

ISSN 2343-5860

Depósito legal pp 201202ZU4114



Revista Científica Hospital Coromoto

Vol. 3 N° 2
Julio~Diciembre 2014



Revista Científica Hospital Coromoto

REVISTA ARBITRADA DE CARÁCTER MULTIDISCIPLINARIO EN ESTUDIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD
PUBLICACIÓN: SEMESTRAL. CONTRIBUCIONES OBJETO DE PUBLICACIÓN: EDITORIALES,
TRABAJOS ORIGINALES, CASOS CLÍNICOS Y REVISIONES

Dr. Adel Al Awad

Editor

Dra. Melvis Arteaga de Vizcaíno

Co-Editora

Lcda. Yira Castellano

Asistente del Editor

Comité Editorial

| | |
|----------------------------|-----------------------|
| Dra. Virginia Fernández | Dra. Elizabeth Borjas |
| Dra. Odelis Díaz de Suárez | MgSc. Aida Souki |
| Dr. Levy Mago | MgSc. Lisbeth Borjas |



Subvencionada por: **PETRÓLEOS DE VENEZUELA SOCIEDAD ANÓNIMA (PDVSA)**
PETRÓLEOS DE VENEZUELA SERVICIOS DE SALUD SOCIEDAD ANÓNIMA
(PDV Servicios de Salud, S.A.)

☞ Esta revista fue impresa en papel alcalino ☞

*This publication was printed on acid-free paper that meets the minimum requirements
of the American National Standard for Information Sciences-Permanence for Paper
for Printed Library Materials, ANSI Z39.48-1984.*

D.R. © 2014 HOSPITAL COROMOTO

ISSN 2343-5860

Déposito legal pp 201202ZU4114

Diseño de Portada: Javier Ortiz

Se terminó de imprimir en diciembre de 2014

Tiraje: 300 ejemplares

en los talleres gráficos de Ediciones Astro Data, S.A.

Teléfono: (0261) 7511905. Fax: (0261) 7831345

E-mail: edicionesastrodata@cantv.net

Maracaibo, Venezuela

DIRECCIÓN: HOSPITAL COROMOTO. AV. 3C Nº 51. URB. VIRGINIA SECTOR LA LAGO. MARACAIBO, ZULIA.
TELF: 58.2617900000, 7900094. FAX: 7939174. CÓDIGO POSTAL: 422. CORREO ELECTRÓNICO: revhospitalcoromoto@gmail.com



Revista Científica Hospital Coromoto

Volumen 3

Nº 2

Julio~Diciembre 2014

Contenido

| | |
|---|-----------|
| EDITORIAL. Medicina y el abordaje integral de la persona Josué Reyes | 5 |
| ARTÍCULOS | |
| CIRUGÍA PANCREÁTICA: EXPERIENCIA HOSPITAL COROMOTO Pancreatic Surgery: Coromoto Hospital Experience Víctor Flores U., Adel Al Awad, Jhomar Yansen A., Carlos Baptista S., Joan Gómez | 7 |
| CORRESPONSABILIDAD Y BIOÉTICA SOCIAL Shared Responsibility and Social Bioethics Eva Mendoza de Graterol, Gregoriana Mendoza, Vanessa Belloso de Noriega, Ana Raquel Graterol de Pérez | 15 |
| DESARROLLO LOCAL, ORGANIZACIÓN COMUNITARIA, PARTICIPACIÓN CIUDADANA, TRABAJO COMUNITARIO Local Development, Community Organization, Citizen Participation, Community Work Ana Ruiz, Maczy Quintero | 22 |
| ESPIRITUALIDAD COMO EJE TRANSVERSAL PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD: PRIMER MOMENTO Spirituality as a Transversal Axis for Transforming Health Care: The First Moment Mendoza Gregoriana. | 43 |
| EVIDENCIAS DE MORTALIDAD, MORBILIDAD Y PREVALENCIA DE PARASITOSIS INTESTINALES EN EL ESTADO ZULIA DURANTE EL PERÍODO 1996-2006 Evidence of Death, Morbidity and Intestinal Parasite Prevalence in Zulia, 1996-2006 Lilibeth Cabrera, Odelis Díaz-Suárez | 50 |
| INSTRUCCIONES A LOS AUTORES | 65 |



EDITORIAL

MEDICINA Y EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA PERSONA

JOSUÉ REYES

*Hospital Coromoto. Servicio de Cirugía de Tórax.
Hospital Coromoto. Maracaibo-Venezuela.
josuereypol@yahoo.es*

La medicina contemporánea se encuentra actualmente enfrentando múltiples retos que abarcan desde el plano ontológico hasta la pertinencia de la misma en medio de una sociedad cada día más demandante, entre esos retos nos encontramos con dar respuesta al ser humano de manera integral y no solamente viendo al individuo desde el plano biológico.

En el ser humano además de la dimensión biológica existe la dimensión psicológica, sociológica y espiritual. Por años la medicina se ha enfocado en dar atención solo al aspecto biológico muchas veces viendo con desden las otras dimensiones e ignorando las otras de manera que se fragmenta al paciente enfocándonos en una visión de túnel, sin embargo hoy cada día es mas frecuente la toma de consciencia de manera que se aprecia el interés de ver al ser humano como un todo.

El desarrollo de una nueva disciplina sirve como ejemplo de ello la psiconeuroinmunología la cual ha permitido observar como las emociones influyen en el cuerpo de una persona originando diversas patologías, y que la terapéutica debe incluir además de medicamentos, cirugías etc. abordar el plano emocional para lograr la completa salud de la persona enferma.

De allí que es necesario que los médicos tratan-tes puedan desarrollar competencias que permitan un abordaje holístico del ser humano, para ello se debe estimular los equipos multidisciplinarios que sean integradores de todas las dimensiones del ser humano creando un dialogo constantes entre los diversos saberes.

Por lo tanto todo el sistema de salud y el sistema educativo que tiene que ver con la formación del personal de salud se encuentran hoy con el reto de desarrollar canales de integración de los diversos saberes que permitan crear competencias en todos los involucrados en la atención médica.

El desarrollo de estas competencia deben abarcar desde el pregrado hasta mas allá del postgrado, entendiendo que la educación debe ser continua y que los distintos especialistas en el área de salud desde su formación inicial asumen la responsabilidad de ver al ser humano como un todo de tal manera que al abordarlo en una consulta tiene importancia tanto los síntomas que presenta como el aspecto emocional, social, espiritual de la persona.

Desde el hospital coromoto al asumir el compromiso de participar en el dialogo multidisciplinario que permita abordar de manera integral a la persona enferma.



CIRUGÍA PANCREÁTICA: EXPERIENCIA HOSPITAL COROMOTO

Pancreatic Surgery: Coromoto Hospital Experience

VÍCTOR FLORES U.¹,
ADEL AL AWAD¹,
JHOMAR YANSEN A.^{2*},
CARLOS BAPTISTA S.²,
JOAN GÓMEZ³

¹ Cirujano hepatobiliar, adjunto de servicio de cirugía del Hospital Coromoto.
² Cirujano general, fellow cirugía hepatobiliar pancreática.
³ Residente de Cirugía, Hospital Coromoto.
* jhomaryansen@hotmail.com

RESUMEN

Revisión de 55 pacientes intervenidos quirúrgicamente desde enero 2011 a junio 2014; 25 pacientes masculinos (45,45%) y 30 femeninas (54,54%). Promedio de edad 50,12. 49 casos electivos (90,90%) y 6 casos de emergencia (10,10%). 13 casos resueltos por vía laparoscópica (23,63%), 37 casos por cirugía abierta (67,27%) y 5 casos (9,09%) Whipple de técnica combinada (cirugía abierta y laparoscópica). El tiempo quirúrgico promedio de 238,6 minutos. La indicación quirúrgica en su mayoría fue Tumor de la cabeza de páncreas con 20 casos (36,36%), pseudoquiste pancreático con 9 casos (16,36%), tumor en cuerpo y cola de páncreas con 10 casos (18,18%), tumor periampular con 10 casos (18,18%), pancreatitis aguda necrohemorrágica con 5 casos (9,09%) y 1 caso de trauma pancreático (1,81%). Procedimientos realizados, el procedimiento de Whipple con 19 casos; se realizaron 13 Whipple por cirugía abierta (23,63%), 5 casos (9,09%) por técnica combinada y 1 cirugía de Whipple totalmente laparoscópico (1,81%). En cuanto a las pancreatectomias corpocaudales se realizaron un total de 10 cirugías, 5 casos por cirugía abierta (9,09%) y 5 casos por laparoscopia (9,09%); se realizaron 6 casos (10,90%) de necrectomía + lavado y drenaje de cavidad. Toma de biopsia pancreática por laparoscopia 6 casos (10,90%) y por cirugía abierta 2 casos (3,63%). De igual manera se realizaron 3 ampulectomias transduodenales (5,45%). Como tratamiento del pseudoquiste pancreático se realizó un total de 5 casos (9,09%) de cistogastroanastomosis por cirugía abierta; 2 casos (3,63%) de cistogastroanastomosis por vía laparoscópica, 1 caso (1,81%) de cistoyeyunoanastomosis y 1 caso (1,81%) marzupialización.

Palabras clave: Páncreas, cirugía pancreática, Whipple, pancreatectomías, tumor de páncreas.

ABSTRACT

A review was performed of 55 patients who underwent surgery from January 2011 to June 2014; 25 were male (45.45%) and 30 were female patients (54.54%). Average age was 50.2 years. There were 49 elective (90.90%) and 6 emergency cases (10.10%). 13 cases were treated via laparoscopic surgery (23.63%), 37 cases by open surgery (67.27%), 5 cases (9.09%) using the Whipple combined technique (open and laparoscopic surgery) and one totally laparoscopic Whipple surgery (1.81%). Average operating time was 238.6 minutes. Surgical indications were principally tumor of the pancreatic head, 20 cases (36.36%); pancreatic pseudocyst, 9 cases (16.36%); tumor in the pancreatic body and tail, 10 cases (18.18%); periampullary tumor, 10 cases (18.18%); acute necro-hemorrhagic pancreatitis, 5 cases (9.09%); and 1 case of pancreatic trauma (1.81%). Procedures performed. The Whipple procedure was used in 19 cases: 13 Whipple procedures performed by open surgery (23.63%), 5 (9.09%) by combined surgery and 1 using a totally laparoscopic Whipple technique (1.81%). Regarding corpocaudal pancreatectomies, a total of 10 surgeries were performed, 5 using open surgery (9.09%) and 5 using laparoscopy (9.09%). Six cases (10.90%) of necrectomy + cavity lavage and drainage were performed. Pancreatic biopsies were taken laparoscopically in 6 cases (10.90%) and via open surgery in 2 cases (3.63%). Likewise, 3 transduodenal ampullectomies (5.45%) were performed. For the treatment of pancreatic pseudocysts, a total of 5 cases (9.09%) of open surgery cystogastroanastomosis, 2 cases (3.63%) of laparoscopic cystogastroanastomosis, 1 case (1.81%) of cystoyeyunoanastomosis and 1 case (1.81%) of marsupialization were performed.

Keywords: Pancreas, pancreatic surgery, Whipple, pancreatectomy, pancreatic tumor.

INTRODUCCIÓN

La cirugía de la glándula pancreática comienza a finales del siglo XIX, durante la guerra Franco-Pursiana, donde fueron intervenidos trauma pancreático y heridas, lo cual constituyó la primera publicación por corte en 1898 de 3 casos de la cirugía en este órgano. La cirugía del páncreas es de este siglo y también casi todos los conocimientos fisiológicos sobre este órgano. Ese mismo año Alessandro Codivilla efectúa la primera duodenopancreatectomía cefálica en Imola una pequeña ciudad vecina a Bologna donde fue Profesor de Cirugía y Ortopedia, en un paciente con una operación muy completa que incluía las tres derivaciones, falleció a los 28 días de hemorragia (1). Sin embargo no fue hasta que Allan O. Whipple y colaboradores en 1935 quienes sistematizaron la técnica y publicaron en ese mismo año (1,2). Esta técnica actualmente se sigue utilizando con algunas variaciones para mejorar la

morbimortalidad de los pacientes, lo cual se ha logrado en virtud de los trabajos que se han realizado acerca del tema. Hoy en día son muchas las técnicas descritas sobre la glándula pancreática, sin embargo persisten paradigmas en la mayoría de cirujanos, que podría deberse tanto a la poca incidencia que se maneja en cuanto a patología y cirugía, como a la falta de entrenamiento en centros con grandes volúmenes de pacientes y la poca publicación de estas entidades.

Se ha observado que tanto el volumen quirúrgico de un hospital como el del cirujano en particular en procedimientos complejos se asocian con mejores resultados a corto y largo plazo. Nathan y colaboradores en el 2009 utilizaron una base de datos de cirugía hepatobiliopancreática de los estados de Florida, New York y Maryland, EUA; observaron que tanto en resecciones pancreáticas como en hepáticas existía una relación inversa entre el volumen del hospital y la mortalidad: a mayor volumen menor



morbimortalidad. Las resecciones hepáticas estaban más relacionadas con el volumen del hospital, sin embargo para las resecciones pancreáticas el volumen del cirujano es el elemento que muestra una poderosa asociación estadística con el resultado. Específicamente para una duodeno-pancreatectomía cefálica, solo el 26% del efecto del volumen del cirujano es atribuible al volumen del hospital, en cambio el 51% del aparente efecto del volumen del hospital es debido al cirujano (3).

En las últimas dos décadas la cirugía laparoscópica ha venido siendo usada rutinariamente por los cirujanos generales. Sin embargo la cirugía laparoscópica de páncreas se ha desarrollado muy lentamente, en parte por la complejidad anatómica, la localización retroperitoneal, la alta morbimortalidad y la elevada secreción de enzimas digestivas que produce (4). Actualmente la curva de aprendizaje se ha cerrado debido a entrenamientos, advenimientos de nuevas tecnologías e investigaciones acerca del tema.

Nuestro centro cuenta con una unidad de cirugía hepatobiliarpancreática, con un alto estándar de experiencia y un gran arsenal de material médico-quirúrgico tecnológico para solventar cualquier patología de la glándula pancreática. A continuación se presenta la experiencia de nuestro centro en 3 años y medio de cirugía.

MATERIALES Y MÉTODOS

El siguiente es un trabajo retrospectivo y descriptivo, de corte transversal que consistió en la revisión de historias clínicas, en una muestra de 55 pacientes los cuales fueron intervenidos desde 01 de enero 2011 al 31 de junio de 2014. Las variables preoperatorias comprenden: edad, género, indicación y solicitud de la cirugía. Las variables transoperatoria incluyen: abordaje, procedimiento quirúrgico y tiempo. En las variables postoperatorias se maneja morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria.

La muestra fue tomada de la revisión de las notas operatorias de quirófano, en la base de datos estadísticos del pabellón. Se logró revisar todas las notas operatorias del tiempo antes mencionado, identificando todas las cirugías pancreáticas realizadas por todo el servicio de cirugía general y hepatobiliar, tanto de electivo como de emergencia.

En los criterios de inclusión seleccionamos todos los pacientes del hospital Coromoto intervenidos quirúrgicamente desde enero 2011 a junio 2014, en quienes se practicó cualquier procedimiento que involucro a la glándula pancreática. Fueron excluidos los pacientes del hospital Coromoto que a pesar de padecer alguna patología localmente avanzada del páncreas, fueron sometidos a procedimientos paliativos como coledocoyeyunoanastomosis o hepatoyeyunoanastomosis con o sin gastroyeyunostomía. Además los pacientes que fueron sometidos a varias intervenciones quirúrgicas en su misma estancia hospitalaria por complicaciones, estadísticamente no fueron reflejados en nuestras tablas.

Durante la investigación, la muestra de 55 historias clínicas de pacientes del hospital Coromoto fueron estandarizados e identificados con un número, para su estatificación y anonimato; así mismo se contó con la aprobación del comité de ética de la institución y se procedió de acuerdo a los principios de la declaración de Helsinki de 1975, actualizada en el 2013, en la 64th asamblea médica mundial general de Fortaleza en Brasil y las recomendaciones elaboradas por el consejo de organizaciones internacionales de ciencias médicas (CIOMS) en el 2002. (5).

RESULTADOS

La revisión constituyó 55 pacientes intervenidos quirúrgicamente desde enero de 2011 a junio de 2014; 25 pacientes masculinos (45,45%) y 30 femeninas (54,54%), con un promedio de edad de 50,12 años, con rangos que circulan entre los 15

y 79 años de edad. 48 casos fueron solicitados de electiva (87,27%) y 7 casos solicitados de emergencia (12,72%). 14 pacientes fueron resueltos por vía laparoscópica (25,45%), 36 pacientes por cirugía abierta (65,45%) y 5 casos (9,09%) Whipple de técnica combinada, que consiste en un primer tiempo quirúrgico por laparoscopia y un segundo tiempo de cirugía abierta a través de una incisión de Kocher. El tiempo quirúrgico promedio de 238,6 minutos, con un rango que iba de 60 a 600 minutos.

La indicación quirúrgica en su mayoría fue Tumor de la cabeza de páncreas con 20 casos (36,36%), pseudoquiste pancreático con 9 casos (16,36%), tumor en cuerpo y cola de páncreas con 10 casos (18,18%), tumor periampular con 10 casos (18,18%), pancreatitis aguda necrohemorrágica con 5 casos (9,09%) y 1 caso de trauma pancreático (1,81%). Tabla 1.

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN
INDICACIÓN QUIRÚRGICA

| Patología | N* | % |
|---------------------------------|----|-------|
| Tu de cabeza de páncreas | 20 | 36,36 |
| Tu periampular | 10 | 18,18 |
| Tu de cuerpo y cola de páncreas | 10 | 18,18 |
| Pseudoquiste pancreático | 9 | 16,36 |
| Pancreatitis aguda | 5 | 9,09 |
| Trauma pancreático | 1 | 1,81 |
| TOTAL | 55 | 100 |

De los procedimientos realizados, quien marcó la pauta con el mayor número de pacientes fue el procedimiento de Whipple con 19 casos; se realizaron 13 Whipple por cirugía abierta (23,63%), 5 casos (9,09%) por técnica combinada, que consiste en un primer tiempo quirúrgico por laparoscopia que consistía en la duodenopancreatectomía cefálica y un segundo tiempo de cirugía abierta a través de una incisión de Kocher en el cual se hacían las respectivas anastomosis y 1 cirugía de Whipple totalmente laparoscópico (1,81%). El segundo lugar es-

taría ocupado por pancreatocistomía corpocaudales con un total de 10 cirugías, 5 casos por cirugía abierta (9,09%) y 5 casos por laparoscópica (9,09%); cabe señalar que del total de 10 pancreatocistomías distales, fueron realizadas 5 cirugías con preservación del órgano bazo. De igual manera se realizaron 5 casos (9,09%) de necrectomía + lavado y drenaje de cavidad por pancreatitis necrohemorrágica. En cuanto a la cirugía laparoscópica estadiadora con toma de biopsia 6 casos (10,90%) y por cirugía abierta 2 casos (3,63%). Así mismo 3 ampulectomías transduodenales (5,45%) como tratamiento de tumores periampulares (adenoma Velloso). Tabla 2.

Como tratamiento del pseudoquiste pancreático se realizó un total de 5 casos (9,09%) de cistogastroanastomosis por cirugía abierta; 2 casos (3,63%) de cistogastroanastomosis por vía laparoscópica; 1 caso (1,81%) de cistoyeyunoanastomosis y finalmente 1 caso (1,81%) marsupialización de las paredes del pseudoquiste. Trauma pancreático cerrado se presentó en 1 paciente (1,81%), al cual se le realizó pancreatocistomía distal con lavado y drenaje de la cavidad (Tabla 2).

Del total de 55 casos fallecieron 16 pacientes, lo que representa una mortalidad de un 29,09%. Un total de 31 pacientes presentaron complicaciones, que denomina una morbilidad del 56,36% (Tabla 3). La batuta de las complicaciones es llevada por el sangrado intrabdominal con 5 casos, seguido de la neumonía nosocomial, dehiscencia de pancreatogastroanastomosis y sepsis con un total de 4 casos cada uno (Tabla 3). La estancia hospitalaria se mantuvo en un rango que iba de 2 días a 62 días, con un promedio de 14,6 días.

DISCUSIÓN

Es mucha la controversia que existe en nuestro medio y en nuestro país con respecto a la cirugía pancreática, ya que existe mucho escepticismo y paradigmas con respecto a la alta morbimortalidad que conllevan este tipo de cirugías, lo que nos lleva al estado actual en el que ha sido aban-



TABLA 2
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

| Intervención quirúrgica | N* | % |
|--|-----------|------------|
| DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA DE WHIPPLE | 19 | |
| Whipple por cirugía abierta | 13 | 23,63 |
| Whipple por cirugía híbrida o combinada | 5 | 9,09 |
| Whipple laparoscópico | 1 | 1,81 |
| PANCREATECTOMÍA CORPOCAUDALES | 10 | |
| Pancreatectomía CC por cirugía abierta | 5 | 9,09 |
| Pancreatectomía CC laparoscópico | 5 | 9,09 |
| CIRUGÍA DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO | 9 | |
| Cistogastroanastomosis por cirugía abierta | 5 | 9,09 |
| Cistogastroanastomosis laparoscópico | 2 | 3,63 |
| Cistoyeyunoanastomosis | 1 | 1,81 |
| Drenaje y marsupialización | 1 | 1,81 |
| LAVADO Y DRENAJE DE CAVIDAD | 5 | 9,09 |
| AMPULECTOMIAS TRANSDUODENALES | 3 | 5,45 |
| CIRUGÍA DIAGNÓSTICA ESTADIFICADORA + BIOPSIA | 8 | |
| Laparoscópica | 6 | 10,90 |
| Cirugía abierta | 2 | 3,63 |
| PANCREATECTOMÍA CORPOCAUDAL + LAVADO Y DRENAJE | 1 | 1,81 |
| TOTAL | 55 | 100 |

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN DE LA MORBILIDAD

| Complicación | N* | % |
|---|-----------|------------|
| hemorragia intrabdominal | 5 | 16,1 |
| Dehiscencia de pancreatogastroanastomosis | 4 | 12,9 |
| Sepsis | 4 | 12,9 |
| Neumonía nosocomial | 4 | 12,9 |
| Dehiscencia de gastroeyunoanastomosis | 3 | 9,6 |
| Fistula pancreática | 2 | 6,4 |
| Hemorragia digestiva superior | 2 | 6,4 |
| Infección de sitio operatorio | 1 | 3,2 |
| Trombosis portomesenterica | 1 | 3,2 |
| Colangitis | 1 | 3,2 |
| Dehiscencia de biliodigestiva | 1 | 3,2 |
| Estenosis biliodigestiva | 1 | 3,2 |
| Derrame pleural | 1 | 3,2 |
| Absceso intrabdominal | 1 | 3,2 |
| TOTAL | 31 | 100 |

donada por muchos hospitales y exista consigo una baja publicación de casos o estudios con respecto a este tipo de procedimientos.

El presente trabajo representa una muestra que aunque no parezca elevada, representa una gran casuística en nuestro país, bien sea por la poca publicación que existe o por el hecho de dejar a un lado este tipo de cirugías de la práctica profesional.

En cuanto al sexo, rango de edad y tiempo de los pacientes sometidos a cirugía, obtenemos data similar a la reportada mundialmente. Un estudio publicado por Machado en julio de 2013, realizado en el hospital Sirio Libanes de Sao Paulo Brasil, muestra un total de 96 pacientes operados en 11 años, lo que nos arroja un promedio de 8,7 pacientes operados de páncreas por cirugía laparoscópica, destacando la labor en Venezuela del hospital Coromoto que incluyendo los casos de cirugía combinada en Whipple representan 19 casos en 3,6 años, promediando 5,27 casos anualmente, sin embargo, solo la población de la ciudad de Sao Paulo representa un 74% de la totalidad de habitantes en Venezuela (6).

Un estudio multicentrico realizado en estados unidos en 1995 por Sosa y colaboradores que incluyo 1230 pacientes en 5 años, observo la importancia del volumen de pacientes en centros hospitalarios sobre el manejo del cáncer de páncreas, donde se categoriza los centros de referencias en centros de altos volumen donde se realizan más de 20 procedimientos por año, de mediano volumen donde se realizan de 5 a 19 procedimientos al año y de bajo volumen en aquellos que presentan menos de 5 procedimientos al año. La mayor casuística es inversamente proporcional a la morbimortalidad (7).

Otro estudio realizado en el hospital Príncipes de España en Barcelona España, establece que un centro de referencia en cirugía hepatobiliarpancreatica debería hacer como mínimo 50 hepatectomías y 24 cirugías de Whipple anualmente, lo que garantizaría mayores tasas de éxitos en estos procedimientos. Actualmente nuestro hospital realiza en cirugías pancreáticas 15,71 casos anuales, lo que

nos da una idea de donde estamos y hacia a donde vamos con las estrategias correctas (8).

En el 2005 Fong y colaboradores hicieron un estudio multicéntrico en 1101 instituciones hospitalarias que contempló 2592 resecciones pancreáticas por cáncer, en la cual establecieron un punto de corte de 25 resecciones duodenopancreáticas como mínimo por cáncer, para centros de alto volumen; obteniendo resultados de mortalidad de 8% en centros de bajo volumen y de 2% en centros de alto volumen (9).

En 2013 Zureikat y colaboradores publican un estudio en 250 resecciones pancreáticas robóticas realizadas desde enero de 2008 a diciembre de 2012, la misma incluyó 132 cirugías de Whipple (DP), 83 pancreatectomía distales (PD), 13 pancreatectomía centrales (PC), 10 enucleaciones, 5 pancreatectomía totales (PT), 4 procedimientos de Appleby y 3 procedimientos de Frey. Obteniendo en 90 días de seguimiento una mortalidad de 5,3% y morbilidad de 21% para la DP, 13% para la PD, 23% para la PC, 30% para la enucleación, 20% para la PT, 100% para Appleby y 33% para el procedimiento de Frey (10).

Un trabajo publicado por Godoy en 2006 realizado en el servicio de Cirugía I del Hospital Vargas de Caracas, Venezuela de mayo de 2002 a septiembre de 2005. Se estudiaron 8 pacientes con neoplasia periampular, la localización de las neoplasias que más predominaron fueron las lesiones de páncreas y en la ampolla de Vater, cada uno con 3 casos. En un 62% se realizó un tratamiento curativo, las intervenciones que se realizaron fueron 4 pancreatoduodenectomías de Whipple, 3 hepatoyeyunoanastomosis, unacoledocoyeyunoanastomosis y una ampulectomía. Las complicaciones se presentaron en un total de 3 pacientes, representando un 37,5% de los casos (11).

