



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

11

Número 2 (2024)

Recibido: 18/4/2024 Aceptado: 30/5/2024

<https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.02.07>

RESEÑA HISTÓRICA

El primer ensayo de Atención Médica Jerarquizada en un hospital venezolano*

The first trial of Hierarchical Medical Care in a Venezuelan hospital

Nicolas Fariña Gabino (Dr.)

Médico Cirujano, Universidad de Los andes (ULA), Mérida-Venezuela. Médico Especialista en Anestesiología, Hospital Central de Maracay, estado Aragua-Venezuela. Fellow en Anestesiología, Instituto Dante Passaneze, Sao Paulo-Brasil. Especialización de Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Católica Andrés Bello. Jubilado como Profesor de la ULA y como adjunto de Atención Médica del Hospital Universitario de Los Andes.

Correo: nicolfarig@gmail.com ORCID: 0009-0002-1193-7336

*El presente artículo es producto del trabajo publicado como Capítulo V, en: Fariña N. El Hospital Universitario de Los Andes. Cuarenta y cinco años de historia. Mérida-Venezuela; 2017, pp. 125-166. ISBN: 978-980-11-1928-9, con la debida autorización del autor.

RESUMEN

Actualmente los hospitales tienen un lugar bien definido en el sistema de salud venezolano, ya que, ocupan un espacio delimitado y son atendidos por grupos de especialistas, técnicos, personal administrativo, obreros, entre otros, que prestan asistencia no solo a pacientes sino a complejos y diversos problemas; además de formar recursos humanos y cumplen actividades de investigación y extensión. En la presente reseña histórica, se evidencia una de las experiencias vividas por el autor dentro de los sistemas de salud, escrita en primera persona como integrante del grupo selecto de visionarios que sembraron la idea inicial de la necesidad de ampliar el antiguo Hospital Los Andes en el primer centro sanitario venezolano de Atención Médica Jerarquizada, pasando posteriormente a llamarse Hospital Universitario de Los Andes.

Palabras clave: hospital, Venezuela, atención médica jerarquizada, universitario.

ABSTRACT

Currently, hospitals have a well-defined place in the Venezuelan health system, since they occupy a delimited space and are served by groups of specialists, technicians, administrative staff, workers, among others, who assist not only to patients but also to complexes and various problems; in addition to training human resources and carrying out research and extension activities. In this historical review, one of the experiences lived by the author within health systems is evident, written in first person as a member of the select group of visionaries who planted the initial idea of the need to expand the old Los Andes Hospital into the first Venezuelan health center for Hierarchical Medical Care, latter being called Hospital Universitario de Los Andes.

Key words: hospital, Venezuela, hierarchical medical care, university.

— INTRODUCCIÓN

A partir del último semestre de 1973 se ha venido llevando a la práctica en el Hospital Universitario de Los Andes (HULA) de la ciudad de Mérida un ensayo de aplicación del sistema de Atención Médica Jerarquizada (AMJ), es decir, una tentativa de ofrecer servicios médicos de complejidad escalonada, en proporción a la demanda cualitativa y cuantitativa de atención por parte del individuo enfermo de la comunidad en general.

En los párrafos sub-siguientes, intentaremos hacer una relación lo más sucinta posible, de ese que todavía seguimos llamando ensayo, porque estamos conscientes de que aún es bastante largo el trecho a recorrer y variados los escollos que es preciso superar, para que las estructuras que lo conforman y los mecanismos y normas que le sirven de soporte, se encuentren suficientemente consolidados para resistir con firmeza, el embate de las variadas circunstancias que han venido dificultando su vigencia, entre las cuales cabe destacar: el apego institucional a los viejos esquemas de organización y prestación de servicios de atención médica; la todavía imprecisa definición de una política nacional de salud; multiplicidad de instituciones responsables por la asistencia y la habitual tendencia de los grupos e individualidades a desconocer o rechazar cualquier nuevo modelo organizativo que contraiga sus prejuicios o intereses.

Aun dentro del marco de estas consideraciones, esperamos que las experiencias vividas en el HULA en sus breves años de funcionamiento, representen un aporte significativo a la búsqueda de solución a nuestros problemas de salud, particularmente en lo que atañe a la posibilidad de ofrecer una respuesta más satisfactoria a la demanda de servicios sanitarios, sin que ello involucre un incremento irracional de los costos o de recursos en desacuerdo con la verdadera realidad nacional.

— DESARROLLO

Antecedentes

En 1969, al finalizarse el proceso de organización del HULA, su Comisión Organizadora, integrada por funcionarios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), autoridades y profesores de la Universidad de Los Andes (ULA) y una representación del Colegio de Médicos del Estado, se vio ante la disyuntiva de dar continuidad en la organización del nuevo hospital a los esquemas tradicionalmente utilizados, o proporcionar un cambio estructural y funcional que, a la vez que beneficiara los intereses asistenciales y docentes del establecimiento, se compaginara con los nuevos conceptos de atención médica y con las responsabilidades atribuidas a los hospitales regionales en el proyecto de clasificación de los mismos acogido por el MSAS.

