe de la gestión, fue considerado como un fracaso, pero él superó esta adversidad y continuó con la obra.

Uno o varios fracasos pueden aumentar el conocimiento sobre el tema y esto puede resultar el primer eslabón de una cadena que conduce a múltiples éxitos.

Leer la realidad en forma objetiva, analizar las causas del fracaso, no volver a cometer los mismos errores, tener objetivos claros, planificar las acciones, evaluar los resultados, tener humildad para reconocer las fallas, tener autocrítica, solicitar apoyo en otros, manejar adecuadamente el "miedo" a próximos fracasos, tener confianza en sí mismo para evaluar los riesgos y asumirlos en su justa medida, compartir la emoción de posibles éxitos presentes y futuros, son recomendaciones fundamentales para transitar del "FRACASO AL ÉXITO".

EL LIBRO DE LA REALIDAD

En las discusiones y análisis de situaciones organizacionales es conveniente iniciar la lectura de lo que está sucediendo con un criterio objetivo que tome en cuenta los antecedentes históricos, describa verazmente la situación y genere los insumos necesarios para un análisis que incluya las causas verdaderas del problema, con el fin de llegar a conclusiones que sustenten una acción más racional que emocional, en otras palabras se debe empezar por la lectura del libro de la realidad, el cual no es estático y cambia minuto a minuto.

De la lectura inicial depende la acción posterior, si la primera se sustenta en la verdad inicia un camino, pero si se sustenta en lo que se quiere que sea, pero no en lo que es, es decir en la mentira, el camino es opuesto. La veracidad o falsedad inicial define resultados diferentes. Si de las conclusiones surge un compromiso y de éste se genera una acción coherente con la lectura inicial de la realidad, entonces la probabilidad de un resultado positivo aumenta, pero si se pierde el hilo conductor que conecte la observación, descripción, análisis y acción; la probabilidad de un resultado negativo aumenta, sobre todo si el lector adicionalmente piensa algo, dice otra cosa y hace algo diferente.

Cuando en la discusión de una situación organizacional, si quien realiza un planteamiento inicial sabe que lo que está diciendo es falso y los otros no le creen, pero lo aceptan a sabiendas que no se va a cumplir, se produce una pérdida de confianza interpersonal que afectará negativamente a la organización.

José Ortega y Gasset, filósofo y ensayista español, en una conferencia dictada en 1930, en la cual abordó el tema de la Misión de la Universidad, cuando se refería a la verdad como base del análisis institucional, señaló lo siguiente: "la norma efectiva consiste hoy en dar por anticipado como irreal lo que la institución pretende ser. Se acepta, pues, la falsedad de la propia vida institucional; se hace de su misma falsificación la esencia de la institución. Esta es la raíz de todos los males como lo es todo en la vida, sea individual o sea colectiva. El pecado original radica en eso: no ser auténticamente lo que se es. Podemos pretender ser cuanto queramos, pero

no es lícito fingir que somos lo que no somos, consentir en estafarnos a nosotros mismos, habituarnos a la mentira sustancial. Cuando el régimen normal de un hombre o de una institución es ficticio, brota de él una omnímoda desmoralización. A la postre se produce el envilecimiento, porque no es posible acomodarse a la falsificación de sí mismo, sin haber perdido el respeto a si propio". El mismo Ortega y Gasset cita a continuación a Leonardo Da Vinci: "Chi non puó quel che vuol, quel che puó voglia" Quien no puede lo que quiere, que quiera lo que puede.

La lectura del Libro de la Realidad es un camino que nos lleva a la veracidad como cualidad de lo verdadero o veraz y esta VERDAD es el eje que conecta varios principios fundamentales. En el Evangelio de San Juan, Jesús le dice a los judíos: "La Verdad os hará libres". La LIBERTAD se soporta en la VERDAD. En la Encíclica de Benedicto XVI Charitas in Veritate (La Caridad en la Verdad) el término caridad se refiere a AMOR y señala que EL AMOR en la VERDAD "es la principal fuerza impulsora del auténtico desarrollo de la persona y de toda la humanidad. El AMOR es una fuerza extraordinaria que mueve a las personas a comprometerse con valentía y generosidad en el campo de la JUSTICIA y de la PAZ". La conexión del eje -AMOR-VERDAD-LIBERTAD-JUSTICIA-PAZ- es un producto del "LIBRO DE LA REALIDAD" leído y analizado verazmente.

LIDERAZGO EN MOMENTOS DE CRISIS

Las crisis ponen a prueba a los líderes, ya que si estos logran superar las adversidades y aprovechar las oportunidades, saldrán fortalecidos, pero si sucumben ante los retos que se plantean en las crisis, saldrán debilitados y con altas probabilidades que puedan emerger nuevos líderes, lo cual puede ser un resultado positivo o negativo, dependiendo de las características de los líderes emergentes, quienes deben ser incorporados a la dinámica institucional y no generar una pugna de liderazgo que consumirá las energías que pueden ser muy útiles en el aprovechamiento de circunstancias potencialmente favorables para la institución.

Para mantener su vigencia, los líderes de una organización deben leer el libro de la realidad con una perspectiva histórica, de tal forma que les

permita aprender del pasado y proyectarse hacia el futuro, con los pies puestos en el presente, evaluando momento a momento los riesgos y las oportunidades, así como las ventajas y desventajas de cada decisión.

Es muy importante en momentos de crisis, evitar los conflictos internos y externos, mediante la búsqueda de alternativas que permitan construir fórmulas de solución armónicas que no desgasten a la organización.

Se debe tener presente que en tiempos de crisis, mantenerse en la zona de confort, aunque resulte más cómodo y aparentemente más seguro a corto plazo, los resultados a mediano y largo plazo, complicarán la situación y pueden incluso poner en riesgo la continuidad organizacional. Los líderes deben entender que pasar de la zona de confort a la zona de creatividad, no debe ser una opción más, sino que debe ser la opción principal, aun asumiendo más riesgos que en condiciones habituales.

Durante las crisis generales, las instituciones se afectan y hay múltiples repercusiones en el clima organizacional, ya que afloran emociones tales como tristeza, temor, desagrado, ira, ansiedad o desesperación, las cuales cuando se profundizan, se combinan y se sostienen el tiempo, pueden generar depresiones colectivas, odio, apatía, confusión y otras emociones secundarias que se contagian y pueden complicar el manejo de la organización. El equipo de líderes que tienen mayor influencia en la organización, aunque se vea afectado por las mismas circunstancias generales, es el llamado a gestionar racionalmente los aspectos emocionales y con una perspectiva positiva y realista, construir con la mayor participación de los integrantes de la organización, las respuestas que contribuyan dentro de sus posibilidades específicas para cada caso, a generar soluciones a corto plazo con visión a mediano y largo plazo, para prepararse para salir fortalecidos de la crisis.

Se debe fomentar la comunicación por diferentes vías, de tal forma que por una parte, las directrices generales, puedan llegar a la mayoría de los integrantes de la organización y por otra parte se pueda obtener la visión general de las opiniones y sugerencias que estén conectadas con el sentir de la mayoría. Es importante destacar que mientras más clara es la directriz, aumentan las probabilidades de llegar sin distorsiones a la mayoría.

El equipo directivo de líderes debe fomentar alianzas con otras organizaciones, ya que esto generará sinergia en los resultados y abre las posibilidades de la continuación de estas alianzas una vez que la crisis sea superada.

Las crisis comienzan, terminan y vuelven a presentarse. Salir fortalecidos de éstas es responsabilidad de todos, pero en especial de los líderes, quienes con creatividad pueden lograr alianzas sinérgicas y superar el desafío en forma armónica, flexible, ágil, oportuna e incluyente.

EN LA CRISIS: CATAPULTARSE O SEPULTARSE

En las crisis hay dos opciones: catapultarse o sepultarse. La acción recae en el mismo sujeto que la ejecuta y la consecuencia es producto de sus decisiones, El resultado es opuesto: o se eleva por el aire, o se hunde en la tierra. Con frecuencia muchos le atribuyen la causa del fracaso a la crisis, pero la realidad es que las crisis en general se caracterizan por momentos de alto riesgo y muchas oportunidades en las cuales se debe decidir ya que la indecisión es una mala decisión. Mientras mayor sea el locus de control interno y menor sea el locus de control externo, la persona aprovechará más las oportunidades y será menos vulnerable a los riesgos.

La decisión requiere lectura de la realidad, imaginación y creatividad. Una frase atribuida a Albert Einstein nos enseña que "en los momentos de crisis, la creatividad es más importante que los conocimientos". La sabiduría popular nos enseña por intermedio de un refrán que "en las crisis unos lloran y se quejan y otros venden pañuelos". La historia nos enseña que mediante el estudio de casos emblemáticos se puede concluir que muchos visionarios con imaginación y creatividad en momentos de crisis han sido exitosos: En medio de la crisis económica de los años 70 surgieron dos empresas que sirven de ejemplo de aprovechamiento de las oportunidades y superación de las adversidades manejando acertadamente los riesgos con decisiones acertadas: Microsoft que en palabras del fundador Bill Gates nos trasmitió la lección que aún dentro de la crisis hay que mirar hacia el porvenir cuando en una conferencia señalaba "diseñamos pensando en el futuro" y Federal Express, ahora

FedEx en palabras de su fundador Frederick Smith, quien señala que "el miedo a la derrota no puede ser la razón de no intentar algo nuevo", Estos son solo dos ejemplos emblemáticos de iniciativas exitosas en medio de crisis, pero la historia está llena de casos similares que deben servir de modelo para superar la crisis con decisiones acertadas.

