The background of the cover is a complex network diagram. It features a central white circular node from which several thick, brightly colored lines (yellow, blue, green, pink) radiate outwards. These lines intersect with other lines and nodes, some of which are smaller grey circles. Dashed circles are also scattered throughout the network, suggesting a dynamic or interconnected system. The overall aesthetic is modern and technical, reflecting the 'complex times' mentioned in the title.

Retos *de la* Salud Pública *en Tiempos Complejos*

Gilberto Bastidas (Coordinador)

María Báez (Compiladora)

Bioética e Innovación en Ciencias de la Salud

Nuevas Tecnologías en Salud

Salud Pública y Determinantes Sociales

Nutrición y Salud

Salud Sexual y Reproductiva

Salud Ocupacional

Epidemiología

Gerencia de las Organizaciones Sanitarias



Retos *de la* Salud Pública *en Tiempos Complejos*



Retos *de la* Salud Pública *en Tiempos Complejos*

Hecho el depósito de ley
Depósito legal: CA2017000223
ISBN: 978-980-233-677-7
Medios y Publicaciones Universidad de Carabobo
© Gilberto Bastidas (Coordinador) y María Báez (Compiladora)
Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad de Carabobo.
Diseño gráfico y diagramación: Zoraida Castillo Lara.
Revisión y corrección: Gilberto Bastidas y María Báez.

Todos los derechos reservados
Valencia-Venezuela, 2017.
Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad de Carabobo.

Libro arbitrado mediante el método doble ciego, dirigido a divulgar el trabajo reflexivo, científico e interpretativo en el campo de la Salud Pública en Venezuela.

Gilberto Bastidas (Coordinador)
María Báez (Compiladora)

Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Salud Pública
Universidad de Carabobo
Valencia-Venezuela (2017)



AUTORIDADES

Jessy Divo de Romero
Rectora

Ulises Rojas
Vicerrector Académico

José Ángel Ferreira
Vicerrector Administrativo

Pablo Aure
Secretario

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

José Corado
Decano

Milena Granado
Directora de la Escuela de Salud Pública
y Desarrollo Social

Gilberto Bastidas
Jefe del Departamento de Salud Pública

*Dedicado a la memoria del profesor
Juan Pinto Lamanna*

Presentación.....	13
Prólogo.....	15
Algo de historia del Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la salud-Sede Carabobo.....	17
Capítulo I. Epidemiología	19
Tendencia de las enfermedades emergentes y reemergentes	
Stranieri Mirna.....	21
Malaria: Evolución y epidemiología como enfermedad reemergente en Venezuela	
Gil Vianny, Moreno Izamar, Quiñones Jesús, Simone José.....	31
Vigilancia epidemiológica de infecciones por <i>Bordetella pertussis</i>. Hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga. Enero-abril 2015	
Cabrera Leonardo, Baldallo María, Peña Maridel.....	41
Adicciones en los médicos residentes de postgrado de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera y el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, estado Carabobo. Venezuela	
Reyes Julio, Rincón Daiquel, Robles María, Rodríguez Jessica	45
Prevalencia de la hipertensión arterial en el personal administrativo del ambulatorio Dr. Luis Guada Lacau, Naguanagua, estado Carabobo, febrero-julio 2015	
Duran Darmin, Rodríguez Ybrahim.....	53
Estimación de la presencia de <i>Aedes aegypti</i> a través del uso ovitrampas en los municipios los Guayos y Guacara. Estado Carabobo. Diciembre 2014-enero 2015	
Estraño José, Fajardo Natasha, Gallardo Kathiuska, Guasamucare Norandrys, Velásquez Glenda.....	63

Patología cardíaca y estilos de vida Díaz Ernesto.....	75
Factores de riesgo para cardiopatía isquémica en los habitantes de la comunidad de delicias, estado Táchira Díaz Ernesto.....	79
Capítulo II. Gerencia de las Organizaciones Sanitarias	93
Venezuela, crisis en salud ¿Es posible solucionar la crisis del sector salud? Palacios Yralí, Villarreal Jesús.....	95
La enseñanza de la bioestadística desde la teoría de significados sistémicos: El caso de la estadística inferencial Centeno Guillermo, Sánchez Daniel.....	105
Formación de los procesos del sistema de información a los profesionales de información y estadística de la salud Chirinos Hicela, Blanco Biayini.....	115
Software libre y salud Manzano Oneidys.....	119
Capítulo III. Salud Pública y Determinantes Sociales	125
De la salud pública a la salud colectiva: Herramientas para la construcción de una nueva realidad social Molina Nancy, Molina Nidian.....	127
La salud y el deporte. Una sistematización de experiencias desde la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Sede Carabobo Ascanio Andrés.....	133

Visión integradora de salud intercultural para grupos indígenas en poblaciones urbanas. Caso estado Carabobo Vega María.....	145
Transición de la Salud Pública en Venezuela Mejías Norka.....	153
Capítulo IV. Nutrición y salud	157
Nutrición en tiempos de crisis Oviedo Gustavo.....	159
Capítulo V. Género, Salud sexual y reproductiva	163
Conductas sexuales de un grupo de mujeres menopáusicas Pérez Amílcar.....	165
Poder para suprimir el conflicto. Aproximación de la perspectiva social del género, salud y empoderamiento en él y la adolescente Palacios Yralí, Villarreal Jesús.....	181
Atención integral de las personas transexuales Báez María.....	191

Las XXI Jornadas de Salud Pública “Dr. Juan Pinto Lamanna”. Retos de la salud pública en tiempos complejos, realizada en el marco del quincuagésimo quinto aniversario del Departamento de Salud Pública adscrito a la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo tuvo como objetivo general compartir los últimos avances, innovaciones, buenas prácticas y desafíos en materia de salud pública con el profesional y el futuro profesional en Ciencias de la Salud con el fin de que integren y apliquen la atención en salud a los grupos sociales con énfasis en el manejo de factores de riesgo, los determinantes sociales de la salud y la participación comunitaria.

De allí surge el presente libro titulado “Retos de la salud pública en tiempos complejos”, que contempla lo hecho por investigadores en el campo de la salud pública como una importante herramienta para la atención en salud, para acciones socio-sanitarias integrales, para el abordaje del fenómeno salud-enfermedad, no solo desde lo curativo, sino, también desde lo preventivo, de lo anteriormente expuesto se desprende la importancia de la necesaria actualización de quienes se dedican a velar por el bien común desde la trinchera sanitaria, siempre en pleno conocimiento de las características que definen a la comunidad objeto de la atención en salud especialmente de su quehacer diario.

El panorama sanitario venezolano justifica la planificación, diseño y ejecución de eventos divulgativos del quehacer científico en el campo de la salud pública, con particular énfasis en la publicación de los resultados que arroja tal hecho, en aspectos como vigilancia, monitoreo, promoción de la salud, gestión sanitaria, género, enfermedades transmisibles y crónicas, nutrición, salud sexual y reproductiva, entre otros, que contribuyan, por parte del sistema de salud venezolano en la generación de respuestas eficientes y eficaces en torno a los intereses colectivos en materia de salud, que eviten al menos retrocesos en los logros de las condiciones de salud y en la reducción de la morbi-mortalidad.

Los eventos científicos como las XXI Jornadas de Salud Pública “Dr. Juan Pinto Lamanna”. Retos de la salud pública en tiempos complejos, plasmada en formato de ponencias y trabajos libres en extenso, permiten a los sanitaristas su puesta al día respecto a la decisiones sobre política sanitaria en el contexto político y económico, por demás, complejo que experimenta el país en las primeras décadas del siglo XXI, pues como se muestra en este compendio se discute entre otros aspectos la capacidad institucional para la gestión del sistema sanitario, con particular interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de todas aquellas iniciativas destinadas a solventar los problemas de salud de la población.