Hoyos y Guzmán, publicaron en el 2008 un trabajo que contemplaba los resultados de duodenopancreatectomías cefalicas hechas en la unidad de cirugía hepatobiliar del hospital Pablo To-



lon de Medellín, Colombia; donde se operaron 19 pacientes de Whipple en 3 años, con lo que obtuvieron una mortalidad de 15% y una morbilidad de 47,3% (12).

La mayoría de los estudios concluyen que en centros de alto volumen manejan una mortalidad de 1-5% para resecciones pancreáticas por cáncer y una estancia hospitalaria menor de 16 días. Los centros de mediano volumen manejan una mortalidad de 7-10% para resecciones pancreáticas y una estancia hospitalaria de 17 a 20 días. En centros de bajo volumen las tasas de mortalidad van de 19-25% y la estancia hospitalaria promedia mayor de 20 días. Sin embargo se acepta como estándar de calidad una morbilidad por debajo del 50% y mortalidad menor del 10% (6,7,8,13,14).

Aun en nuestro hospital nos encontramos lejos de conseguir las bajas tasas de mortalidad y morbilidad comparadas con la de los grandes centros internacionales de referencia en cirugía hepatobiliar pancreática, se trabaja en la búsqueda de mejores resultados con la incorporación de postgrados y fellow que incrementaría la actualización académica, tecnología quirúrgica y la innovación en la unidad de cuidados intensivos quirúrgico, todo esto para mejorar la tasa de éxito de las intervenciones quirúrgicas que se realizan. Sin embargo, observamos que la estancia hospitalaria de nuestro hospital comparada con la de los centros de alto volumen presentados internacionalmente, representa un promedio de 14,6 días.

CONCLUSIÓN

El hospital Coromoto de la ciudad de Maracaibo en Venezuela, a pesar de que se encuentra en el estándar de centro de mediano volumen en procedimientos pancreáticos y de aun manejar tasas de morbimortalidad superiores a centros de bajo volumen debe ser considerado centro de referencia nacional en el manejo de patologías de páncreas, tanto en vista de la

poca casuística publicada por hospitales nacionales, como por el volumen el cual va inversamente proporcional a las complicaciones y el gran capital humano, tecnológico y de infraestructura que allí funciona.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor Adel Al Awad reconoce ser Editor General de la revista y que el artículo cumplió con todos los procesos para su aceptación, incluyendo el de versión por pares doble ciego.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Praderi R. Cien años de cirugía pancreática. Montevideo, Uruguay. 1999.
2. Busquets i Barenys J, Fabregat Prous J, Jorba R, Paláez N, García-Borobia F, Masuet Aumatell C, Valls C, Martínez-Carnicero L, Lladó L, Torras Torra J. Tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma pancreático mediante duodenopancreatectomía cefálica. Complicaciones postoperatorias en 204 casos en un centro de referencia. *Rev Esp cir*, 2012; 5.
3. Espinoza R. Efectos del volumen quirúrgico sobre los resultados en cirugía hepato-bilio-pancreática. Relación entre volumen del hospital y volumen del cirujano. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 62 - N° 2, Abril 2010; pág. 202-203.
4. Poves Prim J, Burdío Pinilla F, Dorcaratto D, Cáceres Díez M. Estudio comparativo, prospectivo y aleatorizado, de los resultados postoperatorios y anatomopatológicos entre la duodenopancreatectomía cefálica abierta convencional vs laparoscópica. *Cir Esp* 2013.
5. Asamblea medica mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Asam Gen* 2013.
6. Machado M, Cañada Surjan R, Epstein M, Ferrari Makdissi F. Laparoscopic pancreatic resection. From enucleation to pancreatoduodenectomy: 11-years experience. *Arq Gastroenterol* 2013. 50 (3): 214-218.
7. Sosa J, Bowman H, Gordon T, Bass E, Yeo C, Lillemoe K, Pitt H, Tielsch J, Cameron J. Importance of hospital volume in the overall management of pancreatic cancer. *Ann Surg* 1998. 228 (3): 429-438.
8. Figueras J, Valls C, Fabregat J, Serrano T, Jaurrieta E. Equipamiento, experiencia mínima y estándares en la

- cirugía hepatobiliar pancreática. *Cir Esp* 2002. 71 (4): 201-206.
9. Fong Y, Gonen M, Rubin D, Radzyner M, Brennan M. Long term survival is superior after resection for cancer in high-volume centers. *Ann Surg* 2005. 242 (4): 540-547.
 10. Zureikat A, Moser A, Boone B, Bartlett D, Zenati M, Zeh H. 250 resecciones pancreáticas robóticas. Seguridad y factibilidad. *Ann Surg* 2013. 258 (4): 554-562.
 11. Godoy A, Herrera J, Luizzi J, Machado T, Salas I, Delgado G. Experiencia en el tratamiento quirúrgico de las neoplasias periampulares. *Rev Venez Cir* 2006. 59 (1): 18-22.
 12. Hoyos S, Guzmán C. Resultados de duodenopancreatometomía cefálica en el hospital Pablo Tollón Uribe de Medellín, en un periodo de 3 años. *Rev Colomb Cir* 2008. 23 (1): 12-15.
 13. Mann Ch, Palsler T, Briggs Ch, Cameron I, Rees M, Buckles J, Berry D. A review of factors predicting perioperative death and early outcome in hepatopancreaticobiliary cancer surgery. *HPB* 2010. 12: 380-388.
 14. Chan C, Torres D, Santes O. Operación de Whipple. Quien y como debe hacerse? *Cirujano General* 2013. 35 (1).



CORRESPONSABILIDAD Y BIOÉTICA SOCIAL

Shared Responsibility and Social Bioethics

EVA MENDOZA DE GRATEROL^{1*},
GREGORIANA MENDOZA¹,
VANESSA BELLOSO DE NORIEGA²,
ANA RAQUEL GRATEROL DE PÉREZ³

¹ *Docente Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia.*

² *Hospital Adolfo Pons IVSS.*

³ *Hospital Coromoto. Maracaibo Venezuela.*

* *evadegraterol@yahoo.com*

RESUMEN

El hombre como perteneciente a una sociedad debidamente organizada, debe conocer, comprender y reflexionar sobre el ejercicio ciudadano de la corresponsabilidad. Por lo que se analiza el significado de la corresponsabilidad y la bioética social en el contexto hospitalario. Utilizando un enfoque cualitativo, método hermenéutico-dialéctico. Seleccionando cuatro (4) informantes clave: un empleado hospitalario, un usuario hospitalizado, un familiar, un experto en el área de la bioética. Aplicando como método de recolección de información la entrevista fenomenológica y la observación directa no participativa, el autorreportaje, la filmación y la grabación. Se registraron ocho (8) diálogos a profundidad para buscar la categorización, y temas clave. Obteniendo como resultados: categorías: salud: mejorarla como un derecho, fomentar la cultura de la participación de los pacientes-familiares en el autocuidado. Comunidades, habilitadas para poder cumplir acciones concretas. Trato humano en el acto médico trato a la persona enferma con dignidad, respeto a sus derechos de salud. Práctica médica humanista es necesario un modelo dialógico entre médico-paciente". Se puede concluir que la Constitución Bolivariana encamina la consolidación del estado social de derecho y de justicia al garantizar las conquistas de los derechos sociales fundamentales y reconoce la participación del ciudadano en los asuntos públicos. Por lo que hay un aumento de derechos y en razón de esto, la sociedad exige la validez histórica, así, la corresponsabilidad y la bioética social remite a factores como convivencia, solidaridad, tolerancia, compromiso, siempre desde una lectura ética de las diferentes manifestaciones que se abordan en la sociedad civil en un régimen democrático y participativo.

Palabras clave: Corresponsabilidad, Bioética, Social.

ABSTRACT

Introduction: Man, who belongs to a properly organized society, ought to know, understand and reflect on the citizen exercise of shared responsibility. **Purpose:** To analyze the meaning of shared responsibility and bioethics in the context of hospitals. **Methodology:** A qualitative approach using a hermeneutic-dialectic method. Four (4) key informants were selected: a hospital employee, a hospital user, a family member and an expert in the area of bioethics. Data was collected using the phenomenological interview and non-participative direct observation, self-reporting, filming and recording. Eight (8) in-depth dialogues were recorded to identify categories and key issues. **Results.** The categories identified were: health, improvement as a right, participation, fostering a culture of patient-family participation in self care. Communities are empowered to enforce action. Humane treatment in the medical act of treating sick persons with dignity, respecting their rights to health. Humanistic medical practice requires a dialogic model between doctor and patient. **Conclusive Analysis:** The Bolivarian Constitution channels consolidation of the social state of law and justice to ensure the achievements of fundamental social rights and recognizes the participation of citizens in public affairs. There is an increase in rights and because of this, society demands historical validity. Thus, social responsibility and bioethics refer to factors such as coexistence, solidarity, tolerance, commitment, always seen from an ethical reading of the different manifestations addressed in civil society in a democratic, participatory regime.

Keywords: Shared responsibility, bioethics, social.

INTRODUCCIÓN

El hombre como perteneciente a una comunidad y a una sociedad debidamente organizada, debe conocer, comprender, analizar y reflexionar sobre el ejercicio ciudadano de la corresponsabilidad. En Venezuela, la actual Constitución (1) plantea un escenario jurídico-institucional que orienta la transformación social y el desarrollo humano, en donde estado y sociedad civil actúan corresponsablemente.

En el mundo actual, las actividades humanas y las relaciones que subyacen a éstas están centradas en la revolución de la información del conocimiento y tiene como base a la tecnología de la información y la comunicación (TICs). Estas innovaciones favorecen el flujo de información, mejoran las posibilidades de la comunicación humana y en consecuencia el desarrollo humano (2).

Se replantea la relación del estado con la sociedad en Venezuela, específicamente, en cuanto al

papel de la sociedad civil frente al principio constitucional de corresponsabilidad, en donde el estado tiene unas funciones y responsabilidades específicas y los ciudadanos tienen unos derechos y unas obligaciones que cumplir en los asuntos públicos.

Presentándose para la sociedad venezolana, en los términos del constitucionalismo social, una posibilidad para la consolidación de un estado social de derecho y de justicia, el cual garantice las conquistas de los derechos sociales fundamentales, entre ellos la alimentación, la educación, la salud, el trabajo y la seguridad social; en los que se reconozca y garantice una mayor participación de los ciudadanos en los asuntos públicos, de acuerdo a la tendencia del constitucionalismo en la actualidad. Pero por ello, la sociedad debe asumir también su cuota de responsabilidad, la cual necesariamente debe compartir con el estado.

En este sentido, la corresponsabilidad implica un compromiso del estado así como la participa-



ción de la colectividad. Es así que la corresponsabilidad es uno de los principios fundamentales que sustenta actualmente el modelo de estado y de sociedad plasmado en la Constitución vigente, en donde el estado tiene unas funciones y responsabilidades específicas y la sociedad tiene derechos y obligaciones que cumplir en los asuntos públicos (3).

Por lo que la sociedad civil debe ser consciente de la responsabilidad que tiene de colaborar y de exigir sus derechos. Debe estar informada y tener opciones reales de intervención en el alivio de situaciones y problemas concretos que se presenten, todo ello en el marco de un gobierno democrático y participativo (2).

En Venezuela, tal como lo señala Mercado (4) en la Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Innovación (LOCTI) se presenta al principio de corresponsabilidad de la propuesta que trae consigo dicho cuerpo normativo, por cuanto se plantea la posibilidad de que tanto los actores tradicionales que tenían hasta la promulgación de la Ley la responsabilidad en materia de ciencia y tecnología, como la sociedad en general, asuman corresponsablemente deberes, valorizándose las formas de generación de conocimiento. La Constitución Bolivariana propone el desarrollo de un nuevo tipo de sociedad, que tiene como ejes el humanismo, la libertad, la igualdad y la justicia social; todo ello a través de unos principios fundamentales, siendo uno de ellos el de corresponsabilidad.

La redefinición de la relación estado-sociedad plantea una nueva forma de relación y de entendimiento, que se basa en el consenso, en la búsqueda de encuentros, en el establecimiento de metas, objetivos, pretensiones frente a una realidad compleja, heterogénea y contradictoria (5). Desde el plano jurídico-formal, la Constitución actual inscribe su filosofía en valores y principios como la libertad, la igualdad, la justicia, la democracia, todo ello bajo el valor rector de la eminente dignidad de la persona humana. Así mismo, señala Combellas (3) "...dentro de valores y prin-

cipios de solidaridad, responsabilidad social y corresponsabilidad, que conllevan una colaboración estado-sociedad civil, no sólo bajo criterios públicos estatales sino también bajo criterios públicos no estatales".

En este orden de ideas, en la descripción del contexto venezolano donde la corresponsabilidad está presente en la constitución como un principio rector es necesario relacionar este constructo con la bioética social y la participación activa de la sociedad y por ende de los profesionales de la salud tales como los médicos, las (os) enfermeras (os) y otros miembros del equipo de salud como parte de la sociedad organizada.

Es un campo importante el que debe desarrollar la Bioética, de promoción de los derechos humanos fundamentales -especialmente el derecho a la vida y a la salud- y de análisis de las consecuencias prácticas de la justicia en nuestras sociedades, y especialmente en las políticas de salud, en la implementación de recursos y de la igualdad de acceso a la atención de salud.

La bioética social debe estudiar y proponer un nuevo modelo de relación médico-paciente, o profesional de la salud y persona atendida en salud, o prestador de servicios en salud y usuario. No cabe una aceptación acrítica de modelos externos, y tampoco una especie de indiferencia o abstención ante la evolución rápida que está teniendo la sociedad en este punto, desde un paternalismo a formas de un contractualismo más o menos individualista, o esquemas neoliberales poco concordantes con la experiencia clínica del país.

Es necesario analizar qué modelo en definitiva es conveniente para el país: - cómo incorporar plenamente la teoría y la práctica del consentimiento informado, que tenga en cuenta el papel de la autonomía individual. - cómo proporcionar la mejor información al paciente, una información que necesariamente en el país será también parte de la educación en salud, y por tanto, deberá unir su carácter instructivo con un delicado respeto por la objetividad y los valores del propio paciente - cómo establecer una buena relación de ayuda, no sólo a

nivel individual entre el profesional de la salud y el paciente sino también comunitaria, con la familia y la comunidad social (6).

Se debe jerarquizar los principios bioéticos, sin reducciones fáciles y superficiales. Puede ayudar para ello las propuestas realizadas hace ya algunos años de establecer un primer nivel, con los principios de justicia y no maleficencia; y un segundo nivel – importante, pero segundo– con los principios de autonomía y beneficencia. Que ocupen estos últimos el segundo no quiere decir que sean secundarios y prescindibles, pero sí que debe tenerse en cuenta la posición primordial en el debate bioético de la no maleficencia y de la justicia (6).

En relación con lo expuesto, en cuanto a Enfermería Rizzo Parse expresa de manera amplia que es una ciencia básica de servicio exclusivo para la humanidad y que requiere de teorías propias que guíen su práctica, por lo que la enfermera está en una relación real con la persona o familia y que les ayuda a describir el o los significados de la situación de salud o enfermedad para que realicen sus propias elecciones y movilicen sus esperanzas y sueños hacia la meta deseada (7).

Sin embargo, un estudio sobre los desafíos de Enfermería para humanizar el cuidado realizado en Sao Paulo, Brasil, se destaca que a pesar de que la enfermera es el profesional más cercano al enfermo y es quien debería estarlo cuidando, son raras las situaciones en la que se le ve poniendo en práctica los conocimientos adquiridos en su formación, dedicándose casi exclusivamente a las actividades burocráticas y exhibiendo un trabajo mecanizado desprovisto de cualquier elemento humanitario que enfoque el enfermo como individuo.

Entre los factores que inciden en que el trabajo de los profesionales de la salud y de Enfermería sea cada vez más distante de lo que pareciera ser las más humana de las profesiones de salud, se encuentra un cuidar frío en condiciones inadecuadas para el ejercicio de la actividad, bajos salarios, necesidad de trabajar en dos o tres sitios

diferentes, equipos escasos y desfasados, equipos reducidos provocando exceso de trabajo, pareciendo que el ideal es sólo en las escuelas y facultades junto con los sueños del estudiante (8), aunado a que la profesión de Enfermería se ha convertido en un terreno fértil para aquellos que sin ninguna vocación para cuidar, se arriesgan por la profesión con preparación técnica y científica, pero sin la preparación emocional y psicológica.

A manera de ilustración, el Consejo Regional de Enfermería de Sao Paulo, realizó un estudio donde se constata que en 82% de las 5 mil instituciones de salud públicas y privadas del estado, el enfermero o enfermera ejerce predominantemente actividades burocráticas en –detrimento– de la asistencia al enfermo, que es delegada a otro personal no profesional. En este trabajo se determinó que de las 6 horas de trabajo diario, el 50% del total se relacionaban con el área administrativa, el 33% con actividades de supervisión y solo el 17% eran acciones relacionadas con el cuidado directo al enfermo, concretamente referido a un recorrido rápido por las salas para constatar superficialmente el estado del enfermo y hacer algunas preguntas sobre ellos, dejando atrás la imagen de profesional de Enfermería que muchas como Nightingale mostraron (8).

La descripción anterior es parecida a la situación de la Enfermería venezolana añadiéndole además que por el escaso personal de enfermeras en las áreas hospitalarias se recurre al familiar y se le incorpora en el cuidado del enfermo. Por lo tanto, se requiere una nueva racionalidad y una nueva manera de hacer el trabajo de Enfermería adecuado a los avances académico-educativos, a los avances tecnológicos, a los nuevos conocimientos científicos y a los imperativos éticos de esta sociedad postmoderna que vivimos. Una nueva racionalidad donde se respete la dignidad del hombre, su individualidad y su autonomía, en pocas palabras donde se le proporcione un cuidado integral, bioético donde se le cuide como a un ser humano en toda la dimensión de la palabra, y donde el profesional de



Enfermería ejerza sus deberes enmarcados dentro del principio de la corresponsabilidad y la bioética social (9). En este sentido, el propósito del estudio fue analizar el significado de la corresponsabilidad y la bioética social en el contexto hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Enfoque cualitativo, método hermenéutico-dialéctico. El enfoque emergente cualitativo trata de rescatar al sujeto y su importancia, identificar la naturaleza profunda de las realidades, la estructura dinámica, la que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. La investigación cualitativa se fundamenta en describir la realidad, el comportamiento del fenómeno. Es captar los eventos en el contexto natural y su sistema funcional con el significado que tienen. Según Martínez, la investigación cualitativa valora la importancia de la realidad como es vivida y percibida por la persona humana sus ideas, sentimientos y motivaciones; es decir, la mente construye la percepción y los significados del mundo externo (otras personas, las cosas, los fenómenos, las situaciones) que le proporcionan los sentidos dándole formas propias o categorías subjetivas (10).

Asimismo, el método hermenéutico-dialéctico busca los significados primarios de las lenguas, los dialectos, el diálogo, las palabras orales, la grafía escrita, los jeroglíficos y los signos. También busca descifrar en los documentos escritos, en los textos, la música, las fotografías, los films los discursos velados que revelan la conciencia de los autores. Es por ello que la ciencia de la salud Enfermería utiliza este método hermenéutico-dialéctico para acercarse, comprender y cuidar al ser humano.

Se seleccionaron cuatro informantes clave a saber: un empleado hospitalario, un usuario hospitalizado, un familiar, un experto en el área de la bioética. Para la recolección de la información se utilizaron: la entrevista fenomenológica y la observación directa no participativa, el autorreportaje, la filmación y la grabación. Se regis-

traron ocho diálogos a profundidad para buscar la categorización, ideas clave y temas clave.

RECOLECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se elaboró en primer lugar, una solicitud de permiso dirigido a la dirección y al comité de ética de la institución del Hospital Universitario del Municipio Maracaibo para la ejecución de la investigación.

En segundo lugar se recibió por escrito la respuesta de la dirección del hospital y del comité de ética. En tercer lugar se realizó el diseño de la entrevista dirigida a los informantes clave. En cuarto lugar se elaboró el diseño del autorreportaje. En quinto lugar se realizó el diseño del consentimiento informado para los informantes clave, y así obtener de ellos su colaboración y autorización en la realización de la entrevista.

En sexto lugar se realizó la filmación y grabación de los 4 autorreportajes. En séptimo lugar se realizó la filmación y grabación de la entrevista a cada informante. En octavo lugar se realizó la transcripción de los ocho corpus discursivo. En noveno lugar, se utilizó la grabación y filmación de los autorreportajes y de las entrevistas a los informantes. En décimo lugar, se buscaron las categorías en los autorreportajes y las entrevistas realizadas. En décimo primer lugar, se seleccionó y subrayó con un color para cada categoría. En décimo segundo lugar, se realizó la construcción del cuadro semántico. Y por último, se realizó la construcción del mapa representacional.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó mediante las técnicas de observación no participativa; el autorreportaje de las investigadoras, la entrevista semiestructurada, la filmación y grabación, y las notas de campo. Resultaron muy útiles, todos los procedimientos que

permitieron realizar la observación repetidas veces: grabar, filmar las escenas de toda la información que nos aportaron los informantes clave.

La filmación es particularmente válida para el descubrimiento y la validación. Así mismo documenta comunicación y comportamiento no verbal, mantiene los cambios y actividades en su forma original.

Técnica de registro y transcripción de la información fue el corpus discursivo, en este trabajo se transcribieron ocho corpus discursivos. En ellos se relatan las vivencias, experiencias, emociones, kinesis (movimientos corporales) de los informantes clave y las de los investigadores.

MÉTODO PARA LA INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los métodos que se utilizaron fueron el hermenéutico-dialéctico; en busca de la interpretación del significado.

Consideraciones Éticas:

En esta investigación las principales consideraciones éticas que se abordaron fueron los principios bioéticos fundamentales como la Autonomía, la no maleficencia, la justicia y la beneficencia, se realizaron cuatro consentimientos informados los cuales corresponden a los informantes clave.

RESULTADOS – FASE DE TRIANGULACIÓN Y DE ANÁLISIS DEL CONTENIDO

Análisis descriptivo. Entre las *categorías de mayor frecuencia* se encontró *Salud*: mejorar la salud como un derecho, la calidad de vida y el bienestar de las personas, para lograrlo, incorporar el componente de la corresponsabilidad al trabajo clínico, al trabajo de la enfermera (o). *Categoría de mediana frecuencia* se observaron dos: *Participación*: fomentando la cultura y la participación de los pacientes y sus familiares en el autocuidado y *Comunidades*: A los profesionales de salud se pueden sumar otras personas, de prefe-

rencia de las propias comunidades, habilitadas para poder cumplir las acciones concretas derivadas de la división organizada del trabajo, en donde se articulen funciones, se fijen actividades, se delimiten responsabilidades y se trate al paciente y familia de una forma humana. Categoría de baja frecuencia se observaron dos: *Trato humano en el acto médico* trato a la persona enferma con dignidad, respeto a sus derechos de salud. Y *Práctica médica humanista* es necesario un modelo dialógico entre médico-paciente.

DISCUSIÓN-ANÁLISIS CONCLUSIVO

La fase de triangulación de los resultados del estudio se realizó por medio de la Constitución Bolivariana (1), la teoría de Anzola (2) y la teoría de Combellas (3). En primer lugar, la constitución encamina la consolidación del estado social de derecho y de justicia al garantizar las conquistas de los derechos sociales fundamentales y reconocer la participación del ciudadano (en lo individual y colectivo) en los asuntos públicos, esto concuerda con los resultados en cuanto a la categoría *salud*: “mejorar la salud como un derecho, la calidad de vida y el bienestar de las personas, para lograrlo, incorporar el componente de la corresponsabilidad al trabajo clínico, al trabajo de los profesionales de la salud”.

Asimismo, según Anzola (2) para alcanzar el desarrollo humano, la sociedad precisa el compromiso de todos sus miembros, sean estas personas naturales o jurídicas. Así, la contribución a la consecución de esta meta social deja de ser una cuestión sometida a la buena voluntad individual: es un compromiso de los miembros colaboradores de la sociedad. Esto concuerda con la categoría *trato humano en el acto médico*: “el trato a la persona enferma debe ser como persona humana con dignidad, respeto a sus derechos de salud ser tratada como individuo único, irrepetible en forma holística, estableciendo una relación dialógica entre el médico, el paciente y los familiares en forma horizontal, no vertical”.



Para Combellas (3) hay un aumento de derechos individuales, políticos y sociales para la población venezolana, y en razón de esto, la sociedad exige la validez histórica, si es así entonces, la corresponsabilidad y la bioética social remite a factores como la convivencia, la solidaridad, la tolerancia, el compromiso, siempre desde una lectura ética de las diferentes manifestaciones y experiencias que se abordan como partícipes de los profesionales de la salud en la sociedad civil en un régimen democrático y participativo.

Esto coincide con las categorías *Participación*: “fomentando la cultura y la participación de los pacientes y sus familiares en el autocuidado” y *Comunidades*: “A los profesionales de salud se pueden sumar otras personas, de preferencia de las propias comunidades, habilitadas para poder cumplir las acciones concretas derivadas de la división organizada del trabajo, en donde se articulen funciones, se fijen actividades, se delimiten responsabilidades y se trate al paciente y familia de una forma humana.”

Según los resultados en la atención de salud sí se puede lograr una política de cambio, pero una política dirigida a varios aspectos a humanizar los espacios y humanizar el número de paciente que se van a atender. Por lo tanto, el proceso de alteridad, ¿en la formación de la alteridad, la sociedad ha fallado en formar a un individuo con una concepción del valor de la alteridad como esencia de la vida misma? ¿Qué significa para el personal de salud el otro?”

Por ello nos conduce a las sugerencias de nuevas investigaciones en relación con la ética socialista, la responsabilidad social, el ambiente y el proceso de la alteridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial 5.453 de 24 de marzo de 2000. Segunda versión. Caracas, Venezuela.
2. Anzola A. Desarrollo humano, principio de corresponsabilidad y tecnologías de información y comunicación en Venezuela. *Gestión y gerencia* 2010; 4: 1-16
3. Combellas R. Derecho Constitucional. Una introducción al estudio de la Constitución Bolivariana de Venezuela. Caracas: Mc Graw Hill; 2002, p106-107
4. Mercado A. Inclusión y participación social en la política científica y tecnológica en Venezuela. (serial online) 2008 (citado 2014 julio 14) Disponible en internet URL: http://sedlc.ivic.gob.ve/edlc/. . .de. .ciencia /.../Alexis_propuesta_Vzla.doc
5. Iranzo M. Gobernabilidad y desarrollo. *Cuadernos para el debate* 2006; 1 y 2: 74-81.
6. León F. La Bioética: de la ética clínica a una bioética social. *Conamed* 2004; 9: 1,1-3
7. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería. 6ta Edición. Barcelona, España: Elsevier-Mosby; 2008, p 60-80
8. Miranda R. Reaprendiendo a ser humano: Los desafíos de enfermería para humanizar el cuidar. *Académica de enfermería* 2003; 1:1-3
9. Escobar D. El cuidado integral en el centenario de Florence Nightingale. Una mirada desde lo administrativo. *ISTIUOC* 2012; p 1-3.
10. Martínez M. La investigación cualitativa etnográfica en educación. México: Trillas; 2007. p 50-60.