Un análisis objetivo pero positivo, sopesando los riesgos y oportunidades es fundamental para buscar y encontrar alternativas que pueden ser a veces disruptivas, pero si le agregamos a la fórmula una buena dosis de creatividad con los pies en el suelo y la vista hacia el futuro con el diseño de un modelo de gestión innovador, todo esto tendrá un resultado exitoso.

El temor al fracaso y no asumir los riesgos, bloquean a los individuos y por lo tanto se comete el error de indecisión, pero decidir con la posibilidad de acertar o equivocarse y en este último caso asumir las consecuencias de un posible error, pero con autocrítica, y analizando las posibles causas del fracaso, combinado con un propósito definido, es probable que el nuevo intento sea exitoso. A veces se pueden generar planteamientos disruptivos que conducen a una reinvención del modelo, de tal forma que aproveche las oportunidades y minimice los riesgos.

Las consecuencias de asumir una actitud negativa o positiva en una crisis, tendrá diferente repercusión dependiendo del nivel de influencia de la persona en su ámbito individual, familiar o laboral. Una vida con propósito, combinar la mesura con la audacia para actuar en el momento oportuno, objetividad en el análisis de riesgos, oportunidades, fortalezas y debilidades; un pensamiento ágil, continuo y flexible, un entorno positivo, el trabajo en equipo, con visiones multidisciplinarias buscando alianzas que sumen y multipliquen y eviten aquellas circunstancias que resten o dividan son recomendaciones que se deben tener presentes en este momento de crisis para catapultarse y no sepultarse.

EVOLUCIÓN ORGANIZACIONAL EN LA CRISIS

Las organizaciones evolucionan y se transforman desde el momento que inician sus actividades, o sea desde su fundación. Su duración depende de

muchos factores, algunas son longevas si se utiliza el término aplicado a las personas de larga edad, pero otras pueden ser de vida corta y sobre todo en momentos de crisis, porque muchas organizaciones no generan los mecanismos de adaptación y sucumben. El rumbo que siga la organización depende en gran parte de las decisiones de sus líderes para superar los riesgos y aprovechar las oportunidades que caracterizan a las crisis.

Recientemente en la Cumbre Global de Liderazgo 2020 el conferencista Craig Groeschel, con gran experiencia en este tema, presentó un símil entre el ciclo vital de las personas y las organizaciones, al señalar que ambas nacen, crecen, maduran, tienen una etapa de declive y finalmente mueren, pero esta última etapa no necesariamente ocurrirá siempre, ya que en el declive "si se tiene la sabiduría para buscar las oportunidades" y la "valentía para liderar a través del declive" es posible empezar una nueva etapa de crecimiento.

El Padre Luis Ugalde en un mensaje en mayo de 2018 señaló que "se debe nacer de nuevo" y recordó el encuentro entre Nicodemo, un honrado y reconocido líder espiritual judío, quien visitó a Jesús de noche y a escondidas por miedo a los suyos le preguntó: "¿Qué hay que hacer?". El Maestro le respondió: "Es necesario nacer de nuevo, aunque seamos viejos tenemos que nacer de nuevo (Juan 3,1–8)."

El declive que ocurre en las crisis, puede precipitarse, retrasarse, atenuarse o aprovecharse para iniciar un proceso de renacimiento y crecimiento organizacional, lo cual va a depender de la capacidad de observación, descripción, análisis y discernimiento del liderazgo organizacional para decidir correctamente. La resultante estará relacionada con el balance de liderazgo positivo o negativo que tenga la organización. Si hay predominio del liderazgo positivo caracterizado por un alto contenido del denominado Factor C definido por Luis Razeto como la "unión de consciencia, voluntades y emociones en pos del logro de determinados objetivos" lo cual potencia al individuo y al grupo. La denominación de Factor C es porque muchas palabras que reflejan conductas positivas comienzan por C, como por ejemplo: Construir, Competente, Compasivo, Comunidad, Colaboración, Cooperación, Convivencia, Compartir, Comunicación, Comprometido y Consciente. Es conveniente recordar que el prefijo "co" significa estar o hacer algo junto. En oposición al Factor C

se puede mencionar el "Factor D" el cual se refiere a algunas palabras que comienzan por "D" como por ejemplo: Destrucción, Desorden, Desunión, Desorganización, Desarticulado, Desánimo, Desacato, Desarmar, Desairar, Deshacer, Destruir, Desmadre, Desmayar, Desistir, Desesperanza y Declive, entre otros.

Las crisis ponen a prueba a las personas, a las organizaciones, a los países y a veces al mundo, pero también pueden ser un libro abierto que brinda oportunidades de aprendizaje, ya que mide la capacidad de poner en práctica los conceptos teóricos y a veces obliga a buscar, construir y postular fórmulas innovadoras que posteriormente contribuirán a la generación de una nueva teoría. De las crisis del pasado se puede y se debe aprender.

La responsabilidad del éxito o fracaso es proporcional al alcance del liderazgo. Todas las personas tienen un ámbito de influencia y cada una debe medir el alcance que tiene su liderazgo. Los integrantes de una organización deben evaluar la ubicación del ciclo de vida de su organización y actuar en forma responsable.

EL TRABAJO Y LA SUERTE

Una anécdota del Dr. Gregorio Marañón, médico español, maestro universal de la medicina, narra que en una oportunidad un alumno le comentó al Dr. Marañón que él había tenido mucha suerte en la vida por todos sus logros alcanzados y el maestro le contestó: "Usted tiene mucha razón, pero no sabe cuánto trabajo me ha costado tener esta suerte". La dicotomía de estas dos opciones, asociar causalmente los logros y éxitos con el trabajo o con la suerte, marca una forma de pensar y vivir que determinará dos caminos diametralmente opuestos: Por una parte establecer una relación necesaria y causal del trabajo con el éxito o al contrario ver al trabajo como una condición no necesaria para el logro del éxito o incluso como un castigo, como lo señala la canción de Medardo Guzmán, popularizada por el dominicano Alberto Beltrán, el negrito del Batey: "A mí me llaman el negrito del batey, porque el trabajo para mí es un enemigo, el trabajar yo se lo dejo siempre al buey, porque el trabajo lo hizo Dios como castigo",

o también mencionando que a pesar de trabajar no se logra nada, como lo recuerda la canción de Billo´s "tanto trabajá y no tengo ná, pá qué trabajá".

Otra canción que no estimula al trabajo y es un ejemplo de procrastinación, pertinente recordar en el inicio de año, es la flor del trabajo, también de Billo´s que inicia con la primera estrofa en el mes de diciembre: "llegando a su fin diciembre, tomé una resolución, lo que es el año que viene, si le pondré corazón", luego hace un recorrido desde enero, luego carnavales, semana santa, vacaciones de agosto, y feria de la chinita, para llegar nuevamente a diciembre y decir "con un centenar de ideas, quise iniciar la faena, valla no vale la pena, es el mes de noche buena" y finalmente concluye "se le fue todo el año y no hizo nada".

La procrastinación es un acto voluntario de posposición frecuente de actividades pendientes que puede generar ansiedad, que aunque da la impresión que se trata de una persona floja, en el fondo tiene un componente emocional importante y a veces puede tener como efecto positivo, que por la angustia de la tarea inconclusa, puede surgir en algunos casos una respuesta creativa que soluciona la situación. Este perfil de individuos genera un exceso de autoconfianza que puede funcionar, pero que también es más probable que falle. Es una de las causas de la improvisación, que a veces resulta bien, pero la mayoría de las veces es causa de fracasos.

Sustitución por actividades menos importantes pero más urgentes, acompañado de una justificación, llegando al punto de asumirlo como algo cultural y común, aceptado por la mayoría.

La procrastinación termina siendo un ciclo, donde se reconoce lo que está pendiente, se encuentra una excusa para no accionar, se distrae en otra actividad y se vuelve a ser consciente de lo que inicialmente estaba pendiente.

Es muy sencillo salir de éste ciclo, estableciendo la meta, dividiendo la tarea en pequeños pasos, fijar plazos y principalmente evitar las distracciones.

"Todos creen que tener talento es cuestión de suerte; nadie piensa que la suerte puede ser cuestión de talento", Jacinto Benavente, dramaturgo es-

pañol, guionista y productor de cine español. Premio Nobel de Literatura, 1922.

Es muy frecuente realizar un balance al finalizar un año, así como también plasmar en una lista promesas u objetivos propuestos para el inicio del nuevo. El 2020 sin duda alguna estuvo colmado de peculiaridades que lo hicieron un año inédito en muchos aspectos, impregnado de aprendizajes y de la búsqueda constante de un sentido de vida donde existía la sospecha de su ausencia, marcado por cambios trascendentales y la exigencia de romper con paradigmas que resultaron obsoletos y dar paso a nuevos cimientos reconstruidos en base a las experiencias adquiridas. En el ámbito de la salud el reto ha supuesto una mayor exigencia tanto en lo teórico como en lo práctico, se ha hecho imprescindible una mirada más compasiva y más humana.

FUTURO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El pasado forma parte de la historia de la cual podemos y debemos aprender; el presente es consecuencia del pasado y el futuro será en gran parte producto de lo que suceda y se haga en el presente. El pasado se mide en minutos, horas, meses, años o siglos y es de duración definida, el presente lo estamos viviendo y es de duración corta, puede medirse en segundos, minutos, horas o días y el futuro está lleno de incertidumbres e indefiniciones, de ahí que cualquier afirmación sobre el futuro, tiene riesgo de equivocación, pero aún con esta limitante se pueden plantear escenarios basados en la lectura del acontecer del presente. A medida que la velocidad de cambio es mayor, la capacidad de adaptación y la posibilidad de predicción son más complejas. Es difícil separar lo que se piensa que pueda suceder de lo que se quiere que deba suceder, de ahí que, quien escribe estas líneas haga énfasis en lo que piensa que se debe hacer.