Entonces la divulgación del conocimiento el obtenido a partir de la metodología científica es por tanto, el mecanismo social ideal, por no afirmar que el único, para asegurar a cada individuo un adecuado nivel de vida que se traduzca en conservación de su salud, porque con la información, la verificable, se pueden organizar las acciones sanitarias de tal modo que cada ciudadano pueda disfrutar de su derecho natural a la salud, longevidad y la satisfacción total de la vida, a través del manejo efectivo de los recursos disponible en determinado tiempo y lugar, el esfuerzo organizado de la comunidad, las aptitudes y practicas socio-culturales de la gente y de los trabajadores sanitarios.

María Báez y Gilberto Bastidas



Algo de historia del Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud - Sede Carabobo

El actual Departamento de Salud Pública fue fundado el 12 de octubre de 1.960 como Cátedra de Medicina Preventiva y Social, de la entonces Facultad de Medicina. Sus miembros fundadores fueron los profesores: Barreto Manuel, Beltrán Ovidio, Felice José, López Héctor, Malpica Miguel y Ortiz David. Entre los años 1.972 y 1.973 en el ejercicio como Decano del Profesor Jacobo Vivo se introduce la figura de Departamento como unidad operativa académica-administrativa, y con ello la hasta ahora Cátedra de Medicina Preventiva y Social para a ser el Departamento de Salud Pública. Con el devenir de las reestructuraciones el Departamento se adscribe a la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS) y por último el Departamento de Salud Pública pasa a formar parte desde 2.010 de la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, bajo la tutela esta última de la FCS-UC sede Carabobo.

Nuestro Departamento de Salud Pública permaneció en la sede de Mañongo hasta el año 1.998, cuando se traslada al Pabellón 8 del antiguo psiquiátrico de Bárbula. Su campo de acción se extiende de 10 asignaturas dictadas en las únicas tres carreras existentes a 56 en las 10 carreras que en la actualidad ofrece la FCS y el número de profesores pasa a 52 ordinarios y 20 contratados. Un hecho importante por resaltar fue que en el año 2.008 la Oficina de Planificación del Sector Universitario a prueba la carrera de Técnico Superior Universitario en Registros y Estadística de Salud adscripto operativamente al Departamento de Salud Pública y Desarrollo Social, convirtiéndose esta en la primera carrera que ofrece.

El Departamento de Salud Pública se ha caracterizado por su enorme producción intelectual, trabajo comunitario, responsabilidad social, apoyo técnico a las políticas socio-sanitarias del Estado venezolano, participación en el rediseño curricular de las carreras de la FCS-UC y por supuesto en la formación de profesionales en ciencias de la salud. El compromiso para los docentes que actualmente conforma la planta profesoral

del Departamento de Salud Pública y de aquellos que pudieran ingresar consiste en velar por el inmenso legado académico, científico y humanista que desde su creación ha esgrimido esta dependencia universitaria.

Díaz Ernesto y Bastidas Gilberto

CAPÍTULO I EPIDEMIOLOGÍA

Este apartado involucra artículos en relación directa con la distribución y frecuencia de la enfermedad, así como también sobre los determinantes del estado de salud y la utilización de esta información en el control de las enfermedades, es decir, de la valoración de las posibles asociaciones entre distintos factores o entre un factor de riesgo y la presencia o ausencia de determinadas características en los individuos, toda vez que permite a los órganos oficiales de salud del Estado el diseño o rediseño de las intervenciones socio-sanitarias en las poblaciones humanas, entre las que destacan la inmunizaciones como medida específica de protección de la salud contenida en la atención primaria en salud.

Los estudios epidemiológicos centran su accionar en indicadores de salud obtenidos, a través, de la vigilancia, y que dan cuenta de aspectos cuantitativos de la ocurrencia de un fenómeno en cuanto a amplitud, frecuencia y velocidad de aparición, y que incluye, por supuesto, las medidas de fuerza y especificidad de las asociaciones, y su innegable asociación con la sociedad y la antropología, lo que confiere a la epidemiología, como ciencia, práctica, teoría y arte, mayor posibilidad de comprensión de los fenómenos socio-sanitarios, haciéndose con esto muy eficaz en el estudio de los determinantes causales de problemas de salud y la herramienta indispensable para abordarlos y combatirlos.

La información para la acción, como definió la Organización Mundial de la Salud a la “vigilancia epidemiológica”, el proceso lógico y práctico de observación sistemática, activa y prolongada y de evaluación permanente del hecho salud-enfermedad, se constituye en el aspecto central de la epidemiología, ya que, la recolección de datos es el paso previo e indispensable para la implementación de medidas de prevención o control en atención al problema de salud que aqueja a la población, por ende, se constituye en elemento medular de la disertación epidemiológica nacional y mundial, y de los retos de la salud pública en tiempos complejos.

RESUMEN: La emergencia y reemergencia de enfermedades infecciosas endémicas está reconocida por las autoridades sanitarias internacionales, y para diversas regiones en el mundo han tenido un mayor impulso desde hace aproximadamente 25 años, han causado epidemias y pandemias, debido a que se encuentran en franco crecimiento y extensión donde antes no existían. Se han señalado varios factores que favorecen el desarrollo de estos padecimientos, pero es indudable que los cambios demográficos y en la adaptación de los microorganismos, el desarrollo económico del mundo moderno en el que vivimos ayudan en la expansión y progreso de estos microorganismos patógenos, propiciando la aparición de padecimientos contagiosos. La vigilancia epidemiológica es el paso primordial, de una respuesta oportuna y eficiente, para controlar y reconocer estas enfermedades transmisibles, por lo cual es necesario disponer de una infraestructura de salud pública que permita una respuesta rápida a fin de reducir la morbilidad y mortalidad y limitar el poder de diseminación en las poblaciones afectadas.

Palabras clave: Enfermedades, epidemias, emergencia, reemergencia, adaptación.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades infecciosas han ocupado un lugar preponderante en los programas de salud pública. Son varios los factores que han permitido reconocer el incremento de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, tanto en los países en vías de desarrollo y en los desarrollados ⁽¹⁾. En la historia de la humanidad se ha presentado epidemias y pandemias, como la influenza a principios del año de 1.900 que causó más de 20.000.000 de muertos ⁽¹⁾.

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), que a nivel mundial ha producido 24.000.000 defunciones. Toda esta situación de pandemia ha llamado la atención de los expertos en salud pública para desarrollar una mayor vigilancia epidemiológica e investigación, así como la implementación de programas de prevención efectivos que disminuyan de manera importante la incidencia de estas patologías que se presentan periódicamente en todo el mundo ^(1, 2). Se ha considerado que la capacidad que tienen los microorganismos

para causar un problema de salud pública puede deberse a factores tales como: Facilidad de transmisión entre los animales o entre las personas, gravedad de la infección y la factibilidad de herramientas para prevención y control de los brotes, así como medidas para el tratamiento de estas enfermedades ^(1, 2). También las condiciones ambientales han propiciado mutaciones que les permiten infectar a otros seres humanos. Otro factor asociado a estas infecciones es la aparición de microorganismos resistentes a los medicamentos, que los convierten en una nueva amenaza ^(1, 3, 4). Como ejemplo se puede citar la aparición de *Plasmodium falciparum* resistente a la cloroquina, que ha habido sido el pilar en la prevención del paludismo, ha producido un resurgimiento global de esta enfermedad ^(1, 3, 4).