Quienes integramos aquella Comisión actuamos bajo el convencimiento de que los viejos modelos que han venido rigiendo la organización hospitalaria de nuestro país, estaban muy lejos de asegurar respuesta efectiva a la creciente demanda de atención, docencia médica y a la intención de integrar actividades y recursos en el campo médico-sanitario; pero estábamos convencidos a la vez, de

que la introducción de un nuevo esquema organizativo, habría de tropezar necesariamente con nuevos obstáculos, más aún si el mismo conducía a la aceptación de nuevas responsabilidades, la renuncia de algunos privilegios y la vigencia de normas disciplinarias y procedimentales hasta entonces ignoradas o, por lo menos, desapercibidas. Varias razones condujeron a actuar por la segunda alternativa; razones que consideramos necesario exponer muy someramente, por cuanto permiten expresar con mayor objetividad, la concordancia entre los resultados obtenidos hasta el presente y las expectativas creadas alrededor del nuevo sistema.

1. Razones de orden conceptual. Durante los últimos decenios, la problemática asistencial de los países en vías de desarrollo, expresada en demanda creciente insatisfecha, elevación continuada de los costos de actividades y déficit de recursos materiales y humanos, ha conducido a los organismos internacionales de salud, a hacer revisión de los sistemas establecidos y de los conceptos y principios que han venido rigiendo la prestación de servicios de atención médica. Como producto de esa revisión, el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la Atención Médica como “un programa de servicios que debe poner a disposición del individuo y, en consecuencia, de la colectividad, todos los recursos de las ciencias médicas y otras ciencias afines que sean necesarias para el fomento y la conservación de la salud mental, física, social y familiar con la mira puesta en la prevención de las enfermedades, el restablecimiento de la salud y el alivio de las incapacidades”¹.

Posteriormente un grupo de estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al referirse a la aplicación de los programas de Atención Médica, expresó que “ellos deberían ser ejecutados a través de un sistema jerarquizado de hospitales de distintos tipos y de servicios de atención ambulatoria y domiciliaria”. “En este esquema” agrega, “el hospital es el ejecutor directo de la atención médica dando respaldo técnico y científico a todos los servicios periféricos de atención ambulatoria”². La definición arriba mencionada y los criterios precedentes, liberan la atención médica de su concepción eminentemente restaurativa, sugiere la conveniencia de establecer una serie escalonada de servicios y determina a la vez, un nuevo concepto de hospital, como establecimiento integralmente capacitado para el ejercicio de actividades de promoción, defensa y restitución de la salud, preocupado por los problemas económico-sociales de la colectividad, ligado a las condiciones del medio en el cual actúa y generador de mecanismos administrativos acordes con su complejidad.

Estos nuevos conceptos obligan al reconocimiento de que las acciones de salud no pueden estar representadas por un conjunto de actividades ejecutadas a un mismo nivel y con idénticos recursos, sino por una gradación de servicios racionalmente jerarquizados o progresivos y en orden creciente de complejidad, es lo que se ha definido como AMJ, con responsabilidades bien definidas y ligados por mecanismos técnicos y administrativos, que en conjunto representan la estructura del HULA, asegurando al individuo enfermo, el nivel de atención que requiera de acuerdo con la gravedad de su cuadro clínico, y a la colectividad, el volumen y calidad de acciones preventivas y curativas necesarias para el mantenimiento de un óptimo nivel de salud.

2. Razones de orden técnico administrativo. La organización tradicional de los servicios de salud en nuestro país se ha venido caracterizando por la pluralidad de las instituciones de comando; la separación entre las actividades preventivas y curativas con las de saneamiento ambiental; la heterogeneidad de normas y procedimientos; el bajo rendimiento de recursos y actividades; la elevación desmesurada de los costos y la progresiva incapacidad para responder a la demanda efectiva.

La solución de un problema tan complejo no corresponde evidentemente a una iniciativa local, sino a una política nacional de salud que responda a los intereses y aspiraciones de la colectividad venezolana, a un costo compatible con los recursos de que se dispone. Ese sistema, cualquiera que sea, deberá contar con soportes del nivel local, cuya organización y funcionamiento permitan asegurar una cobertura total de la población, la integración real de las acciones de salud, la voluntaria cooperación de quienes, como actores o usuarios, son corresponsables de la marcha institucional, la eficiente utilización de los recursos y costos operacionales ajustados a la capacidad financiera de cada establecimiento.

El HULA representa la expresión de esa búsqueda, mediante el énfasis dado a la atención ambulatoria, su cobertura urbana se ha hecho extensiva a la población semirural, rural y la diferenciación de sus áreas intramurales de asistencia médica.

3. Razones de orden docente. “El Hospital docente”, expresa el documento final del Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica, convocado por la OEA/OPS en agosto de 1969, “debe formar parte de un sistema coordinado de servicios de salud que permita ofrecer al futuro médico una visión lo más completa posible de las realidades que encontrará en su vida profesional”³. La Facultad de Medicina y el resto de Ciencias de la Salud de la ULA, han venido soportando desde hace varios años, la creciente presión de una población estudiantil cada vez más numerosa, carente de aulas y laboratorios de experimentación capaces de complementar la enseñanza teórica con el aprendizaje práctico y el conocimiento objetivo de la realidad.