Un aspecto muy importante para analizar es la formación del personal profesional del equipo de salud. Las facultades de Ciencias de la Salud se han deteriorado, producto de circunstancias propias de Venezuela y la pandemia actual de Covid-19, la cual tiene efectos globales que repercuten en el país, lo cual incide en la formación de pregrado, pero sobre todo en

la de postgrado, ya que hay programas que están desiertos o con pocos cursantes, en relación a las necesidades y en comparación con años anteriores. Esto repercutirá a mediano plazo, ya que hay especialidades médicas en franco proceso de extinción. Si esta situación se prolonga, la recuperación será improbable, ya que con el retiro de los docentes, será muy difícil el reinicio de programas de postgrado. Por el contrario, si se establecen alianzas entre el sector gubernamental y no gubernamental, se apoyan las facultades de Ciencias de la Salud, se incorporan a la docencia los escenarios de instituciones de salud privada, se diversifican las fuentes de financiamiento, se interactúa con los connacionales que viven en el exterior, aprovechando sus múltiples relaciones académicas y se desarrollan modelos de gestión ágiles, la posibilidad de recuperación puede ser factible a corto plazo.

El ejercicio individualista versus la integración de equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud es algo que marcará también dos caminos. La visión de ejercicio profesional en un consultorio contiguo a otro sin ninguna interacción funcional, en contraposición al desarrollo de grupos de trabajo con vinculación dinámica dentro de la misma institución e interinstitucional, incidirá en el futuro de los servicios de salud. El anclaje en una atención médica y programas de educación presenciales en contraposición a fórmulas complementarias de atención y educación a distancia; marcarán una diferencia en el futuro.

La persistencia de modelos de gestión de salud que ya han demostrado, en más de medio siglo, que no responden a las necesidades de la población y que no han sido sostenibles en el tiempo, plantea la necesidad de buscar alternativas innovadoras, como por ejemplo emprendimientos sociales solventes que puedan satisfacer las expectativas de la población, las necesidades de los trabajadores del sector de la salud, así como el estímulo de inversiones que faciliten el crecimiento institucional. El aislamiento entre las instituciones docentes y asistenciales contrapuesto a las alianzas dinámicas sinérgicas, definirán un futuro diferente. El reto a enfrentar es la búsqueda de fórmulas innovadoras en vez de continuar con los modelos del pasado, los cuales eran ya obsoletos hace décadas'

HUMANIZACIÓN Y DESHUMANIZACIÓN

Hay palabras de uso frecuente, pero en la conjugación se usan más en segunda o tercera persona que en primera persona, tanto en singular como en plural, o también oraciones sin sujeto explícito ni sobrentendido, o sea impersonal. Por ejemplo, se oye más "en determinada institución la atención es deshumanizada", pero poco se escucha que "yo trato en forma deshumanizada"; Es común que una persona diga por ejemplo que "fui al hospital y la enfermera se portó en forma inhumana, pero si esa persona a su vez es un funcionario público que tiene un comportamiento inadecuado, pocas veces se hace una autocrítica y reconoce que su comportamiento es también inhumano. Las palabras humanización o deshumanización y las expresiones ese es un trato inhumano, él es muy humano o este ambiente hay que humanizarlo, aunque se usan coloquialmente, su significado generalmente es muy impreciso y acomodaticio, según sea la propia conveniencia.

Si se acepta en un intento de definición, que humanizar es individualizar en forma armónica una interrelación que tiene como protagonista a un ser humano, entonces se puede concluir que hay muchas formas de darle ese toque humano a situaciones y entornos cotidianos. Por ejemplo un saludo, una palabra de agradecimiento, escuchar con atención o un gesto amable, una sonrisa, decir por favor, son formas sencillas de humanizar cualquier relación. Los ambientes físicos, también pueden ser humanizados, por ejemplo con un jardín, una obra de arte, un ambiente musical o buena ventilación.

Hay circunstancias especiales, como es el caso de servicios de atención médica, en los cuales los pacientes o sus acompañantes están en condiciones particulares que los hacen más vulnerables a la deshumanización. Las infraestructuras hospitalarias tenían hasta finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, patios internos y jardines, en los cuales los pacientes paseaban o se sentaban a descansar, como el Hospital Vargas de Caracas o el Hospital de la Caridad de Barquisimeto; eran estructuras más humanas, que fueron sustituidas por los modernos hospitales de mediados del siglo XX, en los cuales construyeron terrazas abiertas que pretendieron sustituir los jardines internos de los viejos hospitales,

como por ejemplo el Hospital Universitario de Caracas que tiene en cada servicio de hospitalización general un área para que los pacientes o los estudiantes con los docentes puedan permanecer al aire libre, pero estas áreas no tienen el ambiente "humano" de los viejos jardines y patios de los hospitales. Hay otras edificaciones de atención médica que en función de ahorrar metros cuadrados de construcción no tienen ni siquiera estas terrazas. En el caso de las unidades de cuidados intensivos y cuidados coronarios, el paciente permanece aún más aislado, ya que a veces es una ventana la que marca el paso del día a la noche. Específicamente en la actual pandemia de Covid-19 uno de los problemas importantes es el aislamiento físico del paciente, asociado al aislamiento familiar y al trato despersonalizado, ya que muchas veces por la vestimenta de las personas que lo atienden, no logran identificarlo y a veces tienen dificultad para comunicarse.

Para humanizar el ambiente hospitalario se debe comprender que el paciente es más que una enfermedad, ya que tiene emociones y sentimientos con una historia personal, familiar y laboral, lo cual le confiere singularidad, que lo hace merecedor de una atención individualizada, así mismo el personal de salud atiende y padece al mismo tiempo lo cual es un reto exigente que pone a prueba la solidez de los valores, el compromiso y el profesionalismo.

PATRÓN DE COMPORTAMIENTO Y LIDERAZGO

Si se acepta que un patrón de comportamiento es una forma constante de pensar, reaccionar, decir y actuar en determinada situación y por otra parte, que el liderazgo es la influencia que una persona ejerce en su entorno, el cual en una organización, varía desde un grupo muy pequeño con interacción presencial a diario, un conjunto intermedio de personas o todo el universo de la organización, cuya relación frecuente es indirecta predominantemente virtual, entonces se concluye que todos sus integrantes ejercen un liderazgo de alcance variable, todos tienen un comportamiento característico y a su vez deben relacionarse con un sinnúmero de personas con patrones de comportamiento diferente. Todo este planteamiento lleva a la conclusión de que un buen líder debe

conocerse a sí mismo y a sus compañeros en la organización, con el fin de interrelacionarse de la forma adecuada.

El liderazgo puede ser predominantemente orientado hacia la construcción en forma positiva, pero también hay liderazgos que afectan negativamente a las instituciones y se pueden considerar destructivos. Ambos coexisten en una organización y a veces el predominio de uno u otro marca la diferencia entre su éxito o fracaso.

La manera como se ejerza el liderazgo, puede ser fundamentalmente por medio de la palabra o en un sentido más amplio, por el lenguaje en sus diferentes formas, pero también se puede ejercer por las acciones u obras que el líder realice, mediante el modelaje. La combinación de estas condiciones, permite establecer patrones de comportamiento, importantes de conocer cuando se programen grupos de trabajo en una organización. Por ejemplo, si en un grupo hay una persona que ejerce un liderazgo negativo con facilidad de expresión, si está en presencia de personas con tendencia a ser líderes que poco expresan sus ideas, bien sean positivos o negativos, el resultado final puede ser que el liderazgo prevaleciente sea negativo, por lo tanto predominará la destrucción.

Un aspecto importante es la formación individual en principios y valores, lo cual será una barrera de protección ante los liderazgos negativos orientados hacia la destrucción. De esta afirmación se concluye que un programa de promoción de liderazgo debe incluir un plan de formación y desarrollo individual, donde se identifiquen, potencialicen y desarrollen las habilidades inherentes a un liderazgo constructivo.

Cada persona cuenta con determinadas características y un patrón de comportamiento que ayuda o dificultad el desarrollo organizacional, lo cual depende de la dinámica de las relaciones interpersonales, de ahí que es fundamental que cada quien reconozca en forma consciente hacia cual lado de la balanza se inclina su comportamiento; constructivo o destructivo y por otra parte debe saber el alcance de su liderazgo, así como también con cuales herramientas cuenta para ejercer la influencia adecuada.

La suma de comportamientos individuales determina el comportamiento organizacional. Mientras las personas tengan mayor nivel de desarrollo y

las relaciones interpersonales se basen en el respeto mutuo, si hay tolerancia ante las necesarias diferencias que deben existir en un grupo de trabajo, si la autocrítica forma pate de la cultura organizacional, si hay búsqueda del mejoramiento individual y colectivo, si hay comunidad de propósitos, si ante el error cometido hay una conducta pedagógica de corrección más que de sanción, si la relación basada en la jerarquía se fundamenta en el respeto más que en el temor; todo esto generará un clima organizacional que promueva la seguridad psicológica individual y colectiva.

COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL EN CRISIS

Las organizaciones nacen, crecen, maduran, pueden declinar y desaparecer o morir, pero también pueden superar obstáculos, renovarse, repotenciarse y renacer, de manera continua. Su forma de comportamiento es el producto de las conductas de las personas que la integran; el estudio sistemático de las conductas individuales en el contexto de las organizaciones es fundamental para lograr una organización saludable, que facilite un crecimiento sostenido y armónico, en el cual todas las partes sean ganadoras. Una premisa fundamental es la siguiente: lo que es bueno para la organización, debe ser bueno para sus integrantes y viceversa, lo que es bueno para los miembros, también debe ser bueno para la organización como un todo.