DESARROLLO LOCAL, ORGANIZACIÓN COMUNITARIA, PARTICIPACIÓN CIUDADANA, TRABAJO COMUNITARIO

Local Development, Community Organization, Citizen Participation, Community Work

ANA RUIZ^{1*},
MACZY QUINTERO²

¹ Departamento de Morfofisiopatología, Escuela
de Bioanálisis, Facultad de Medicina,
Universidad del Zulia.

² Fundación Venezolana para la Medicina
Familiar.

* ruizag2801@yahoo.es

RESUMEN

Al revisar la evolución del desarrollo comunitario en Venezuela, se encuentra un mayor avance dentro de la teoría representado en la normativa legal, pero en la práctica se ha logrado poco de la concepción real del desarrollo local. Se plantea a las cooperativas como ejemplo de organizaciones que se originan ante una necesidad, en este caso, ante la insuficiencia de Instituciones que proporcionen servicio de salud de calidad y sean accesibles a las comunidades. Las cooperativas de usuarios son las que tienen el mayor impacto en la provisión de servicios de salud de calidad, pues el hecho de que los usuarios sean los propietarios de las estructuras y los que deciden tanto de la política general como de las prácticas operacionales, ofrece garantías de la adaptación de los servicios a las necesidades. La participación ciudadana implica un proceso mutuo de transformación en la medida en que la persona al mismo tiempo que transforma, se ve transformado por la realidad o hecho en que participa. En el marco del desarrollo social, la promoción de la salud pretende el logro del bienestar y la calidad de vida individual, familiar y comunitaria, reconciliando los intereses particulares con lo institucional y colectivo, incorporando la participación ciudadana en la gestión de salud. El trabajo comunitario permite conocer que muchos problemas de salud tienen su origen en problemas sociales, culturales, educativos, de organización, económicos, etc., y por tanto se debe vincular la acción con otras instituciones que en su ámbito trabajan por el desarrollo integral.

Palabras clave: Desarrollo, participación, comunidad.



ABSTRACT

Reviewing the evolution of community development in Venezuela, a notable advance was found in theory represented in legal standards, but in practice, little has been achieved in the real conception of local development. Cooperatives are offered as an example of organizations that originate in response to a need; in this case, in response to the insufficiency of institutions that ought to provide quality health services accessible to communities. Users' cooperatives have had the greatest impact on providing quality health services, because the fact that the users own the structures and make decisions about general policy and operational practices offers guarantees that the services are adapted to needs. Citizen participation implies a mutual transformation process to the degree that, while people transform their reality, they are in turn, transformed by the reality in which they participate. In the context of social development, promoting health aims to achieve wellbeing and quality for individual, family and community life, reconciling individual interests with those of institutions and the collective and incorporating citizen participation in health management. Community work makes it possible to know that many health problems are caused by social, cultural, educational, organizational and economic problems, etc., and therefore, action should be linked with other institutions that work for integral development in their fields.

Keywords: Development, participation, community.

INTRODUCCIÓN

La fuerza contradictoria de la globalización ha propiciado en América Latina un creciente nacionalismo para superar el proceso de Macdonalización y, el surgimiento de conflictividad y violencia social). Venezuela se debate entre grandes contradicciones, ahora más evidentes que nunca, en esa convergencia insostenible, por un lado, el populismo clientelar y, por el otro, la presión globalizadora y modernizante que exige al Estado una economía abierta al mercado. Esta situación se expresa actualmente en Venezuela en la coexistencia y competencia entre dos tendencias o visiones de país, una centralista, nacionalista y multipolar, y otra descentralizadora, pluralista y globalizadora, que ha generando una creciente conflictividad política y social, exclusión de parte de las elites (clase media, empresarios, iglesia, entre otros), pérdida de confianza, eficiencia y como consecuencia, recesión económica (aumento del desempleo y retroceso en algunos indicadores económicos) y mayor pobreza (1).

Los cambios asociados al proceso de globalización-polarización han originado un desplazamiento de la problemática regional hacia nuevas orientaciones, centradas en desarrollar las potencialidades propias de la región desde un enfoque orientado "en el lado de la oferta". Adquiere un lugar privilegiado la innovación tecnológica, las nuevas tecnologías, la capacidad del capital humano, el desarrollo local (2). La Sociedad, sus actores y los sistemas que conforman, facilitan poner en marcha un proceso de desarrollo local, el cual requiere de la movilización de todos aunque sea en pequeñas proporciones y que el sistema de actores promueva la sinergia entre los distintos tipos de capital social, cultural, político y económico, con el objetivo de ponerlos en valor y al servicio de un proyecto inclusivo de ciudad (3).

Todo esto lleva a considerar imprescindible el sentido de pertenencia con la comunidad y la construcción de una identidad colectiva. Se debe tener un enfoque comunitario donde se toma en cuenta la capacidad de las personas, individual y colectivamente, para mejorar sus condiciones de vida. Se

desarrollen diversas formas de acción, como por ejemplo la creación de mesas de concertación, con la participación de representantes de instituciones públicas, privadas y comunitarias, en torno a determinados problemas. La participación es uno de los pilares de la gobernanza democrática. Existe hoy un consenso en la idea que toda acción pública debería ser un proceso abierto, llevado de manera que informe, escuche y tome en cuenta a los ciudadanos. Esta acción no es sólo una cuestión ideológica, sino también una cuestión de eficacia. El consentimiento y la iniciativa de los ciudadanos son condiciones necesarias para alcanzar los objetivos gubernamentales, y contribuyen de manera importante a la eficacia y eficiencia de las acciones en materia de salud, educación, cultura y servicios sociales (4).

La participación comunitaria y ciudadana puede ser un medio por el cual las comunidades comiencen a organizarse, a generar vínculos entre ellos y a reconstruir la vida social desde las bases mismas. Hay comunidades que organizan sus propias escuelas, sus servicios de salud, sus sistemas de vigilancia policial y hasta cobran sus propios impuestos como colaboraciones para financiar estos propósitos (5). Además de la participación ciudadana como una estrategia tendiente a mejorar la eficacia de la gestión, se tiene la organización de la sociedad en cooperativas, microempresas y sociedades civiles que contribuyen al desarrollo económico y social.

Por todo lo expuesto, esta revisión trata de abordar en forma general lo concerniente a desarrollo local, organizaciones comunitarias, participación ciudadana y trabajo comunitario.

1. DESARROLLO LOCAL

1.1. La importancia de lo local frente a la determinación de lo global

El redescubrimiento de lo local ha estado determinado por el descubrimiento de la globalización como fenómeno dominante. El movimiento ecologista, ante la amenaza que sobre

los ecosistemas proyectaba el capitalismo industrial del siglo XX, acuñó una frase que sintetiza la preocupación por el mundo convertido en una aldea global y la expectativa que el comportamiento de la humanidad por el cuidado ambiental, se propague como conciencia asumida. Esa frase-consigna que convoca a “pensar globalmente y actuar localmente” resume como posibilidad que, en cualquier fragmento decisonal al alcance de la ciudadanía más llana, cada individuo actúe protegiendo la “casa” de la humanidad, la Tierra (6).

Se espera así que cada individuo actúe en cualquier sitio (especialmente en su lugar próximo, lo local, donde se le presentan los problemas), con un esmerado cuidado -una práctica ecologista- de todo el globo. No sea -se nos avisa- que por pensar el fragmento, la parte, se acabe dañando al todo, al mundo sede de la humanidad. La finalidad del postulado es nítida: si no hubiera un compromiso universal, un hacer “global”, el riesgo de la destrucción ambiental del planeta se acrecentaría (6).

Desde el análisis sustentado en las ciencias sociales se dio también noticias, un poco más tarde, de ese redescubrimiento. El nuevo global es “partero” de lo local, el nuevo totalizador incluye y construye las partes. Se acuña otro término-consigna, comienza a hablarse de un proceso mundial de “glocalización”: la mentada globalización es fundante de un nuevo “local”, o, dicho de una forma simple, como no puede impedir la existencia de lo local, lo produce como su contradictor (6).

De hecho hay otro riesgo y es que ese “pensar globalmente” se traduzca en reproducir a nivel local - de una forma entre ingenua y crítica los principios dominantes de la globalización (competencia, mercados interdependientes, economía mundial) y promuevan la adhesión de los locales a la ideología de la globalización. No se trata de proteger lo “local” o de aprovechar las oportunidades de lo “global”, sino de escapar de la programación hegemónica que instala una representa-



ción única de la realidad, la de la dicotomía local-global, para tener como objetivo la construcción de nuevas representaciones que se propongan un mundo diferente del que está dado (6).

En otro trabajo he sugerido que dicha consigna debe formularse exactamente al revés y, mal que les pese a los ecologistas, hay que “pensar desde lo local para después actuar en lo global” cuando se trata de promover un proyecto de desarrollo local (6): “...lo importante es ‘pensar localmente y actuar globalmente’, instalando en el concierto de la mundialización otras formas de socio economía, otras alianzas de fuerzas, otras culturas de integración social y convivencia multiétnica, en fin, otras formas de vivir en sociedad. No se trata de rechazar la modernidad en aras de un nostálgico retorno al pasado, ni de abrazar con inocencia una ‘mundialización’ de dirección inmutable, sino de promover un progreso diferente, que zigzaguea y a veces vuelve atrás para después andar en otra dirección”.

Aquella consigna de “pensar globalmente y actuar localmente” válida refiriéndose al mundo como un ecosistema único pierde ese valor donde lo que interesa es conquistar aliados para modelos de desarrollo local que escapen del modelo global dominante (6).

1.2. Definición y Factores del Desarrollo Local

Mucho se ha escrito acerca del concepto de desarrollo, en particular del desarrollo local. Este concepto ha ido evolucionando a medida que se modificaban los adjetivos que lo acompañan. Así se habló de desarrollo como sinónimo de crecimiento económico, más tarde se le incorporan las dimensiones cultural y político-institucional, posteriormente surgen corrientes que intentan humanizar este concepto y se hace referencia al desarrollo en escala humana y más recientemente se lo comienza a relacionar con diferentes tipos de capital: social, cultural, político y económico. Sin dudas, una idea más apropiada para dar

cuenta de este concepto es entenderlo como proceso en el que intervienen diversas combinaciones de los distintos tipos de capital (3).

Definición: Se trata de una política de desarrollo que busca la creación local de riqueza y empleo y no solamente redistributiva, como la de los años cincuenta, sesenta y setenta. Es, en esencia, una política que se propone estimular el surgimiento y el desarrollo de las empresas en un mundo cada vez más integrado y competido, por lo que no es una política asistencial, aunque se consideren objetivos sociales, como son el aumento del empleo y la mejora de la renta y de bienestar de la población de territorios específicos” (7).

Factores que Condicionan el Desarrollo Local: (7)

1. Capacidad empresarial y organizativa.
2. Calificación e instrucción de la población.
3. Recursos medioambientales.
4. Funcionamiento de las instituciones.

Al respecto, Fua y Becattini (7), añaden que las empresas no son entidades aisladas que intercambian productos y servicios en mercados abstractos, sino que están localizadas en territorios concretos y forman parte de sistemas productivos firmemente integrados en la sociedad local. Es decir, la sociedad se autoorganiza con el fin de producir bienes y servicios de forma más eficiente y dando lugar a los distritos industriales, sistemas de pequeñas y medianas empresas, que hacen aflorar las economías de red en el territorio, lo que contribuye al desarrollo de la economía.

1.3. Condiciones que debe reunir todo proceso de planificación del desarrollo local

Para que resulte movilizador y positivo el proceso de planificación del desarrollo local debe diseñarse reuniendo varias condiciones, cuya eficacia no es aislada, sino que depende de la retroalimentación de unas con otras, las cuales son enumeradas y descriptas en la apretada síntesis que sigue a continuación (6).

a) Metodología. Es necesario disponer y ejercitar una metodología adecuada a la complejidad abordada: deber ser interdisciplinaria, multisectorial y participativa.

En principio hay que cuidarse de no caer en la tentación de elegir metodologías simples de base disciplinaria sino adoptar metodologías complejas de base interdisciplinarias que permitan el trabajo conjunto de diferentes formaciones científicas y perspectivas técnicas frente a la diversidad de problemas que presenta el desarrollo local.

La metodología debe dar lugar a prácticas intersectoriales entre múltiples actores. La interacción e integración de lógicas e intereses debe ser posibilitada impidiendo el dominio intrínseco que se desprende de sectores internos del estado o de la sociedad, que por lo común se procesan por otros canales, como estructuras de poder, clientelismo.

Los mecanismos participativos son fundamentales para equilibrar las diferencias y garantizar tanto la protección de los actores más débiles (por lo general son los menos formados e informados) como el trabajo conjunto equitativo y fértil entre variados actores. Ciertas prácticas corporativo-consultivistas bastante extendidas no saben ser confundidas como si fuesen participativas. Para serlo deberían incluir a los actores en la elaboración de las decisiones y los proyectos y tender a igualarlos reduciendo las diferencias más irritantes.

Como vemos la metodología debe posibilitar la producción de nuevos conocimientos, la obtención de consensos por trabajo conjunto entre los sectores y el compromiso práctico de una equidad relacional para con los más débiles.

b) Efervescencia creativa. Está referido a un estado social-anímico de la población envuelta en el proceso de desarrollo local. Un entusiasmo bulle y la perspectiva abierta hacia el futuro facilitan la movilización social, genera una sinergia creativa e innovadora. Sin esa movilización sinérgica, instalada entre los múltiples actores (mezcla de mística y marketing), el plan de desa-

rollo local seguirá repitiéndose, sin agregar innovaciones, no se constituirá como proyecto político de la sociedad-estado local. Esto vale para cualquier situación local-regional, sea ganadoras o perdedoras.

c) Escenarios de planificación gestión. La planificación del desarrollo local de realizarse en escenarios formalizados de planificación gestión en los cuales una pluralidad de actores realicen en conjunto los trabajos correspondientes. No estamos hablando de reuniones donde los grupos técnicos presentan a la comunidad sus trabajos en forma de consulta, sino de reuniones de trabajo en planificación donde los actores elaboran diagnósticos estrategias y proyectos, un mecanismo que configura vínculos, reconfigura el tejido social y sirve de motivación para el espíritu local. Se trata no de uno sino de una secuencia continua y permanente de escenarios sucesivos, de profundización estratégica y agregación de actores.

d) Voluntad de asociarse. Es condición también que existe una evidente voluntad de asociarse entre quienes se relacionan participativamente en un plan local. No es la simple identificación impersonal de problemas y soluciones sino el establecimiento de relaciones asociativas, se refiere al ánimo de ser socios de una empresa común.

e) Ampliación democrática. La elaboración del plan local es un momento oportuno y apropiado para confirmar y ampliar las prácticas democráticas. Es condición fundamental que en momentos en que se afirma la identidad cultural se refuerce el sistema democrático por la vía de ampliar sus alcances, siempre que sostenido en las reglas convivientes de la planificación participativa.

f) La voluntad política. Sin duda una condición sine qua non en cualquier definición sobre la promoción del desarrollo local. Los decisores políticos tienen que manifestarse a favor, aun cuando la iniciativa no les haya pertenecido originariamente, pudo estar originada en otros sectores (comunitarios, empresariales, servicios sectoriales).



1.4. Proceso de Empoderamiento de la población

En este sentido, lo que se busca con el desarrollo local, es ayudar a las comunidades para que desarrollen sus habilidades y exploten sus recursos con la finalidad de proveerse una mejor calidad de vida (7). “El énfasis está en que el grupo y las personas protagonizan su propio empoderamiento, no en una entidad superior que le da poder” (7).

El papel de los líderes políticos locales es fundamental, pues ellos son los más familiarizados con la realidad de las comunidades, y están en mejor posición para impulsar las medidas a nivel micro adecuadas para el crecimiento de sus localidades. Con el desarrollo económico de las comunidades las personas podrán, por méritos propios, mejorar su nivel de vida, haciéndose protagonistas del cambio, y no meros receptores de políticas. Para ello, se requiere, principalmente, el deseo por parte de las personas de realizar el cambio (7).

Las iniciativas de desarrollo local exige también una nueva mentalidad alejada de la lógica del subsidio y de la pasiva espera a que los poderes públicos aporten las soluciones”. Dicha mentalidad es fundamental para poder llevar a cabo el proceso de empoderamiento que buscan las iniciativas de desarrollo local. Entendiendo por empoderamiento, al aumento de la libertad de elección y acción, para la población en situación de pobreza. Pero en el entendido de que la pobreza es multidimensional, los pobres necesitan una serie de bienes y capacidades a nivel individual, tales como salud, educación y vivienda. Otras a nivel colectivo, como la habilidad de organizarse y movilizarse para emprender acciones colectivas que les lleven a resolver sus problemas (7).

En el logro de lo anterior, las Instituciones formales (con el Estado a la cabeza) juegan un papel determinante por lo que hay creciente evidencia, a nivel internacional, de que existen nexos, correlaciones entre “una mejor gobernación” y mayor nivel de empoderación de la gente. Cuan-

do se habla de reformas institucionales para empoderar los ciudadanos, desde el Banco Mundial se señalan las siguientes condiciones (7):

- Acceso a la Información: dado que la información es poder, los ciudadanos informados están mejor equipados para aprovechar oportunidades y tener acceso a servicios.
- Inclusión y participación: la gente debe debatir los asuntos locales y participar en el establecimiento de prioridades, logrando así compromisos con el cambio.
- Responsabilidad o rendición de cuentas: a los funcionarios estatales, empleados públicos y actores privados tiene que hacérseles responder por la ejecución de sus políticas y el uso de los fondos.
- Capacidad organizacional local: las comunidades organizadas tienen más probabilidades de conseguir que las escuchen y que atiendan sus demandas.

Todo esto debe ir en pro de poder construir entornos productivos con capacidad para innovar, que le permita a la comunidad insertarse con éxito a la economía mundial, donde a través del consenso, se planteen cuáles son las medidas a tomar para impulsar económicamente la comunidad, permitiendo autogestionarse, solucionar problemas comunes (7).

¿Qué tendencia tiene el desarrollo de las regiones y comunidades en América Latina? Marco Legal.

Venezuela desde los años 80 y, con diferente intensidad, transita por un proceso de reforma del Estado, cuyo objetivo básico ha sido modernizar y hacer más eficiente la gestión pública. Según Bresser (8), la crisis del Estado impuso la necesidad de reconstruirlo y, la globalización, hizo necesaria la redefinición de sus funciones. La reforma del Estado en Venezuela, interna dar respuesta a dos tipos de problemas, económicos y políticos, cuya solución impacta la gestión urbana. La respuesta al primero surge la búsqueda de patrones de eficiencia en el uso de los recursos y en la gestión de los servicios públicos y, en respuesta al segundo, aparece y amplía una esfera

pública no estatal que impulsa el desarrollo de la democracia participativa y exige que la toma de decisión sea el resultado del debate público (9). La reforma del Estado y la globalización convergen en la búsqueda de la eficiencia del Estado que implica, mejorar el desempeño de la gerencia pública, incrementar su capacidad de gestión y abrir espacios para la participación ciudadana a través de la descentralización (9).

Según De la Cruz, coordinador del trabajo “Descentralización, Gobernabilidad y Democracia”, las dificultades de legitimación del sistema político obligaban a la profundización de la democracia, para lo cual se propusieron elecciones directas de gobernadores y alcaldes y, un sistema electoral nominal para los concejales, que incrementó su responsabilidad personal frente a los electores. Estas propuestas, correspondientes a la primera ola de reformas en Venezuela, base de la descentralización, se transformaron en leyes que permitieron la elección directa de gobernadores y alcaldes desde 1989 (10).

En este sentido, para reconstruir la legitimidad política era necesario una mayor participación de la sociedad civil en la toma de decisiones, una menor influencia de lo político en la vida cotidiana y mejores respuestas a la crisis económica (11): En Venezuela, la reforma del Estado, asume la descentralización político-administrativa como fortalecedor institucional de la democracia (12) y como proceso a través del cual el Estado se hace más eficiente al trasladar las competencias (Educación, salud y gestión de servicios puntuales) a espacios y actores, como los gobiernos locales, que pueden dar respuesta más rápidas y acertadas a la comunidad aplicando el principio de subsidiariedad.

A partir de 1999 Venezuela inicia una segunda ola de reformas o, “revolución bolivariana”, que se concretó en una primera fase en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 y, en la ampliación de la democracia de acceso. Importantes son los artículos 62, 70 y 184 de la Constitución de la República Bolivariana de

Venezuela 1999, que regulan la participación como un instrumento para el desarrollo individual y colectivo y el Estado debe facilitar las condiciones más favorables para su práctica (13). Todo este marco jurídico favorable a la participación, además de la Constitución, se expresa también en una gama de normativa, entre las que destacan (7):

- Ley Orgánica de Régimen Municipal.
- Ley Orgánica de Ordenación Urbanística.
- Ley de los Consejos Locales de Planificación Pública.
- Ley que regula el Subsistema de Vivienda y Política Habitacional.
- Ley de Protección al Niño, Niña y Adolescente (LOPNA).
- Ley que regula los Comités de Salud, la articulación entre la Comunidad y las Escuelas.
- Ley de Consejos Comunales.

Entre estas leyes destacan dos, que abordan con detalle, desde el punto de vista jurídico, la participación comunitaria: la Ley Orgánica de Régimen Municipal y la Ley de Consejos Comunales. De esta forma las deficiencias en la organización y desarrollo de las comunidades no pueden atribuirse a la falta de normativa jurídica, porque la hay y quizá en exceso (7).

1.5. Características del desarrollo Local en Venezuela

Se evidencia, a través de los gobiernos de los últimos cuarenta años, un modo de vinculación del Estado con los barrios y poblaciones pobres, desde la perspectiva del asistencialismo y/o el clientelismo político-partidista (7).

El “asistencialismo” consiste en el desarrollo de programas o iniciativas que buscan brindar ayuda o asistencia puntual al barrio o comunidad en diversas áreas como salud, educación, nutrición y hasta en problemas como el desempleo, desde un punto de vista en el que el diseño de las políticas y programas conciben a las comunidades en términos de minusvalía, subestimando sus capacidades, con el agravante de que la política asis-



tencialista no se dirige a corregir los problemas estructurales que subyacen en las poblaciones que afrontan estas carencias, buscando solo poner “paliativos” que temporalmente amaguen la situación problemática (7).

Además el Estado estableció con estas comunidades un vínculo signado por el “clientelismo” político partidista, que consiste en utilizar el quehacer comunitario para favorecer intereses políticos. Ha sido práctica común desde hace muchos años que los partidos con mayor cuota de poder, ocuparan los espacios comunitarios, despojándolos de su carácter ciudadano y condicionando la participación de la gente y el otorgamiento de recursos y beneficios, a la pertenencia a un determinado partido. De esta forma el clientelismo ha contribuido no solo con la ineficiencia de muchos grupos comunitarios sino que además ha desvirtuado el verdadero carácter político de la actividad comunitaria, como lo es el ejercicio consciente de la ciudadanía por parte de las comunidades, sustituyéndolo por el uso arbitrario del poder político a favor de intereses partidistas, al punto de confiscar su protagonismo. De tal manera que en términos psicológicos, estas comunidades en su modo de vinculación con las instituciones públicas, tienen una percepción del poder ubicado siempre “fuera de sí” porque es “el otro” (sea funcionario público, técnico o experto) el que sabe, el que tiene los recursos y toma las decisiones (7).

2. ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

2.1. Definición: Es un proceso social mediante el cual los miembros de un grupo comunitario heterogéneo, por medio del trabajo colectivo, se identifican paulatinamente, valoran sus posibilidades, se percatan de que el esfuerzo compartido es medio para satisfacer sus necesidades y, toman conciencia de que pertenecen a un grupo, que a su vez, forman parte de una nación (14,15).

Son formas de participación que existen o pueden existir en las comunidades y que agrupan a

un conjunto de ciudadanos y ciudadanas en base a objetivos de interés comunes. El fin último de la organización comunitaria es propiciar la unidad dentro de la diversidad, para abordar, intervenir y participar en la transformación de su entorno social; permitiendo elevar la calidad de vida y alcanzar el bienestar colectivo. En otras palabras, la organización comunitaria es en sí misma, una acción transformadora y liberadora de la sociedad (14).

2.2. Organizaciones de base que impulsan el proceso de participación ciudadana.

- Comité de tierra Urbana.
- Comité de Salud u OCS.
- Comité de alimentación.
- Comité de Protección Social.
- Mesa Técnica de agua.
- Mesa de Energía y gas.
- Unidad de Defensa Popular.
- Grupos Culturales.
- Club de abuelos y abuelas.
- Club deportivo.
- Asociación de Vecinos.
- Misiones Educativas.
- Círculo Bolivariano.
- Frente Francisco de Miranda.
- Transporte.
- Grupos Ambientalistas.
- Cooperativas.
- Microempresas.
- Consejos Comunales.
- Entre otras.

Se discutieran las organizaciones comunitarias más amplias en sus funciones.

2.2.1. ASOCIACIONES DE VECINOS: Son agrupaciones de personas que conviven en un mismo ámbito o sector de la comunidad, los cuales se organizan legal y legítimamente con el fin de ocuparse de sus intereses y problemas comunes (16).

Así mismo, las Asociaciones de Vecinos crean mecanismos para dirigirse a las distintas instan-

cias del gobierno local (Alcaldías, Consejo Municipal, Jefatura, etc.) formulando sus planteamientos y cooperando con dichos organismos en pro del mejoramiento de los servicios y demás asuntos comunitarios.

Por otra parte, las Asociaciones de Vecinos, son instancias comunitarias las cuales deben fomentar la organización y promover la participación de la comunidad en todos los asuntos que la rodean. Las Asociaciones de Vecinos no solamente trabajan para resolver problemas, sino que además deben impulsar la cultura, la educación y otras acciones que permitan el desarrollo integral de sus habitantes (16).

2.2.2. LA COOPERATIVA: Es una reunión voluntaria de personas, que tienen unas necesidades comunes y deciden asociarse para satisfacerlas, a través de la organización de una empresa sin fines de lucro. Esta organización es una empresa de producción, obtención, consumo o crédito de participación libre y democrática que utiliza sus propios recursos (17,18).