Encasillada en el viejo molde de las demás universidades nacionales la docencia médica había mantenido su exclusivo apego a la cama hospitalaria, a los pabellones quirúrgicos y obstétricos y a las facilidades del diagnóstico instrumental, cada día más atrayente, en la medida en que el avance tecnológico provee a la profesión médica, de costosos e impresionantes equipos. En tanto, el paciente ambulatorio y las actividades preventivas permanecían ignorados, hasta el momento mismo en que el abandono de unos y otras conducía al individuo enfermo a la cama del hospital.

Para quienes, actuando en representación de la docencia contribuyeron a decidir la suerte organizativa del hospital, el esquema de AMJ debería soportar nuevas y productivas áreas a la enseñanza, el aprendizaje y la investigación; favorecer al contacto permanente de los estudiantes con el medio social y proporcionar a los futuros médicos, una nueva dimensión para el ejercicio profesional y una visión diferente de la problemática asistencial del país. Tales fueron las expectativas que quedaron plasmadas en los programas departamentales que recientemente han servido de base a la organización del internado y Residencias Médicas y que orientan el desarrollo del programa de Medicina Comunitaria establecido por el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad.

Objetivos y requisitos básicos del sistema

A través de lo expuesto es fácil transparentar los objetivos del sistema de AMJ; consideramos importante, sin embargo, concretar algunos de ellos, ya que, contribuyen a justificar los requisitos establecidos para su implementación:

Objetivos primarios

- Integración real de las actividades de atención médica destinadas a la promoción, defensa y restitución de la salud.
- Mejoramiento de la calidad e incremento de la cobertura de los servicios, haciéndolos más accesibles y proporcionados al volumen y calidad de la demanda individual y colectiva.
- Participación efectiva de la docencia en todas las actividades que contribuyen a la atención médica integral.
- Normalización progresiva de recursos, actividades y reducción, dentro de lo posible, de los costos operacionales.
- Orientación permanente de la comunidad.

Requisitos básicos

- Demarcación para el hospital de una zona de influencia sobre la cual ejerza con suficiente autoridad, la coordinación, administración y control de todos los recursos y actividades de atención médica.
- Diferenciación de los servicios intra y extramurales en niveles de atención con responsabilidades y mecanismos de accesibilidad y cobertura de atención ambulatoria bien definidas.
- Elaboración de normas técnicas y administrativas que regulen el funcionamiento de los servicios, orienten el trabajo del personal y determinen los procedimientos de coordinación a ser utilizados.
- Conformación de los programas docentes a los requerimientos del sistema.
- Elaboración y aplicación de programas de educación sanitaria.

Situación actual

En medio de las variadas limitaciones que han venido dificultando la aplicación del ensayo de AMJ, ya referenciadas, es difícil hacer una valoración integral de los beneficios que él aporta y de los defectos que les son inherentes, por cuanto ello implicaría en cierto modo cuantificar la participación que realmente le corresponde en el estado actual de la asistencia médica en el área geográfica dependiente del hospital y hacer abstracción de la existencia de otras instituciones médico-asistenciales que, como en el resto del país, contribuyen a integrar la compleja estructura de los servicios locales de salud. Por consiguiente, hemos considerado que uno de los medios aparentemente más idóneos para enjuiciar su evolución lo proporciona el desarrollo alcanzado por sus elementos estructurales y el grado de aproximación a los objetivos propuestos en el marco de las restricciones derivadas de la heterogeneidad de servicios y de normas. En tal sentido y procediendo en el orden ya mencionado, la situación actual del sistema es la siguiente:

1. Delimitación de la zona de influencia. Desde el momento de iniciar sus actividades el HULA, en 1973, se le demarcó como área de influencia inmediata, la ciudad de Mérida, adicionándosele en agosto de 1975, los alrededores más cercanos (caseríos de San Jacinto, El Arenal, La Joya, El Vallecito, Prado Verde, La Culata y Tienditas del Chama) y se prevé para el próximo año, con la creación del Distrito Sanitario Metropolitano, la adscripción de las medicaturas urbanas de La Parroquia, Los Curos y Ejido; las rurales de Jají, La Mesa y de 28 dispensarios rurales de su jurisdicción. El HULA se propuso mantener el propósito de proyectar hacia toda la población adscrita las actividades preventivas, a la vez que era reconocido como centro de especialidades regionales.

2. Diferenciación de los servicios intramurales. En concordancia con los requisitos mínimos establecidos y para asegurar el debido aprovechamiento de edificaciones ya existentes, aun dentro de las dificultades planteadas por su conformación arquitectónica, los servicios intramurales fueron agrupados como sigue⁴:

2.1. Unidad de Agudos, ubicada en la nueva edificación puesta en servicio en 1973, y en la cual, además de la Dirección y Departamentos administrativos generales y de colaboración, tienen cabida los servicios de hospitalización de agudos, de emergencia y de atención ambulatoria.

a) Los servicios de hospitalización de agudos comprenden a su vez, tres niveles de atención:

- Cuidados Intensivos: para enfermos que ingresan en estado crítico, pero presumiblemente recuperables, cuya asistencia exige cuidados permanentes de enfermería, estrecha vigilancia médica y personal administrativo y auxiliar especialmente entrenado.
- Cuidados Intermedios: para la atención de pacientes agudos no susceptibles de tratamiento ambulatorio (enfermos a ser sometidos de inmediato a intervención quirúrgica; prenatal al término de su embarazo y puerperios complicados).
- Cuidados mínimos: especialmente reservados para convalecientes que aún requieren de ciertos cuidados intrahospitalarios (para fijar los términos de su egreso), puérperas en evolución normal, casos cuyo diagnóstico no es factible precisar con los recursos de atención ambulatoria y pacientes quirúrgicos cuya preparación intrahospitalaria contribuye a asegurar el éxito de la intervención.