En este sentido, es importante ponerse de acuerdo todas las partes con reconocimiento recíproco de todos con todos, en concordancia con otra premisa fundamental que señala que todos los integrantes de una organización son importantes, aunque su rol varíe, ya que puede ser, protagónico o secundario, dependiendo de su actividad.

En las crisis es necesario que todo el personal participe en el proceso de lectura del libro de la realidad, para lo cual es conveniente que todos se involucren en la observación y descripción de los hechos, los cuales en algunas circunstancias pueden haberse presentado en el pasado y en este sentido es importante conocer la historia, pero también hay situaciones inéditas que para todos constituyen una novedad, motivo por el cual es fundamental que la mayoría de las personas aporten sus puntos de vista, para lograr una mejor aproximación al análisis de la situación y

así generar las mejores opciones que se deban ejecutar. Para lograr este clima facilitador de la participación se debe fomentar un clima de seguridad psicológica, que estimule la participación espontánea, sincera, respetuosa, constructiva y bien sustentada con argumentos sólidos.

Es conveniente señalar que ponerse de acuerdo no significa la aceptación de otras opiniones, para evitar conflictos, ya que con esta conducta, al posponer la solución del conflicto, probablemente se agrave la situación y complicaría aún más la búsqueda de una solución adecuada. Ponerse de acuerdo es un comportamiento organizacional que debe promoverse sobre la base de la observación y descripción veraz de los hechos, el análisis causal y la búsqueda de opciones con una visión de 360 grados, en múltiples planos, que incorpore las causas y consecuencias, con perspectiva histórica y que sea producto de los aportes de los involucrados, quienes sin temor a sanciones expresen sus opiniones en forma constructiva. El componente de seguridad psicológica en el clima organizacional le imprime legitimidad a la gestión; hay que evitar las visiones lineales, en un solo plano, de tipo inmediatista, que toman en cuenta solo un retorno material inmediato, fuera del contexto y con beneficios para algunas de las partes y perjudicando a otros actores.

La gestión participativa que se enriquece con el aporte de los integrantes de la organización es duradera, trasciende más allá de la acción individual, promueve el locus de control interno y estimula la autocrítica.

Al estudiar las conductas de las personas que integran una organización, se genera una información valiosa para establecer las estrategias que permitan realizar los cambios en forma proactiva con los datos aportados por el análisis sistemático del comportamiento organizacional en una forma más racional que emocional. La creación de un departamento de psicología organizacional, puede contribuir al logro de este objetivo.

PENSAR EN QUIENES VIENEN DESPUÉS

Es importante que en todas nuestras actuaciones y en todos los planos, desde el individual hasta el mundial, se piense en las consecuencias futuras

que tendrá lo que se haga en el momento presente. Es necesario ubicarse en lo que yo quisiera tener o disfrutar como consecuencia de lo realizado por alguien antes. Por ejemplo, en el plano individual cotidiano, la persona que usa un sanitario, debe dejarlo tan limpio y ordenado como quisiera encontrarlo cuando llegue para usarlo o cuando toma agua en su casa y la jarra queda vacía, debe pensar en quien viene después y en lo desagradable que es levantar y sacar de la nevera una jarra vacía cuando se desea beber agua. Estas pequeñas cosas que repercuten en una sola persona, marcan una conducta de respeto o irrespeto por quienes vienen después.

Un ejemplo de una actuación individual que muchos piensan que pueden hacer sin causar problema, porque son dueños de su cuerpo, es el uso indebido de antibióticos sin prescripción profesional o con incumplimiento de la dosis y el tiempo recomendado, ya que esto condiciona el desarrollo de resistencia del germen a los antibióticos, lo cual ha traído como consecuencia que antibióticos que otrora fueron eficaces contra algunas enfermedades comunes, con el paso del tiempo, ya no lo son, por lo cual ha sido necesario sustituirlos por otros. Este problema, aunque es de causa individual, tiene consecuencias mundiales en diferentes esferas. Por otra parte, en el plano laboral, por ejemplo, si un trabajador no va a continuar en su cargo, debe pensar en la persona que lo va a sustituir y facilitarle toda la información necesaria para que no se produzca una interrupción de la actividad de la empresa.

En el nivel organizacional es muy importante destacar el legado que se debe dejar para garantizar la continuidad de la institución. John Maxwell señala que "el verdadero valor del liderazgo se mide en la posteridad, o sea, cuando el líder ha dejado la empresa, organización o institución, es lo que se conoce como legado, todo aquello que el líder deja una vez que se va, toda la influencia que es capaz de trasmitir sin continuar ejerciendo el cargo". El mismo autor hace las siguientes recomendaciones en el libro Las 21 leyes de liderazgo, cuando se refiere al legado: "Conozca el legado que quiere dejar, Viva el legado que usted quiere dejar, Escoja quien o quienes continuarán su legado y asegúrese de entregar su relevo". El líder debe pensar en quienes vienen después y continuarán su labor en su ausencia. Una frase, una parábola, una máxima, un proverbio o un refrán, pueden contener un mensaje que se trasmite de generación en generación y hace que perdure en el tiempo como una enseñanza que forma parte de un legado.

En el plano mundial también es importante pensar en el planeta tierra como un todo. A veces hay el concepto erróneo que lanzar un plástico al mar, dejar una luz encendida en forma innecesaria, cortar un árbol sin necesidad o dejar un grifo abierto con la consecuente pérdida de agua, no tiene mayor repercusión en el planeta, porque son relativamente pequeñas, pero si se toma en cuenta que hay más de 7.700 millones de habitantes en el mundo, así sea un bajo porcentaje de la población mundial que tenga conductas inadecuadas en relación al medio ambiente, esto tiene repercusiones en el planeta como un todo. Promover acciones positivas orientadas a preservar el equilibrio ambiental es tarea de todos y debe empezar a estimularse desde la infancia, con programas sostenidos de educación ambiental. Pensar en quienes vendrán después es una obligación universal.

EMPRENDIMIENTO SOCIAL SOLVENTE

En la crisis mundial actual se puede actuar de lo global a lo particular o de lo particular a lo global. La primera opción es competencia de las organizaciones de alcance universal, gobiernos e instancias mundiales, la cual tiene como protagonistas al liderazgo de nivel multinacional. Todo esto está fuera del radio de acción del ciudadano común con su pequeña área de influencia, pero cuando el enfoque es de abajo hacia arriba, de lo cercano a lo lejano, de lo pequeño a lo grande, de poco a mucho; la situación es diferente, porque en este caso, el ciudadano común, como quien escribe estas líneas y los lectores de las mismas, tienen un rol protagónico y esa es la intención de este artículo, trasmitir la idea de la importancia y el gran impacto que puede tener la acción de muchos, aunque su aporte individual aparente ser poco y pequeño. Margaret Mead, antropóloga estadounidense escribió: "Nunca dudes que un pequeño grupo de ciudadanos pensantes y comprometidos, puede cambiar el mundo. De hecho son los únicos que lo han logrado¨.

Una de las vías para lograr cambios locales con repercusión global, es mediante el desarrollo de nuevos modelos de gestión con impacto social positivo y sostenible en el tiempo desde el punto de vista financiero. La Fundación Global Hub for the Common Good, organización sin fines de lu-

cro, tiene una propuesta de innovación económica y social en forma equilibrada al servicio de las personas. Propone "una economía de proximidad con reafirmación de los valores y la idiosincrasia de lo local en un mundo global".

Ponerse de acuerdo en aspectos concretos en lo local, es más factible que llegar a acuerdos teóricos de alcance universal. Estos acuerdos locales deben ser incluyentes para todas las personas y deben incorporar tanto al sector privado como al público. El Dr. Ambrosio Oropeza, reconocido constitucionalista venezolano, señala en su libro La Nueva Constitución Venezolana "los tres elementos definitorios o condicionantes del Estado son el territorio, la asociación o comunidad humana y gobierno propio". Deben eliminarse barreras artificiales, buscar coincidencias operativas y resolver problemas en función del beneficio colectivo mediante modelos de gestión sostenibles.

En una clasificación simplificada de las formas de gestión, hay una primera división en gubernamentales y no gubernamentales, con muy poca interacción y cooperación entre ambos sectores, habitualmente cargada de prejuicios con tendencia a la incompatibilidad de desarrollar acciones conjuntas. A su vez las no gubernamentales se pueden dividir en las que tienen como objetivo la generación de dinero y las que tienen como objetivo la generación de valor social, pero estas últimas, la mayoría de las veces tienen alta dependencia de organizaciones mercantiles, es decir son fundaciones sin autonomía financiera.

Hay una tendencia en los últimos años a desarrollar emprendimientos sociales solventes, que tienen como objeto generar valor social, pero que por su solvencia financiera son sostenibles en el tiempo.

En Málaga España, se realizará el próximo mes de mayo el III Foro Global para "co-crear una nueva economía al servicio de las personas y del planeta" que se propone estudiar fórmulas para hacer un "reseteo a todos los niveles que nos ayude a repensar cómo vivimos, nos relacionamos y trabajamos". Estas iniciativas pueden contribuir a la construcción de modelos capaces de satisfacer las necesidades básicas de la mayoría de la población. La actual pandemia demostró la vulnerabilidad de los modelos vigentes en el mundo. Se requieren acciones locales con visión global.

LO ÓPTIMO: LA MESURA

El profesor Juan David García Bacca, filósofo español nacionalizado venezolano, historiador de la filosofía y profesor universitario de larga trayectoria y con un gran legado, en su libro "Refranero, poemas y sentenciario de los primeros filósofos griegos" citó en primer lugar la frase "Lo óptimo: la mesura", atribuida al filósofo presocrático Cleóbulo el Líndico, uno de los siete sabios de Grecia, quien nació en Lindo en el siglo VII a. C. y se destacó por su gran prudencia y capacidad de pensar antes de actuar sobre los riesgos posibles que involucraba una decisión, en función de adecuar su actuación de la forma más conveniente a la circunstancia específica.