La cooperativa se diferencia de las compañías anónimas en que es una sociedad de personas y no de capitales. La participación de cada socio está determinada por el trabajo incorporado al objetivo común y no por la cantidad de dinero

que haya aportado; como sucede en las compañías anónimas, donde la ganancia se distribuye a los socios en proporción al capital económico que cada uno aportó (17,18).

En ésta monografía se plantea a las cooperativas como un ejemplo de organizaciones que se originan ante una necesidad, en este caso sería, ante la insuficiencia de Instituciones que proporcionen servicio de salud de calidad y sean accesibles a las comunidades.

2.2.2.1. El caso Japonés: la importancia de la promoción de la salud (Ver Figura 1)

Es en Japón (19) donde las cooperativas de salud controladas por los usuarios han conocido el mayor desarrollo; para 1999 tienen 2.1 millones de miembros. Fueron creadas en el seno de dos grandes federaciones cooperativas, la federación de cooperativas agrícolas, y la federación de cooperativas de consumo, en la primera parte del siglo XX, como respuesta a la inexistencia de servicios de salud en el campo, y en las ciudades para darles acceso a servicios de salud a los sectores obreros cuyos ingresos no les permitían costear la medicina privada. Con el establecimiento de un sistema público de financiamiento de la salud en 1961, las cooperativas de salud se mantuvieron en la prestación de servicios de salud financiados

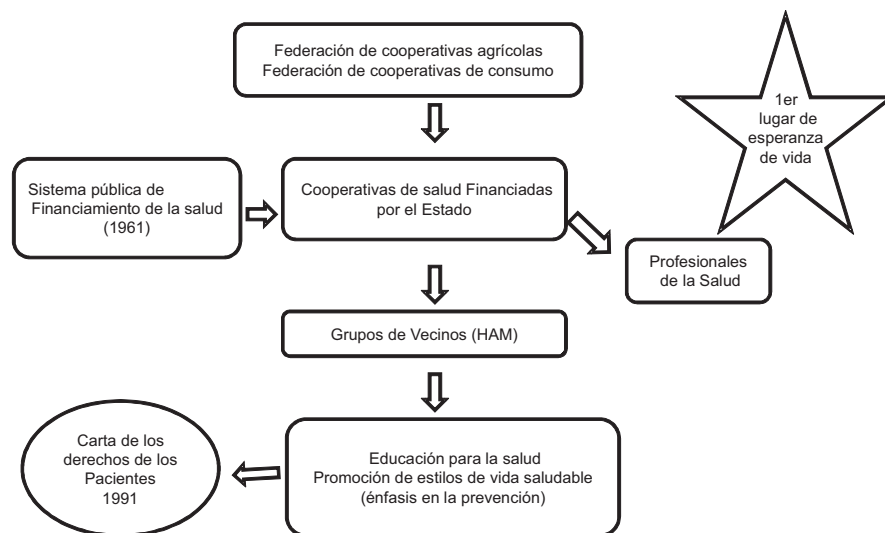


FIGURA 1. Empresas cooperativas del sector salud: el caso japonés: la importancia de la promoción de la salud.



por el Estado, y en las actividades de prevención, adaptando sus servicios a la evolución de los problemas de salud, como por ejemplo el incremento de las enfermedades geriátricas y crónicas, y la creciente importancia de los problemas de salud ligados al stress y a la vida en las grandes ciudades (19).

Una importante particularidad de las cooperativas de salud japonesas, es la promoción activa de la salud; otorgan una gran importancia a la educación para la salud, la promoción de estilos de vida saludables, el énfasis en la prevención. Se aconseja a los miembros hacerse exámenes periódicos y monitorear su estado nutricional, sus condiciones de vida y otros aspectos de su entorno inmediato. Esta dimensión de las actividades es realizada en gran parte a través de pequeños grupos de vecinos, siguiendo el modelo de las cooperativas de consumo japonesas. Estos grupos, llamados grupos HAM, promueven la auto-educación en materia de salud, particularmente en estilos de vida sanos y prevención; realizan exámenes de rutina y difunden la información contenida en las publicaciones del movimiento cooperativo de salud (JCCU Medical Cop Committee); se prestan asistencia mutua y compran en conjunto los equipos y materiales requeridos por los miembros (19).

El enfoque preventivo y la extensión de las cooperativas de salud en Japón no son ajenos al hecho de que este país ocupe el primer lugar en el mundo en materia de esperanza de vida en condiciones de buena salud (76 años para los hombres y 82.2 años para las mujeres en 1992) (19).

2.2.2.2. *Empresas Cooperativas del Sector salud en América Latina (Venezuela). Cooperativas de segundo grado (Ver Figura 2).*

En la década de los noventa, algunas centrales cooperativas, además de los servicios funerarios, iniciaron la prestación de servicios de salud. Es el caso de dos centrales cooperativas de la región centro occidental del país, CECOBAR (Central Cooperativa del Estado Barinas), y CECOSOLA (Central Cooperativa de Servicios Sociales de Lara) (20).

La construcción de la clínica se financió con un crédito del Fondo de Cooperación y Financiamiento de Empresas Asociativas (FONCOFIN) de Bs. 360 millones (unos 700.000\$US), pagadero en 6 años. Para el pago de este crédito se creó un fondo de capacitación alimentado por contribuciones semanales de los socios, aportadas como ahorro reintegrable. El elevado número de socios de las cooperativas afiliadas a CECOBAR, ya afiliados a los servicios funerarios, alrededor de 4 mil, hizo posible la

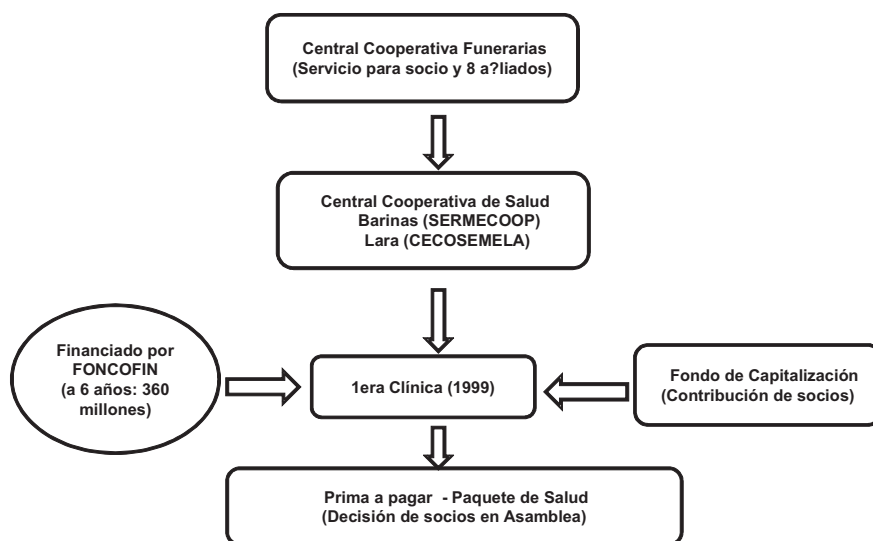


FIGURA 2. Empresas cooperativas del Sector Salud en América Latina: Venezuela: Cooperativas de 2^{do} Grado.

generación de estos cuantiosos recursos a partir de pequeños aportes de cada socio (20).

Los servicios de salud se organizaron siguiendo el modelo de los servicios funerarios: por un monto fijo semanal, el socio y 8 miembros de su familia tienen acceso a consultas de medicina general, pediatría y gineco-obstetricia. Las decisiones relativas a los servicios incluidos en el paquete y al monto de la prima a pagar son tomadas por los miembros-usuarios a través de procesos de deliberación en asambleas. Para los demás servicios (otras especialidades médicas, servicios de laboratorio, radiología, cirugía ambulatoria, citologías), existen tarifas fijadas mediante convenios entre Sermecoop y los profesionales que prestan estos servicios. Algunos médicos son asalariados de los pacientes. La cooperativa ofrece a los profesionales consultorios y equipos médicos, y a cambio; Sermecoop retiene un cuarenta por ciento de la tarifa cancelada por el paciente, para cubrir los costos de funcionamiento de la clínica. En la clínica cooperativa trabajan 25 médicos especialistas, además del personal médico y administrativo (20).

La afiliación a los servicios de salud, para los miembros de las cooperativas miembros de CECOBAR, se hace mediante un pago mensual de Bs. 12.500 (unos 8\$), monto que incluye tres servicios básicos de salud, y un depósito mínimo en una cuenta de ahorros, que le permite al socio tener acceso a créditos a bajo intereses (20).

2.2.2.3. Beneficios de los usuarios, proveedores y sociedad en general e las cooperativas de salud, y potencial de desarrollo (19).

1. Las cooperativas llenar la brecha que existe entre los servicios públicos de salud que no satisfacen todas las necesidades de la población y los servicios de salud comerciales.

2. cooperativas de usuarios son las que tienen el mayor impacto en la provisión de servicios de salud de calidad, pues el hecho de que los usuarios sean los propietarios de las estructuras y los que deciden tanto de la política general como de las prácticas operacionales, ofrece garantías de

que los servicios sean adaptados a las necesidades y que puedan ser ajustados de manera continua para satisfacer las necesidades de los miembros en condiciones sociedades cambiantes.

3. En las organizaciones controladas por los usuarios de los servicios, existe un mayor incentivo hacia la prevención, que en organizaciones que responden a los intereses de profesionales proveedores de servicios de salud.

4. Estudios realizados en algunos países demuestran los costos más bajos de las cooperativas en relación con otros tipos de estructuras de prestación de servicios de salud.

5. En las cooperativas de usuarios, la participación de éstos en la gestión los hace conscientes de los factores que incrementan los costos. El énfasis en equipos multidisciplinarios optimiza el uso de los profesionales de la salud, incluyendo enfermeras, nutricionales, parteras, etc. Estos profesionales, ayudados por personal paraprofesional debidamente formado, pueden llevar a cabo una gran parte del trabajo de prevención y promoción. Se reduce la tasa de utilización de las instalaciones hospitalarias, lo que significa costos más bajos de los servicios de salud a nivel general para la sociedad.

6. Las cooperativas contribuyen a la participación de las personas en la planificación, diseño y operación de los servicios de salud, participación que es según la OMS un prerrequisito para el logro de servicios primarios de salud viable y sustentable. Mientras varios programas y servicios pueden ser ofrecidos por diversos tipos de organizaciones sin fines de lucro, la forma cooperativa de organización asegura un mayor nivel de compromiso de la comunidad, condición para que estas instituciones funcionen efectivamente.

En los países latinoamericanos, existen actualmente importantes oportunidades para el desarrollo de las cooperativas, en el contexto de las reformas operadas en el sector de la salud y los servicios sociales. La tendencia es hacia la implantación de sistemas integrales de salud y seguridad social.



2.2.3. LAS MICROEMPRESAS: Son unidades productoras de bienes o servicios que emplean a cinco trabajadores o menos y poseen un capital inferior a US\$ 20.000 (21). Ante la abultada presencia del sector informal en América Latina, constituido por trabajadores empleados en microempresas y por cuenta propia, la microempresa es uno de los temas más importantes dentro de las nuevas políticas de desarrollo económico y social de los años 90 (21). La teoría económica provee nuevos modelos en los que la existencia de un abultado sector informal no es solamente fruto del subempleo no productivo y la excesiva regulación, sino la respuesta racional ante fallas de mercado, problemas de información y mercados inexistentes (21).

La expansión del número de microempresas en América Latina obedece, en parte, a nuevas formas de organización de la producción y del trabajo que responden a los fenómenos de la globalización y el cambio tecnológico (21).

2.2.3.1. *Microempresas en Venezuela-Maracaibo. Unidad de Medicina Familiar "Luis Sergio Pérez"* (Ver Figura 3).

Un ejemplo de cómo trabajan las microempresas en Maracaibo, es La Unidad de Medicina Familiar "Luis Sergio Pérez", la cual es finan-

ciada por la Fundación "Pedro Iturbe" y además tienen un Fondo de Recuperación de Costo. El dinero proveniente de la Fundación es utilizado para el pago de las microempresas, las cuales licitan cada año en forma pública ante los miembros de la Fundación y UNIMEFA (Unión de vecinos de Medicina Familiar). UNIMEFA se encarga de velar por el buen funcionamiento de todo lo concerniente a la Unidad de Medicina Familiar (licitación, trabajo comunitario, recreación y ajustes (quejas)). El Fondo de Recuperación de Costo se utiliza para gastos imprevistos (aumento del material de trabajo) y exoneraciones de consultas familiares, ya que, al realizar el diagnóstico de salud (trabajo comunitario) conocen muy bien la condición económica de las familias que habitan en las comunidades que abordad (Sierra Maestra, Manzanillo y Corazón de Jesús). Esta es una manera de trabajar en comunidad, disminuir el costo de los servicios de salud y mejorar su calidad de vida. Además mediante el Trabajo Comunitario se puede vincular este proyecto de salud con otras instituciones tales como educativas, culturas, sociales que intervengan en la comunidad favoreciendo el desarrollo integral de los miembros de la comunidad.

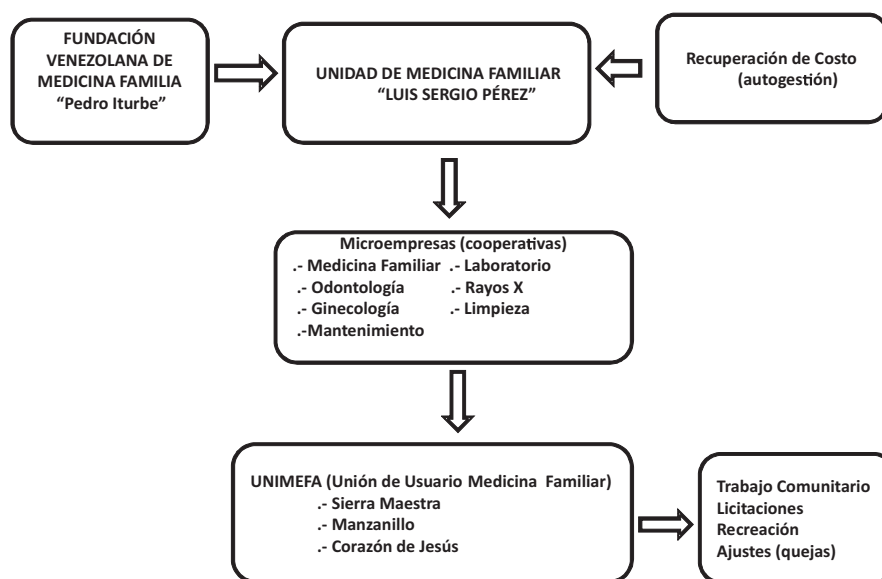


FIGURA 3. Microempresas del Sector Salud en América Latina: Caso Venezuela: Maracaibo (Sierra Maestra)-estado Zulia.

2.2.4. LOS CONSEJOS COMUNALES: Los Consejos Comunales en el marco de la democracia participativa y protagónica, son instancias de participación, articulación e integración entre las diversas organizaciones comunitarias, grupos sociales y los ciudadanos y ciudadanas, que permiten al pueblo organizado ejercer directamente la gestión de las políticas públicas y proyectos orientados a responder a las necesidades y aspiraciones de las comunidades en la construcción de una sociedad de equidad y justicia social.

2.2.4.1. *Comités que integran los Consejos comunales (22):*

1. Comité de Salud
2. Comité de Educación
3. Comité de Tierra Urbana y Rural
4. Comité de Vivienda y Hábitat
5. Comité de Protección e igualdad Social
6. Comité de Economía Popular
7. Comité de cultura
8. Comité de Seguridad Integral
9. Comité de Medios de Comunicación e información
10. Comité de Recreación y Deporte
11. Comité de Alimentación
12. Mesa Técnica de Agua
13. Mesa Técnica de Energía y Gas
14. Comité de Servicios
15. Cualquier otro que considere la comunidad de acuerdo a sus necesidades.

2.2.4.2. *Abordaje de la comunidad (15):*

Es la etapa de encuentro inicial con la comunidad cuyo objetivo es contactar todas las personas y Organizaciones Comunitarias, con ascendencia y liderazgo dentro de ella, mediante entrevistas, reuniones y diálogos, informativos y sensibilizaciones para recoger su opinión sobre la manera más efectiva de lograr la participación de toda la comunidad. Es de suma importancia generar compromisos en los actores para el apoyo que puedan brindar a la promoción, divulgación e información. En esta etapa se debe organizar una Comisión Promotora partiendo de un Equipo Promotor Provisional (Art. 15 LCC).

3. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

3.1. Definición: Es una forma de participación a través de la cual se establece una relación más estrecha entre la comunidad y las autoridades. Mediante esta la comunidad se integra a la creación de políticas, programas o proyectos de desarrollo del gobierno local, destinadas a resolver las necesidades sentidas de la comunidad. Es una forma de colaboración para conseguir hacernos oír y lograr por ejemplo, que el Municipio se haga cargo de la construcción de un pequeño puente, o de un comedor infantil (23).

Para lo antes expuesto, es necesario la Participación Comunitaria que viene siendo una toma de conciencia colectiva de toda la comunidad, sobre factores que frenan el crecimiento, por medio de la reflexión crítica y la promoción de formas asociativas y organizativas que facilita el bien común; es decir, se pretende vincular a la comunidad para la:

- a) Investigación de sus propios problemas, necesidades y recursos existentes.
- b) Formulación de proyectos y actividades.
- c) Ejecución de proyectos mancomunados entre las comunidades y las
- d) Instituciones.
- e) Evaluación de las actividades que se realizan en cada proyecto.

En ocasiones con nuestra participación en el ámbito local de nuestro municipio, los ciudadanos podemos expresar nuestros problemas y así podremos participar en las decisiones locales que nos afecten. A través de la Participación Comunitaria nuestra comunidad se organiza frente a las adversidades, o simplemente con el objetivo de lograr un mayor bienestar procurando el desarrollo de la comunidad.

3.2. Importancia de la participación ciudadana (23):

a. Los ciudadanos pueden hacer llegar a la autoridad sus necesidades, demandas o sugerencias.



b. Los ciudadanos pueden participar desde el proceso de identificación de necesidades, formulación de proyectos, ejecución, evaluación y seguimiento aportando de acuerdo a sus posibilidades.

c. Con la participación ciudadana se involucra a los sujetos sociales más desfavorecidos en la definición de estrategias y en el reparto de beneficios.

d. Con la participación de la población en el proceso de desarrollo local, se garantiza la responsabilidad y el cuidado de la obra, la comunidad se hace responsable, vigila su propio desarrollo.

Se origina así una nueva actitud de los pobladores ante las autoridades locales, al no esperar que éstas atiendan todos sus problemas, si no que la población resuelva los que estén dentro de sus posibilidades, tratando así de asegurar el bienestar general.

3.3. Requisitos necesarios para la participación ciudadana:

a. La organización de la comunidad para trabajar en equipo y para trabajar con las demás organizaciones ya sean del municipio o de otro tipo de organización como un organismo internacional.

b. Se deben asumir responsabilidades y obligaciones.

c. Se deben mantener canales de comunicación fluidos con las autoridades y con la población en general.

4. TRABAJO COMUNITARIO

4.1. Definición: Se refiere al conjunto de acciones que el personal de los establecimientos de salud realiza en las comunidades o caserío bajo su responsabilidad, en coordinación con los agentes de salud y otros líderes de la comunidad (24).

4.2. Importancia del Trabajo Comunitario en Salud

Se busca ampliar el campo de relación actual entre los servicios de salud y la comunidad per-

mitiendo un conocimiento mutuo y compartir intereses comunes (24).

El trabajo comunitario comprende (24):

a. Atención integral: Una atención que se orienta hacia las personas como una unidad con sus diferentes áreas de desarrollo: físico, mental y social, y no sólo a las molestias o enfermedades. Comprende la atención básica al niño, a la mujer, a la gestante y recién nacido, al adolescente y al adulto, y el saneamiento ambiental.

b. Fortalecimiento del sistema comunal de salud: mediante seguimiento y educación continua a agentes comunales: promotores, parteras Juntas Administradoras de Agua Potable (JAPP), Equipos Comunales de Salud (ECOS), botiquines y promoción de la medicina tradicional.

c. Trabajo con enfoque de riesgo: búsqueda, identificación, intervención oportuna y seguimiento a casos de riesgo comunal, familiar e individual.

d. Educación comunitaria en salud: Charlas, demostraciones, teatro, radio.

e. Investigación en salud: Prevalencia de parasitosis, desnutrición, TBC, peste, malaria, estudio de casos, etc.

f. Fortalecimiento de la organización y gestión comunal: Mediante el asesoramiento para la identificación, priorización y solución de sus problemas de salud y desarrollo (Análisis Comunitario de Salud, Planes Comunales, proyectos).

g. Promoción de la participación comunal: En la gestión de los servicios de salud (Encuentros intercomunales, Planificación Local, Comités Interinstitucionales).

h. Trabajo con enfoque género: Búsqueda de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Implica mejorar.

4.3. Rol de la comunidad en el trabajo comunitario en salud y en el desarrollo comunal (24)

La responsabilidad de mejorar y preservar la salud, así como de promover el desarrollo ha de

ser compartida entre los diversos actores sociales e institucionales presentes en un ámbito (Provincia, Distrito o Cuenca) especialmente por la propia población de las comunidades rurales quienes deben intervenir en todas las etapas que supone el mejoramiento, presentación de la salud y la promoción del desarrollo.

Deben utilizarse metodologías o instrumentos apropiados que permitan la participación activa de los diversos sectores (hombres, mujeres, niños, jóvenes), grupos (organizaciones de base) o sectores (autoridades, líderes, etc.) que conforman la población, en el diagnóstico de necesidades, la búsqueda de soluciones, la ejecución de las acciones y en la evaluación y seguimiento de las mismas. Así se logrará que la comunidad avance de un rol de sujeto pasivo, beneficiario y receptor de acciones previstas y ejecutadas por agentes externos, al de actor social con intervención en la solución de su problemática, mediante la toma de decisiones y el aporte de sus recursos.

Especialmente importante es la participación de los agentes comunales de salud (promotores, parteras JAAPs) y las mujeres, por su conocimiento y acción cotidiana sobre la problemática específica de salud de la familia y comunidad.

4.4. Momentos del trabajo comunitario en Salud (24):

Este equipo estará encargado de organizar:

- La calificación del nivel de riesgo de las comunidades de ámbito.
- La sectorización ámbito en comunidades o sectores bajo responsabilidad de los trabajadores de salud.
- La programación de salidas a comunidades, de acuerdo al riesgo de la comunidad y a las etapas del trabajo comunitario, que se describen más adelante.
- Reuniones periódicas (mensuales) con todo el personal, para la evaluación del trabajo comunitario, en ellas los responsables de cada comunidad presentan sus resultados obtenidos y necesidades de apoyo técnico.

- El apoyo técnico a personal de comunidades y Puestos de Salud en las diferentes actividades que comprende el trabajo comunitario.
- La consolidación de la información de actividades mensuales de los agentes comunales (Promotores, Parteras y JAAPs) asegurándose de que sean incluidas en la producción del establecimiento de salud.
- Asesoramiento a las organizaciones de agentes comunales de salud (Asoc. De PRONSA, JAAPs) en acciones de capacitación, educación continua, educación comunitaria, gestión y participación en instancias de concertación interinstitucional.

Desde una perspectiva de investigación-Acción Participativa (IAP) y de salud integral y desarrollo, el Trabajo Comunitario tiene seis momentos (23):

4.4.1. Calificación del riesgo comunal y sectorización.

4.4.2. Reconocimiento de la problemática comunal: Elaboración del Análisis Comunitario de Salud.

4.4.3. Priorización de las necesidades y problemas identificados y formulación del Plan Comunal.

4.4.4. Elaboración de Pequeños Proyectos.

4.4.5. Negociación de Proyectos.

4.4.6. Consolidación del Trabajo Comunitario en Salud Integral.

4.4.1. Calificación del riesgo comunal y sectorización (24).

a. ¿Qué es Enfoque de Riesgo?

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la probabilidad de que una persona, familia o población sufra un daño se emplea para estimar las necesidades de atención en salud.

b. Importancia de trabajar con Enfoque de Riesgo.

Durante mucho tiempo los modelos de desarrollo y salud en el país, generaron desigualdades en las condiciones de vida de la población, dándonos como resultado un perfil epidemiológico muy heterogéneo; con grandes sectores poster-



gados en alto riesgo, expuestos a mayores posibilidades de enfermar y morir; y a la vez menores oportunidades de ser atendidos y sanar.

El reto del sector salud de disminuir estas desigualdades y cerrar las brechas existentes, sólo se logrará brindando una atención con equidad, esto es marchar hacia una atención para todos, pero orientado de la manera más eficiente el uso de recursos de acuerdo a la necesidad de grupos específicos.

El trabajo con enfoque de riesgo sirve para:

- Determinar prioridades de atención.
- Proteger a la población más susceptible, actuando sobre los factores desfavorables para su salud.
- Mejorar el sistema de referencia – contrareferencia.
- Para optimizar el uso de recursos.
- Evaluar el impacto o efecto de nuestras acciones. (reversión de los factores de riesgo).

c. Pasos para calificar el riesgo comunal.

c.1. Identificar los Factores de Riesgo: Los factores de riesgo pueden ser:

- Biológicos: Ciertos grupos de edades.
- Ambientales: Abastecimiento deficiente de agua, falta de adecuada disposición de excretas.
- De comportamiento: Fumar, alcoholismo, migración.
- Relacionados con la atención de salud: Baja calidad de atención, cobertura insuficiente... etc.
- Sociales-Culturales: Educación, religión, creencias y costumbres.
- Económicos: Ingreso Familiar, producción

c.2. Construir indicadores del riesgo comunal (unidad de medida), para cada uno, procurando que sean lo más objetivo posible (Ver Figura 4).

c.3. Realizar la calificación de cada una de las comunidades según el riesgo (Sectorización). Esto se hace de acuerdo a la cantidad de indicadores. Por ejemplo son 9 indicadores (los escogidos), la máxima calificación de cada uno de ellos es 3, entonces tenemos: $9 \times 3 = 27$. Veintisiete es la calificación máxima, entonces tenemos: BAJO RIESGO (0-9), MEDIANO RIESGO (10-19) y

| CRITERIOS | PUNTAJE DE RIESGO | | | |
|-----------------------------|--|--|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Promedio de hijos por mujer | 2 hijos | 3 hijos | 4 hijos | 5 hijos o más |
| Potencial productivo | Familia con actividad agropecuaria de bajo riesgo > 70 | Del 40-70% actividad agropecuaria de bajo riesgo | Del 10-40% de Familia con actividad agropecuaria de bajo riesgo | <10% de Familia con actividad agropecuaria de bajo riesgo |
| Analfabetismo | < 5% de la población > 15 años | Del 5 al 25% de la población >15 años | Del 25% al 50% de la población > 5 años | Más del 50% de la población > 15 años |
| Participación Comunal | Organización de la Participación en la solución de sus problemas | Organización de la participación en forma individual en la solución de sus problemas | Organización de la participación eventualmente | Organización inactivas con?ictos intereses |

FIGURA 4. Criterios y puntaje de riesgo.