b) Los servicios de emergencia, como en la mayoría de nuestros grandes hospitales, están subdivididos en tres áreas: Emergencia General de Adultos, Emergencia Gineco-Obstétrica y Emergencia Pediátrica. Se ocupan de la atención de pacientes accidentados, intoxicados, cuadros de aparición brusca, entre otros.

c) Los servicios de atención ambulatoria, del mismo modo que los de hospitalización, han sido diferenciados en niveles, considerando además los intereses del enfermo y de la colectividad sana, en cuyo beneficio deben cumplirse actividades de fomento y protección de la salud, comprenden:

- Ambulatorio de Especialidades: en el cual se agrupan todas las consultas de especialidades médicas y odontológicas provistas por el establecimiento, dando acogida a los pacientes

referidos desde los ambulatorios, servicios del hospital o de otros centros urbanos de atención médica. La aceptación de pacientes espontáneos contraviene las normas institucionales.

- Atención Domiciliaria: limitada todavía a visitas de enfermería y trabajo social, pero que en breve ampliará su radio de acción mediante las actividades de Cirugía y Obstetricia Ambulatoria.
- Centros Urbanos de Atención Ambulatoria: cuya área jurisdiccional ha sido demarcada y mantenida, en relación con las facilidades de acceso que ofrecen a la comunidad los servicios colectivos de transporte, por lo cual han sido ubicados en sitios estratégicos del área urbana. Dentro de estos centros está el Ambulatorio Venezuela, comparte la misma edificación con la Unidad de Larga Estancia (ULE), si bien, con entera independencia funcional; el Ambulatorio Belén, ocupa parte de la antigua edificación del Hospital de Niños, destinándose los demás ambientes al funcionamiento del Departamento de Medicina Preventiva y Social y; el Ambulatorio El Llano, de mayor cobertura que los anteriores, funcionó temporalmente en una edificación privada, luego se instaló en el antiguo Hospital Los Andes.

Estos centros urbanos han venido dando cumplimiento a las siguientes actividades: Consulta de Medicina General para adultos y niños, Programa materno-infantil (pre y postnatal, planificación familiar, higiene infantil y preescolar), Higiene escolar, Odontología, Visitas de enfermería y trabajo social, Laboratorio, Registros médicos y de suplementos dietéticos, Curas e inyecciones.

- Ambulatorios Sub-urbanos: bajo el apoyo y la supervisión de los Ambulatorios Urbanos han venido funcionando desde agosto de 1975, los centros sub-urbanos de San Jacinto, Tienditas del Chama y Prado Verde. Son atendidos por un médico general y auxiliar de enfermería a tiempo completo, quienes en su horario de trabajo cumplen actividades preventivas y curativas. Los exámenes de laboratorio son referidos al ambulatorio sectorial correspondiente, cuyos especialistas se ocupan asimismo de profundizar en el estudio de los pacientes antes de tramitar su referencia definitiva al ambulatorio de especialidades o a los servicios de hospitalización.
- Dispensarios Rurales: la actividad de los establecimientos descritos en los párrafos anteriores es complementada hacia la periferia por los dispensarios rurales, bajo la responsabilidad de un auxiliar de enfermería y la supervisión del médico general del ambulatorio sub-urbano más inmediato, quienes realizan acciones mínimas preventivas y curativas.

2.2. Unidad de Larga Estancia (ULE), ubicada en la edificación ocupada anteriormente por el Sanatorio Antituberculoso, con capacidad de 180 camas, destinada a pacientes en los cuales, una vez superada la etapa de su enfermedad, ameritan una convalecencia prolongada, respaldada por cuidados intramurales. A este grupo pertenecen, entre otros, los tuberculosos y mentales recuperables, ciertos cardiopatas, politraumatizados, desnutridos, incapacitados por accidentes cerebro vasculares y otros en proceso de rehabilitación.

2.3. Como complemento de estas unidades se aspira (y así está programado) la creación del Albergue de Pacientes, para proporcionar alimentación, alojamiento y transporte oportuno a pacientes

insolventes que, procedentes de otras localidades, deben recibir tratamiento ambulatorio en servicios especializados (Radioterapia, Rehabilitación, etc.). Asimismo, de convertirse en realidad el Proyecto de clasificación de hospitales, se contaría con la Colonia Sanitaria Polivalente, concebida para la asistencia de pacientes irrecuperables que no puedan ser objeto de colocación familiar.

Este conjunto de servicios conforma una pirámide sanitario-asistencial (Figura 1) cuyo vértice ocupa el área de Cuidados Intensivos y en cuya base se sitúa la atención ambulatoria general como soporte externa de esta estructura piramidal⁴.