Mesura no se debe confundir con indecisión, temor, inactividad o conformidad. Mesura requiere un discernimiento analítico precedido de observación y descripción. Generalmente va de la mano de la moderación, comedimiento y la prudencia, la cual es considerada una virtud cardinal que está muy vinculada a la justicia. Tales de Mileto (624 a. C. - 546 a. C.), filósofo y matemático, considerado por Aristóteles como iniciador de la escuela de Mileto, decía lo siguiente "Sea tu oráculo la mesura".

Mesura comienza con la palabra y significa que "cuando hables, procura que tus palabras sean mejores que el silencio" como lo señala este viejo proverbio hindú; tratando que lo que se diga sea para bien y no para mal. Mesura en la acción no es decisión lenta, sino oportuna y bien pensada antes; no significa que se debe seguir haciendo lo mismo, sino que puede ser innovadora e incluso disruptiva, pero precedida de un discernimiento adecuado; no debe interpretarse que una acción para ser mesurada no debe tener ningún tipo de riesgos, sino al contrario, puede ser de alto riesgo, pero las amenazas deben ser analizadas y evitar o minimizar perjuicios innecesarios que puedan comprometer el resultado.

La falta de mesura o comedimiento es la desmesura. Ya desde la antigüedad en Grecia hace más de veinticinco siglos, el conflicto entre la selección del camino de la mesura en contraposición con la desmesura, se reflejaba en la concepción religiosa apolínea que predicaba la prudencia y la moderación, opuesta a la visión de la religión dionisiaca caracterizada por la desmesura y exceso.

Actuar con mesura es una decisión personal que se puede trasformar en una actitud permanente y un hábito que cuando es compartido por muchas personas en un grupo familiar, en una institución, en una ciudad o en un país, puede generar cambios profundos, constructivos y duraderos, que promuevan una sociedad en la cual cada quien haga lo que debe hacer y cada quien tenga lo que le corresponde tener.

La desmesura o la mesura repercuten negativa o positivamente, en mayor o menor grado, dependiendo del nivel de influencia que tenga la persona. Si son los padres de familia, repercutirá en los hijos; si es directivo de una institución, su ámbito de influencia depende del nivel jerárquico; si es un gobernante de alcance regional o nacional, entonces la influencia será mayor.

Solón, otro filósofo del grupo de siete sabios de Grecia, acuñó la máxima "Nada con exceso, todo con medida para guiar el comportamiento práctico de los hombres"; traducido en un refrán popular "Ni muy muy; ni tan tan". Las lecciones que llegan a nuestros días a través de los siglos por diferentes formas; refranes populares, máximas, aforismos, proverbios, poemas, parábolas y tantas vías de trasmisión de generación a generación, invitan a actuar con la razón más que con la emoción, estimulan la prudencia, la sensatez, la moderación y en síntesis nos dicen que lo óptimo es la mesura.

DEL DESARROLLO PERSONAL AL ORGANIZACIONAL

No hay desarrollo de la organización como un todo sin el desarrollo de los individuos que la conforman. Este crecimiento personal debe ser por una parte integral, o sea global, multidimensional, holístico y sistémico y por otra parte sostenible, o sea en función de satisfacer las necesidades presentes sin comprometer el futuro y aun mas, sentando las bases de un futuro potencialmente mejor. El fortalecimiento de principios fundamentales de cada persona, como por ejemplo la verdad en las relaciones consigo mismo y con los demás, la justicia, la libertad y el amor, genera valores y conductas solidarias, tolerantes, honestas, respetuosas y constructivas que se pueden resumir en hacer las cosas bien para hacerle bien a la gente. Un grupo

humano conviviendo periodos de tiempo en espacios definidos, presenta múltiples situaciones que deben ser resueltas armónicamente en función de potenciar las fortalezas individuales y organizacionales, así como minimizar sus debilidades. Mientras menos energías se consuman en la resolución de situaciones conflictivas, habrá más energías para construir y cumplir con los propósitos individuales y organizacionales. Dar respuestas equilibradas racional y emocionalmente, es fundamental para afrontar las múltiples situaciones cotidianas de una organización.

Cada individuo influye y recibe influencias de otras personas. El liderazgo es influir y potencialmente lo pueden desarrollar todas las personas. Aunque en algunas puede tener vinculación jerárquica, no necesariamente es así siempre, ya que todos pueden ejercer liderazgo en su ámbito de acción. Mientras un individuo tenga mayor nivel de desarrollo humano, ejercerá un liderazgo más positivo.

El escenario en el cual se desenvuelven quienes laboran en una institución, está condicionado por su modelo de gestión, el cual debe ser ágil, flexible, conectado con la realidad y que articule el desarrollo individual y organizacional. Por ejemplo si prevalecen la libertad, la justicia y la verdad como principios fundamentales individuales, en el afrontamiento de las situaciones cotidianas debe haber seguridad psicológica en el planteamiento de los problemas y búsqueda de soluciones.

Las organizaciones tienen un ciclo vital que inicia con su fundación y al comienzo crecen y maduran, pero si no tienen un liderazgo acertado que cuente con el apoyo de una masa crítica de sus integrantes, pueden declinar e incluso desaparecer, como ha sucedido con muchas instituciones, en especial en etapa de crisis, pero si se hace lo que se debe hacer cuando se debe hacer, no sólo se detiene el declive, sino que inicia una etapa de crecimiento. Es el renacer de la organización.

Así como un individuo no puede actuar solo, tampoco las organizaciones deben aislarse, ya que las alianzas entre instituciones, generan sinergia y potencian los resultados. Una red o malla organizacional puede tener vínculos permanentes o temporales que en una forma dinámica facilitan y en algunos casos garantizan gestiones exitosas, que aisladas no sería posible.

Es recomendable que en las organizaciones se integren equipos de trabajo multidisciplinarios, con especialistas en desarrollo humano, psicología organizacional, liderazgo, comunicación, organización, métodos, costo y calidad entre otros, para desarrollar estrategias orientadas a consolidar el desarrollo individual, articulado con un liderazgo competente capaz de lograr un modelo de gestión con visión de 360 grados, en múltiples planos, con perspectiva histórica, alianzas y visión de futuro, capaz de lograr un renacimiento institucional aún en momentos de crisis.

PENSAMIENTO, PALABRA Y ACCIÓN

Actuar en consecuencia con el pensamiento y la palabra, dicho de otra forma, ser coherente entre lo que se piensa, se dice y se hace, es una cualidad fundamental e indispensable para generar la credibilidad y la confianza, que soporten la plataforma de relaciones sociales donde la verdad sea la regla y no la excepción.

Cualquier comunidad humana, bien sea en un nivel macro como una nación, hasta llegar al núcleo familiar, pasando por todas las formas intermedias de asociación humana, que tengan la incoherencia entre el pensamiento, la palabra y la acción como patrón de comportamiento, más temprano que tarde, evolucionará al acostumbramiento progresivo de la mentira como regla y la verdad como excepción, lo cual generará la cultura basada en la aceptación de su propia mentira, que no la acepta ni quien habla ni quien oye. José Ortega y Gasset, filósofo español, en una conferencia cuyo contenido aún tiene vigencia, dictada en octubre de 1930 en el paraninfo de la Universidad de Madrid señalaba "El pecado original radica en eso: no ser auténticamente lo que se es. Podemos pretender ser cuanto queramos; pero no es lícito fingir que somos lo que no somos, consentir en estafarnos a nosotros mismos, habituarnos a la mentira sustancial. Cuando el régimen normal de un hombre o de una institución es ficticio brota de él una omnímoda desmoralización. A la postre se produce el envilecimiento, porque no es posible acomodarse a la falsificación de sí mismo sin haber perdido el respeto propio".

La prédica sin la práctica es un mal frecuente que conduce al fracaso, sobre todo cuando ambas van en sentido contrario. Thomas Mann, escritor

alemán, señalaba en este sentido, que se debía "Pensar como hombres de acción y actuar como hombres pensantes".

La coherencia entendida como la ausencia de contradicciones entre partes de un conjunto de elementos relacionados entre sí, es una condición necesaria para el desarrollo de relaciones estables y duraderas. Uno de los grandes males que padece la sociedad actual es la incoherencia, lo cual hace de la desconfianza una característica común. Algunas conductas que favorecen esta incoherencia son por ejemplo cuando se dice lo que los otros quieren oír y no se dice lo que se debe decir basado en la observación objetiva. Cuando no se tienen principios fundamentales como base de la actuación y se aceptan matices de verdades a medias, que analizadas fuera de contexto terminan siendo mentira, pero tienen algo de verdad. Al utilizar medios de amedrentamiento para generar distracción del foco central de la situación. Al ofrecer cosas que de antemano es sabido que no se van a cumplir, pero en el momento era conveniente ofrecerlas y aceptarlas sobre la base de la desconfianza. Todas estas conductas son algunos de los múltiples ejemplos que han construido una sociedad de incrédulos, lo cual es una barrera importante para lograr entendimiento y compromisos creíbles y cumplibles.

Dos binomios opuestos e incompatibles que conducen a destinos diferentes son la coherencia y la verdad por una parte y por la otra la incoherencia y la falsedad. Son dos caminos que se presentan ante el individuo, las diferentes formas de comunidades humanas, los gobiernos e incluso las sociedades internacionales. El rescate de la credibilidad y la confianza es un paso fundamental para lograr compromisos creíbles y cumplibles.