ALTO RIESGO (20-27). Y así se califica cada comunidad.

c.4. Graficar el riesgo en el croquis de la jurisdicción usando colores (Sectorización).

4.4.2. Reconocimiento de la problemática comunal: Elaboración del Análisis Comunitario de Salud (ACOS) (24).

4.4.2.1. *Promover el diagnóstico participativo de la comunidad en la elaboración del ACOS. Para promover el ACOS se debe seguir los siguientes pasos:*

a. Identificar los actores sociales: Autoridades, líderes femeninos y masculinos, organizaciones... etc.

b. Informar a los actores sociales de lo que se quiere hacer (propuesta de trabajo).

c. Reconocimiento físico del caserío.

d. Coordinación para convocar a una Asamblea Comunal.

4.4.2.2. *Conformar un Equipo Comunal de Salud (ECOS)*

Es importante que participen representantes de todas o la mayoría de las organizaciones que existen en la comunidad, para lograr su compromiso en la búsqueda conjunta de soluciones a los problemas comunales.

4.4.2.3.- Realizar el Análisis Comunitario de Salud (ACOS). Contenido del ACOS

a. DONDE ESTA NUESTRO CASERÍO: Ubicación, Croquis, Límites, Altura, Distancia a la Capital del Distrito.

b. NUESTROS RECURSOS NATURALES: Vegetación, fuentes de agua, suelos.

c. NUESTRA POBLACIÓN: Número de habitantes, Número de familias, Hombres, Mujeres, Población según grupos de edad.

d. ACTIVIDADES PRODUCTIVAS QUE REALIZAMOS: Cuales son, cuántas familias las realizan condiciones para la producción, como participan hombres y mujeres.

e. NUESTRA EDUCACIÓN: Analfabetos: hombres y mujeres. Centro Educativos con que cuentan, número de alumnos y profesores, deserción escolar.

f. NUESTRA VIVIENDA: Características de ubicación: Concentradas, dispersas, materiales, número de habitaciones y promedio de habitantes, familias con agua potable, letrinas y microrelleno sanitario.

g. NUESTRA SALUD: Salud del Niño. Salud de la Mujer, Salud de los Adolescentes y Adultos. Enfermedades endémicas. Agentes Comunales de Salud: Capacitación, equipamiento e indicadores del trabajo de los Agentes Comunales. Establecimiento de Salud, quiénes trabajan en él, qué servicios brinda.

h. NUESTRA ORGANIZACIÓN: Organizaciones existentes, cómo están conformadas, funciones que realizan.

i. AUTORIDADES Y LÍDERES: Instituciones que apoyan, actividades que realizan indicadores del Desarrollo Comunal.

j. PROBLEMAS IDENTIFICADOS: Listado de los principales problemas con el análisis de sus causas y consecuencias.

Una vez establecido el esquema de contenidos del ACOS, se procederá a la elaboración del plan de trabajo para su formulación.

4.4.3. Priorización de las necesidades y problemas identificados y formulación del Plan Comunal (24). Ver Figura 5.

Al concluir el ACOS se cuenta con un listado de problemas de diversa índole y magnitud, sobre todos los cuales es imposible actuar a la vez, y muchos de ellos escapan a las posibilidades de solución del Sector Salud, por ello es necesario determinar cuáles requieren ser atendidos con mayor urgencia o son más importantes para la vida de la comunidad, además de buscar la coordinación con otras instituciones o sector para atender a los problemas que no son de salud.

Proposición de algunos criterios:

a. Frecuencia con que se presenta un problema: Si es permanente o muy frecuente será más importante que otros problemas que se presentan con menos frecuencias. Ej. La falta de agua potable es un problema permanente, en cambio



| PRINCIPALES PROBLEMAS | POR QUÉ EXISTEN | QUÉ SE HARÁ PARA SOLUCIONARLO | QUÉ | | QUIENES | | CUANDO SE HARÁ |
|---|--------------------------------------|---|---|---|------------------|-----------------------------|----------------|
| | | | SE CUENTA | SE NECESITA | RESPONSABLE | PARTICIPAN | |
| Dificultad para tratamiento de enfermedades (falta de medicamentos) | Carece de promotor capacitado | Elección y capacitación de 2 promotores de salud | Promotores, Ambiente para botiquín | Equipamiento (promotor), medicamentos y mobiliario (botiquín) | ECOS Promotor | Instituciones | 2014-04-10 |
| Consumo de agua contaminada | Falta de sistema de agua potable | Construcción de sistema de agua potable | Manantiales, Mano de obra, piedra y arena | Estudio, asesoría técnica, materiales | ECOS Autoridades | Instituciones beneficiarios | 2014-04-10 |
| Dificultad para atravesar el río en época de lluvia | No existe puente | Gestión para la elaboración de estudio y financiamiento | Mano de obra, piedra y arena | Estudio, dirección técnica, cemento | ECOS Autoridades | Instituciones, comunidad | 2014-04-10 |
| Camino en malas condiciones | No se realiza mantenimiento continuo | Arreglar el camino | Herramientas, mano de obra, materiales | Asesoría técnica | ECOS Autoridades | Toda la comunidad | 2014 |

ECOS: Equipos Comunes de Salud.

FIGURA 5. Plan Comunal.

al mal estado de los caminos ocurre en épocas de invierno.

b. Importancia del problema para la calidad de vida de la población. La calidad de vida está dada por la satisfacción de las necesidades básicas y de realización personal de los seres humanos. Ej.: El mejoramiento de los ingresos familiares es más importante que la construcción de un local comunal.

c. Población comprometida: Mientras mayor es el número de población afectada por el problema, será más importante, Ej.: La falta de medicamentos básicos en la comunidad afecta a toda la población, y por lo tanto es de mayor prioridad que el revestimiento de un canal de regadío, cuando favorece a muy pocas familias de la comunidad.

d. Percepción del problema por la población: Cuando un problema es visualizado por la población, ésta actúa sobre él; a diferencia de aquellas que no son percibidos, sobre éstos es más importante actuar para inducir su solución. Ej.: la desnutrición infantil no es vista como problema.

e. Posibilidad de solución: Cuando las medidas de Solución pueden ser asumidas por la propia población se puede actuar más rápidamente sobre el problema, que cuando se requiere apoyo externo. Ej.: El mejoramiento del camino de herradura puede ser asumido con recursos propios de la comunidad, mientras que la construcción de un canal de riesgo requiere asesoramiento técnico especializado.

4.4.4. Elaboración de Pequeños Proyectos (24).

PERFIL

1. Identificación del proyecto
2. Ubicación
3. Breve información de la comunidad o grupo solicitante
4. Forma de llegar al lugar
5. Breve descripción del problema
6. Objetivo
7. Cómo se piensa solucionar el problema
8. Qué se espera lograr con el proyecto
9. A cuántas personas beneficiará el proyecto
10. Aportes para hacer realidad el proyecto

11. Presupuesto
12. Monto total estimado
13. Duración estimada del proyecto
14. Firmas de los representantes de la comunidad

4.4.5. Negociación de Proyectos (24).

Negociación del financiamiento del proyecto con Instituciones.

4.4.6. Consolidación del Trabajo Comunitario en Salud Integral.

4.5. TRABAJO COMUNITARIO DEL PROYECTO UNI: UN EJEMPLO DE VINCULACIÓN DE TRABAJO COMUNITARIO – UNIVERSIDAD DEL ZULIA. Dr. Jorge Izquierdo, Consultor de la Fundación W. K. Kellogg.

Las experiencias efectuadas en las últimas décadas por Universidades Latinoamericanas, de trabajo en las Comunidades y Servicios de Salud, han estado orientadas a promover el Aprendizaje Basado en la Solución de Problemas (Problem-Solving Based Learning). Esto es, fomentar el aprendizaje autodirigido articulado con la solución de los problemas reales que afectan a la Comunidad. En este caso, no se trata de utilizar la Comunidad como un recurso didáctico, para adquirir conocimientos y destrezas. Se trata más bien de un proceso de desarrollo metodológico que busca elevar el proceso educativo de los profesionales en Ciencias de la Salud, de un nivel puramente formativo, a un nivel formativo-productivo, combinando el aprendizaje con el servicio.

Esta es una diferencia de fondo entre el abordaje de la mayoría de instituciones que aplican el PBL, especialmente en los países industrializados, y las instituciones Latino-americanas. Es en este contexto que la propuesta del Programa UNI, de promover la ampliación y sistematización de las experiencias de articulación entre la Universidad, la Comunidad y los Servicios, buscando el fortalecimiento de cada uno de ellos a través de la participación conjunta y el apoyo recíproco en la solución de problemas concretos, constituye el reto más importante de esta nueva etapa en la Educación Superior Latinoamericana.

CONCLUSIONES

1. Al revisar la evolución del desarrollo comunitario en el contexto venezolano, se ha encontrado un mayor avance dentro de la teoría representado en la normativa legal, pero en la práctica se ha logrado poco de la concepción real del desarrollo local.

2. En los últimos años se han registrado aumento de organizaciones vecinales y constitución de los llamados Consejos Comunales, bajo la imperiosa necesidad de “organizarse para pedir y recibir recursos”.

3. Las comunidades son un instrumento político más, donde la organización es importante, siempre y cuando, se convierta en un grupo de presión efectivo que le permita al caudillo local, tener herramientas suficientes para lograr mayor designación de presupuesto, y solo así se generaran cambios en el entorno de la comunidad.

4. La vinculación del Estado con los barrios y poblaciones pobres, se ha hecho desde la perspectiva del asistencialismo y/o el clientelismo político-partidista, gracias al “boom petrolero” caracterizado por una extraordinaria entrada y distribución de recursos.

5. El desarrollo local requiere de la movilización de todos aunque sea en pequeñas proporciones y que el sistema de actores promueva la sinergia entre los distintos tipos de capital social, cultural, político y económico con el objetivo de ponerlos en valor y al servicio de un proyecto inclusivo de ciudad.

6. Se plantea a las cooperativas como un ejemplo de organizaciones que se originan ante una necesidad, en este caso sería, ante la insuficiencia de Instituciones que proporcionen servicio de salud de calidad y sean accesibles a las comunidades.

7. Las cooperativas de usuarios son las que tienen el mayor impacto en la provisión de servicios de salud de calidad, pues el hecho de que los usuarios sean los propietarios de las estructuras y los que deciden tanto de la política general como de las prácticas operacionales, ofrece ga-



rantías de que los servicios sean adaptados a las necesidades.

8. Organizaciones controladas por los usuarios de los servicios, existe un mayor incentivo hacia la prevención, que en organizaciones que responden a los intereses de profesionales de proveedores de servicios de salud.

9. Estudios realizados en algunos países demuestran los costos más bajos de las cooperativas en relación con otros tipos de estructuras de prestación de servicios de salud.

10. Las cooperativas contribuyen a la participación de las personas en la planificación, diseño y operación de los servicios de salud, participación que es según la OMS un prerrequisito para el logro de servicios primarios de salud viable y sustentable.

11. La participación ciudadana es una estrategia tendiente a mejorar la eficacia de la gestión, a incrementar la legitimidad de las instituciones, o los gobiernos electos, o bien tratando de responder a una demanda social que forma parte del desarrollo local.

12. La participación ciudadana implica un proceso mutuo de transformación en la medida en que la persona al mismo tiempo que transforma, se ve transformado por la realidad o hecho en que participa.

13. El reto del presente para alcanzar una verdadera participación en Venezuela, para que la Constitución vigente tenga aplicabilidad, comienza por modificar y superar la relación asimétrica que existe entre Estado y Comunidad.

14. En el marco del desarrollo social, la promoción de la salud pretende el logro del bienestar y la calidad de vida individual, familiar y comunitaria, reconciliando los intereses particulares con lo institucional y colectivo, incorporando la participación ciudadana en la gestión de salud.

15. El trabajo comunitario permite conocer que muchos problemas de salud tienen su origen en problemas sociales, culturales, educativos, de organización, económicos...etc., y por tanto se debe

vincular la acción con otras instituciones que en su ámbito trabajan por el desarrollo integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferrer M, Quintero C. Barroso H. Maracaibo, periferia y área central. Hacia una política de consolidación urbana sustentable en Venezuela. *Rev Ciencias de Gobierno* 2002; 6(11): 51-78.
2. Becerra F, Diez O. El espacio regional como escenario de los procesos de globalización: la región ante el nuevo milenio. En *Barrios C: Desarrollo empresarial desde la perspectiva local*. Edición Grupo Eumednet. España: Red académica Iberoamericana local global; 2010. P 15-28.
3. Alonso O. Viedman: Viedman: La construcción de un proyecto colectivo. *Actores y desarrollo local*. Argentina: EDUCO. Universidad Nacional de Comahue, Neuquen; 2008. P 109.
4. Richer M. Participación y organización comunitaria en el sector salud: Servicios sociales quebequense. *Revista de Ciencias Sociales* 2005; 11(2): 1-9.
5. Briceño-León R. Venezuela: Retos y problemas para alcanzar la participación comunitaria en el control de las enfermedades tropicales. *Saber-ULA* 1994;003-004(08,09):165-176
6. Poggiese H. Desarrollo local y planificación Intersectorial, participativa y estratégica. Breve revisión de conceptos, métodos y prácticas (extenso). *Memorias IIº Seminario Internacional "Parques tecnológicos e incubadoras de empresas desarrollo local y gestión tecnológica"*, 2000. Buenos Aires, Argentina. P1-19.
7. Chacón T. El desarrollo Local y la relación estado-comunidad en Venezuela. *Rev Cuestiones Locales* 2008; 6:190-204.
8. Bresser L. Una reforma gerencial de la administración pública en Brasil. *Rev del CLAD reforma y Democracia* 1997; 9: 1-27.
9. Cunill N. Repensando lo público a través de la sociedad. Centro Latinoamericano de Administración para el desarrollo-CLAD. Venezuela: Editorial Nueva Sociedad; 1997. P 320.
10. De la Cruz R. Descentralización, Gobernabilidad y Democracia. COPRE-PNUD. Venezuela: Editorial Nueva Sociedad; 1992. P 15-73.
11. Levine D, Crisp B, Rey J. El problema de la legitimidad en Venezuela. *Rev Cuestiones Políticas* 1996; 16: 5-43.

12. Maingon T, Patruyo T. Las elecciones locales y regionales de 1995: tendencias políticas. *Rev Cuestiones Políticas* 1996; 6: 91-136.
13. Giuliani LF, Ramírez A. El Contexto Comunitario. En: Serie Quehacer comunitario. 1era edición. Venezuela: Fundación Centro Gumilla 2006; 1, 4, 5. P 72
14. Ander-Egg E. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad: ¿Qué es el desarrollo de la comunidad? 2da Edición. Argentina Grupo Editorial Lumen; 2003. P 151
15. González E. Manuel sobre Participación y Organización para la Gestión Local. Colombia: Ediciones Foro Nacional por Colombia; 1995. P133
16. Movimiento Pro-vecinal, Milwaukee No. 42 Col. Nápoles Delegación Benito Juárez C.P. 03810. Manual de organización vecinal. México [citado: 02-02-2014]. Disponible en: www.provecino.org.mx.
17. Instituto Nacional de Fomento Cooperativo. La cooperativa y su desarrollo empresarial: una introducción. 2da Edición. Costa Rica: Infocoop 2004. P28. Disponible en www.campus.co.cr/educoop/docs/md/fa_infocoop_fasc_4.pdf
18. García A. Un análisis de la nueva Ley especial de asociaciones cooperativas de Venezuela. *CAYAPA* 2002; 2 (3): 1-14. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/18619/1/articulo3-5.pdf>.
19. Richer M. La Empresa Cooperativa en los Sectores de Salud y de los Servicios Sociales: Una encuesta global. *Rev Cayapa* 2002; 2 (004): 94-106.
20. Richer M. Las Cooperativas de Salud en Venezuela. *Revista Cayapa* 2002; 2(004):29-45.
21. Orlando M. Microempresas en Venezuela: desempeño, capital físico y capital humano. *Rev sobre Relaciones Industriales y Laborales*. 2000 [citado: 02-02-2014]; nº 36. Disponible en: revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/temas/index.php/rrii2/article/view/1270/1135.
22. República Bolivariana de Venezuela Asamblea Nacional. 2009. Ley Orgánica de los Consejos Comunales. Caracas, Venezuela.
23. Astray L, Aguiló E, Bellver A, López M, Lozano M, Montaner I, Reyes C, Siles D, Soler M. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. 2da edición. España: Nueva Imprenta. S.A. 2000.P55. Disponible en: www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/recomendacionesPACAP1.pdf
24. Ministerio de Salud. Metodología para el trabajo comunitario en salud.. Dirección Regional de Cajamarca. Atención Primaria y Saneamiento Ambiental Básico 2010 [citado: 02-02-2014]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/21.pdf>



ESPIRITUALIDAD COMO EJE TRANSVERSAL PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD: PRIMER MOMENTO

Spirituality as a Transversal Axis for Transforming Health Care: The First Moment

MENDOZA GREGORIANA *Doctorado en Innovación Educativa, Especialidad en Metodología de la Investigación, Licenciatura en Enfermería. Docente Titular de Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. Universidad del Zulia. gregoriana4333@gmail.com*

RESUMEN

El secularismo ideología que inculca en la conciencia de la persona principios individualistas, con mitigación de los valores colectivos. Los ambientes de salud, no escapan de él. El objetivo fue analizar la espiritualidad como eje transversal para la transformación de la atención en salud ante el secularismo. Análisis descriptivo: a partir de 2002 se realizan investigaciones descriptiva sobre la espiritualidad en enfermos, la familia, los profesionales de la salud, en maestros y profesores; en 2004 se aplican aspectos espirituales en estudios correlacionales y explicativos; desde 2008 se incurso en investigaciones cualitativas, dando como resultados los cuidados espirituales como estrategia educativa; en la actualidad se brindan cuidados espirituales como innovación educativa en todo ambiente. Análisis conclusivo: los usuarios sanos o enfermos pueden identificar, las motivaciones humanas altas y las necesidades espirituales; las necesidades espirituales dan sentido, trascendencia a su existencia personal y laboral; reflexión de su rol y responsabilidad en la familia, en el ámbito laboral; surgen la empatía, la solidaridad, el amor fraterno, valor trascendental de la vida. Los cuidados espirituales devela lo intersubjetivo del Ser; la conciencia de sí; promueve el saber convivir en su "Ser-ahí su Ser- con" los otros; facilitan el saber hacer, motivando la conciencia para sí, acompañar a los otros en la existencia: vida, enfermedad, proceso de morir y muerte. Los cuidados espirituales como innovación educativa transformar la conciencia ciudadana y conciencia colectiva, contribuyendo a la formación del ciudadano y del profesional de la salud; transforma la salud en salud integral; transforma la atención en salud.

Palabras clave: Espiritualidad, transformación, atención, salud.

ABSTRACT

Secular ideology instills individualistic principles in a person's consciousness, mitigating collective values; health environments do not escape this situation. The aim of this study was to examine spirituality as a central axis for transforming health care in the light of secularism. Descriptive analysis: Since 2002, descriptive research on spirituality was performed on patients, families, health professionals, teachers and professors. In 2004, spiritual aspects were applied in correlational and explanatory studies. Since 2008, qualitative research has been conducted pointing to spiritual care as an educational strategy. Currently, spiritual care is being offered as an educational innovation in all environments. Conclusive analysis: healthy or sick users can identify elevated human motivations and spiritual needs; spiritual needs give meaning and transcendence to their personal and work-related life; a reflection of their role and responsibility in the family, in the workplace; empathy, solidarity, fraternal love and the transcendental value of life arise. Spiritual care reveals the intersubjectivity of being, self-awareness; it promotes knowing how to co-exist in "being there, being with" others; it provides know-how, encouraging awareness of one's self and for accompanying others in the phases of existence: life, illness, the dying process and death. Spiritual care is an educational innovation for transforming citizen and collective consciousness; it contributes to training citizens and health professionals; transforms health into holistic health; and transforms health care into health.

Keywords: Spirituality, transformation, health care, health.

INTRODUCCIÓN

En la década de los 90, se manifestó el fenómeno del secularismo en los establecimientos de salud y en los espacios universitarios. El secularismo se caracteriza por inculcar en la conciencia de la persona principios individualistas, una visión de valores individuales con mitigación de los valores colectivos, aceptando los valores tangibles y relativos en el quehacer diario. El secularismo es una ideología que cambia los principios de la educación formal por el utilitarismo en todas las profesiones. El utilitarismo en la prestación en salud conduce al individualismo al egocentrismo, a la inmanencia, buscando el provecho personal en forma mecanicista.

El objetivo de este artículo fue analizar la espiritualidad como eje transversal para la transformación de la atención en salud.

Autores sociales intervinientes ante el Problema: La Unesco (1) en el año 1996 se reflexionó para volver a la esencia humana, cambiando el

concepto de persona individual a persona humana; ella refiere que, con el proceso enseñanza-aprendizaje se retomara las riendas del humanismo extraviado, por las filosofías existente en la actualidad el secularismo y el pragmatismo. Las riendas del humanismo, se promueve por medio de los cuatro saberes; ellos son: saber compartir, saber convivir, saber ser y saber hacer.

En este fin el Papa Juan Pablo II (2) en la encíclica *Salvifici doloris*, refiere: "la familia, la escuela, y las demás instituciones educativas, aunque sea por motivos humanísticos, deben trabajar con perseverancias para despertar y afinar la sensibilidad del joven estudiante hacia el prójimo y su sufrimiento".

Por consiguiente, las posturas epistémicas, la visión filosófica de la vida, las percepciones, las actitudes y los comportamientos ante los otros, es solo posible transformarlo por medio del proceso de enseñanza-aprendizaje. El proceso de enseñanza-aprendizaje no es un atributo exclusivo de la educación formal (la academia), sino tam-



bién, es una herramienta primordial en la educación informal vivida en la familia, con los amigos, las asociaciones, los clubes deportivos, los consejos comunales; en fin, en todos los espacios del diario vivir.

El proceso enseñanza aprendizaje busca que el estudiante sea consciente de él mismo (metacognición) y aplique lo adquirido, cambiando actitudes, haciéndose autogestor personal, familiar y profesional en la cotidianidad. Por consiguiente, las ciencias de la salud como ciencias sociales deben emplear el proceso de enseñanza - aprendizaje no solo para la formación pregrado, postgrado y la educación continua; sino también, en la investigaciones neopositivista, investigaciones cualitativas emergentes, en la responsabilidad social de los establecimientos de salud para la comunidad. Las ciencias de la salud deben insistir en brindar atención a la complejidad ser humano, se expresa en ser holístico: aspecto social, aspecto espiritual, aspecto ecológico, no solo en los aspectos físico y mental.

Las ciencias de la salud abordando el aspecto espiritual, daría un nuevo matiz, una nueva imagen, donde convergen la destreza, lo eficiente, lo habilitado, lo científico- tecnológico con lo espiritual- ecológico y lo social, llegando a humanizar la prestación del cuidado en salud. Según la filóloga Martínez (3) la palabra humanizar deriva de humanar, que alude a la Encarnación del Verbo Divino. Por consiguiente la cercanía, la afabilidad, la ternura, la benignidad, la mansedumbre, la generosidad, la cortesía, la consideración, la bondad, la caridad, ser cordial y ser familiar con el otro, es hacerse humano; el ser sensible, ser compasivo, ser indulgente ante las desgracias de los otros es hacerse humano.

Si se transfieren estas referencias de la palabra humanizar al mundo de la salud, del dolor y el sufrimiento se observa que hay una gran relación entre su significado y los valores que aún existen en las relaciones terapéuticas. La acción y alcance es, hacerse humano, persona humana, es el encuentro del tú con el yo, es el alguien, no el algo; el caso x del piso de medicina interna, el número de cama, la patología x.

Análisis descriptivo: Por ello, hubo la inquietud, para año 1998 de crear e innovar una unidad curricular que transformara por medio de los cuatro saberes: saber compartir, saber convivir, saber ser y saber hacer, la percatación mecanicista e individualista del estudiante de la facultad de medicina a una concienciación de trascendencia en el otro, con visión en las realidades antropocéntrica, el ser ahí el ser con, realzando la dimensión espiritual, la dimensión ecológica, el cuidado espiritual para sí y para el otro. La unidad curricular vigente aun como Electiva I, en la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, se llama Visión Antropológica a la Luz de la Teología.

Esa unidad curricular tiene como propósito conducir e introducir a los futuros profesionales de la salud en primer lugar, conocer su espiritualidad, la conciencia de sí, la vocación ser enfermeros y cuidar su espíritu; en segundo lugar, conocer la espiritualidad del otro, la conciencia para sí, cuidar al otro con vocación de servicio brindando una atención en salud integral a los usuarios sanos o enfermos, a la familia y a la comunidad. Fue así que, buscando dar fundamento científicos a la unidad curricular, desde año 2002 se comenzó a realizar investigaciones con un enfoque neopositivista tipo descriptiva sobre la espiritualidad de los usuarios enfermos, la familia, la espiritualidad de los profesionales de la salud enfermeros, médicos, fisioterapeutas; la espiritualidad de los maestros de básica, a los profesores de educación media y profesores universitarios; dando como conclusiones entre otras, la necesidad aplicar un cuidado al espíritu.

Para el 2004 se continuo realizando investigaciones aún con enfoque neopositivista pero con una profundidad mayor en los objetivos: estudios correlacionales y estudios explicativos; en esas investigaciones se aplicaron algunos aspectos espirituales de la unidad curricular visión antropológica a la luz teológica, conllevando a surgir los cuidados espirituales. En el 2008 se incurso en investigaciones con fundamentos epistémicos postpositivitas o

cualitativos, dando como análisis concluyente entre otros que, los cuidados espirituales como estrategia educativa devela lo intersubjetivo de la conciencia del Ser; la conciencia de sí en su condición sana o enferma; en su “Ser ahí y Ser con”.

Los cuidados espirituales como estrategia educativa promueve el saber compartir en la existencia, saber convivir, saber Ser y saber hacer; facilita el saber convivir en su “Ser-ahí con las otras personas humanas en su Ser- con”; facilitan el saber hacer, motivando la conciencia para sí, en el acompañamiento hacia los otros en la existencia: vida, enfermedad, proceso de morir y muerte, los cuidados espirituales son una estrategia educativa para la transformación de la conciencia. En el 2012, la autora publica el libro cuidados espirituales como innovación educativa teoría fenomenológica, promoviendo los cuatro saberes promulgados por la UNESCO.