MARCO HISTÓRICO DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

En la historia occidental hay al menos dos situaciones en las que se produjo la aparición de lo que hoy conocemos como enfermedades infecciosas reemergentes y emergentes. Fue la diseminación de la viruela, enfermedad que diezmo las poblaciones indígenas azteca e inca durante la conquista española de América en los inicios del siglo XVI ^(3, 5-7). La ausencia de inmunidad de estas poblaciones, se ha asociado a la gravedad clínica alcanzada toda vez que se expusieron a soldados enfermos de las tropas conquistadoras ⁽⁵⁻⁸⁾. Se ha descrito que cuando los jefes de las tropas conquistadoras repararon en que la enfermedad alcanzaba una letalidad superior entre los indios, utilizaron ropas con secreciones de lesiones variolísticas, de soldados enfermos, para propiciar el contagio a los indios, en una actitud similar a lo que hoy se entiende por guerra bacteriológica o ataque bioterrorista ^(9, 11).

La otra situación correspondió durante la edad media y la edad moderna en las ciudades europeas. Hubo grandes epidemias que se produjeron en un escenario determinado por el crecimiento de las ciudades sin normas de higiene ni planificación urbana preestablecidas, por migraciones masivas desde el campo originadas a partir de los cambios en los sistemas de producción económica ⁽⁹⁻¹¹⁾. Esta superpoblación repentina produjo cambios en los comportamientos sociales, merced a los cuales se incrementó abruptamente la exposición a agentes transmisibles en poblaciones hacinadas y sin

inmunidad previa. A esta época pertenecen las grandes epidemias de peste, cólera y tífus, el establecimiento de la endemidad de la sífilis y de la lepra ^(10, 11) y el cambio del patrón de transmisibilidad de la tuberculosis, de la vía digestiva a la vía aérea ⁽¹¹⁾.

INFECCIONES EMERGENTES

Este concepto de enfermedades o infecciones emergentes fue acuñado en 1.992 por el Instituto de Medicina de los EEUU ⁽³⁾, y se refiere a aquellas enfermedades descubiertas en los últimos 20 años, pero que recientemente han adquirido carácter epidémico, mayor gravedad o extensión a regiones en las que antes no existían ^(1, 3). En este grupo se incluye bacterias, hongos, virus y también parásitos. Dentro de ellas podemos encontrar ⁽¹⁻⁴⁾. Por virus: Infección por virus de inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, fiebre hemorrágica de ébola, hepatitis C, Delta, E, GB, influenza A (H5N1), neumonía por morbillivirus, síndrome pulmonar por hantavirus, enfermedad diarreica aguda por rotavirus, fiebres hemorrágicas por arnavirus (fiebre hemorrágica: argentina, boliviana y venezolana), eritema infeccioso. Por bacterias: Ehrlichiosis, enfermedad diarreica aguda por *Campilobacter yeyuniy* y *Escherichia coli* 0157H7, Legionelosis, gastritis por *Helicobacter pyloriy* el síndrome de shock tóxico por estafilococo aureo. Por protozoos: *Cryptosporidiasis*. Por espiroquetas: Enfermedad de Lyne.

INFECCIONES REEMERGENTES

Son una serie de enfermedades anteriormente conocidas y habiendo estado controladas o tratadas eficazmente, en descenso o prácticamente desaparecidas, su frecuencia, mortalidad o ambas se encuentran en la actualidad en crecimiento, volviendo a constituir una amenaza sanitaria y frecuentemente reaparecen en proporciones epidémicas, de mayor gravedad o extensión a regiones en las que antes no existían ^(1, 12-16). La tuberculosis y el cólera son ejemplos de enfermedades reemergentes, donde este último no se reportaba desde hacía más de 100 años, para mediados de los años de 1.980 ^(3, 4, 12, 13); así también el dengue que se ha expandido en la mayoría de los países de América Latina en las últimas décadas ^(4, 12). Para este último caso, Sánchez ⁽¹⁴⁾, en 1.997 indicó cinco condiciones

históricas que deben tomarse en cuenta, si:

1) ya había sido identificada, pero desde un punto de vista médico se le había pasado por alto debido a la imposibilidad de conceptualizarla como entidad nosológica; 2) ya existía, pero no se reparó en ella hasta que hubo cambios cualitativos o cuantitativos en sus manifestaciones; 3) no existía en una región en particular antes de que se introdujera en ella procedente de otras regiones; 4) hasta entonces sólo existía en la población animal y no en la población humana; 5) es completamente nuevo el agente desencadenante de la enfermedad o no existían las condiciones ambientales antes de que aparecieran las primeras manifestaciones clínicas.

Los siguientes son ejemplos bien conocidos de estos padecimientos^(3, 4): Por virus: Dengue, enfermedad rábica y fiebre amarilla. Por bacterias: Cólera, difteria, fascitis necrotizante, leptospirosis, peste y tuberculosis. Por parásitos: Paludismo.

FACTORES CAUSALES RELACIONADOS CON LAS ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

Se han identificado factores causales para la emergencia y reemergencia de estos padecimientos:

1) El gran aumento de la población mundial. Un crecimiento demográfico indiscriminado ha llevado a la aparición de megápolis, en cuyos límites se han desarrollado cinturones de viviendas inadecuadas, la desnutrición, que es terreno abonado para la propagación de infecciones de todo tipo y su consecuente aparición de brotes de enfermedades, no solo conocidas, sino también de otras nuevas^(1, 2-4).

2) La mundialización acelerada a la que ya aludíamos como factor en épocas pretéritas. Los gérmenes de hoy día pueden viajar a la velocidad de los aviones. El incremento de los viajes internacionales más rápidos y la movilidad geográfica en general favorecen la aparición y difusión de enfermedades. De este modo, los gérmenes pueden propagarse entre otras poblaciones menos preparadas para resistirlos. La existencia de guerras y conflictos mundiales que favorecen la existencia de refugiados que se desplazan y viven en precarias condiciones en campos de concentración^(1, 13, 14).

3) El incremento del comercio internacional de alimentos, la distribución masiva y las prácticas antihigiénicas de su preparación

amplifican el potencial desarrollo y propagación de infecciones de origen alimentario que constituyen uno de los problemas de salud pública más extendidos en el mundo contemporáneo^(1, 2, 5).

4) Los cambios climáticos y térmicos también pueden favorecer la propagación de enfermedades, como ocurre con el recalentamiento del planeta. Junto con la sequía, por el África subsahariana se ha ido propagando *Neisseria meningitidis* en países como Uganda y Tanzania, a partir de la zona más restringida donde estaba acantonada^(1, 2, 5).

5) Los cambios en el medio ambiente debidos a actividades humanas que favorecen el contacto más estrecho entre el hombre, insectos y animales favoreciendo las posibilidades de desarrollo de las zoonosis, y otras enfermedades transmisibles al hombre^(1, 4, 12).

6) Las nuevas tecnologías y procedimientos de innovación en la preparación de ciertos alimentos. En el año 1.979, en el Reino Unido, esta actuación podría haber desencadenado la aparición de la encefalitis esponjiforme bovina, la famosa enfermedad de las "vacas locas", transmitida por priones, así como su posible transmisión a los seres humanos, así también la gastroenteritis causada por *E. coli* O157 o salmonelas^(1, 3-5).