Todo se debe comenzar por un cambio del individuo. Decir lo que se piensa, porque es verdad, incluso si la conclusión es equivocada, pero si hay humildad con sentido de autocrítica, puede ser una oportunidad de aprendizaje y rectificación.

LIDERAZGO Y JERARQUÍA

Con frecuencia se confunde la jerarquía con el liderazgo, lo cual es un error que puede tener consecuencias negativas importantes en las orga-

nizaciones. En algunos casos hay coincidencia de un buen líder con alta jerarquía; esta es una de las mejores opciones, pero en otros casos puede haber un mal líder que tenga una alta jerarquía, lo cual es una de las peores combinaciones. Un buen líder con jerarquía baja o intermedia, puede ser muy beneficioso en una organización, sobre todo cuando está en sintonía con un buen líder de alta jerarquía.

La jerarquía se refiere en este caso, al nivel del escalafón de cargo o gradación dentro de la institución. El patrón de comportamiento y las decisiones de las personas de alta jerarquía pueden repercutir en toda la organización o en una parte importante de la misma. Si el liderazgo es la influencia que una persona ejerce en su entorno, se concluye que si la jerarquía también es alta, entonces la influencia puede llegar al universo organizacional. Esta última, puede ser producto de una designación, mientras que el liderazgo, puede tener condiciones innatas, pero también puede ser producto de un proceso de formación de líderes.

La jerarquía en muchas organizaciones, puede ser alcanzada por ascenso de personas de menor nivel, las cuales, como producto de su comportamiento llegan a ocupar cargos más altos. Si se acepta la afirmación de que los buenos líderes pueden formarse desde los niveles jerárquicos inferiores, entonces es una buena conducta organizacional, desarrollar programas de formación de liderazgo que tengan un alcance universal, ya que por una parte de este grupo surgirán las personas llamadas a ocupar posiciones de mayor jerarquía y por otra parte es muy importante que exista sintonía entre todos los niveles jerárquicos, lo cual se facilita cuando hay una masa crítica suficiente de buenos líderes.

Algunos aspectos importantes que debe tener en consideración un programa de promoción de un liderazgo positivo y constructivo en una organización, son los siguientes: Debe ser sostenido en el tiempo ya que un curso aislado o una conferencia sólo transmitirá información, pero no alcanzará una formación que se traduzca en crecimiento sostenible en el tiempo; debe tener estrategias variadas que permitan llevar lo esencial del mensaje adaptado a los diferentes niveles académicos, profesiones, oficios y grupos etarios de los integrantes de la organización; debe partir de la promoción del autoconocimiento de cada una de las personas, que le permita identificar sus fortalezas y debilidades, así como

el fortalecimiento de principios y valores fundamentales, como la verdad, la justicia, el amor y la libertad, lo cual se traducirá en actuaciones de compasión, respeto, seguridad psicológica, humildad para el desarrollo de la autocrítica como método de superación permanente y tolerancia para aceptar las diferencias interpersonales, todo lo cual generará un ambiente laboral armónico.

Debe estimularse el trabajo en equipo con el mensaje de que todos sus integrantes son importantes, con roles diferentes que se complementan, lo cual es factible cuando hay comunidad de propósitos y objetivos, con la condición que se ponga por encima el interés de la organización al interés individual, la única opción es que "o todos ganan o todos pierden".

El programa de formación de liderazgo debe estimular la lectura del libro de la realidad: observando, describiendo y analizando, para concluir en lo que realmente es y no en lo que se quiere que sea, ya que este es el paso fundamental para llegar a una decisión que se traduzca en una acción exitosa.

LOGOTERAPIA ORGANIZACIONAL

La falta de motivación, objetivos y metas de las personas, tanto jóvenes como mayores, es uno de los principales problemas que debe abordar cualquier institución, ya que en definitiva esto traerá como consecuencia la falta de sentido y direccionalidad de la organización como un todo. Los jóvenes, porque no han encontrado el sentido de su vida y los mayores porque piensan que ya hicieron lo que tenían que hacer, dieron mucho a la organización y no hay razón para continuar.

La logoterapia o terapia de sentido puede aportar herramientas útiles que contribuyan a apoyar a los integrantes de una organización, para la búsqueda de motivación que le permita alcanzar la autorrealización individual y colectiva. El fundador de la Logoterapia fue el neurólogo, psiquiatra y filósofo austríaco Viktor Frankl (1905-1997), quien en medio de los sufrimientos vividos en campos de concentración nazis, llegó a la conclusión que la vida, independientemente de la adversidad de la circuns-

tancia, tiene un significado que puede convertirse en su motivación vital y que la persona "puede conservar un vestigio de la libertad espiritual, de independencia mental, incluso en las terribles circunstancias de tensión psíquica y física". Con su obra dejó como legado el mensaje optimista que trasmite la idea que todo ser humano puede elaborar, con pequeñas y grandes acciones, el sentido de su vida, para construir y recorrer su propio camino, producto de sus libres decisiones.

Mientras los integrantes de una organización tengan un sentido de vida que sea compartido, aunque sea parcialmente con la mayoría de sus compañeros de trabajo, se producirá un efecto global de sentido organizacional que va a facilitar la resolución de conflictos y el desarrollo de un ambiente armónico, porque en la balanza de decisiones siempre pesará más el logro global que el individual, sin poner en juego el éxito general, por pequeñas diferencias más de forma que de fondo.

El compromiso de cada trabajador, el mayor grado de identificación institucional, el cumplimiento de sus tareas asignadas, de manera que cada quien haga bien lo que le corresponde, con la premisa que todos estén de acuerdo, porque son importantes para el logro del objetivo final, independientemente de la jerarquía, nivel académico y complejidad¬ de sus actividades, son factores que abonarán un terreno fértil para hacer crecer la semilla de la motivación, para que cada quien logre la autorrealización con un trabajo en equipo que conduzca a la sostenibilidad y ascenso organizacional, aún en presencia de las mayores adversidades que puedan existir.

Lo señalado antes es válido para cualquier organización o empresa, pero tiene aún más peso en instituciones de salud, porque sus trabajadores se ven sometidos, por una parte a las mismas difíciles circunstancias de toda la población, pero además tienen la presión de la demanda de atención médica en condiciones adversas con recursos insuficientes, enfrentándose a una enfermedad que tiene una historia natural con muchas lagunas de ignorancia, como es la situación de la actual pandemia.

La logoterapia ha trascendido de lo individual a lo organizacional y constituye un enfoque de gran utilidad en la actualidad, ya que contribuye a fomentar coincidencia entre los principios propios, valores e intereses

de la persona con los de la organización, generando una sinergia que trasciende en el tiempo, mediante un crecimiento global con sentido de vida compartido, que respete la esencia individual, mediante la construcción conjunta de un proceso de identificación de los trabajadores entre sí y de éstos con la institución.

¿LIDERAZGO CON AMOR O TEMOR?

En alrededor de 3 millones de kilómetros cuadrados y aproximadamente en medio siglo, en el inicio del Renacimiento, ocurrieron cambios profundos con repercusión mundial que tuvieron como protagonistas a múltiples líderes, como por ejemplo en la arquitectura a Filippo Brunelleschi (1377-1445), en el arte a Leonardo Da Vinci (1452-1519) y Miguel Ángel Buonarroti (1475-1564), en el campo político a Nicolás Maquiavelo (1469-1527) e Isabel La Católica (1451-1504), en la difusión impresa del conocimiento a Johann Gutenberg (1399-1468), en el mundo religioso a Ignacio de Loyola (1491-1556) y Martín Lutero (1483-1546), en la ampliación de la visión geográfica mundial a Cristóbal Colón (1451-1506) y Américo Vespucio (1454-1512), en astronomía a Nicolás Copérnico (1473-1543) y en medicina al grupo de anatomistas de las universidades de Bolonia y Padua que culminaron con la figura del padre de la anatomía Andrés Vesalio (1514-1564).Todas estas figuras son algunos ejemplos de liderazgo que dejaron importantes legados a la humanidad en sus respectivos campos de acción.

Para los fines del alcance de este artículo, hay dos de estos líderes que son interesantes analizar, ya que ambos vivieron en el Renacimiento en Italia, pero tuvieron una visión antagónica del liderazgo: Ignacio de Loyola, quien propuso un liderazgo basado en el amor y Nicolás Maquiavelo, quien recomendó un liderazgo sustentado en el temor. La diferencia radicó en que la visión de la misma realidad tenía diferente óptica. Para San Ignacio cada persona era un ser único con dignidad propia que merecía su respeto y amor, expresado en obras, lo cual resumía en su frase "en todo amar y servir". El lente de Maquiavelo veía al mundo poblado de personas que se debatían entre su condición humana y animal y que aunque podían realizar grandes hazañas, eran capaces también de actuar en forma egoís-

ta para lograr su objetivo. Señalaba que "todos los hombres son perversos y que están preparados para mostrar su naturaleza, siempre y cuando encuentren la ocasión para ello". Estas visiones diametralmente opuestas, generaron posturas completamente diferentes. Maquiavelo recomendaba a los líderes "ser temidos es mucho más seguro que ser amados", mientras que San Ignacio aconsejaba a los directores de los Jesuitas, gobernar "con todo el amor, modestia y caridad posibles" En el libro El liderazgo al estilo de los Jesuitas, Chris Lowney quien tuvo la experiencia de convivir siete años dentro de la Compañía de Jesús como seminarista y luego fue un empresario exitoso estudioso del tema de liderazgo, escribe que "los Jesuitas continuaron comprometidos con esa visión porque funcionaba. Los llenaba de energía trabajar con colegas que los estimaban, confiaban en ellos y los apoyaban. Sus equipos estaban unidos por lazos de afecto y lealtad, no minados por traiciones y críticas".