Fundamentos legales: Los cuidados espirituales se fundamentan dentro de los basamentos legales en primer lugar, en la declaración de La Organización de las Naciones Unidas y en segundo lugar, en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

En primer lugar, La Organización de Naciones Unidas (4) sobre la eliminación de todas las formas de intolerancia y discriminación de la Religión o Creencias, señala: todo el mundo tendrá el derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia, libertad de religión o creencia de su elección. Libertad de manifestar su religión en la liturgia, observancia, prácticas, y enseñanza en forma individual, comunitaria, en público y privado.

En segundo lugar, en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (5) en el título III de los deberes, derechos humanos y garantías, capítulo I disposición general, en el artículo 21 indica: todas las personas son iguales ante la ley y en consecuencia no se permitirán discriminaciones fundadas en la raza, sexo, el credo, la condición social. Sin menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad, de los derechos y libertades de toda persona.

Estas declaraciones de la ONU y de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, promueven y divulgan en los ámbitos sociales la conciencia ciudadana y colectiva; una manera de la aplicabilidad de estas leyes es por medio de la unidad curricular visión antropológica a la luz teológica y en las investigaciones con los cuidados espirituales. Se les oferta al estudiante y el usuario el respeto, la igualdad que se merece, a la no discriminación de ninguna índole, la libertad, la autonomía de manifestar su religión o creencia de su elección.

Los cuidados espirituales como innovación educativa es el conjunto de enunciados epistémicos caracterizados por sistematicidad sobre el ser, el sentido del ser, la existencia; la existencia es decir, buscar lo que se muestra y como se muestra en la conciencia del informante clave sobre la vida, el continuo salud-enfermedad, el proceso de morir y la muerte.

Para la aplicación a la ciudadanía en general de los Cuidados Espirituales como innovación educativa, se debe utilizar tres momentos en su acción, con visita diaria, una frecuencia de 20min por 30 días consecutivos. El primer momento es la identificación en el usuario de las necesidades o motivaciones humanas altas y las necesidades espirituales; el segundo momento es la identificación en el usuario de los diagnósticos espirituales de Enfermería; el tercer momento es la planificación educativa utilizando el proceso enseñanza aprendizaje.

Los saberes utilizados para la concienciación del usuario en los Cuidados Espirituales como innovación educativa son: las necesidades o motivaciones humanas altas y las necesidades espirituales; los diagnósticos de Enfermería espirituales: el sufrimiento espiritual, la ansiedad y la desesperanza espiritual en los usuarios; las realidades antropológicas: la corporeidad humana la inmanencia, la trascendencia, ser para la comunión, ser espiritual; la problemática fundamental del ser humano, la dicotomía intrínseca de la persona humana, dicotomía en: la familia, la co-



munidad, la sociedad, las relaciones laborales, consecuencias en la humanidad; respuestas a la problemática fundamental del hombre filosóficas ontológicas: Parménides, Sartre, Heidegger, Sheller, Ferrater Mora, Habermas; y antropológica - teológica del Concilio Vaticano II.

El primer momento de los cuidados espirituales, que se va desarrolla en el presente artículo, es la identificación de las necesidades o motivaciones humanas altas y la identificación de las necesidades espirituales. Cabe destacar que este 1er momento de los cuidados espirituales cuando se va aplica a los usuarios sanos o enfermos es en razón 15 días de visitas continuas; es decir, se brinda el proceso enseñanza- aprendizaje de cada necesidad por visita, con una frecuencia de duración no más de 20min. A continuación el desarrollo de las necesidades o motivaciones humanas altas y las necesidades espirituales.

Todos los seres humanos tienen necesidades, requerimientos en el diario vivir, donde buscan, solicitan y les urgen satisfacer en el transcurso de la existencia. En esa búsqueda de satisfacción o el logro de las mismas, la persona humana trabaja, se esfuerza, pone todo su empeño e inteligencia y solicitud; no sólo, en las necesidades que abarcan la de supervivencia o biológicas, las bioquímicas, las fisiológicas propias de los seres vivos en general, sino las más íntimas las espirituales.

Sobre las necesidades humanas, Maslow (6) conceptualizó, jerarquizó y clasificó en cinco grandes renglones, que subdividió entre sí, incluyendo desde las más básicas hasta las más altas. En este artículo se mencionaran sólo las relacionadas con los cuidados espirituales. En primer orden, la autorrealización: el ser humano desea dejar huellas de sus pasos en este mundo, perpetuarse en la propia obra, verterse hacia el exterior; entre las necesidades están: la realización del potencial o la creatividad, la estética, la trascendencia y la concepción filosófica.

En segundo orden, las del Ser o del YO: al ser humano le es imprescindible, emocionalmente, darse cuenta que constituye un ser estimado

dentro del contexto de relaciones interpersonales, entre las necesidades se encuentra: la autoestima, el reconocimiento, el auto-respeto, la espiritualidad y el amor.

En tercer orden, las necesidades sociales: el ser humano requiere vivir dentro de una familia y comunidad, entre las necesidades están: el status, las creencias religiosas, la comunicación y el gregarismo.

Las necesidades de autorrealización, las del ser y las necesidades sociales, describen el fuero interno, la interioridad y la conciencia de la persona humana, se incluyen, los anhelos y las aspiraciones del ser, las del yo, hasta llegar, a las más sublimes del deseo del corazón humano, como la inmortalidad y la trascendencia que desborda su ente el aspecto anatómico-fisiológico. La inmortalidad y la trascendencia son características o necesidades espirituales exclusivas del ser humano de todos los tiempos, y no de los seres infra-personales (no persona).

Estas necesidades antes mencionadas, se expresan en el hecho de que el hombre va más allá de su ego, en la búsqueda del fundamento y sentido de la vida, los valores, las actitudes, lo bello-hermoso, lo admirable o las limitaciones, las dificultades, los fracasos, el sufrimiento, las afecciones, y la muerte; en fin, de la existencia en la historia que a cada ser humano le cuestiona. Asimismo, las necesidades religiosas también son características exclusivas del ser humano en todos los tiempos. Ésta necesidad se expresa en la particular búsqueda de una relación que proporcione seguridad y protección; la persona puede depositar esa seguridad en cualquier objeto, ideología, ser superior o divino donde apoye su creencias y fe; la palabra religión proviene del verbo griego religación (unión o relación del hombre con un ser supremo).

Las relaciones (hombre y dios) en cualquier religión, son polifacéticas influenciadas por las tradiciones culturales, familiares, por los estados emocionales, por los estados afectivos y de salud / enfermedad, por las experiencias de maravillas

o de limitaciones en el transcurso de su vida, tratando de dar una respuesta coherente al sentido de la vida y de la muerte en busca de satisfacer sus necesidades trascendentales o espirituales.

Para satisfacer las necesidades trascendentales o espirituales se requiere conocerlas, concienciarla y vivirla en la cotidianeidad. Se hizo una reflexión sobre la noción de espiritual, la cual designa una propiedad mucho más amplia que la fe religiosa; además, identificó las necesidades espirituales en el enfermo en fase terminal (7).

En este artículo se teoriza sobre las necesidades espirituales que son la motivación intrínseca que mueve e impulsa toda las etapas de la existencia de la persona humana sana o enferma. Las necesidades espirituales no tienen un orden de jerarquía ni se clasifican, pueden ser vivenciadas en forma simultánea. Estas necesidades espirituales son: 1era, ser reconocido como persona, 2da, volver a leer su vida, 3era, la búsqueda de un sentido, 4ta, librarse de culpabilidad, 5ta, el deseo de reconciliación, 6ta, establecer su vida más allá de sí mismo, 7ma, continuidad de un más allá y 8va, la necesidad de expresión religiosa.

La 1era necesidad espiritual es Ser reconocido como persona, se suscribe en la identidad los nombres y los apellidos. Se expresa por ser nombrado e identificado como sujeto y no como objeto (matricula, numero, cedula de identidad, apodos), ser amado en su diferencia; el ser aceptado tal cual en la situación en la que se encuentra en su existencia de "ser -ahí", ser escuchado expresando libremente su realidad interna, su conciencia, sus actitudes, aprehensiones, sus penas y su amor. Todo lo que amenace la identidad de distinta manera origina un sufrimiento espiritual y ruptura social. Las ruptura social donde se privan los roles y responsabilidades de sus compromisos adquiridos conllevando al sujeto a la soledad.

La 2da Necesidad espiritual volver a leer su vida: todo los momentos significativos o adversos colocan al sujeto delante de su propia vida, la existencia; conlleva a la relectura de las etapas de la vida; volver al pasado apreciarlo, contemplar-

lo vivenciar y apropiarse de existencia. El hablar de su vida pasada, de lo realizado positivamente o negativamente es tomar un sentido en la vida, el deseo de reconocerse en lo mejor de sí mismo por haber amado y haber sido amado es empoderarse de su existencia.

La 3era Necesidad espiritual es la búsqueda de un sentido: todo ser humano busca dar razón de su existencia, su misión en este mundo. Busca lo verdadero, lo esencial, es la extrema necesidad de encontrar un sentido a su propia existencia: el proceso de vivir, de enfermar y el proceso de morir. Se cuestiona con agudeza con interrogantes el sentido de su vida, de lo que ha sido, de lo que ha vivido. El fin, se impone a su conciencia para dar un sentido al sufrimiento, para comprender la vida y la muerte. El diálogo filosófico existencialista sobre el "ser ahí y el ser con" la "existencia".

La 4ta Necesidad espiritual es librarse de culpabilidad: la persona humana se plantea interrogantes ante las contrariedades, las adversidades, las enfermedades, las tragedias en la vida; las interrogantes podrían ser: ¿Por qué a mí?, ¿Por qué ahora?, ¿Qué es lo que he hecho, para que Dios me castigue así? Se presenta un sentimiento de culpa, la persona busca una expiación del hecho ocurrido, su actuación contra los otros. Para salir de la culpabilidad hay que buscar una verdadera reconciliación consigo mismo y con el otro.

La 5ta Necesidad espiritual es el deseo de reconciliación: cada ser humano lleva consigo gestos de odio, rupturas y repliegues sobre sí mismo; cuando se concientiza se reflexiona sobre esos gestos es el primer paso para solicitar el perdón. La solicitud del perdón por medio de la confesión sacramental o confesión secular es la búsqueda de la esperanza bajo el signo de la reconciliación. Permitir encontrarse con la realidad de la reconciliación consigo mismo, con los otros y con Dios, es llegar a ser ellos mismos; jamás es tarde para rechazar, negar y retirar el mal que se ha hecho.

La 6ta Necesidad espiritual es establecer su vida más allá de sí mismo: Se manifiesta de dos formas en la apertura de la trascendencia (la do-



nación, el amor) y en la necesidad de reencontrar la solidaridad con los semejantes. La solidaridad fuente de sentimientos y de relaciones con la familia en el hogar, en la comunidad.

Existen cuatro motivos de recurso y de apertura a la trascendencia: la naturaleza, el arte, el reencuentro con las personas significativas y el culto. Con la naturaleza (lugar privilegiado fuente de recursos de fortaleza, contemplación y de paz). Con el arte (creatividad humana que expresa la belleza de los seres y las cosas, la música); con el reencuentro (amor de los amigos, ancianos y niños).

Con el culto en la organización del espacio para los rituales donde expresen los fieles en asamblea la apertura en el tiempo de la presencia de Dios. Será útil conocer cuál de estos motivos de recursos y de apertura a la trascendencia son de reencuentro privilegiados para la persona humana.

La 7ma Necesidad espiritual es la continuidad, de un más allá: las personas buscan situar su existencia en un conjunto más extenso, defender la continuidad de valores de fraternidad, justicia, respeto; quiere pertenecer a una asociación, grupo de amigos o una iglesia; así como también, cuando las relaciones familiares son buenas quieren compartir su ser ahí trascender en ellos. La defensa de los valores de fraternidad, justicia, respeto manifiesta el modo de ser -ahí" y el "ser -con", su modo de conducirse. La necesidad de continuidad es uno de los requerimientos de mayor arraigo en el ser humano.

La 8va Necesidad espiritual es la expresión religiosa: la mayoría de los seres humanos buscan tener relación con un ser superior o ente que le explique los acontecimientos de la vida y le proporcione seguridad, protección en su existencia. Siendo así que la petición de la visita de laicos, de un presbítero, del rabino o de un pastor (diálogos en corriente filosóficas o ideológicas, oración en común, lectura de salmos lecturas bíblicas y para los santos oleos), puede ser la expresión de apertura a la trascendencia, desea transmitir un mensaje de fe y esperanza, cree en la inmortalidad del alma y la resurrección del cuerpo.

Análisis conclusivo: en el primer momento de los cuidados espirituales, los usuarios sanos o enfermos pueden identificar en 15 días, las motivaciones humanas altas y las necesidades espirituales; pueden concientizar que los requerimientos en el diario vivir no solo son las necesidades básicas, sino la espirituales, las cuales dan sentido, trascendencia a su existencia personal y laboral; reflexión de su rol y responsabilidad en la familia, en el quehacer diario en el ámbito laboral; surgen la empatía, la solidaridad, el amor fraterno, valor trascendental de la vida.

Los cuidados espirituales como innovación educativa en 15 días, pueden transformar la conciencia ciudadana y la conciencia colectiva; la concienciación de las necesidades espirituales brinda al usuario sano o enfermo empoderamiento de su Ser ahí- Ser con, contribuyendo a la formación del ciudadano y del profesional de la salud, evidenciándose como una de las mejores prácticas en la acción educativa y de aprendizaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNESCO. Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: Visión Acción. Disponible: <http://www.redinnovacioneseducativasINNOVEMOSUNESCO@.com>. 1998.
2. Papa Juan Pablo II en la encíclica Salvifici doloris. Ediciones Paulinas.Italia. 2009 p. 72
3. Martínez, A. la fuerza de los limites. Editor. Libros del innombrable. 2012 p. 202
4. La Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de todas las formas de intolerancia y discriminación fundadas en la religión o las convicciones. 1981. [Citado el agosto 2014]. Disponible: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/intolerancia.htm>
5. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Ediciones Dabosan. 1999. p 220.
6. Maslow, A. Motivacion y Personalidad. Ediciones DosSantos. 1943. p. 433
7. Thieffrey, J. Necesidades espirituales del enfermo terminal, Labor Hospitalaria, n° 225-226, Barcelona.1992. p. 227-228.



EVIDENCIAS DE MORTALIDAD, MORBILIDAD Y PREVALENCIA DE PARASITOSIS INTESTINALES EN EL ESTADO ZULIA DURANTE EL PERÍODO 1996-2006

Evidence of Death, Morbidity and Intestinal Parasite Prevalence in Zulia, 1996-2006

LILIBETH CABRERA ^{1*},
ODELIS DÍAZ-SUÁREZ ²

¹Laboratorio de Zoología de Invertebrados,
Departamento de Biología, Facultad
Experimental de Ciencias.

²Facultad de Medicina. Universidad del Zulia.
Maracaibo, Venezuela.

* cabrerailibeth@gmail.com

RESUMEN

Con el objeto de explicar la naturaleza de los eventos de infección y enfermedad parasitaria, el tipo de parasitismo más frecuente, sus aspectos socio-económicos, por municipio se realizó el presente estudio. Se hizo un análisis racional de los datos referentes a las estadísticas de mortalidad, morbilidad y prevalencia procedentes de dos centros de Salud Pública así como de trabajos de investigación abarcando el periodo 1996-2006. Como resultados se encontró que la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias presenta un rango de porcentaje entre 13,48% a 6,88% con un promedio de 9,35%, separándose progresivamente de los primeros ocho lugares, con una tendencia a ubicarse en el puesto número 12. Los años 1996, 1997 y 1998 muestran los mayores porcentajes de mortalidad. El municipio más comprometido con casos de mortalidad fue Maracaibo, seguido de San Francisco. En relación a la morbilidad, los casos de helmintiasis estuvieron por encima de las protozoosis como: amibiasis y giardiasis. Los resultados encontrados, dejan clara evidencia de la alta vulnerabilidad de la población zuliana a padecer de enfermedades parasitarias que suelen estar asociadas con inadecuadas condiciones higiénico-sanitarias y del medio circundante.

Palabras clave: Estadísticas, mortalidad, morbilidad, prevalencia, parásitos intestinales.



ABSTRACT

This study was performed to explain the nature of infection and parasitic disease events, the most frequent type of parasitism and socio-economic aspects by municipality. A rational analysis was made of mortality, morbidity and prevalence statistics from two public health centers as well as research covering the 1996-2006 period. Results indicated that the mortality rate from infectious and parasitic diseases ranges between 13.48% and 6.88% with an average of 9.35%, which gradually separates itself from the first eight places and tends to locate in the 12th place. The years 1996, 1997 and 1998 show the highest mortality percentages. The municipality most involved in cases of mortality was Maracaibo, followed by San Francisco. In relation to morbidity, cases of helminthiasis were above those of protozooosis, such as amoebiasis and giardiasis. The results present clear evidence of the high vulnerability of the Zulia population to parasitic diseases that tend to be associated with inappropriate sanitary conditions and the surrounding environment.

Key words: Statistics, mortality, morbidity, prevalence, intestinal parasites.

INTRODUCCIÓN

Las parasitosis intestinales son un conjunto de padecimientos causados principalmente por organismos invertebrados conocidos como protozoarios y helmintos. Es un problema de Salud Pública que afecta a 3 billones de personas alrededor del mundo, sobre todo en países con escasos recursos o en vías de desarrollo. No son un fenómeno estático, es por esto que su frecuencia o prevalencia así como los tipos de parásitos son diferentes entre países, estados o comunidades (1).

Es bien sabido, a lo largo de la historia, que las enfermedades parasitarias han estado involucradas en daños a la humanidad, debido a las tasas de morbilidad y mortalidad en las sociedades. Esto ha contribuido a un deterioro de la salud, trayendo consigo un impacto global, en la productividad y calidad de vida del hombre, que a su vez, incide sobre el desarrollo socio-económico de los países.

Las enfermedades parasitarias son de gran importancia por diversas razones, la primera es que son muy frecuentes y en consecuencia una parte muy numerosa de la población mundial se encuentra infectada, incluso un solo individuo

podría ser portador de varias parasitosis. Como segunda razón se presenta el daño físico evidente en algunos casos, y aparente en otros, debido a que la parasitosis presenta una amplia gama de posibilidades, que van desde cursar asintomático, hasta casos que ocasionan la muerte. En este sentido, se resalta la relación huésped-parásito, donde el huésped puede ser el hombre y su conexión con el medio ambiente donde reside, y esto nos lleva a pensar que la parasitosis se encuentra en el sentido personal y social de "bienestar y salud" (2).

Estas enfermedades representan un problema de importancia en zonas rurales y urbanas de los países en vía de desarrollo, donde un gran número de habitantes viven en hacinamiento, con graves problemas sanitarios, insuficiente provisión de agua, drenajes y ausencia de hábitos higiénicos (3). Es en estas zonas donde la prevalencia presenta las mayores cifras dada la estrecha relación con la falta de educación para la salud, mala higiene personal, deficientes condiciones sanitarias, bajo nivel socioeconómico y falta de servicios públicos eficientes (2).

Las bases epistemológicas de las enfermedades parasitarias, indican que ocurren con mayor fre-

cuencia en los países en vía de desarrollo con condiciones sanitarias deficientes, ubicándose en la región intertropical del planeta, donde involucra una numerosa población de niños susceptibles a las mismas, que condiciona la realidad geográfica, económica y social existente en la zona (4). En relación a esta última población, niños menores de 5 años, son los mayormente afectados, dado que no han adquirido aún los hábitos higiénicos necesarios para prevenir su enfermedad, además de que no haber desarrollado inmunidad frente a los diferentes tipos de parásitos (5, 6). En general, individuos de todas las edades y sexo pueden ser susceptibles en un momento dado (7, 8).

El propósito de este estudio fue analizar evidencias con respecto a mortalidad, morbilidad y prevalencia de las parasitosis intestinales en el estado Zulia durante el periodo 1996-2006.

MATERIALES Y MÉTODOS

Población

La población de estudio estuvo representada por documentaciones gubernamentales tales como Anuarios de Mortalidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud (antes Ministerio de Salud/ Ministerio de Sanidad y Asistencia Social), Anuarios de Estadísticas de Salud del Estado Zulia, historias médicas de dos instituciones de Salud Pública de la región zuliana como el Servicio Autónomo Universitario de Maracaibo (SAHUM) y el Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe" (HGSDPI) y Revistas Científicas Nacionales e Internacionales, abarcando un periodo de diez años (1996-2006).

Muestra

Estuvo representada por: a) Registros de datos de mortalidad y morbilidad de enfermedades infecciosas y parasitarias (por protozoarios y helmintos) en los Anuarios antes señalados, con discriminación de sexo, grupo etario y municipio asociado b) Historias médicas de pacientes con

diagnóstico de parasitosis intestinales ya sea de amibiasis, giardiasis y helmintiasis, por sexo y grupo etario y c) Investigaciones sobre prevalencia de parasitosis intestinales en grupos y /o poblaciones específicas urbanas o rurales realizados en el periodo de año 1996-2006, presentes en Artículos Científicos en revistas Nacionales e Internacionales.

Método de análisis

Se utilizó el análisis de contenido (9) de casos, párrafos o datos específicos de los documentos. Posterior al análisis de los contenidos, se asumió el análisis Racional (10) lo cual nos permitió develar los elementos definitorios del problema y la expresión de los resultados en gráficos, tablas y figuras, que reflejarán elementos claves o definitorios acerca de la situación de las parasitosis en el estado Zulia en un lapso de diez años. Se calculó las medias de los datos de las historias médicas, utilizando un programa SPSS 10.0 de Windows en español y EpiInfo 6, versión 6.04 de 2001.

RESULTADOS

Al evaluar los Anuarios se encontró que el lugar que ocupa las enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias (A00-A09) en Venezuela, durante el periodo de estudio 1996-2006, va de 8 a 15 como se muestra en la Tabla I. En dicha Tabla se observa un alejamiento del octavo y noveno lugar que se encontraba en los años 1996 y 1997, respectivamente. El porcentaje fue disminuyendo desde un 3,11% hasta un 1,20%, con un promedio de 1,85%, con valores de número de casos de 3.109 hasta 1.450. Tomando en cuenta el número de casos reportados por año, se observa que los años 2002, 2005 y 2006, presentan los más bajos porcentajes de mortalidad.

En la Tabla II se presenta los datos sobre Mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias obtenidos de los Anuarios de Mortalidad de



TABLA I
CAUSAS DE MUERTE POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES Y PARASITARIAS
EN VENEZUELA Y SUS PORCENTAJES ¹

| Causas de muerte | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Lugar ocupado (A00-A09) ² | 8 | 9 | 10 | 10 | 12 | 12 | 12 | 10 | 12 | 12 | 15 |
| Casos | 3.109 | 2.630 | 2.593 | 2.106 | 1.784 | 1.850 | 1.713 | 2.568 | 1.865 | 1.675 | 1.450 |
| Porcentaje | 3,11 | 2,74 | 2,59 | 2,03 | 1,69 | 1,68 | 1,64 | 2,23 | 1,69 | 1,43 | 1,20 |

¹: Datos extraídos de los Anuarios de Mortalidad de Venezuela durante el periodo 1996-2006; ²: Enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias (A00-A09).

TABLA II
CASOS REPORTADOS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
Y PORCENTAJES DURANTE EL PERÍODO 1996 Y 2006, EN EL ESTADO ZULIA

| | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Casos | 13.113 | 13.361 | 13.646 | 14.098 | 14.169 | 15.557 | 14.606 | 16.642 | 15.487 | 15.890 | 16.213 |
| (A00-A99) | 1767 | 1591 | 1459 | 1369 | 1141 | 1306 | 1077 | 1805 | 1245 | 1195 | 1116 |
| % | 13,48 | 11,91 | 10,69 | 9,71 | 8,05 | 8,39 | 7,37 | 10,85 | 8,04 | 7,52 | 6,88 |

Venezuela en los años consultados. Se observa una tendencia hacia la disminución de casos en el estado Zulia (1767-1116), donde se evidencia en sus porcentajes de 13,48% a 6,88%.

Tomando en cuenta el número de casos por enfermedades infecciosas y parasitarias por sexo, en la Tabla III se observa que los mayores valores están adscritos al sexo masculino, con una tendencia a la disminución del número de casos en el tiempo, excepto para el año 1998 y 2001 donde se observa ligeros incrementos, tanto en varones como hembras.

En la revisión de los datos sobre casos de morbilidad general en el Estado Zulia, se observó que las helmintiasis se presentaban por encima de las enfermedades causadas por protozoarios como son la amibiasis y giardiasis, en los años consultados. A su vez el número de consultas por tipo de enfermedad parasitaria, fue incrementando con los años como se presenta en la Tabla IV.

Si se considera la morbilidad por consulta ambulatoria se muestra en la Tabla V la misma tendencia donde los metazoarios están por encima de los protozoarios. Por otro lado, se observa que el lugar que ocupa las helmintiasis está entre 11

a 16, mientras que las amibiasis entre 20 a 25. No se presentan datos de giardiasis.

La revisión de los datos por municipio, en los Anuarios de Estadísticas de Salud del Estado Zulia, arrojó la información que se muestra en la Tabla VI, donde el municipio Maracaibo, se presenta como el de mayor número de casos por helmintiasis, amibiasis y giardiasis, seguido de San Francisco, Cabimas y Mara, manteniéndose la misma tendencia en todos los años estudiados. Entre los de menor consulta tenemos los municipios Francisco Javier Pulgar y José María Semprún. Es de resaltar que de los 21 municipios del estado Zulia, sólo 6 están asociados con casos de mayor consulta de enfermedades entero parasitarias.

Al evaluar las historias médicas de los dos centros de Salud Pública, correspondientes al municipio Maracaibo y San Francisco, se observó que los casos de morbilidad por protozoarios en SAHUM se encontró en un rango de 8-14 para el grupo masculino y de 3-11 para el grupo femenino, el cual se presenta como la menormente afectada, a lo largo del periodo de estudio, a excepción de los años 1997 y 2004, como se obser-

TABLA III
MORTALIDAD GENERAL POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS EN EL ESTADO ZULIA¹

| Causas | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | V 638 | V 582 | V 586 | V 498 | V 466 | V 502 | V 475 | V 468 | V 468 | V 457 | V 422 |
| (A00-B99) | H 418 | H 411 | H 335 | H 354 | H 256 | H 322 | H 321 | H 315 | H 315 | H 299 | H 292 |
| Total | | | | | | | | | | | |
| de casos | 13.113 | 13.361 | 13.646 | 14.098 | 14.169 | 15.557 | 14.606 | 16.642 | 15.487 | 15.890 | 16.213 |

¹: Datos extraídos de los Anuarios de Mortalidad de Venezuela durante el período 1996-2006; A00-B99: Enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias; V: varón; H: hembra.