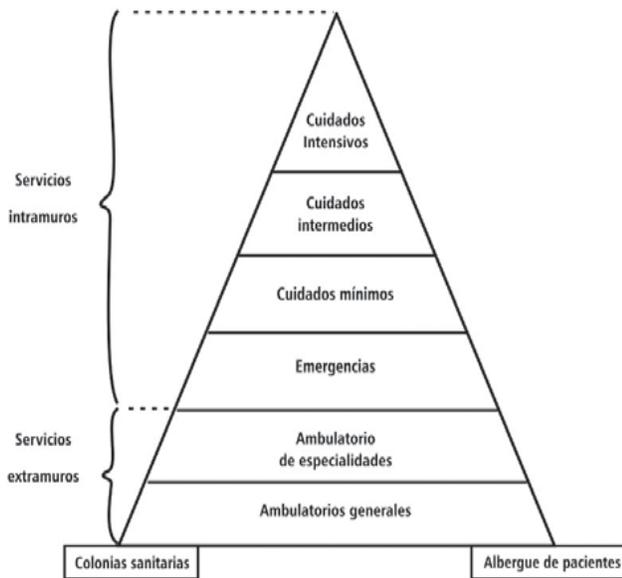


Figura 1. Pirámide sanitario- asistencial.
Fuente: Motezuma J. (1983)⁴.

Trescientas sesenta y cuatro camas entraron en funcionamiento en su primera etapa

El nuevo edificio del HULA es la estructura, como ya se mencionó, donde tiene asiento la hospitalización para cuidados intensivos, intermedios y mínimos, así como los departamentos clínicos, especiales, de diagnósticos, terapéutica, administración y servicios; con una capacidad arquitectónica total de 599 camas, de las cuales 364 entrarán en funcionamiento en su primera etapa, quedando 235 para futuras expansiones⁵. Igualmente, el personal del nuevo hospital quedó conformado por 1467 trabajadores, distribuidos así: 188 médicos, 187 enfermeras, 302 auxiliares de Enfermería, 16 bioanalistas, 17 auxiliares para 5 laboratorios clínicos, 16 bibliotecarias, 77 auxiliares de historias médicas, 9 dietistas con 27 auxiliares, 11 trabajadoras sociales más 4 auxiliares, 196 empleados diversos y 412 obreros⁶.

Sanidad y universidad de Mérida firmaron convenio de colaboración

El MSAS a cargo del doctor J.J Mayz Lyon, y el rector de la ULA, doctor Ramón Vicente

Casanova, firmaron un documento denominado “Declaración conjunta de Principios”, cuyo contenido establece los lineamientos generales relacionados con materias de mutuo interés y responsabilidad de áreas de influencia de ambas instituciones. El documento suscrito señala la experiencia de varios años de colaboración interinstitucional en el campo de desarrollo de recursos humanos para los programas de formación y desarrollo de todas las categorías de recursos humanos destinados a presentar servicios de salud, la investigación de problemas de atención médica individual o colectiva y de carácter asistencial, cumpliéndose así el contenido de los términos del convenio en conjunto, el cual fue calificado de memorable y uno de los hechos más trascendentes entre dos organismos del país^{7,8}.

Cuestionado por los médicos fue inaugurado en Mérida el hospital universitario

A pesar de ser cuestionado por el Colegio de Médicos del Estado Mérida, el HULA fue inaugurado el 23 de diciembre de 1972 por el Presidente de la República, doctor Rafael Caldera, quien estuvo acompañado del Ministro de Sanidad y de otros altos funcionarios del Gobierno Nacional y Regional (Figura 2)⁹.



Figura 2. Inauguración del HULA. De izquierda a derecha, monseñor Ángel Pérez Cisneros; el rector de la ULA, Dr. Ramón Casanova; el Ministro de Obras Públicas, Ing. José Curiel; la Sra. Alicia Pietri de Caldera; el Presidente de la República, Dr. Rafael Caldera; el Ministro de Sanidad, Dr. J.J Mayz Lyon y el gobernador del Edo. Mérida, Dr. Germán Briceño Ferrigni. 1972.

Fuente: Fariña N. (2017)¹⁰.

El nuevo HULA, según información oficial del MSAS, tendrá un presupuesto anual de 28 millones de bolívares, con capacidad de 600 camas, otras 10 para convalecientes de larga estancia y 20 más para el albergue de pacientes (Figura 3). El Presidente del Colegio de Médicos, doctor Isidro Rodríguez Ortiz, en una conversación con los periodistas, dijo que la dotación general del instituto es incompleta y hasta cierto modo irregular porque aún falta por recibir más del 30% del equipo y material médico-quirúrgico y que muchos de los servicios de atención médica se encuentran en las fases iniciales de estructuración. También apuntó que el temor que existe, es que debido al argumento de que hace falta dinero, el nuevo hospital funcione por lo menos durante todo el año 1973, con una serie de dependencias paralizadas o a medio andar; enfatizó que el gremio médico piensa incluso que el presupuesto indicado sea rebajado¹¹.



Figura 3. HULA en su inauguración. 1972.

Fuente: Fariña N. (2017)¹⁰.

Datos técnicos del Hospital Universitario de Los Andes

Para el momento de su inauguración esta institución de salud contaba con una superficie del terreno: 48.530 m², áreas verdes: 27.300 m², superficie de construcción: 13.861 m², altura: 46.30 m, área total por cada piso de la torre de hospitalización: 754,87 m² y número de pisos: 13¹².