7) El incremento de la resistencia bacteriana a los procesos de esterilización, el uso inadecuado y en ocasiones excesivo de antibióticos. Esto debido a la enorme capacidad de adaptación a la adversidad de los microorganismos, por lo que las herramientas de lucha contra las enfermedades infecciosas se vuelven inadecuada con inusitada rapidez^(1, 3-5, 12-14).

8) La desorganización y falla de los servicios, en las medidas de salud pública, inadecuada o deteriorada infraestructura de salud pública, que no disponen de herramientas suficientes para establecer sistemas de vigilancia epidemiológica competentes que permitan un control y prevención de enfermedades emergentes y reemergentes^(1, 14, 16-18).

9) La situación de pobreza. La pobreza es un flagelo que azota a más de 4. 000 millones de personas del mundo en desarrollo, casi el 60% carece de saneamiento y un 1/3 no tiene acceso al agua limpia, la cuarta parte no tiene viviendas, ni acceso a servicios modernos de salud, 1/5 de los niños no asisten a la escuela al nivel básico de enseñanza primaria y alrededor de la quinta parte no tiene energía, ni proteínas suficientes en su dieta, careciendo de lo primordial para mantener un equilibrio entre la salud-enfermedad, da como el caldo de

cultivo para muchas enfermedades emergentes y reemergentes ^(19, 20).

CONSIDERACIONES FINALES

La humanidad se está enfrentando a problemas muy serios de salud, debido a que las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes han sido apremiantes en épocas recientes, por causas que el mismo hombre está propiciando y que se están dando nuevas modalidades en estas enfermedades tales como la rápida diseminación y expansión de microorganismos patógenos, acortando los tiempos de contagio ⁽¹²⁻¹⁴⁾. Constituyendo nuevamente una amenaza sanitaria y frecuentemente reaparecen en proporciones epidémicas ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Es importante tomar en cuenta las condiciones ambientales, como uno de los factores que determinan el comportamiento de estas infecciones, y ser considerado en la evaluación en las estrategias de salud pública, tomar en cuenta esta relación entre el medio y la ocurrencia de casos, a el fin de ajustar los programas de saneamiento ambiental y otras medidas preventivas de la enfermedad ^(3, 4, 12, 14, 16). Los factores que favorecen la emergencia y reemergencia de estas infecciones son numerosos y variados, la interrelación de los diversos factores mencionados anteriormente, se caracterizan por un gradiente de complejidad y favorecen la expansión y desarrollo de estos microorganismos patógenos ^(1, 2, 13, 17).

Ante este escenario mundial tan complicado de enfermedades emergentes y reemergentes, que se explica por los diferentes requerimientos que tienen un brote o una epidemia, las posibilidades de controlar o erradicar la diversidad de estas patologías infectocontagiosas, son muy distantes, a pesar de los esfuerzos que se realizan a través de investigaciones en materia de antibióticos y vacunas, estas patologías continúan siendo una de las primeras causas de muerte a nivel mundial ^(12, 16, 17, 19, 20).

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La estrategia de la Organización Mundial de la Salud ante las enfermedades emergentes y reemergentes se centra en una vigilancia exhaustiva, junto con la investigación en laboratorios, y sus metas principales son ^(1, 16, 17): Fortalecer la vigilancia mundial de las

enfermedades infecciosas; construir infraestructuras internacionales para reconocer, comunicar y responder a la amenaza de estas enfermedades; crear un programa de investigación aplicada y reforzar el control de las enfermedades a través de intervenciones seleccionadas ^(1, 2, 16, 17).

El primer paso para controlar las enfermedades transmisibles y reconocer la aparición de nuevas enfermedades corresponde a la detección e identificación inmediata ^(1, 2, 16). Para ello es esencial contar con un sistema organizado de vigilancia de las enfermedades prevalentes, conocidas y diagnosticadas, y de las nuevas y desconocidas, constituye el sistema oficial de notificación, a través del cual se recopila, analiza e interpreta en forma sistemática y continúa datos específicos sobre los procesos de salud enfermedad ^(1, 2). Esta información permite la toma de decisiones relativas al control, prevención, evaluación de programas y comunicación en salud ^(1, 2, 13, 22).

La vigilancia epidemiológica activa, que requiere de la intervención personal y activa del equipo de epidemiólogos para la búsqueda de la información concreta relativa a la enfermedad o problema objeto de vigilancia, buscando y produciendo la información no esperando que los datos lleguen al centro de salud, siendo de gran importancia en grupos de alto riesgo y en la investigación de brotes epidémicos ⁽²²⁾. La vigilancia epidemiológica especializada se requiere en la detección precoz en las enfermedades transmisible de notificación obligatoria o para patologías prioritarias tanto a nivel nacional como internacional, en programas de control y erradicación de enfermedades ⁽²²⁾. Como ejemplo de este tipo de vigilancia están los programas de tuberculosis, VIH/SIDA, dengue, paludismo, entre otros ^(1, 2, 16, 22).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López F. Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónicas-degenerativas, segunda edición. El Manual Moderno. México, DF. 2006.
2. Suárez C, Berdasquera D. Enfermedades emergentes y reemergentes: factores causales y vigilancia. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16 (6):593-597.
3. National Academy .Emerging infections. Microbial threats to

- health in the United States. Washington, DC.: 1992.
4. OPS. Emerging and re-emerging infectious diseases: who responds to a global threat? Washington, DC: 1994; 4:26-37.
 5. Diomedes P. La guerra biológica en la conquista del nuevo mundo: una revisión histórica y sistemática de la literatura. *Rev Chil Infect*. 2003; 20:19-2512.
 6. García U. La implantación de la viruela en los Andes, la historia de un Holocausto. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2003; 20:41-50.
 7. Bacci L. Population and nutrition: An essay on European demographic history (trad. de T. Croft-Murray y C. Pisen). New York: Cambridge University Press; 1991.
 8. Engels F. La situación de la clase obrera en Inglaterra. Diáspora. Buenos Aires, 1974.
 9. Watts S. Epidemias y poder: Historia, enfermedad, imperialismo (trad. de C. Gardini). Andrés Bello, Barcelona, 2000.
 10. Bates J, Stead W. The history of tuberculosis as a global epidemic. *Med Clin North Am* 1993; 77(6):1205-1717.
 11. Watts S. Epidemias y poder: Historia, enfermedad, imperialismo (trad. de C. Gardini). Andrés Bello, Barcelona, 2000.
 12. Oromi J. Enfermedades emergentes y reemergentes: algunas causas y ejemplos. *Med Integr* 2000; 36 (3):79-82.
 13. Oletta J. Reaparecen enfermedades erradicadas hace años. Disponible en: <http://venezuelanoticia.com/archives/4878>. 2008.
 14. Sánchez N, Álvarez J. Enfermedades emergentes: factores causales y situación epidemiológica por regiones. Documento en Línea. Reporte Técnico de Vigilancia. 1997; 2(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/uats/rtv_files/rtv0497.htm#GRUPOS%20DE%20RIESGO. 1997.
 15. Sáez V. Estudio comparativo de la incidencia del dengue en Suramérica, año 2010. Caso: Venezuela. Libro electrónico "La salud ante los cambios globales", Eje Temático III. Toluca. México. 2011.
 16. Arredondo B, Amores J. Enfermedades reemergentes: factores causales y vigilancia. *AMC*. 2009; 13(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext.
 17. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes. *Bol Epidemiol* 1995; 16(3):17.
 18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de la salud en las Américas. indicadores básicos. Oficina Regional de la Organización de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm>. 2011.
 19. Valdés L. Pobreza y enfermedades emergentes y reemergentes. *Medisan* 2000; 4(1):39-50.
 20. Derecho humano al agua potable - Monografias.com. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos32/derecho-al-agua/derech>. 2006.
 21. Possas C. Social ecosystem health: confronting the complexity and emergence of infectious diseases. *Cad Saude Publica* 2001; 17:31-41.
 22. Padrón D. Epidemiología básica. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela. Primera Edición 2012.