Estos dos líderes, Loyola y Maquiavelo, tuvieron la oportunidad de vivir en una época de cambios profundos: el paso del geocentrismo al heliocentrismo, en donde la tierra dejó de ser el protagonista principal del universo para darle paso al sol, el cambio de concepto de la tierra plana a redonda en donde Finis Terrae no era el fin de la tierra, la caída del imperio romano de oriente, la culminación de ocho siglos de presencia árabe en España, la ruptura de la unidad secular cristiana y la revolución de la imprenta como medio de difusión del conocimiento.

En este escenario convulsionado, Loyola y Maquiavelo tuvieron dos visiones y dejaron dos planteamientos conceptuales y operativos como controversia aún con plena vigencia: Liderazgo con amor o con temor.

EN GERENCIA: NI GERONTOFOBIA NI EFEBIFOBIA

Es frecuente en las instituciones oír las siguientes expresiones: "esa señora es muy vieja para trabajar aquí", o también "ese muchacho es muy joven para emplearlo". La predisposición para rechazar personas mayores o muy jóvenes, sin evaluar la situación específica es un error frecuente en el proceso de gerencia y en particular en la captación de talentos. Aunque no es aceptado por el diccionario de la RAE, la "Gerontofobia" o rechazo

a las personas mayores y la "Efebifobia" o rechazo a las personas jóvenes, solo con el argumento de la edad, sin tomar en consideración otros aspectos, constituye una fuente de error gerencial. En una ocasión el Director de una organización le preguntó a la coordinadora de un departamento sobre la opinión de un joven que estaba realizando una pasantía y ella le contesto: "que era bueno, pero el problema es que era muy joven", entonces el director le preguntó ¿Cuál es la edad del joven? y la coordinadora le contesto: "Tiene 20 años de edad". El director le hizo nuevamente otra pregunta a la coordinadora: ¿Cuántos años tenía usted cuando empezó a trabajar en nuestra organización? y ella le respondió: que tenía 18 años. Una sonrisa se esbozó en ambas caras del director y de la coordinadora, lo cual concluyó el diálogo con una respuesta silenciosa. La coordinadora había empezado más joven que el pasante y había resultado una excelente trabajadora por más de cuatro décadas. Un ejemplo emblemático de jóvenes emprendedores que iniciaron sus actividades a los 19 y 23 años respectivamente lo constituye la pareja de fundadores de Microsoft: Bill Gates y Paul Allen. En el mundo de la música, un ejemplo de genialidad en la infancia y adolescencia fue Mozart. Estos y otros casos de jóvenes destacados ayudan a reforzar la idea que la juventud no es una barrera para incorporar al trabajo a una persona.

En relación a personas mayores se pueden citar algunos ejemplos de edad avanzada que hicieron importantes aportes en sus respectivos campos de acción. En música, Giuseppe Verdi compuso Otelo cuando tenía 74 años y su última obra Falstaff, cuando tenía 80 años. En política internacional, Winston Churchill gano el Premio Nobel de Literatura cuando tenía 79 años y fue Primer Ministro del Reino Unido culminando su último periodo a los 81 años. La Madre Teresa de Calcuta murió a los 87 años, Nelson Mandela entrego la Presidencia de Sur África a los 81 años y murió a los 95 años.

Más importante que la edad, son los principios y valores fundamentales del integrante de un equipo de trabajo, su aptitud, su actitud, la disposición de aprender, la habilidad para hacer algo adecuado a su edad, la inteligencia emocional y el CI. La heterogeneidad en materia de edad en los equipos de trabajo genera sinergia. Se facilita el legado intergeneracional, que permite la transferencia del componente histórico del pasado, combinado con la tecnología del presente, ya que al coexistir simultáneamente

tres o cuatro generaciones, se tiene estratos etarios de una década o un poco más y se evitan brechas importantes.

Descartar un miembro del equipo por ser viejo o muy joven, es un error que debe evitarse, ya que todos pueden hacer aportes complementarios. Por otra parte tener una organización en la cual el equipo este formado fundamentalmente por personas mayores, también es un error, porque será una institución envejecida y anquilosada y así mismo cuando solo hay jóvenes inexpertos, el aprendizaje puede ser traumático. Lo recomendable es el equilibrio de varias generaciones, que aporten lo mejor de cada una, en pro de la organización.

DOCTA IGNORANCIA Y GERENCIA

La RAE define el término ignorancia como "la falta de conocimiento" o "la cualidad del ignorante", lo que significa en otras palabras, de la persona que carece de conocimientos sobre un tópico. Por otra parte, define el adjetivo docta como alguien que "con el estudio ha adquirido más conocimientos que los comunes u ordinarios". De acuerdo a estas definiciones, puede parecer a primera vista que el termino docta ignorancia es una contradicción, pero todo lo contrario, el concepto encierra una profunda sabiduría que ha sido objeto de discusión de filósofos y teólogos desde tiempos ancestrales.

La historia nos enseña que ya hace más de 24 siglos, Sócrates hablaba del tema de la ignorancia sapiente al señalar que es preferible saber que no se sabe, en vez de creer saber y no se sabe, ya que la primera opción es una apertura a la disposición de la búsqueda del conocimiento, mientras que la segunda es una posesión de un conocimiento que puede que no sea verdadero. Esta concepción socrática la desarrolla Platón al señalar que Sócrates se declaró consciente de no ser sabio y al destacar que el hombre más sabio es aquel que conoce su ignorancia, de ahí la frase atribuida a Sócrates: "Solo sé que no se nada".

San Agustín (354-430) define el término docta ignorantia como la conciencia de los límites del conocimiento propio como fundamento del sa-

ber y Nicolás de Cusa (1401-1464), teólogo y filósofo alemán, planteó en su libro De Docta Ignorantia, que el verdadero saber reconoce que no conoce todo ni algo en su totalidad y por otra parte destacó que todo conocimiento se basa en la relación entre lo desconocido y lo conocido.

Estas son algunas de las enseñanzas que la historia aporta para estimularnos a superar nuestra ignorancia, mediante el reconocimiento de la misma como una limitación que a su vez nos puede llevar a la búsqueda de nuevos conocimientos que generen innovación.

Es frecuente que el directivo de una organización o un funcionario público de alta jerarquía, consideren que deben saber todo de todo y opinar sobre todo. Aunque este tipo de gerente que opina sobre todo, a primera vista puede impresionar como una persona sabia, al transcurrir la prueba del tiempo que pone cada cosa en su lugar y tiene los resultados concretos como árbitro, se evidencian los aciertos y errores que son producto de la verdad o falsedad que tuvo como soporte la decisión gerencial y se concluye por lo tanto, que es preferible un gerente que reconozca su propia ignorancia sobre algún aspecto especifico y acuda a cualquier fuente de información que lo acerque a la verdad y a la decisión correcta.

La actitud humilde y prudente ante las múltiples situaciones que se le presentan al gerente o directivo de cualquier organización en el proceso de discernimiento que precede a la decisión y a la acción, es un atributo del gerente con sabiduría. La permeabilidad a las opiniones de los integrantes del equipo de trabajo permite el enriquecimiento de fórmulas de solución ante cualquier problema. Un clima organizacional con seguridad psicológica que facilite la libre opinión, es fundamental para la gestión del día a día, desde las pequeñas hasta las grandes situaciones.

El desafío que se nos presenta a todos los habitantes del globo terráqueo en estas difíciles circunstancias es precisamente la utilización de los múltiples conocimientos disponibles para generar fórmulas que permitan construir modelos que contribuyan a solucionar los problemas comunes de la globalidad, con las particularidades de la localidad. Las lecciones de historia, la observación objetiva y oír consejos conducen a la verdad.

IMPORTANCIA DEL LEGADO EN GERENCIA

Para entender el alcance de la palabra legado es importante destacar que el ser humano es integral y multidimensional con dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual. Esta última entendida como la capacidad inmaterial, pero real, de proyectarse fuera de sí mismo en el tiempo y espacio, lo cual le permite trascender más allá de su ámbito físico directo y después del momento del presente. Esta dimensión espiritual permite darle sentido y propósito a la vida, por encima de las dificultades que afectan las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Un ejemplo a seguir es el mensaje de Víctor Frankl, quien señalaba que "quien tiene el por qué vivir, supera el desafío de cómo vivir". Quien trasmite vivencias además de conocimientos, tiene mayor trascendencia y por lo tanto su legado perdura, porque las vivencias son experiencias de vida que siguen vigentes con el paso del tiempo, mientras que el conocimiento se vuelve obsoleto. El Dr. José Ignacio Baldo, insigne médico venezolano, en un discurso ante la Academia Nacional de Medicina en diciembre de 1936 dijo que "Maestro no es aquel que nos enseña, sino el que logra moldearnos, el que sabe pasarnos un poco de su yo y aquel a quien nos vamos a sentir siempre ligados por una influencia que ha de ser mutua".

La persona que desempeña cargos de gerencia, debe estimular la búsqueda de las raíces del legado que recibió individualmente de sus maestros, y así mismo, también debe escudriñar la historia institucional para sistematizar el legado que recibió la organización. Por otra parte debe fortalecer identidad institucional y se piense en el legado que debe dejar para el futuro, ya que de lo contrario sería, un permanente recomenzar de cero y sin memoria histórica.