Estructura del edificio

El HULA quedó estructurado en los siguientes tres sectores con sus respectivos niveles (Figura 4)¹³.

SECTOR A

Nivel Servicio: Lavandería, lencería, depósito general, dietética, áreas de mantenimiento, nutrición, vestuarios de obrero y bioterio. **Nivel Emergencia:** Sala de partos, quirófanos obstétricos y ginecológicos, quirófanos generales, salas de recuperación post anestésica y central de suministros. **Nivel Plaza:** Hospitalización obstétrica y retenes. **Nivel Mezzanina:** Servicio de psiquiatría, neurología, medicina interna, dermatología y venereología. **Primer Piso:** Enfermería, departamento de medicina social y preventiva, oficina de coordinación docente, intendencia subregional, oficina de coordinación de bienes nacionales, oficina de jefatura de departamentos clínicos y oficina de la asociación de damas voluntarias.

SECTOR B

Nivel Servicio: Auditorio general, cafetín, auditorio de anatomía patológica, anfiteatro, departamento de anatomía patológica, aulas docentes, oficina de reproducción, fotografía y dibujo, subestación eléctrica, central de aire acondicionado, ropero de pacientes. **Nivel Emergencia:** Emergencia obstétrica, emergencia médico-quirúrgica y anexos, laboratorio de emergencia, secretaría administrativa de departamentos clínicos, archivo de placas y biblioteca. **Nivel Plaza:** Servicio de obstetricia y ginecología, urología, cirugía general. **Nivel Mezzanina:** Servicio de gastroenterología, endocrinología y nefrología. **Primer Piso (T1):** Unidad de cuidados intensivos (UCI). **Segundo Piso (T2):** Hospitalización de cirugía general. **Tercer Piso (T3):** Hospitalización

de especialidades quirúrgicas. **Cuarto Piso (T4):** Hospitalización de especialidades médico-quirúrgicas. **Quinto Piso (T5):** Hospitalización de especialidades médicas. **Sexto Piso (T6):** Hospitalización de especialidades médicas. **Séptimo Piso (T7):** Hospitalización pediátrica de infantiles y patología neonatal infectada. **Octavo Piso (T8):** Hospitalización pediátrica preescolar y escolar. **Noveno Piso (T9):** Unidad de cuidados mínimos, unidad de diálisis.

SECTOR C

Nivel Servicio: Vestuario de médicos, enfermeras y estudiantes. **Nivel Emergencia:** Emergencia pediátrica, consulta pediátrica, consulta general de niños, consulta de puericultura, departamento de radio diagnóstico, radioterapia, servicio de exploración funcional, neumonología, dermatología, departamento de farmacia, departamento de historias médicas y archivos clínicos. **Nivel Plaza:** Higiene del adulto, servicios de hematología y banco de sangre, odontología, consulta general adultos, servicio social, cafetería general, distribución de medicinas (rebotica), departamento de intendencia, departamento de servicios generales, oficina de personal, central telefónica, admisión a hospitalización. **Nivel Mezzanina:** Servicio de oftalmología y otorrinolaringología, departamento de laboratorio general, medicina física y rehabilitación, sala de reuniones, departamento de epidemiología, dirección del Hospital.

Nota: muchos de estos servicios fueron reubicados en el Hospital de Niños y el edificio administrativo. Se eliminó la mayoría de los salones de clase para alojar los equipos de tomografía y resonancia magnética, así como el *bunker* de oncología.

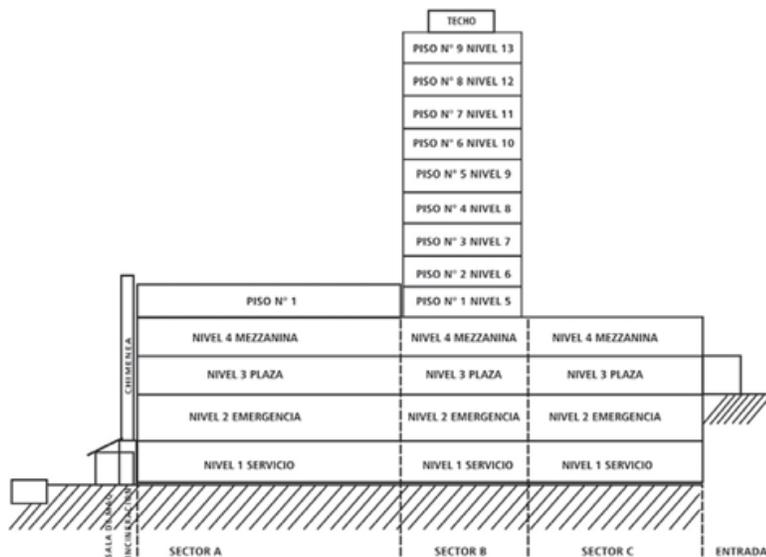


Figura 4. Corte esquemático vertical del HULA indicando sus sectores y niveles.
Fuente: Fariña N. (2017)¹⁰.