MALARIA: EVOLUCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA COMO ENFERMEDAD REEMERGENTE EN VENEZUELA

Gil Vianny, Moreno Izamar, Quiñones Jesús, Simone José

RESUMEN: Actualmente han resurgido viejos problemas de salud pública en el país como lo es la malaria, lo cual conlleva a una revisión de las gestiones de salud existentes en cuanto a la disminución de la incidencia de la enfermedad, debido a que las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes representan una continua amenaza para las comunidades hoy en día. Por lo que, este estudio es una revisión documental cuyo propósito es describir la evolución y la epidemiología de la malaria como una enfermedad reemergente en Venezuela y como objetivos específicos: Comparar la situación actual de la enfermedad de acuerdo con su evolución y epidemiología; establecer las repercusiones de la enfermedad en la salud pública y enumerar los distintos avances científicos que promuevan nuevos programas de control de la malaria. Para la cual se presentó un contexto teórico de algunos antecedentes y bases teóricas; en cuanto a la malaria, agente causal, tratamiento y prevención. Las autoridades sanitarias deben actuar adecuada y oportunamente, intensificando la vigilancia epidemiológica y difundiendo material educativo entre la población para evitar la picadura del mosquito. Tomando todas las precauciones para que los profesionales de la salud y los residentes del área tengan en cuenta estas medidas preventivas.

Palabras clave: Malaria, evolución, epidemiología.

INTRODUCCIÓN

La malaria o paludismo es la infección parasitaria más importante del mundo y está entre los mayores retos en salud y desarrollo de los países pobres. La malaria es causada por un parásito unicelular del género *Plasmodium*. Más de un tercio de la población del mundo (cerca de 2 billones de personas) vive en áreas endémicas de malaria. Se estima que causa 500 millones de casos clínicos y más de 1 millón de muertes cada año, la mitad de ellos en menores de 15 años. Cada 30 segundos muere víctima de Malaria un niño en algún lugar. Los países del África Tropical sufren más de 90% del total de casos y de mortalidad. La resistencia del *Plasmodium falciparum* y, más recientemente, del *Plasmodium vivax* a los antimaláricos ha complicado la profilaxis y el tratamiento ⁽¹⁾.

Según la Organización Mundial de la salud (OMS) ⁽²⁾, los casos

de malaria cedieron en más de un 40 por ciento en América entre 2.000 y 2.010, mientras que la enfermedad amenaza a más de 2.000 millones de personas en la región Asia Pacífico. De los 21 países americanos que luchan contra el paludismo, Argentina, El Salvador, México y Paraguay se encuentran más cerca de erradicar el mal, pero han sufrido un retroceso Venezuela, Haití y República Dominicana. El mayor número de infecciones de paludismo en América recae en la región del Amazonas que comparten Brasil, Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela, donde el ritmo de contagio anual supera los 50 casos por cada 1.000 habitantes.

Para el año 1936, Venezuela fue caracterizada por iniciar una amplia campaña, liderada por el Dr. Arnoldo Gabaldón, la cual dio como resultado la superación de la malaria como problema de salud pública para los comienzos de la década de los sesenta. Durante las décadas de los ochenta y noventa, se pasó a otra situación caracterizada por la emergencia y reemergencia de esta enfermedad, en diferentes zonas del país. En Venezuela se reportaron 17.140 casos de malaria entre enero y julio de 2.009, según cifras oficiales del informe del Ministerio de Salud ⁽³⁾.

En el país han resurgido viejos problemas de salud pública, como la malaria y la enfermedad de Chagas, entre otras; se considera importante la revisión de las gestiones de salud pública existentes en cuanto a la disminución de la incidencia de la enfermedad. Con la finalidad de describir la evolución de la enfermedad, situación epidemiológica y tendencia en el país. Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes representan una continua amenaza para las comunidades, sin distinción de edad, sexo, origen étnico o condición socioeconómica, pero que en todo caso afectan principalmente a la población menos favorecida desde el punto de vista socio-económico ⁽⁴⁾.

Por lo que, el presente estudio tiene por finalidad describir la evolución de la enfermedad y epidemiología de la malaria como enfermedad reemergente en Venezuela, para ello es importante comparar la situación actual de la enfermedad de acuerdo con su evolución y epidemiología; establecer las repercusiones de la enfermedad en la salud pública y por último, enumerar los distintos avances científicos que promuevan nuevos programas de control de la malaria.

En este trabajo se quiere destacar la evolución de la enfermedad y epidemiología de la malaria como enfermedad reemergente en Venezuela, socialmente representado como la posibilidad de emitir

opiniones e intervenir en la toma de decisiones en las instituciones públicas de salud. En lo que a la malaria se refiere, se parte del supuesto de los riesgos que tendría resultados efectivos en la lucha contra esta enfermedad, ya que, es una de las más comunes de todas las enfermedades tropicales: la sufren unos 250 millones de personas en todo el mundo cada año ⁽⁵⁾.

A manera de profundizar sobre esta enfermedad, es primordial establecer el origen y las sintomatologías que generan en el ser humano. La malaria es una parasitosis febril aguda ocasionada por parásitos perteneciente al género *Plasmodium*. El paroxismo palúdico es un cuadro propio de la malaria que después de un pródromo de varias horas se presenta típicamente en tres fases: frío o escalofríos, elevación de la temperatura y sudoración. La forma más grave es producida por el *P. falciparum* (terciana maligna), la cual se caracteriza por fiebre, escalofríos, cefalea, sudoración, vómitos, hepatomegalia, palidez, ictericia y alteración del sensorio. Son también complicaciones del paludismo por *P. falciparum*, la malaria cerebral, convulsiones, coma, insuficiencia renal aguda, anemia severa y edema pulmonar. La ruptura del bazo es una complicación que se ha reportado en algunos casos de malaria por *P. vivax* ⁽⁵⁾.

El agente causante de la malaria son ciertos patógenos protistas del género *Plasmodium*, que se desarrollan en dos fases: un ciclo sexual en el mosquito y un ciclo asexual en los seres humanos. Las características clínicas de la malaria dependen de la especie de *Plasmodium* que afecta al ser humano: *P. vivax* es el agente infeccioso que origina la malaria conocida como fiebre terciaria; *Plasmodium malariae* produce la forma de paludismo más letal y peligrosa conocida como fiebre terciana maligna; mientras que *P. falciparum* es el causante de la mayoría de las muertes por malaria. Una característica importante de la patogénesis de *P. falciparum* es su habilidad para secuestrarse en la microvasculatura venosa profunda y producir manifestaciones severas que incluyen malaria cerebral, anemia profunda, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal y malaria severa del embarazo.