TABLA IV
MORBILIDAD GENERAL SEGÚN TIPO DE PARASITOSIS INTESTINAL EN EL ESTADO ZULIA¹

| Enfermedad | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Helmintiasis | 43.212 | 42.636 | 32.633 | 51.637 | 46.616 | 47.172 | 52.270 | 57.336 | 57.850 | 58.103 | 58.222 |
| Amibiasis | 22.722 | 20.151 | 19.339 | 23.793 | 22.050 | 23.723 | 23.189 | 27.978 | 23.565 | 25.415 | 25.784 |
| Giardiasis | 6.122 | 5.678 | 6.633 | 10.836 | 8.902 | 8.095 | 9.199 | 9.159 | 9.132 | 9.205 | 9.230 |

¹: Datos extraídos de los Anuarios de Mortalidad de Venezuela durante el período 1996-2006.

TABLA V
CASOS DE MORBILIDAD DE CONSULTA AMBULATORIA EN EL ESTADO ZULIA DURANTE 1996-2006, SEGÚN DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL^{*1}

| Enfermedad | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Diarrea | 98.235 (2) | 98.618 (2) | 96.005 (3) | 110.783 (2) | 118.027 (2) | 128.134 (2) | 122.183 (2) | 149.453 (2) | 150.511 (2) | 150.685 (2) | 151.204 (2) |
| Helmintiasis | 42.125 (12) | 42.636 (12) | 37.242 (16) | 51.637 (14) | 57.191 (11) | 60.342 (14) | 53.270 (16) | 57.336 (14) | 57.421 (16) | 57.647 (16) | 57.705 (15) |
| Amibiasis | 20.012 (21) | 20.151 (20) | 20.704 (24) | 23.313 (24) | - | - | 23.189 (25) | 26.142 (24) | 26.224 (24) | 26.394 (25) | 26.437 (25) |

*: Tasa por 100.000 habitantes; (): Orden o lugar ocupado; ¹: Datos de los Anuarios de Estadística del Estado Zulia 1996-2006.

TABLA VI
MUNICIPIOS SANITARIOS DE MAYOR CONSULTA POR TIPO DE PARASITOSIS ¹

| Enfermedad | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| Helmintiasis | Mcbo SF Mara | Mcbo SF Cab | Mcbo SF Mara | Mcbo SF Mara | Mcbo SF Cab | Mcbo SF Cab | Mcbo SF Mach | Mcbo SF Mach | Mcbo SF Cab | Mcbo SF Mach | Mcbo SF Cab |
| Amibiasis | Mcbo Mara SF | Mcbo Mara SF | Mcbo Mara SF | Mcbo Mara SF | Mcbo SF Cab | Mcbo SF Mara | Mcbo SF Cab | Mcbo SF Cab | Mcbo SF Cab | Mcbo SF Cab | Mcbo SF Cab |
| Giardiasis | Mcbo Mara SF | Mcbo Mara SF | Mcbo Mara SF | Mcbo Mara Lag | Mcbo SF Mara | Mcbo SF Cab | Mcbo SF Mara | Mcbo SF Cab | Mcbo SF Cab | Mcbo SF Mara | Mcbo SF Mara |

¹: Datos extraídos de los Anuarios de Mortalidad de Venezuela durante el período 1996-2006; Mcbo: Maracaibo; SF: San Francisco; Cab: Cabimas; Mach: Machiques; Lag: Lagunillas.



va en la Fig. 1. Los eventos por protozoarios están referidos a casos de consulta por amibiasis y giardiasis abarcando todos los grupos de edad (lactantes, escolares y adultos). En el caso del HGSDPI se observa la misma tendencia en relación al sexo, a excepción de los años 1996, 1997, 1999 y 2005. Se muestran rango de casos entre 6-15 y de 5-15 para el sexo masculino y femenino, respectivamente. Se observa una variabilidad en cuanto los casos, en relación al año y el sexo.

En relación a los casos por morbilidad por helmintos, en la Fig. 2 se observa que en el SAHUM se presenta un rango entre 1-7 para el grupo masculino y de 1-8 para el grupo femenino, donde en los años 1997, 1998 y 2006 se igualan el número de caso por sexo. En el HGSDPI, hay una tendencia a resultar mayor en el grupo masculino a excepción de los 2001 y 2002. En cuanto al

número de casos por sexo, se observan un rango de entre 1-9 y de 1-8 para el sexo masculino y femenino, respectivamente. Los años 1999 y 2002 mostraron el menor número de casos.

En relación al tipo de parásitos reflejados en las historias médicas revisadas, hubo evidencia de casos de parasitosis por protozoarios como *Giardia lamblia*, Complejo *Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii* y por helmintos como *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* y *Enterobius vermicularis*, como aparecen en la Fig. 3. Se nota que el número de consultas fue mayor para los casos donde era diagnosticado el complejo *Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii*, en comparación con el resto de las especies parasitarias. Se observa además que el número de consultas fue elevado en la mayoría de los años revisados y sobre todo en el SAHUM. Cabe resaltar los valores en

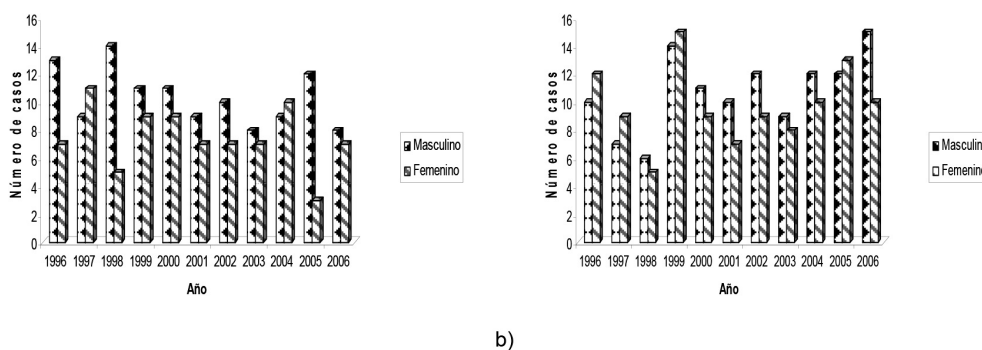


FIGURA 1. Número de casos promedio de infecciones por protozoarios según sexo, obtenidos en SAHUM (a) y en HGSDPI (b).

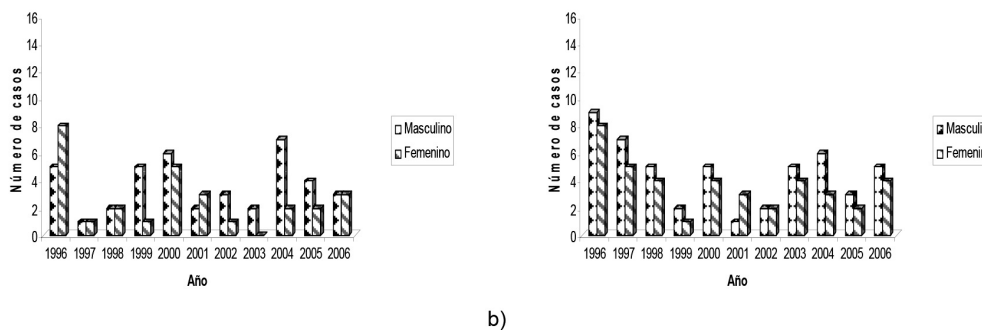


FIGURA 2. Número de casos promedio de infecciones por helmintos según sexo, obtenidos en SAHUM (a) y en HGSDPI (b).

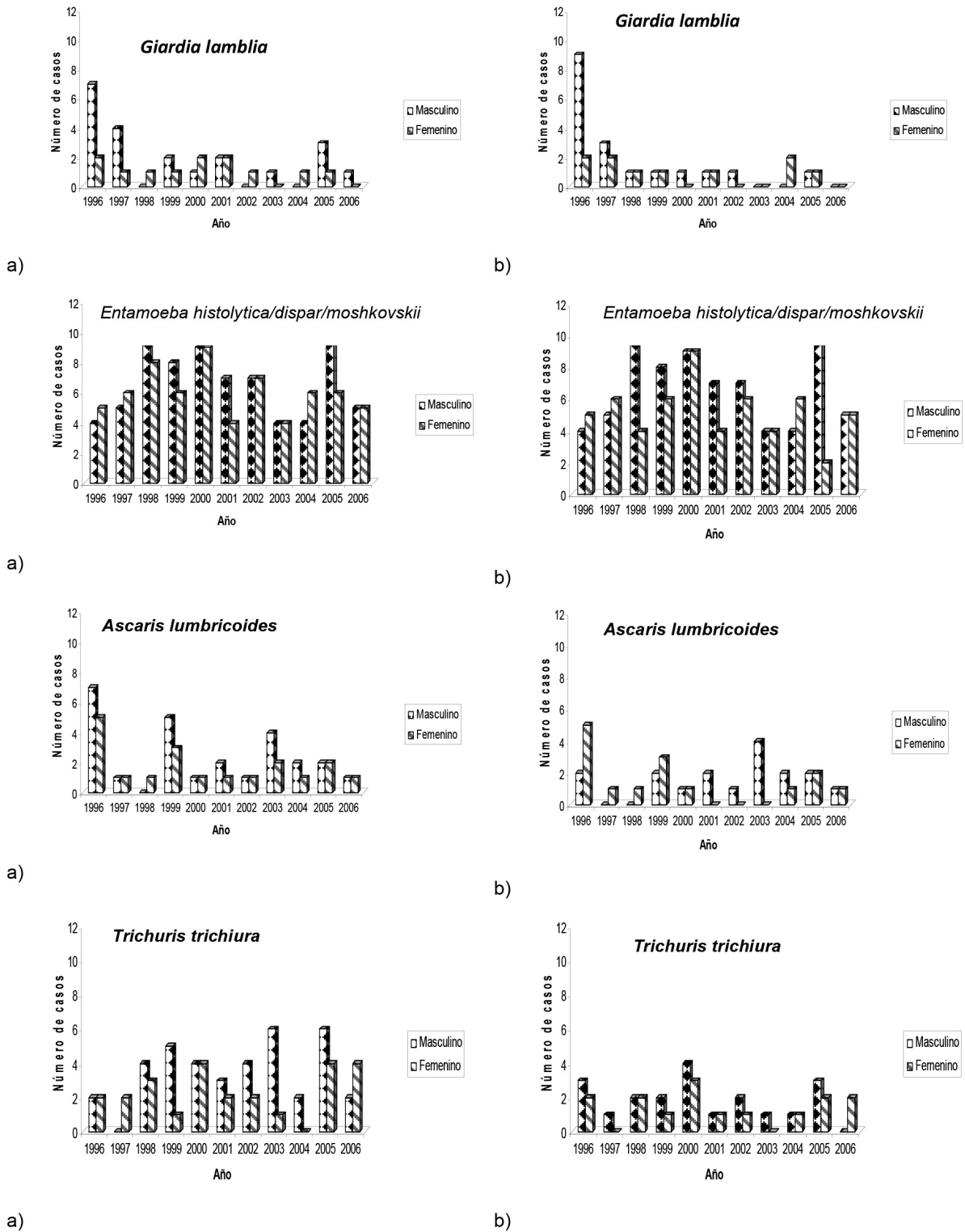


FIGURA 3. Número de casos promedio de presencia de *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii*, *Ascaris lumbricoides* y *Trichuris trichiura* según el sexo, encontrado en el Hospital Universitario de Maracaibo (a) y en el Hospital General del Sur (b).



los años 1998, 2000 y 2005 para el SAHUM y los años 1998, 2000, 2002 y 2005 en el HGSDPI. Ambos casos independientemente del sexo.

Los casos por *Giardia lamblia* en ambos hospitales para los años 1996 y 1997 se presentan elevados comparados con el resto de los años, con una pequeña elevación en el 2004. Al comparar la frecuencia de ambos parásitos, hay una evidente vulnerabilidad de los pacientes a la amibiasis.

En cuanto a los casos de infecciones por helmintos, se observa variaciones entre Centro de Salud y por año. En el HGSDPI se evidencia un mayor número de casos tanto de ascariasis como de trichuriasis.

Según la revisión de las investigaciones científicas, se encontró que un número mayor de trabajos fue en el municipio Maracaibo, donde los porcentajes de prevalencia estuvieron entre 34% a 89% de parásitos. Se encontraron dos estudios realizados en el municipio San Francisco y solo uno tanto en el municipio La Cañada de Urdaneta como en Machiques. Los porcentajes de prevalencia se presentan en la Tabla VII.

DISCUSIÓN

Las infecciones parasitarias son frecuentes en los países tropicales y en vía de desarrollo como Venezuela. Se presentan, la mayoría de las veces, como asintomáticas, lo cual les permite la diseminación y persistencia a sus agentes patógenos.

En el año 2007 el Ministerio del Poder Popular para la Salud (antes M.S.D.S) registra en su anuario del 2006, 1.937 casos de diarrea infantil en menores de 5 años, con 524 muertes en el Estado Zulia. Tomando en cuenta la población general en este mismo año se presentaron cifras de mortalidad de 1.049 que representan un 6,47% de individuos afectados por enfermedades parasitarias, de diarrea e infecciones intestinales (11). Para el año 2003, 46.399 casos de diarrea infantil en menores de 1 año, 54.483 en niños entre 1 y 4 años y 45.637 en niños a partir de 5 años de edad. Del total de casos (146.517), el Municipio

Maracaibo presentó mayor frecuencia con 54.563 casos; y ocurrieron 311 muertes infantiles en el Estado Zulia, de los cuales 62 casos correspondieron al Municipio Maracaibo, según datos de la División Regional de Epidemiología del Estado Zulia (12).

Es de resaltar que la codificación A00-A09 engloba las enfermedades diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y las intestinales debidas a protozoarios, sin tomar en cuenta las causadas por helmintos que se encuentra codificada por B65-B83 y que resultan importantes indicar en las estadísticas.

La Organización Panamericana de salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta para Venezuela un 2,05% de mortalidad en la población en general por enfermedades infecciosas intestinales en 1996 mientras que en el 2006 se presentó con un 1,19% (OMS, 1996 y 2006). En niños y niñas menores de 5 años se mostró un 16,7% de mortalidad debido a infecciones intestinales para el año 1996 (OMS, 1996) y de 7,45% para el año 2006 (OMS, 2006). En Venezuela, las parasitosis intestinales revelan una superioridad a un 50% de la población en general, donde esta tendencia se mantiene en grupos de edad escolar entre 0-12 años, creando problemas de salud como desnutrición, falta de desarrollo intelectual y físico, cansancio y anemia (13).

La población infantil se presenta en el estado Zulia como la de mayor susceptibilidad a las enfermedades en general, sobre todo los menores de 5 años tanto del sexo femenino como masculino, existiendo factores predisponentes tales como: una inadecuada disposición de excretas, ausencia o insuficiente provisión de agua potable, escasa higiene personal, ignorancia en educación sanitaria, pobreza y hacinamiento, destete precoz e introducción de fórmulas infantiles mal preparadas., ya que los niveles de desnutrición son elevados (según datos Nutrición), y a su vez en el proceso diarreico, se presentan en ellos, pérdida de líquidos por las deposiciones frecuentes (14).

TABLA VII
DATOS SOBRE PREVALENCIA DE PARASITOSIS EXTRAÍDOS DE ARTÍCULOS
CIENTÍFICOS EN EL PERIODO ESTUDIADO

| Municipio | Localidad | Datos sobre prevalencia |
|-----------|--|--|
| Maracaibo | 1. Población infantil de la comunidad de ranchería de parcelas en el Barrio San Rafael, Municipio Maracaibo. | 1. Prevalencia de helmintiasis (67,6%). Elevada frecuencia de <i>T. trichiura</i> (83,3%), seguido de <i>A. lumbricoides</i> (48,0%), Ancylostomídeos (32,2%), <i>S. stercoralis</i> (21,5%), <i>H. nana</i> (11,7%) y <i>E. vermicularis</i> (1,8%). |
| | 2. Hogares de cuidado diario de la Fundación del Niño, Seccional Zulia de los sectores San Jacinto (área no marginal), Milagro Norte (área marginal), Municipio Maracaibo. | 2. Prevalencia de cryptosporidiosis discriminados en tres muestreos: Área no marginal (13,3% (1), 23,3% (2) y 6,6% (3). Área. <i>G. lamblia</i> (53,3%), <i>A. lumbricoides</i> (13,5%). |
| | 3. Escuela Básica Dr. Jesús María Portillo de la Comunidad del Barrio Santa Rosa de Agua, Parroquia Coquivacoa. Municipio Maracaibo. | 3. Prevalencia de ententeroparásitos: 87,9% independiente del sexo. <i>T. trichiura</i> (55,2%), seguido de <i>lumbricoides</i> (48,3%), <i>G. lamblia</i> (20,7%). |
| | 4. Población infantil de la comunidad de del Barrio 5 de Julio del Municipio Maracaibo (márgenes de la Circunvalación 1). | 4. Prevalencia de <i>A. lumbricoides</i> de un 29,7% con independiente del sexo. |
| | 5. Muestras del Laboratorio Clínico de la Escuela de Bioanálisis de la LUZ. Municipio Maracaibo. | 5. Prevalencia de <i>B. hominis</i> de un 24,6%. Como único parásito se encontró en un 59,7%; en asociación con otros parásitos (27,3%), sobre todo con <i>Endolimax nana</i> (16,9%). |
| | 6. Escuela Básica Nacional "Francisco Valera". Parroquia Antonio Borjas Romero. Municipio Maracaibo. | 6. Prevalencia de ententeroparásitos: 87% con independencia del sexo. Prevalencia de <i>Blastocystis hominis</i> (44,4%), <i>G. lamblia</i> (25,9%) y el complejo <i>Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii</i> (15,7%), <i>T. trichiura</i> (41,7%), <i>A. lumbricoides</i> (34,3%) y <i>Enterobius vermicularis</i> (19,4%). |
| | 7. Pacientes inmuno comprometidos (con desnutrición, HIV/SIDA, cáncer, e inmuno competentes del Servicio Autónomo Universitario de Maracaibo (SAHUM). Municipio Maracaibo. | 7. Prevalencia de ententeroparásitos: 37,2% con independencia del sexo. Prevalencia de <i>A. lumbricoides</i> (14,3%), <i>T. trichiura</i> (6,1%), <i>Strongyloides stercoralis</i> (4,1%), Ancylostomídeos (2,0%), <i>Blastocystis hominis</i> (24,5%), <i>G. lamblia</i> (12,2%), <i>Cryptosporidium parvum</i> (6,1%), complejo <i>Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii</i> (4,1%). |
| | 8. Pacientes infantiles ingresados con diarrea en la consulta de crecimiento y desarrollo del SAHUM. Municipio Maracaibo. | 8. Prevalencia de ententeroparásitos: 34% con independencia del sexo. Prevalencia de <i>Cryptosporidium parvum</i> (29%), <i>G. lamblia</i> (38%), <i>Blastocystis hominis</i> (21%), complejo <i>Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii</i> (6%), <i>Strongyloides stercoralis</i> (18%) y <i>A. lumbricoides</i> (6%). |
| | 9. Pacientes infantiles ingresados con diarrea aguda en los servicios de emergencia del Hospital del Niño. Municipio Maracaibo. | 9. Prevalencia de ententeroparásitos: 36,20% con diferencias significativas en cuanto al sexo. Prevalencia de <i>Blastocystis hominis</i> (17,34%), complejo <i>Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii</i> (10,34%), <i>Cryptosporidium parvum</i> (6,90%), <i>G. lamblia</i> (6,90%), <i>A. lumbricoides</i> (8,62%), <i>T. trichiura</i> (8,62%). |



TABLA VII (Continuación)

| Municipio | Localidad | Datos sobre prevalencia |
|-----------------------|---|---|
| La Cañada de Urdaneta | Dos unidades Educativas: Cacique Mara (M) y Puerto Páez (P). Parroquia Potreritos, Municipio La Cañada de Urdaneta. | Prevalencia de ententeroparásitos: 74,6% (Cacique Mara) y 92,0% (Puerto Páez). Elevada frecuencia de <i>T. trichiura</i> (32,2% (M) y 80,0% (P), seguido de <i>A. lumbricoides</i> (5,1% (M) y 52,0% (P), <i>G. lamblia</i> (22,0% (M) y 36,0 (P), <i>Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii</i> (5,1% (M) y 16,0% (P). |
| San Francisco | 1. Escuela urbana “Euladimira Guanipa”. Parroquia San Francisco, Municipio San Francisco. 2. Pacientes de diferentes grupos etéreos del Laboratorio clínico de la Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar “Luis Sergio Pérez”. Parroquia Francisco Ochoa. Municipio San Francisco. 2000. | 1. Prevalencia de ententeroparásitos: 74,56% con diferencias significativas en cuanto el sexo. Prevalencia de <i>Enterobius vermicularis</i> (45,55%), <i>T. trichiura</i> (27,80%), seguido de <i>A. lumbricoides</i> (23,35%), <i>Blastocystis hominis</i> (37,28%), <i>G. lamblia</i> (17,79%) y <i>Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii</i> (8,49%). 2. Prevalencia de entero parásitos del 64%. <i>B. hominis</i> (38,7%), <i>G. lamblia</i> (14,2%), complejo <i>Entamoeba histolytica/E. dispar</i> (12,2%), <i>T. trichiura</i> (6,1%), <i>A. lumbricoides</i> (1,0%). Hubo un porcentaje del 16% de monoparasitismo entre <i>B. hominis</i> con <i>G. lamblia</i> y con el complejo <i>Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii</i> . |
| Machiques de Perijá | Paciente femenino indígena en edad infantil de la comunidad Maraca (Yucpa) de la Sierra de Perijá. Estado Zulia. Municipio Machiques de Perijá. | Detección de quistes de <i>Balantidium coli</i> y huevos de <i>T. trichiura</i> y Ancylostomideos. |

Marilyn Di Luca reseñó en el diario El Nacional en octubre de 2008 que para la década de los 90, el índice de prevalencia de hambre estaba en 11%, y entre 1995 a 1997 subió a 15% y se elevó a 21% entre 1998 a 2000. Posteriormente, con el lanzamiento de las misiones sociales como Alimentación y Barrio Adentro, se redujeron de 18% entre 2002 a 2004, y a 8% al cierre del año 2007 (*El Nacional*, 30/09/2008).

Los resultados en las Tablas I y II muestran una tendencia a la disminución de los valores en el tiempo tanto del número de casos como el porcentaje de mortalidad, quizás por cambios en las estrategias de control e implementación de nuevos programas de salud en la región zuliana. Pérez y col. (15) resaltan que en 1994 se inicia en Venezuela la ejecución del proyecto “Municipios

hacia la salud”, que no es más que la adaptación del proyecto “Ciudades sanas” que se realiza en Europa desde 1986, colocándose la salud en un nivel elevado en la agenda política de los gobiernos locales y de las comunidades.

En el estado Zulia se han comenzado a generar cambios en la organización, funcionamiento, administración y control de los servicios de salud y de los establecimientos que lo conforman. Para el año 1993, surgieron varios Decretos, destacándose el N° 119, donde se describe una nueva estrategia de participación social de salud en la gestión local. Surgen los nuevos modelos de gestión en salud, que se registran en Venezuela durante la década de los 90, se destacan las juntas socio sanitarias y socio hospitalarias, los Sistemas Locales de Salud (SILOS), los Municipios ha-

cia la salud, las Fundaciones y las Microempresas, entre otros (16).

Dentro de los nuevos modelos de gestión implantados en el Estado Zulia, en Maracaibo, para mediados de la década del 90, el Hospital Universitario de Maracaibo se convierte en "Servicio Autónomo HUM", por Decreto N° 735, con el nombramiento de un Comité Directivo constituido por representantes del MSDS, Gobernación del Estado Zulia, Universidad del Zulia, Fuerzas Armadas Nacionales y Empresa MARAVEN, como empresa petrolera del estado venezolano.

Para el año 2003, se dio un cambio en la estructura organizativa sanitaria de La Comisionaduría Regional del Sistema Nacional de Salud del Zulia (según decreto No. 18 de la Gobernación del estado Zulia, de fecha 25 de marzo de 2003, en Artículos 1, 2, 3, y 4) con el propósito de cumplir con lo establecido en la nueva legislación y en el Reglamento Interno del Ministerio de Salud y Desarrollo Social aprobado el 18 de abril de 2000. Se reafirmó en ese entonces el objetivo general de dicha institución de Salud que era garantizar la atención integral en salud a los habitantes del estado Zulia, fortaleciendo a través del proceso de reingeniería la red ambulatoria y hospitalaria que respondan a las necesidades de todos los grupos sociales y a las particularidades de cada espacio territorial.

En una reseña informativa del diario Panorama del 17 de julio de 2007, Jaqueline Viloria de la dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud indicó: (Panorama, pp. 1-5 con llamado en Primera Página, 19/07 – Deivis Rodríguez).

"El Zulia mantiene un promedio de 5.000 a 10.000 casos de diarreas a la semana. La cifra es alarmante. Escasez de agua y mala alimentación inciden en la enfermedad. Hasta 80 casos semanales se reportan en las maternidades".

"El Zulia se mantiene en primer lugar con más de 100 mil casos reportados.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social (ahora Ministerio del Poder Popular para la Salud) presentó en sus Memorias y Cuentas, un ba-

lance sobre las principales causas de mortalidad infantil entre 1999 a 2001, donde las enfermedades diarreicas se ubican en segundo lugar. Si bien hay una tendencia al descenso en relación con las cifras de muertes reportadas durante los años 1999 (1.055), 2000 (933) y 2001 (848), las enfermedades gastrointestinales, conjuntamente con las respiratorias agudas, se mantienen como las dos principales causas de mortalidad infantil en el país (MSDS. Memoria y Cuenta 2001. Op. Cit. Pág. 292.).

Aun cuando los escolares de las áreas rurales y urbanas reciben tratamiento de desparasitación masiva por parte de las autoridades sanitarias, se ha observado que previo a su aplicación no se realiza un estudio parasitológico que permita determinar la diversidad e intensidad del parasitismo en forma individual. Es decir los tratamientos son a dosis única independientemente del tipo de parásitos que puedan estar presentes en los niños tratados, y esto ocurre así en los momentos de acciones de prevención ejecutados por el Programa Nacional del Niño, Niñas y Adolescentes del sistema regional de salud del estado Zulia.

En relación a los valores de morbilidad en las estadísticas del estado Zulia, se presenta las helmintiasis por encima de las giardiasis y amibiasis. El número de consultas en relación a las tres infecciones parasitarias, fue incrementando con los años. En la data recolectada en los dos centros de Salud Pública regional, se observó valores contrarios donde hubo mayor número de consultas por protozoarios, donde en la mayoría de los casos fue independiente del sexo.