Nuevas ampliaciones

Para 2009, el área de construcción del HULA era de 38.082,86 m²; incluyendo la

ampliación de las emergencias adultos, obstétrica y pediátrica; Edificio administrativo; Edificio Inmunología Clínica; Edificio de Oncología; Edificio de Cardiología (no concluido) y Edificio de Reumatología (no concluido)¹⁴. El HULA está constituido por los siguientes ambientes físicos: Parte central, Unidad de Larga Estancia (antiguo Sanatorio Antituberculoso Venezuela), con un total de 779 camas distribuidas así: Hospital de agudos (599); Unidad de larga estancia (180); Diez quirófanos y tres salas de partos¹⁵.

En dos meses estará funcionando a toda capacidad el hospital universitario

Dos meses es el tiempo calculado para poner a funcionar a capacidad completa el HULA, que la semana pasada inauguró actividades con el servicio de Pediatría, como lo mencionó el Dr. Raúl Arellano para el diario El Vigilante, agregando que este departamento es responsable de las actividades relacionadas con la población sana o enferma por debajo de los 14 años, para lo cual cuenta con las consultas generales, especializadas, una emergencia pediátrica, una sala de rehidratación con cuarenta plazas, así como un quirófano y 90 camas distribuidas en pediatría general (58), patología neonatal infecciosa (16) y patología neonatal no infecciosa (16)¹⁶.

La magnitud del nuevo hospital crea problemas para su manejo y funcionamiento

En la fase inicial de su operación y funcionamiento que ya comenzó en algunos aspectos, el HULA está planteando dificultades y tropiezos que se traducen por ahora en imprecisión y demora en el funcionamiento de los servicios asistenciales. Las fuentes que dieron a conocer esta versión, dijeron que era lógico que esto sucediera a pesar de todas las providencias tomadas para evitar estas deficiencias (...) es necesario un proceso de reajuste y adaptación de un personal médico y paramédico que apenas está conociendo el inmenso edificio y como quien dice, aprendiendo a moverse en él¹⁷.

Al respecto, el alto ejecutivo del moderno instituto asistencial, Dr. Arellano, refirió que no es una empresa fácil acoplarlo todo para proyectar hacia la comunidad la plena acción del HULA, las intensas y complicadas labores de organización desarrolladas con anterioridad estaban dando fruto y que todo el personal estaba tomando plena conciencia de su responsabilidad. Los diversos servicios se irán incorporando, de modo que, en términos de unos 60 días, todo el hospital pueda estar en marcha. No precisó cuáles serán las dependencias que seguirán de inmediato al servicio de pediatría. Valdría la pena que muchos merideños, en demostración de sano interés por los progresos y logros de la ciudad, fueran a visitarlo, para que se dieran cuenta, de todo lo que hay por dentro y concluyeran de una vez por todas que el funcionamiento de ese instituto asistencial modifica radicalmente, mejorándolas, las condiciones asistenciales de la ciudad y del Estado, a despecho de todo lo que se pueda decir en contrario¹⁸.

La mudanza de las instituciones hospitalarias de la ciudad para el nuevo hospital

Poco a poco se fueron mudando las diferentes instituciones médicas de la ciudad como el Hospital Los Andes, la Maternidad Mérida, el Sanatorio Antituberculoso Venezuela y la Unidad Sanitaria. A continuación, detallamos algunos aspectos de los diferentes departamentos y servicios.

En el HULA y el Hospital Central de Maracay se puso en práctica el modelo de APJ al paciente. Específicamente, nuestro hospital, abrió las puertas al público en 1973¹⁹, bajo esa modalidad, donde los pacientes pueden acceder por las emergencias según la patología que los aqueje y a través de las consultas externas de las diferentes especialidades. En los servicios de emergencias, el paciente debe permanecer por un lapso de 24 horas; si su problema no puede ser resuelto en esa instancia, ingresa a la de Unidad Cuidados Mínimos por 48 horas, de allí es referido a su domicilio o ingresa a la Unidad de Agudos. Dependiendo de la patología, ingresa directamente a la Unidad de Agudos, cuyo tiempo de estadía no debe ser mayor de 10 días, y de allí se refiere a la Unidad de Larga Estancia (90 días de hospitalización). A la Unidad de Cuidados Intensivos ingresan aquellos pacientes muy graves (Figura 5).

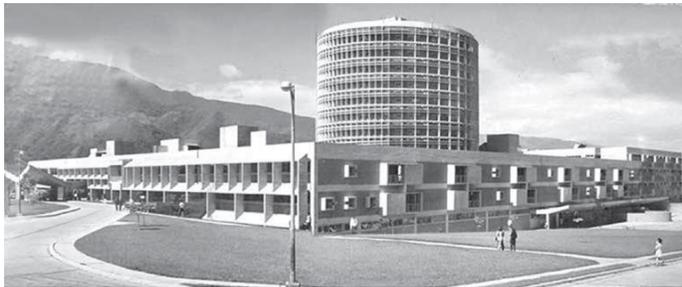


Figura 5. HULA. 1973.
Fuente: Fariña N. (2017)¹⁰.

Asimismo, el HULA tenía bajo su control los ambulatorios Central (hoy El Llano), Venezuela y Belén, donde se implementó la medicina integral en horario matutino y vespertino. Se dividió la ciudad en áreas de influencia alrededor de esos ambulatorios y se instaló el sistema de referencias y contrarreferencias de estos o las medicaturas. Los pacientes tenían que acudir primero a estas instancias prestadoras de salud para poder acceder a las consultas o servicios en el complejo hospitalario. Lamentablemente, este programa no tuvo continuidad en el tiempo. Por todo lo antes expuesto, el hospital se convirtió en distrital, regional y de especialidades. Su área de influencia abarca los estados Táchira, Zulia (sur del Lago) Trujillo, Barinas, Portuguesa, Alto Apure, norte de Santander y, por supuesto, Mérida.