ANÁLISIS Y DISERTACIÓN

Para profundizar sobre la situación actual de la enfermedad, es necesario mencionar algunos estudios previos respecto al tema,

entre los que destacan el trabajo realizado por Ramírez ⁽⁶⁾ titulado “Estructura de poblaciones de *P. falciparum* en la Amazonia/Orinoquia y la Costa Pacífica de Colombia y su relación con la resistencia a sulfadoxina- pirimetamina” Colombia. Su objetivo fue determinar la diversidad genética y la estructura de las poblaciones de *P. falciparum* en la región de la Costa Pacífica (Tumaco, Quibdó) y en la región Orinoquia/Amazonia (Guaviare, Meta, Amazonas) colombianas y establecer su relación con los genotipos de resistencia a sulfadoxina/pirimetamina allí circulantes. Concluyendo que no se rechaza la hipótesis referente a sí efectivamente las poblaciones están separadas geográficamente, la enfermedad puede ser originada principalmente por la migración y diseminación de genotipos resistentes, encontrado en los trazos de genotipos que invaden a una población receptora, la cual en su estudio se evidenció la presencia de mayores niveles de diversidad poblacional.

Tal como se plantea en la experiencia anterior, resulta claro que el aumento de la morbilidad y la mortalidad de malaria en Colombia y en el mundo son explicados parcialmente por la rápida diseminación de parásitos resistentes a algunas drogas que se han comercializado, así como también, pone de manifiesto el papel importante que juegan las migraciones de poblaciones humanas en el intercambio genético entre poblaciones del parásito. Así mismo, la influencia de los cambios en las políticas de tratamiento en el país como en los países vecinos que comparten las fronteras con Colombia sobre la aparición o cambios de frecuencia de genotipos resistentes, pone en evidencia la necesidad de considerar políticas regionales homogéneas de vigilancia y tratamiento en Sur América.

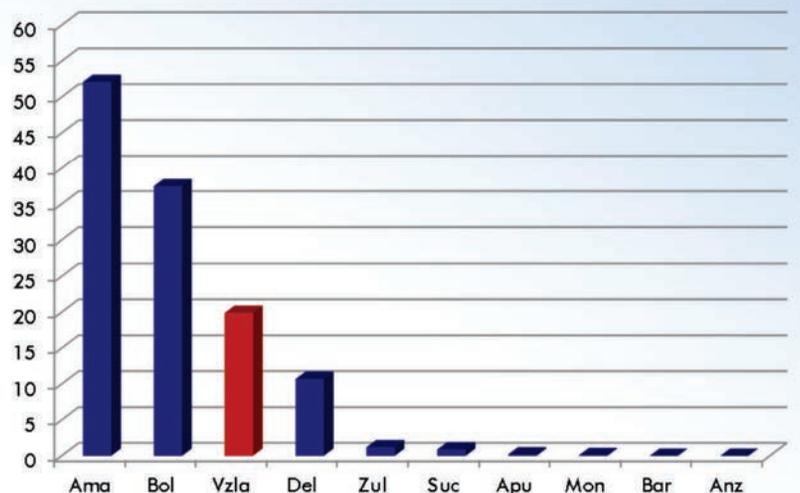
Ahora bien, esta problemática no sólo se ha presentado en las zonas fronterizas de Colombia, tal como se plantea en “El abordaje comunitario desde la perspectiva del personal de salud: la experiencia en la lucha contra la malaria en la localidad de Río Seco, Península de Paria, estado Sucre” ⁽⁷⁾, en donde la participación comunitaria en salud es el núcleo temático del estudio, ya que, constituye una vía ideal como estrategia de prevención y control de enfermedades endémicas, siendo la malaria una de las principales.

Entre los resultados se puede destacar que a nivel general existen dificultades para promover políticas de salud que estén en correspondencia con la realidad sociocultural de las comunidades

afectadas y ello ha incidido negativamente en la efectividad de tales políticas y por ende, su escaso impacto en la disminución de la malaria en esta zona. No obstante, con todas las limitaciones del caso. Se han dado algunas experiencias que pueden considerarse exitosas, como la referida en este trabajo, en la cual es imprescindible la acción mancomunada de promoción de la participación comunitaria, dirigida por el personal de salud, a través, de esta acción conjunta se pudo frenar la incidencia de esta endemia en el ámbito local.

Dentro de este orden de idea, constituye una vía ideal como estrategia de prevención y control de enfermedades endémicas. Tomando en cuenta las zonas afectadas por esta enfermedad, debido a que la participación comunitaria en el campo de la salud se ha caracterizado por tener un carácter enunciativo y falta de presencia de los beneficiarios en la toma de decisiones con respecto a las políticas del Estado en la administración de este servicio, por ende, mucho de los programas de abordaje comunitario y específicamente en la promoción de este tipo de participación en la atención, prevención y control de enfermedades, tienden a ignorar la dinámica sociocultural de las áreas socialmente intervenidas. Esta situación se presenta como un serio obstáculo para el éxito de la gestión de la salud.

Uno de los elementos a considerar en la lucha contra la malaria es la evolución que ésta ha tenido. Según el Ministerio del poder popular para la Salud, en Venezuela, por ejemplo abarca una zona de transmisión del 23% de la superficie del país, donde viven cerca de 720.000 habitantes. Desde 1.996 ha estado limitada a 45 municipios, ubicados la mayoría en los estados: Bolívar, Sucre, Amazonas, Barinas, Delta Amacuro, Apure y Táchira. En los años siguientes, se presentaron oscilaciones y en el año 2.004, un aumento considerable de 46.244 casos, con una tasa de 177,0 por 100.000 habitantes, casi alcanzando el número presentado en 1.990. Finalizado el año 2.003, en Venezuela se diagnosticaron 31.719 casos de malaria; 31.186 originados en el país y 533 casos importados del exterior. Los Estados que durante 2.003 aportaron la mayor parte de la morbilidad por esta causa fueron: Bolívar, Sucre y Amazonas, aunque Delta Amacuro hizo su mayor contribución en veinte años, con alta proporción de malaria por *P. falciparum* ⁽⁸⁻¹⁹⁾.

Gráfico 1: Estados con mayor incidencia parasitaria Anual, año 2009.

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud (9).

La incidencia de casos de malaria revelaría una tendencia a estabilizarse entre 2.003 y 2.008 (predicción que se cumplió parcialmente porque el número de casos del quinquenio duplicó las del quinquenio anterior), con fluctuaciones que se evidenciarían entre los años 2.010 a 2.015. Sin embargo, es necesario señalar que el comportamiento de la malaria en Venezuela no opera de manera pura, exenta de las intervenciones sanitarias. Solo la intervención sanitaria oportuna determinará fluctuaciones descendentes en la morbilidad. Sin temor a equivocaciones, la tendencia para los próximos años desbordará las expectativas del programa de control de la malaria si no se toman medidas preventivas intensas durante estos años, y en especial en los años epidémicos, de trascendente magnitud. La meta más próxima para los países endémicos es lograr la reducción de 50 % de casos para 2.010 en comparación a 2000. Para Venezuela esto significó alcanzar en 2.010 un número inferior de 14.868 casos ⁽²⁰⁾.

CONCLUSIÓN

La reemergencia de enfermedades infecciosas endémicas está reconocida por las autoridades sanitarias internacionales, y para

diversas regiones en el mundo han tenido un mayor impulso desde hace aproximadamente 25 años. La malaria es una enfermedad infecciosa endémica tropical, que se han presentado con fuerza en todas sus modalidades en todo el mundo, infectando a millones de personas, convirtiéndose esta situación en una verdadera preocupación de salud pública donde los gobiernos y organismos internacionales hacen esfuerzos considerables para controlar la incidencia en la población afectada.

Aún cuando el tema de interés de este trabajo está en función de la evolución y epidemiología de la malaria en Venezuela, la revisión de las fuentes sugiere que es muy amplia el número de enfermedades nuevas o que reemergen, afectan al mundo y a nuestro país (sarampión, fiebre amarilla, entre otras). El trabajo realizado permite concluir que la malaria, al menos en los últimos cuatro años; tiene una incidencia que ha ido a estabilizarse luego de una disminución considerable observado hace cinco años.