A veces cuando se ejerce un cargo directivo, es conveniente hacer una pausa para recapitular las enseñanzas del pasado y sistematizarlas para que perduren en el tiempo. Por ejemplo cuando ASCARDIO, organización dedicada a la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en Barquisimeto cumplió veinte años de fundada, publicó las siguientes reflexiones: Hemos adquirido experiencia y hemos aprendido lecciones; hemos construido el presente sobre las experiencias del pasado y hemos visto el futuro como consecuencia del presente; hemos contado más con nuestro trabajo que con la suerte esperada y hemos entendido

que para tener "suerte" hay que trabajar; hemos sabido aprovechar las circunstancias favorables y hemos mitigado, y a veces revertido la acción negativa; hemos cultivado la paciencia y la constancia y hemos descartado la precipitación y el desánimo; hemos aprendido que cuando se dice hemos, se aprende más que cuando se dice he; el trabajo en equipo con una visión de futuro compartida y con un proyecto de vida común, ha sido la gran experiencia y la gran lección. En cada enunciado hay un mensaje que forma parte del legado para el futuro, el cual debe recibirse y debe trasmitirse, es una cadena en la cual cada grupo de personas en un momento determinado, constituyen un eslabón de la cadena histórica. Esta es una obligación individual y organizacional. Mientras más alta sea la jerarquía, el alcance debe ser mayor, pero también existe la responsabilidad individual, que debe contribuir a construir el inconsciente colectivo de la organización que se puede trasmitir por medio de refranes, relatos o cualquier comentario anecdótico.

Es importante que en todas nuestras actuaciones y en todos los planos, desde el individual hasta el mundial, se piense en las consecuencias futuras que tendrá lo que se haga en el momento presente.

LA GERENCIA Y EL APRENDIZAJE CON EL ERROR

En el proceso de gerencia es un reto permanente decidir sobre dos o más opciones, que a veces son caminos opuestos. La posibilidad de acertar o equivocarse es un diario desafío que se le presenta al gerente, ya que puede conducirlo al éxito o al fracaso. Si se ve a cada fracaso como una oportunidad de aprender, entonces el fracaso no es un punto final, sino un punto y seguido, ya que es posible que en una próxima oportunidad, al incorporar las lecciones aprendidas del fracaso anterior, sirvan de base para superar el reto y transitar el camino del éxito. Algunos llaman a esto, un fracaso exitoso, que aunque parezca contradictorio, encierra la idea de una lección aprendida que conduce al éxito.

La actitud ante el error que causó el fracaso, debe ser aceptarlo con humildad, o sea reconocer que se cometió un error o varios errores que produjeron el fracaso, en segundo lugar aprender las lecciones producto del

análisis causal y finalmente establecer los correctivos para no volver a cometer los mismos errores y así poder lograr el objetivo deseado. Paul Bryant (1913-1983), entrenador estadounidense, enaltecido al Salón de la Fama del Fútbol Americano Universitario, en una declaración a la revista Sport Ilustrated señaló que "Cuando usted cometa un error, hay solo tres cosas que debe hacer: Admitirlo, aprender del mismo y no repetirlo" y con esta visión positiva y de autocrítica del error, aun fallando ganaba, de ahí otra frase del mismo Bryant fue "Nunca he sido nada más que un ganador".

El fracaso puede ser antónimo del éxito desde el punto de vista gramatical, pero desde el punto de vista conceptual, puede llegar a ser una parte del éxito, ya que un fracaso bien asimilado producido por un error aceptado y analizado que genere acciones orientadas a evitar cometer el mismo error, puede conducirnos al camino del crecimiento y de la superación. El error más grande ante el fracaso es no admitirlo, inhibirse y no volver a intentar otra estrategia.

Jack Canfield, conferencista motivacional estadounidense, decía: "No te preocupes por los fracasos, preocúpate por las posibilidades que pierdes cuando ni siquiera lo intentas".

El impacto de errores y fracasos puede ser a nivel individual, familiar, organizacional e incluso nacional o mundial. El error puede ser producto de una decisión equivocada. Desde la antigüedad se menciona la posibilidad de dos caminos producto de la escogencia individual. La tradición atribuye al Rey David la mayoría de escritos del libro de Salmos de la Biblia, con una historia de más de 30 siglos, en el cual nos plantea en el primer Salmo la posibilidad de dos caminos, uno que nos conduce al "árbol plantado junto al río que da fruto a su tiempo, su fronda no se marchita y en todo lo que hace, prospera" y el otro que "será como paja que lleva el viento". En el caso de las organizaciones el cual es el objeto de este escrito, los fracasos se producen no tanto por las crisis, las circunstancias adversas o la competencia, sino por los errores humanos que se cometen dentro de la organización que enfoca su accionar en justificar su situación por las condiciones externas y no asume su responsabilidad y aprovecha las oportunidades que caracterizan a las crisis. Dice un viejo refrán castellano.

"No temas a la competencia, teme a tu propia incompetencia". El impacto organizacional que tiene un gerente incompetente tiene una relación estrecha con el nivel jerárquico, ya que "La incompetencia es tanto más dañina cuanto mayor sea el poder del incompetente" como lo señaló el académico español Francisco Ayala. La lección es aprender de los errores.

VEINTIDOS PALABRAS PARA UN LIDERAZGO CON LEGADO

Si se acepta que liderazgo es la influencia que alguien ejerce en su entorno, que en una organización, varía desde un grupo muy pequeño con interacción diaria presencial, un conjunto intermedio de personas o todo el universo de la misma, cuya relación frecuente es indirecta, a predominio virtual, se puede concluir que todos sus integrantes ejercen un liderazgo de alcance variable y por otra parte, si se entiende por legado "aquello que se deja o transmite a los sucesores, sea cosa material o inmaterial" según el Diccionario de la RAE, entonces, se concluye que todas las personas en una organización pueden ser líderes y también todas las personas pueden transmitir enseñanzas que duren más allá de la vida biológica. John Maxwell, en su libro Las 21 leyes irrefutables del liderazgo, cuando se refiere a la ley del legado señala que "el valor duradero del líder se mide por la sucesión".

Un conjunto de enseñanzas que ha trascendido durante siglos en la historia de la humanidad, como producto del legado de maestros universales, se puede resumir en veintidós palabras que sin lugar a dudas, si las personas que ejercen liderazgo en una institución las llevan a la práctica y las aplican, los resultados también servirán de lección para seguir trascendiendo. Estas veintidós palabras son: Hacer el bien, no hacer el mal, cumplir el deber, ponerse de acuerdo y dar a cada quien lo que le corresponde.

Hace más de 30 siglos, Moisés proclamó "amar a tu prójimo como a ti mismo y no hacer a los otros lo que no quieras que hagan contigo", Confucio hace más de 25 siglos enseñaba a hacer a los demás lo que quieres que te hagan a ti y no hacer a nadie lo que no quieres que te hagan a ti e Hipócrates en su juramento nos legó que "de acuerdo a su poder y discernimiento actuará en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio", lo cual dio origen a los principios de beneficencia y no maleficencia, los cuales tienen vigencia

desde hace más de 20 siglos. También Jesús cuando el escriba Doctor de la Ley lo interrogó sobre los mandamientos, le contestó: "amarás al Señor tu Dios de todo corazón y a tu prójimo como a ti mismo". Se observa con estos ejemplos que las primeras siete palabras, HACER EL BIEN y NO HACER EL MAL, son mensajes milenarios de maestros universales y no constituyen ninguna novedad, pero la falta de su aplicación en la cotidianidad, es causa de múltiples problemas.

En relación al cumplimiento del deber, es necesario recordar la frase que nos dejó como legado el Dr. José María Vargas cuando, a su regreso a Venezuela en 1835, le preguntaron cual mensaje les daría a los venezolanos y él les respondió que "Venezuela quiere que cada quien cumpla su deber. Nos debemos a nuestra patria y a sus leyes tutelares, que nos ordenan vigilancia y valor y el tributo de cuanto sea necesario para salvarla y al tiempo moderación y respeto de esos mismos principios que defendemos". El Dr. Vargas dejó como legado en esta frase, que hay que CUMPLIR EL DEBER.

San Pablo en la primera carta a los Corintios, hace un poco menos de 20 siglos, señalaba que "en el nombre de nuestro Señor Jesucristo, les ruego que se pongan de acuerdo", de tal forma que PONERSE DE ACUERDO es su legado, así como Domicio Ulpiano, Jurisconsulto romano, hace 18 siglos definió la justicia como "el hábito de dar a cada quien lo suyo". Su legado es DAR A CADA QUIEN LO QUE LE CORRESPONDE.

Con estas veintidós palabras para un legado, quien pretenda ejercer un liderazgo positivo y constructivo que trascienda en el tiempo, debe actuar en concordancia con las mismas y servir de modelo con su ejemplo.

El lector interesado no encontrará en estas líneas una retórica convencional, sino vivencias, pasiones y emociones, presididas por el rigor de la reflexión del médico que hace gala de una profunda formación humanista, en la que se encuentra, sin conflicto alguno, el científico que tiene clara su misión de formar parte de las soluciones en la gerencia del complejo mundo de la salud. El gerente y líder, se hacen en la posibilidad de saber observar y aprender del "libro de la realidad", como tanto lo recuerda el Dr. Bartolomé.

Dr. Juan Pedro Pereira Medina
Rector de la Universidad Yacambú

Bartolomé retoma más allá de su tiempo vital, de sus fuentes e influencias personales, de las cuales nos habla abiertamente, con generosidad, como clave indispensable para la comprensión de quién es y por qué hizo lo que ha hecho y todo lo que pretende hacer; como suerte de resurrección, de la vieja tradición renacentista nacida en el norte de Italia en manos de Leonardo Da Vinci de aprender mediante la observación sistemática de la realidad, para desde allí construir un interminable proyecto siempre en construcción.

Dr. Federico Arteta Bracamonte
Médico e Historiador

ISBN: 978-980-6986-18-3
9 789806 986183

ascardio

universidad Yacambú