Autoridades del hospital universitario al inicio de sus actividades (1972-1973)

Director general, Dr. Raúl Arellano Moreno (Figura 6)¹⁹; Director adjunto de atención médica directa, Dr. Justo Miguel Bonomie; Director adjunto administrativo, Dr. José Emiliano Briceño; Director adjunto de atención médica y colaboración diagnóstica, Dr. Alfredo Gonzáles y Directora adjunta docente, Dra. Isabel María Delgado Saavedra. Además de contar con el personal necesario en todas las oficinas administrativas y departamentos: Secretarías de la Dirección, Jefe de Personal, Administrador, Contadora, Kardista, Bienes Nacionales, Depósitos, Servicios Generales, Mantenimiento, Secretarías MSAS²⁰, Secretarías ULA²¹, Departamento de Personal, Departamento de Intendencia y Administración, Departamento de Servicios Generales.



Figura 6. Director general del HULA, Dr. Raúl Arellano Moreno. 1972.
Fuente: Fariña N. (2017)¹⁰.

Jefes de departamento y servicios médico-quirúrgicos y especialistas al inicio de las actividades del hospital universitario (1973-2007)

Jefe del Departamento de Cirugía, Dr. Justo Miguel Bonomie; Departamento de Medicina Interna, Dr. Eloy Dávila Celis; Departamento de Ginecología y Obstetricia, Dr. Eulogio Angulo Gómez; Departamento de Pediatría, Dr. José R. Abzueta; todos con sus respectivos jefes de cada especialidad o servicios y los fundadores^{10,19}.

COMENTARIO FINAL

No obstante, los tropiezos y comentarios negativos, se inauguró el HULA, mejorando sustancialmente la calidad de los servicios por la AMJ implementada, el ingreso de nuevo personal, la dotación de equipos y material, la sectorización de la población, el convenio MSAS-ULA, entre otros aspectos de gran importancia. Por último, cabe mencionar que, a partir del 14 de agosto de 1995, el HULA pasó a llamarse Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), sobre el que el autor tiene mucho que relatar, esperamos contar con ello en una próxima reseña.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Asistencia Médica Individual y Seguridad Social. Informe de un Comité Mixto de Expertos OIT/OMS. Ginebra: OMS; 1971.
2. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
3. Organización de Estados Americanos/Organización Panamericana de la Salud. Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica, 4-8 de agosto de 1969. Seguridad Social, México, D. F., noviembre-diciembre 1969.
4. Motezuma J. Primer ensayo de atención médica jerarquizada en un hospital venezolano. Temas de atención médica progresiva, pp. 77- 88. Caracas: Ediciones del Ministerio de Sanidad; 1983.
5. Trescientas sesenta y cuatro camas entraron en funcionamiento en su primera etapa. Últimas Noticias. 26 de diciembre de 1972: 39.

6. El personal del nuevo Hospital Universitario de Los Andes. Últimas Noticias. 28 de diciembre de 1972: 22.
7. Declaración conjunta de principios entre la Universidad de Los Andes y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Archivo histórico de la ULA. Convenios Interinstitucionales. Mérida-Venezuela; 1972.
8. Sanidad y Universidad de Mérida firmaron convenio de colaboración. Últimas Noticias. 28 de diciembre de 1972: 22.
9. Inauguración del Hospital Universitario de Los Andes por el Presidente de la República doctor Rafael Caldera 4. El Universal. 23 de diciembre de 1972: cuerpo 2, 6.
10. Fariña N. El Hospital Universitario de Los Andes. Cuarenta y cinco años de historia. Mérida, Venezuela; 2017.
11. Cuestionado por los médicos fue inaugurado en Mérida el Hospital Universitario. El Nacional. 23 de diciembre de 1972: 5.
12. Rondón J. Datos técnicos del Hospital. Papeles de trabajo. Mérida, Venezuela; 2011.
13. Fariña N. Estructura del edificio. Papeles de trabajo. Mérida, Venezuela; 1999.
14. Rondón J. Nuevas ampliaciones. Papeles de trabajo. Mérida, Venezuela; 2012.
15. Universidad de Los Andes. Comisión organizadora. Distribución de camas. Mérida, Venezuela; 1970.
16. En dos meses estará funcionando a toda capacidad el Hospital Universitario. El Vigilante. 1 de febrero de 1973: 1.
17. La magnitud del nuevo hospital crea problemas para el manejo y funcionamiento del mismo. El Vigilante. (1973) 20 de enero de 1973: 3.
18. El Dr. Raúl Arellano, habla sobre los servicios de pediatría en el nuevo hospital. El Vigilante. 19 de enero de 1973: 6.
19. Fariña N. Papeles de trabajo. Mérida, Venezuela; 1999.
20. Universidad de Los Andes. Oficina de Personal (1973-1980). Mérida, Venezuela; 1980.
21. Universidad de Los Andes. Facultad de Medicina. Archivo (1973-1980). Mérida, Venezuela; 1980.