Desde los años de 1.990, y en particular, desde el 2.000, los casos y su incidencia en el país tienden a un incremento y ha hecho que las áreas, por lo general las más afectadas, se encuentren en estado de epidemia, particularmente los espacios maláricos del estado Bolívar. Se puede concluir que el diagnóstico y tratamiento son los elementos fundamentales para el control de la enfermedad. La detección precoz de los casos y la administración de tratamiento, además de ser una medida altamente efectiva en términos de atención individual, con rápida reducción de la incapacidad y cura en 100% de los casos oportunamente detectados, es en términos colectivos, la acción más importante de prevención primaria e interrupción de transmisión en el control de la malaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González P. Red de Investigación Cooperativa en Enfermedades Tropicales "Malaria". Disponible en: <http://www.ricet.es/es/1/programa-malaria.htm>. (2008).
2. El Universal Venezuela retrocede en la lucha contra la malaria. Disponible en: <http://www.eluniversal.com/vida/121102/venezuela-retrocede-en-la-lucha-contra-la-malaria-imp>. 2012.
3. Informe 21, Malaria disminuyó 40% en América y en Venezuela aumentó. Disponible en: <http://informe21.com/malaria-en>

- venezuela/malaria-disminuyo-40-en-america-y-en-venezuela-aumento. 2012.
4. Mendoza G. Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes: Una constante amenaza. Disponible en: http://www.tucontactomedico.com/index.php?option=com_content&view=article&id=980:enfermedades-infecciosas-emergentes-y-reemergentes-una-constante-amenaza-autor-dr-jose-andres-mendoza-gaviria&catid=89:del-sistema-musculo-esqueletico&Itemid=93. 2011.
 5. Padilla J, Montoya R. Guía de Atención Clínica de Malaria. Disponible en: <http://www.acin.org/acin/new/Portals/0/Templates/Guia%20Malaria%202011%20Infectio.pdf>. 2010.
 6. Ramírez P. "Estructura de poblaciones de Plasmodium falciparum en la Amazonia/Orinoquia y la Costa Pacífica de Colombia y su relación con la resistencia a sulfadoxina-pirimetamina". Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2737/1/598194.2010.pdf>. 2010.
 7. Sánchez I, Flores L. El abordaje comunitario desde la perspectiva del personal de salud: la experiencia en la lucha contra la malaria en la localidad de Río Seco, Península de Paria, estado Sucre. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12216181009>. 2010.
 8. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletines Epidemiológicos Semanas 52. Venezuela. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 1996.
 9. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletines Epidemiológicos Semanas 52. Venezuela. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 1997.
 10. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletines Epidemiológicos Semanas 52. Venezuela. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 1998.
 11. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletines Epidemiológicos Semanas 52. Venezuela. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 1999.
 12. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletines Epidemiológicos Semanas 52. Venezuela. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2000.
 13. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletines Epidemiológicos Semanas 52. Venezuela. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2001.
 14. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletines Epidemiológicos Semanas 52. Venezuela. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2002.
 15. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletines Epidemiológicos Semanas 52. Venezuela. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2003.
 16. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletines Epidemiológicos Semanas 52. Venezuela. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2004.
 17. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletines Epidemiológicos Semanas 52. Venezuela. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2005.
 18. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletines Epidemiológicos Semanas 52. Venezuela. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2006.
 19. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletines Epidemiológicos Semanas 52. Venezuela. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2007.
 20. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletín Epidemiológico Semana 53. 2009. Venezuela. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2009.

RESUMEN: *Introducción:* La tosferina es una enfermedad respiratoria prevenible por Vacuna, que continua siendo un problema de salud pública, a pesar de la disminución de la infección por Bordetella Pertussis desde la introducción de la vacuna en 1.940. Representando un número importante en la morbi-mortalidad de los hospitales pediátricos. *Objetivo:* Determinar las características clínico epidemiológicas de la Infección por B. Pertussis en pacientes que acudieron a la emergencia del Hospital de niños. Dr. Jorge Lizárraga, durante el periodo enero-abril 2.015. *Material y Método:* Pacientes ambulatorios y hospitalizados, menores de 14 años que cumplieron con la definición de casos. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo. *Resultados:* Se evaluaron las fichas epidemiológicas del Departamento de Epidemiología de los pacientes que fueron evaluados con el diagnostico sospechosos de Tosferina, 110 pacientes, siendo confirmados 07 casos que representan 6,36 %, por IgM B. Pertussis (Elisa). De los confirmados se observa que el 71,42% fueron lactantes menores de 1 año. A predominio del género masculino 85,71 %. Observándose que todos los pacientes tenían el esquema de vacunación incompleta. *Discusión:* Afectó principalmente a lactantes menores de seis meses. Concluyendo que el esquema de vacunación completo es determinante para una óptima inmunidad.

Palabras clave: Vacunación, Bordetella Pertusis, Fichas epidemiológicas, Tos ferina, IgM (Elisa).

INTRODUCCIÓN

La tosferina es una enfermedad respiratoria aguda, endémica, altamente contagiosa, causada por la bacteria Bordetella pertussis. Representa una alta morbi-mortalidad, especialmente en niños menores de 1 año de edad, con transmisión directa de secreciones de vías respiratorias, con una tasa de transmisión alta de adultos portadores asintomáticos, ocasionando complicaciones como neumonía, hipertensión pulmonar, encefalopatía y muerte ⁽¹⁻³⁾. La Vacunación es la estrategia más eficaz para la prevención de la Tosferina ⁽⁴⁾. El objetivo es determinar las características clínico epidemiológicas de la infección por B. Pertussis, en pacientes que acudieron a la emergencia del Hospital de niños Dr. Jorge Lizárraga.

Durante el periodo Enero-Abril 2.015.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizó, entre el día 01 de enero y el 30 de abril del 2.015, incluyéndose en el estudio 110 pacientes menores de 14 años, que acudieron a la emergencia de niños, Dr. Jorge Lizárraga. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Valencia estado Carabobo. Se llevo a cabo un estudio retrospectivo, a través, de la revisión de fichas epidemiológicas con diagnóstico de Tosferina. El diagnóstico de tosferina se confirmó con la realización de IgM B. Pertussis (Elisa).

RESULTADOS

Durante el período enero-abril del 2015, se encontró en los archivos del Departamento de Epidemiología 110 casos sospechosos. De los cuales en 07, se confirmó el diagnóstico de tosferina mediante IgM B. Pertussis (Elisa) que representaron 6,36%.

En relación al género se observó predominio del masculino con 85,71% (06 casos), y el femenino 14,28% (01 caso). Respecto a la edad se apreció una importante superioridad de la enfermedad en etapa temprana de la vida, de los 07 pacientes afectados, 05 de estos son lactantes menores de un año de edad y de estos, 04 con una edad inferior a los seis meses, lo que representa un 57,14%.

De los 07 pacientes detectados con Tosferina, todos tenían un esquema de vacuna incompleto.

De las manifestaciones clínicas encontradas en los 07 pacientes al momento de su ingreso al hospital, la más frecuente fue la fiebre que estuvo presente en todos los pacientes, seguida de Tos con un 57,14%, Vómito con el 28,57% y Distress Respiratorio 14,28%. Observándose la Neumonía como complicación en uno de los Pacientes.