Las infecciones por helmintos afectan desproporcionadamente a los pobres, en particular a los niños. También causan anemia y perjudican el crecimiento y el desarrollo infantil, lo que contribuye significativamente a los problemas cognoscitivos, al ausentismo escolar y al desempeño escolar pobre. En respuesta a esto, en el 2001 la 54ª Asamblea Mundial de la Salud propuso una resolución que instó a los países con endemias que promovieran medidas preventivas, para ase-



gurar y movilizaran los recursos para el control de geohelmintiasis y esquistosomiasis. Posteriormente, fue respaldada la Resolución 54.19 por cada uno de los Estados Miembros. La Resolución les instó a los Estados Miembros que garantizaran el acceso a los medicamentos esenciales contra la esquistosomiasis y las infecciones por geohelminchos, con la meta para el 2010 de tratar al menos un 75% y hasta el 100% de todo los niños en edad escolar en riesgo de morbilidad. Además de la quimioterapia, también se promueven medidas preventivas: por ejemplo, mejorar el acceso al agua potable y mejorar el saneamiento y la educación sanitaria (16).

A nivel mundial, más de 2 mil millones de personas están infectadas por los esquistosomas y los helmintos transmitidos por contacto con el suelo, de los cuales 300 millones padecen de morbilidad o deficiencia permanente grave. En el caso de Ancylostomídeos el suelo favorable para el desarrollo y la presencia de las larvas debe tener humedad, temperatura elevada, sombra y detritus orgánicos (17).

Muchos protozoos parásitos del hombre llegan a éste por vía digestiva. Para la mayoría de ellos el tracto intestinal humano es el único hábitat mientras otros tienen también un hospedador animal. Casi todos presentan una forma de resistencia (quiste) en algún momento de su ciclo con una envoltura muy impermeable. Los quistes resisten las condiciones adversas como la desecación y el bajo pH. Por consiguiente, la forma de transmisión de estos parásitos es casi siempre en forma de quiste (18).

Estas enfermedades pueden afectar el estado general del individuo favoreciendo no solo la anemia y la mal nutrición, sino que favorece la llegada de otras enfermedades, de allí que resulte necesario un diagnóstico y tratamiento precoz (19). El cuadro clínico desarrollado depende del agente etiológico. En el caso de *Entamoeba histolytica*, las manifestaciones pueden variar desde formas asintomáticas hasta los cuadros de disentería amibiana graves, pasando por colitis crónica, abs-

ceso hepático, o un cuadro diarreico agudo. *Giardia lamblia* puede causar un cuadro doloroso en epigastrio que semeja al de úlcera duodenal y también mala absorción intestinal. *G. lamblia* ocupa el primero (20) o segundo (21, 22) lugar de prevalencia entre los protozoarios, lo cual podría explicarse en niños pequeños, como consecuencia de la inmadurez de la respuesta inmune humoral, la cual juega un papel muy importante en el control de la infección de este protozoario, a diferencia de *E. histolytica* (22).

Según cifras contenidas en el Boletín Epidemiológico Semanal, año 54, semana epidemiológica N° 52 (23), dicho estado se encuentra como primer lugar en casos de diarrea (aunque no se especifica la causa) y por otro lado se presenta como el estado con más baja incidencia parasitaria anual x 1.000 habitantes (IPA). No obstante, en años anteriores como fueron 1998, 1999 y 2000, se denunciaron 37.864, 80.627 y 83.496 casos de diarrea en niños menores de cinco años, respectivamente (24, 25).

Según lo reportado en el Boletín Epidemiológico Semanal N° 38 (26), el estado Zulia estuvo dentro de los de mayor incidencia de diarrea, junto con Miranda, Anzoátegui, Bolívar, Carabobo, Aragua, Distrito Capital y Lara los cuales concentran el 69,08% de los casos. En Venezuela para ese mismo año se diagnosticaron 33.430 casos de Diarreas donde el grupo etario de 1 a 4 años presentó el mayor número de casos (26%) seguido de los menores de 1 año (14,7%), de 5 a 9 años (13,3%) y de 25 a 44 años (12,4%). En la semana del 25 al 31 de Diciembre del 2005 (semana epidemiológica 52), el estado Zulia presentó 7.012 casos de Diarrea, siendo el de mayor número en comparación con siete estados de Venezuela.

Los helmintos como *Ascaris lumbricoides*, *Trichiuris trichiura*, *Enterobius vermiculares*, *Strongyloides stercoralis* resultan muy frecuentes en nuestro entorno y son causantes de cuadros clínicos que van desde dolor o distensión abdominal, náusea, prurito anal, anorexia, anemia, desnutrición, neumonitis, diarrea o estreñimiento (27).

El análisis de investigaciones científicas reveló Prevalencia de enteroparásitos en un rango de 36,20% a 87,9%, en los diecisiete estudios encontrados correspondientes a diez años (1996-2006), donde se evidenció la incidencia tanto de protozoarios y helmintos parásitos. Por otro lado, se observa la descripción de las condiciones que inciden en la aparición de dichas parasitosis, donde hay una clara coincidencia de falta de saneamiento ambiental y bajas condiciones higiénico-sanitarias para los casos descritos. De esto se podría extraer datos sobre indicadores de la presencia de parasitosis y su cotejo con lo que se encuentra reportado en las historias médicas de los centros asistenciales de la región.

Por lo general en las comunidades rurales destaca la alta frecuencia en parasitismo intestinal, desnutrición, anemia y déficit en la capacidad de aprendizaje de los niños. Cuando unimos a estos aspectos alto nivel de pobreza y deterioro de las condiciones ambientales, se obtiene un reflejo de la endemidad, predominando de infestaciones leves y moderadas, se combinan con las carencias sociales y la falta de oportunidades educativas, lo cual conduce a deprimir más, el estado nutricional y la capacidad de aprendizaje, de los niños del área rural.

En Latinoamérica los niveles de pobreza rural y urbana afectan altos porcentajes de la población. Se estima que de 75 a 100 millones de latinoamericanos, cerca de una cuarta parte de su población, sobrevive en condiciones subhumanas. La incidencia es mayor en las minorías étnicas y las poblaciones indígenas.

El proceso de urbanización con la característica de la proliferación del hacinamiento, conduce a una serie de problemas sociales de índole diversa, entre los cuales se podrían mencionar el deterioro del medio ambiente urbano, que incrementa los problemas de salud debido a la carencia de infraestructura urbana adecuada, con el consecuente hacinamiento que incrementan la contaminación de las ciudades por los desechos orgánicos e inorgánicos que contribuyen al deterioro

del ambiente (28). La ciudad de Maracaibo y el estado Zulia en general no se escapa a esta situación dado por las invasiones sin previa planificación. Esta situación reinante tiene una cuota de contribución en cuanto a la vulnerabilidad de los pobladores a las afecciones de la salud, donde tenemos las respiratorias y las gastrointestinales originadas por la contaminación del agua, escasa salubridad y prácticas higiénicas comprometidas, por la carencia de los servicios básicos de vida. Resulta frecuente la aparición de cuadros diarreicos infantiles y en individuos mayores de 5 años por consumir o utilizar agua contaminada o mal almacenada, debido a la escasez de la misma y la compra del precioso recurso en camiones cisternas.

Estudios realizados por Fundacredesa (29) han reportado que 39% de las familias del estrato IV y 86,2% del estrato V de la población venezolana, habitan en viviendas precarias caracterizadas por insalubridad, hacinamiento y promiscuidad.

La mayoría de la población de bajos recursos viven hacinados, en asentamientos informales, muchas construidas no calificadamente por ellos mismos con materiales inapropiados, parcial o enteramente desconectados de las redes técnicas urbanas, en terreno legales y geológicamente inseguro, que muy bien pueden constituirse en un asentamiento marginal. Las características de la vivienda rural es que presenta paredes de adobe y techos de teja o zinc.

En Venezuela el déficit bruto de la vivienda fue de 879 853 unidades. El 13% de la vivienda presenta condiciones inaceptables. Mientras las clases alta y media en el sector formal disponen de 30 a 50 m² / per, la clase pobre sólo cuenta con 8 m² / per. Sólo el 50% de la población dispone de conexiones de acueducto en su vivienda. Se necesitan servicios de salud coherentes y eficaces que incluyan el cuidado, la prevención y la promoción, en los servicios de salud, en donde alcanzan un nivel mínimo las capacidades de diagnóstico y la atención a los enfermos, además de las medidas de prevención tanto en lo personal (hábitos



de higiene y de preparación de alimentos), como en lo colectivo (adecuado almacenamiento del agua, comida y bebidas, control de vectores y basurales, la disposición adecuada de las excretas y la educación sanitaria. Hay quienes han señalado que la clave para mejorar la salud de las personas es acercándole los servicios y haciéndolas parte de las decisiones en salud pública (30).

Venezuela no ha logrado reducir la brecha social en la cobertura de agua potable y aguas servidas, entre las áreas urbanas con mayor desarrollo y las áreas rurales, urbanas no consolidadas e indígenas, con menor densidad poblacional y mayores índices de pobreza. Lo cual tiene incidencia en la persistencia y focalización de las enfermedades gastrointestinales en la población.

CONCLUSIONES

Los resultados encontrados, dejan clara evidencia de la alta vulnerabilidad de la población zuliana a padecer de enfermedades parasitarias asociadas con inadecuadas condiciones higiénico-sanitarias y del medio circundante. Las enfermedades infecciosas producidas por los protozoarios, ocuparon en todos los grupos y fuentes los primeros lugares, no dejando de tener importancia las producidas por helmintos. En relación a la morbilidad, los resultados encontrados presentan un panorama típico de las áreas rurales; con bajos niveles de saneamiento básico. Para los fines de la investigación, las parasitosis intestinales afectan seriamente al individuo como tal, ya sea lactante, niños en edad escolar y adultos. Resulta de mayor susceptibilidad los primeros años de vida y en la edad escolar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Biagi F. Enfermedades parasitarias. 3ra. Ed. Editorial El Manual Moderno, S.A. México. 2004. 401p.
2. Espinosa A D, Morales M M. Brote de toxoplasmosis en una colonia de monos ardilla (*Saimiri sciureus*) en cautiverio. Vet Mex 2007; 38(3): 365-369.
3. Rivera de R Z, Acevedo C, Casanova I, Hernández S, Malaspina A. Enteroparasitosis en escolares de dos unidades educativas rurales del Municipio La Cañada, Estado Zulia Venezuela. Kasma 1996; 24(2):151-77.
4. Haque R, Mondal D, Kirkpatrick S, Farr M B, Sack B, Petri W A Jr. Epidemiologic and clinical characteristics of acute diarrhea with emphasis on *Entamoeba histolytica* infections in preschool children in an urban slum of Dhaka, Bangladesh. Am J Trop Med Hyg 2003; 69(4): 398-405.
5. Díaz I, Flores T. Prevalencia de Parasitosis Intestinal en alumnos de educación básica del Municipio Cacique Mara, Maracaibo. Edo Zulia. Kasma 1990; 18: 46-67.
6. Rivero-Rodríguez S, Díaz I, Acurero E, Camacho M C, Medina M, Ríos L. Prevalencia de parásitos intestinales en escolares de cinco a diez años de un instituto del Municipio Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela. Kasma 2001; 29 (2): 153-170.
7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2007). Análisis preliminar de la situación de salud de Venezuela. http://www.ops_oms.org.ve/site/venezuela/ven-site-salud-nuevo.htm. Revisado 27-05-07.
8. Díaz I, Chourio-Lozano G, Álvarez M, Añez O, Morón A, Romero E. Prevalencia de parásitos intestinales en el barrio Teotiste de Gallegos de la ciudad de Maracaibo, estado Zulia, Venezuela. Kasma 1992; 20: 1-4.
9. López N F. El análisis de contenido como método de investigación. Revista de Educación 2002; 4: 167-179.
10. Arias Galicia F. Introducción a la metodología de la investigación en técnicas de administración y de conocimientos. Ed. Trillas, 5ta. Edición. México. 1991.
11. Anuario de Mortalidad de Venezuela. Ministerio del Poder Popular de la Salud. 1996-2006. www.mpps.gob.ve/. Consultados Enero 2010.
12. Anuario de Estadísticas de Salud del Estado Zulia. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Gobernación del Estado Zulia. Dirección Regional de Salud. Dirección Regional de Epidemiología. 1996-2006.
13. Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. 2003. Perfil País Venezuela. Taller "amenazas ambientales a la salud infantil en las América. Representaciones para Venezuela, Araba y Antillas Holandesa. Lima-Perú. www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/ven-sit-salud-core.htm-27k. revisado 15-11-07.

14. Rossell-Pineda M R, Parra H, Cluet I, Acosta T, Nava D, Parra L. 1995. Factores Etiológicos Asociados a Diarrea Persistente en niños y su relación con el estado nutricional. X Congreso Nacional de Pediatría Dr. Alberto Bercowsky: 50, septiembre 1995. Maracaibo.
15. Pérez J, Suárez P K, Bentacourt J, Cotes J P. Modelos de gestión de la salud en Venezuela en la década de los 90. *Rev Cien Soc* 2008; 14(2): 346-357.
16. Raso G, Vounatsou P, Gosoni L, Tanner M, N'Goran EK, Utzinger J. Risk factors and spatial patterns of hookworm infection among schoolchildren in a rural area of western Cote d Ivoire. *Int J Parasitol* 2006; 36(2):201-210.
17. Jaykus L A. Epidemiology and detection as options for control of viral and parasitic foodborne disease. *Emerg Infect Dis* 1997; 3(4):529-539.
18. Núñez M. Prevalencia de la Parasitosis Intestinal en Ancianos de Centro Gerontológico. San Jacinto. Municipio Maracaibo. *Kamera* 1994; 22:29-49.
19. Ferreira P, Ribeiro M, Batista F, Moreira M, Bitar L, Marçal M, et al. Ocorrência de parasitas e començais intestinais em crianças de escola localizada em assentamento de sem-terras em Campo Florido, Minas Gerais, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2003; 36(1):109-111.
20. Tarazona Z, Farfán A, Afanador A, Amorocho D, Castillo M, Fernández M, et al. Parásitos intestinales en niños desplazados en Santander. *Rev Univ Ind Santander Salud* 2000; 32:89-92.
21. Morales E, Sánchez H, García M, Vargas G, Méndez J, Pérez M. Intestinal parasites in children, in highly deprived areas in the border region of Chiapas, Mexico. *Salud Pública Mex* 2003; 45(5):379-388.
22. Boletín epidemiológico semanal N°52. Dirección Regional de Salud. Estado Zulia. Venezuela. 2005.
23. Boletín epidemiológico semanal. Dirección Regional de Salud. Estado Zulia. Venezuela. 1990.
24. Boletín epidemiológico semanal. Dirección Regional de Salud. Estado Zulia. Venezuela. 2000.
25. Boletín epidemiológico semanal N°38. Dirección Regional de Salud. Estado Zulia. Venezuela. 2005.
26. Castillo C. Importancia de la educación sanitaria en el control y prevención de las parasitosis 2008. www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/.../1/carmen_castillo.pdf - consultado 20-02-2010.
27. Pérez B. Efectos de la urbanización en la salud de la población. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales FACES. 2011. UCV.
28. Fundacredesa. Estudio Sobre Condiciones de Vida. División de Investigaciones Sobre la Familia. 1996.
29. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la Implementación del modelo de atención integral de salud Familiar y comunitaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. 2012.
30. OMS. Control de Geohelminthos. Taller en Escuela Técnica de Salud de Cochabamba, Colombia. 2012.



INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

Revista Científica del Hospital Coromoto

La Revista Científica del Hospital Coromoto publica trabajos originales, revisiones y reporte de casos clínicos en español e inglés, que contribuyan al avance del conocimiento en ciencias de la salud. También incluye una sección de “Cartas al Editor”.

Envío del manuscrito

El manuscrito (Word para Windows), con su correspondiente lista de verificación y acompañado de una carta de presentación al editor, debe ser enviados por correo electrónico a la dirección revhospital-coromoto@gmail.com. Las tablas y las figuras, si las hubiese, deben estar al final del trabajo y además deben ser enviadas como archivos individuales (uno por cada figura o tabla). Además del manuscrito, se deben incluir los nombres de tres posibles árbitros, con su dirección electrónica. El Comité Editorial se reserva el derecho de decidir si utiliza alguno de los revisores sugeridos. Todo lo referente a la correspondencia, incluidos la opinión de los árbitros, los requerimientos, producto de la revisión del trabajo y la notificación de la decisión del Comité Editorial, será realizado por correo electrónico.

Carta de presentación

El manuscrito debe estar acompañado de una carta firmada por todos los autores, donde se manifiesta que han participado activamente en la ejecución del mismo, que no ha sido publicado con anterioridad y que conocen que se está enviando a publicación a la Revista.

La autoría debe estar basada en: 1) Contribución sustancial a la concepción y diseño del estudio, obtención de datos o su análisis e interpretación, 2) Revisión crítica del artículo y 3) Aprobación de la versión final a ser publicada. La obtención de fondos, la colección de datos o la supervisión del grupo de investigación, por sí solos, no justifican la autoría. Aquellos miembros del grupo que no cumplan con los criterios para ser autores, deben ser mencionados, con su permiso, en la sección de “**Agradecimientos**”. Los autores deberán firmar una planilla, donde especifiquen su participación. El orden de aparición de los autores, debe ser una decisión conjunta del grupo y deben aparecer aparte, la dirección del autor de correspondencia y su correo electrónico.

Sistema de Arbitraje

Para este proceso se usará la vía electrónica. Todos los trabajos serán sometidos a la consideración del Comité Editorial de la Revista, el cual decidirá si deben ser enviados a arbitraje, o si se rechazan por no cumplir las normas editoriales o no tener la calidad suficiente. El arbitraje de Trabajos Originales y Reportes de Casos será realizado por tres expertos en el área objeto de la comunicación y solo por uno en el caso de las Revisiones. Dichos árbitros tendrán un plazo de dos meses para enviar su respuesta. Si las opiniones de dos árbitros coinciden, el Comité Editorial podrá tomar una decisión; en caso de discrepancia, esperará la opinión del tercer árbitro. Si la situación lo amerita, se podrán solicitar otras opiniones.

El nombre de los árbitros, así como el de los autores del trabajo, será estrictamente confidenciales. Los autores recibirán, tanto en el caso de modificaciones como en el de rechazo, las opiniones completas respecto al trabajo. Solo en casos excepcionales, el Comité Editorial podrá modificar la presentación de dichas opiniones.

El plazo para responder a las recomendaciones de los árbitros, tendrá un máximo de dos meses, pasados los cuales, el trabajo será rechazado o readmitido como nuevo.

Normas Editoriales

Todo trabajo debe estar escrito a doble espacio, con amplios márgenes y numeración de páginas.

Los **Trabajos Originales**, las **Revisiones** y los **Reportes de Casos**, deben ser contribuciones inéditas de importancia para el avance del conocimiento en el tema objeto de estudio. Deben incluir en la primera página: el Título del trabajo y el nombre completo de los autores (sin usar títulos profesionales), seguidos por superíndices de números consecutivos, que correspondan a cada una de las instituciones a las que están afiliados.

En renglones apartes, se escribirán de tres a seis palabras claves en español y en inglés y un título corto de no más de 75 caracteres, en el idioma en el cual fue realizado el manuscrito. A continuación de presentarán un resumen en español y el título y el resumen (**Abstract**), ambos en inglés.

Si el autor no está capacitado en el idioma inglés, es importante que consulte a un especialista en lengua inglesa, antes de enviar los trabajos o resúmenes en ese idioma. Un trabajo puede ser rechazado, si requiere de muchas correcciones lingüísticas.

Los **Trabajos Originales**, estarán divididos en: Resumen en español e inglés, Introducción, Material y Métodos o Pacientes y Métodos (si el trabajo se refiere a seres humanos), Resultados, Discusión, Agradecimientos y Referencias. La Revista no tiene una sección para Conclusiones, sino que estas deben formar parte del final de la Discusión.

El **Resumen**, debe establecer los objetivos, las observaciones originales y las conclusiones basadas en los resultados presentados. No debe contener referencias **ni ser estructurado** y no contener más de 250 palabras. Al final se debe incluir una pequeña conclusión. Se deben evitar las abreviaturas y si son necesarias, se deben definir en la primera mención.

Los estudios con humanos deben incluir, en la descripción del Material utilizado, la aprobación por parte del Comité de Ética de la institución donde se realizó la investigación y seguir los delineamientos de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983 y el consentimiento de los individuos o números de Historia de los Hospitales y no se aceptarán fotografías del rostro del paciente sin su consentimiento escrito. Aquellos estudios que involucren animales, también deben seguir el Código de Ética correspondiente, que cumpla con los estándares internacionales establecidos para el uso, cuidado y tratamiento humano de los animales de laboratorio.

Los **Resultados**, debe ser presentados en tiempo pretérito, en una secuencia lógica en el texto, tablas y figuras. No debe repetirse la información que esté en las tablas y figuras. Solo se deben resaltar las observaciones importantes.

La **Discusión** debe hacer énfasis en los aspectos nuevos e importantes del estudio y relacionar los resultados obtenidos con los hallados en otras investigaciones. Debe contener las implicaciones de los nuevos hallazgos, sus limitaciones, las conclusiones y sugerir los delineamientos de futuras investigaciones.

Las **Revisiones** deben estar escritas, preferentemente por especialistas en el campo objeto de las mismas y contener las contribuciones del autor, ya sea en las referencias o con una discusión del tema revisado. No se aceptarán revisiones que consistan meramente de una descripción bibliográfica, sin incluir un análisis. El cuerpo de las revisiones es libre, aunque es conveniente subdividirlo en secciones.

Los **Reportes de Casos** deben consistir en la presentación de casos clínicos poco frecuentes en la práctica médica. Deben incluir la descripción del caso y una discusión con el apoyo bibliográfico correspondiente.

Las **Cartas al Editor**, deben ser comentarios a publicaciones recientes en la revista y en lo posible, no deben exceder dos páginas, incluidas las referencias.

Tablas. Las tablas deben ocupar una página cada una y estar numeradas en romanos. Deben contener un título descriptivo escrito en mayúsculas y centrado. Las columnas no deben separarse con líneas. Las notas referentes a lo expresado en el cuerpo de la tabla, deben ser escritas al pie de la misma, precedidas de los símbolos correspondientes. La revista no acepta la expresión “Fuentes de información”, cuando se refiere a resultados presentados en el mismo artículo, solo si provienen de otro material. Si el artículo está escrito en español, los números decimales se deben separar con una coma y si está escrito en inglés, con un punto.



Figuras. Para las figuras deben seguirse los siguientes puntos generales:

- Cada figura debe ser enviada en un archivo separado, en el programa donde fue generada (por ejemplo GraphPad Prism ®)
- El número de la figura debe ser arábigo y estar de acuerdo con la secuencia en el texto.
- Asegurarse que el tipo de letra y el tamaño, sean uniformes.
- Utilizar solamente los formatos, Arial, Courier, Symbol o Times.
- Las imágenes deben ser de un tamaño apropiado al solicitado para la versión impresa.
- Las leyes de las figuras se deben enviar por separado, con suficiente información para no tener que recurrir al texto.

Fotografías. Pueden ser en blanco y negro o en color, deben tener un contraste adecuado para su reproducción y estar en formato TIFF, con las siguientes condiciones: las fotografías en color o en gradaciones de gris, deben tener un mínimo de 300 dpi, las de figuras y gráficos un mínimo de 600 dpi y la combinación de ambas de 500 dpi. En el caso de las microfotografías electrónicas, debe extremarse el cuidado de la nitidez de los hallazgos reportados y señalarlos por medio de símbolos. También se debe indicar el aumento utilizado.

Las leyes no deben estar incorporadas a la fotografía y estas deben presentarse en página aparte, en forma lo suficientemente explicativa, sin tener que acudir al texto.

La Revista no aceptará fotografías a color para ser impresas en blanco y negro.

Referencias. Todas las referencias deben estar en el texto con un número entre paréntesis y citadas por orden de aparición, según las normas internacionales “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals 2000”, <http://www.icmje.org>; es decir, primero apellido con la letra inicial en mayúscula e iniciales del nombre, también en mayúscula (sin puntos), de todos los autores. Los nombres de todos los autores deben ir en **negritas** y separados entre sí, por comas. No se aceptarán los términos “y col.” o “et al.”. El título completo del trabajo tendrá mayúsculas solo al inicio y en los nombres propios. El título de la revista debe ser abreviado de acuerdo al **Index Medicus** (<http://www.nlm.nih.gov>), seguido del año de publicación; volumen: y primera y última páginas, separadas por un guión. No se aceptarán como referencias, observaciones no publicadas, comunicaciones personales o trabajos enviados a publicación; sin embargo, estos podrán aparecer citados entre paréntesis. Si el autor es una organización, se coloca el nombre de la misma como referencia.

Ejemplos:

- **Referencias de publicaciones periódicas:** Al Awad A, Chirinos J, Baena S, Pírela C, Brea A, Yajure M. Hepatectomía laparoscópica en tumor sólido benigno. Informe de un caso clínico. Cirugía y cirujanos 2009; 77 (3): 223-227.

- **Referencias de libros:** Palanivelu, C. El arte de la cirugía laparoscópica. Tomo 1. Venezuela: Amolca; 2011, p 53-56.

- **Artículos de libros:** Selander G. Associative strategies. In: Burrage M, Torstendahl R, editors. Professions in theory and history. Rethinking the study of the professions. London: Sage; 1990. p. 139-50.

- **Memorias de Congresos:** Devonish N, Villasmil N, Castillo A, Ortiz N, Leal J. Anestesia general balanceada para separación quirúrgica de siamesas onfalópagas (Resumen). Memorias del III Congreso XII Jornadas Científicas “Dres. Eligio Nucette y Lilia Meléndez de Nucette”, 2008. Maracaibo, Venezuela. P 214.

- **Tesis:** Demarchi P. Hipertensión portal correlación: Hallazgos ecográficos en escala de grises vs espectro Doppler y Doppler color (Tesis Especialista en Imágenes). Maracaibo, Zulia. Universidad Bolivariana de Venezuela.

- **Revista en formato electrónico:** Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1): [24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Costo de publicación: la revista no cobra por página impresa. Si el autor requiere la Revista ésta será enviada con pago a destino.



***Ministerio del Poder Popular
de Petróleo y Minería***

Ing. Rafael Ramírez
Ministro

Dr. Freddy Rojas
Gerente Corporativo Salud Integral

Dr. Freddy Leal
***Presidente
PDV Servicios de Salud, S.A.***

Dr. Tulio Chacín
***Coordinador General
Hospital Coromoto***