DISCUSIÓN

La Tosferina continúa siendo una causa importante de Morbi – Mortalidad en niños. A pesar de la disminución de la Infección por *B. Pertussis* desde la introducción de la Vacuna, la Enfermedad continúa siendo endémica en el mundo, observándose ciclos

epidémicos cada 3 a 5 años⁽⁵⁻⁷⁾.

En este estudio retrospectivo se pudo constatar que la tosferina sigue siendo un problema de salud pública en nuestros hospitales, observando que la edad más frecuente son los lactantes menores de un año 05 casos (71,42%) de los cuales 04 casos (57,14%) son menores de seis meses. Siendo determinante la protección con un esquema completo de inmunización específica contra *B. Pertussis*, constatándose en este estudio, que todos los pacientes afectados de tosferina, tenían un esquema de inmunización incompleto. Al momento de su admisión en el hospital, los signos o síntomas predominantes fueron fiebre en 100 %, de los casos, tos en 57,14%, y en menor proporción vómitos 28,57% y distress respiratorio 14,28%. En los 07 casos se aisló el germen *B. Pertussis* mediante IgM. (Elisa).

CONCLUSIÓN

La ausencia de vacunación específica o un esquema incompleto es el factor determinante para presentar tosferina en el paciente susceptible. Se debe enfatizar que el esquema de vacunación ha de ser completo para lograr una óptima inmunidad y se recomienda administrar un refuerzo de vacuna en grupos vulnerables o en los potenciales portadores de *B. Pertussis* (contactos domiciliarios).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kuszniarz G, Schmeling F, Cociglio R, Pierini J, Molina F, Ortellao L, et al. Características clínicas y epidemiológicas de niños con enfermedad por Bordetella pertussis en Santa Fe, Argentina. Rev Chil Infectol 2014; 31(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182014000400002&script=sci_arttext.
2. Gentile A, Romanin V, Juárez M, Lución M, Marques M, Mistchenko A. Epidemiología de Bordetella pertussis en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Arch Argent Pediatr 2014; 112(1). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752014000100006.
3. Sosa M, Castro M, Salomón S, Giachetto G. Características epidemiológicas y clínicas de niños hospitalizados con tos

convulsa durante el 2012 en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossel. Arch Pediatr Urug 2014; 85(1). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S168812492014000100003&script=sci_arttex.

4. Potin M, Cerda J, Contreras L, Muñoz A, Ripoll E, Vergara R, et al. Modificación en el esquema de vacunación antipertussis en Chile, vacunación en grupos especiales y estrategias de control. Comentario del Comité Consultivo de Inmunizaciones (CCI) de la Sociedad Chilena de Infectología. Rev Chilena Infectol 2012; 29(3):307-311.
5. Von Spech M, Grenona S, Tagliaferria P, López O, Regueira M, Fosattic S, et al. Tos convulsiva: características clínico epidemiológicas de 20 casos confinados atendidos en el Hospital Pediátrico de la Provincia de Misiones. Arch Argent Pediatr 2009; (5):449-458.
6. Castillo O, Carrizo J. Manual de Vacunas. 1ra Edición. Editorial Médica Panamericana. Caracas, Venezuela. 2008.
7. Leal J, López P. Vacunas en Pediatría. 3ra Edición. Editorial Médica Panamericana. Medellín, Colombia. 2008.

ADICCIONES EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA Y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE, ESTADO CARABOBO. VENEZUELA

Reyes Julio, Rincón Daiquel, Robles María, Rodríguez Jessica

RESUMEN: *Introducción:* La adicción es el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una sustancia natural o sintética, y que se caracteriza por el deseo dominante de continuar tomándola, tendencia a incrementar la dosis, dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la misma, efectos nocivos para el individuo y para la sociedad. *Objetivo:* Determinar las adicciones en los médicos residentes de postgrado de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera y el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, estado Carabobo, entre enero y diciembre de 2.014. *Método:* estudio descriptivo de corte transversal, de campo, no experimental. La población fue de 155 médicos residentes que conforman la totalidad de los postgrados en especialidades clínicas y quirúrgicas. Como instrumento para la recolección de información se utilizó una guía de entrevista semi-estructurada. *Resultados:* Se obtuvo que el género femenino representa la mayoría de la muestra en el consumo de cafeína y el género masculino representa la mayoría de la muestra en el consumo de alcohol. *Conclusiones:* La adicción más frecuente en todos los años de residencia, es la cafeína. La mayoría de la muestra consume cafeína con el fin de disminuir el estrés y alcohol con el fin de recrearse.

Palabras clave: Adicciones, Sustancias psicoactivas, Médicos residentes, Cafeína.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1.964, define por primera vez la adicción como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una sustancia natural o sintética, y que se caracteriza por el deseo dominante de continuar tomándola, tendencia a incrementar la dosis, dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la misma, efectos nocivos para el individuo y para la sociedad ⁽¹⁾.

El consumo de sustancias psicoactivas entre la clase médica, representa un gran problema ocupacional, ya que, puede ocasionar un proceso de degradación progresiva del profesional en su vida

personal, laboral y en la salud ⁽²⁾, con efectos sobre la praxis médica. Estudios realizados en Estados Unidos demostraron que los médicos residentes reportan mayor consumo de drogas de diferentes tipos ⁽³⁾; asociándose a la constante presión a la que están sometidos desde su formación, al acceso a medicamentos y la capacidad de prescribir fármacos. En Argentina los estudios de adicción revelaron que la proporción de fumadores es mayor entre los que se desempeñan en servicios de urgencia y entre los que realizan especialidades quirúrgicas ⁽⁴⁾. Por su parte, en México se concluyó, que los médicos residentes tienen altos índices de consumo de alcohol y drogas pero moderado de tabaco; también altos niveles de estrés, depresión e ideación suicida en relación directa con el consumo de alcohol y de drogas ⁽³⁾.

En Venezuela se cita a Baptista y Uzcátegui, como los pioneros en estudios sobre adicción, encontrando entre los médicos residentes del Hospital Universitario de Mérida, abuso de alcohol en 11%, y dependencia al tabaco en 20,9%, y de drogas en 1%, sin embargo, del estado Carabobo no se tiene información precisa ⁽⁵⁾.

Esta investigación tiene como finalidad, determinar las adicciones más frecuentes en los médicos residentes de postgrado de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera y el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, estado Carabobo, entre enero y diciembre de 2014. Para realizar lo anteriormente descrito se clasificarán por géneros, nivel de residencia, año de postgrado en curso, especialización médica y hospital en el que labora la población en estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

El siguiente estudio tiene un diseño descriptivo de corte transversal, de campo, no experimental. La población fue de 155 médicos residentes que conforman la totalidad de los postgrados en especialidades clínicas y quirúrgicas, 116 en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera y 39 en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. La muestra estuvo conformada por 36,12% de la población, que correspondieron a todos aquellos sujetos de ambos géneros, sin distingo de edad o periodo de permanencia en los postgrados, que expresaron el deseo de participación voluntaria.

Como instrumento para la recolección de información, se diseñó una guía de entrevista semi-estructurada. Esta entrevista se basó

en un formulario, cuyas preguntas fueron previamente elaboradas y aprobadas por expertos. Se utilizaron hojas de recolección de datos relevantes tales como edad, género, año de residencia del postgrado y la clínica a la que pertenece, seguida de 20 preguntas de selección múltiple, relacionadas con el tema a investigar y previa autorización de cada uno de los residentes que participaron.

Para el análisis de datos se realizó una base de datos en el programa Microsoft Excel®. La información se presentó en tablas de distribución de frecuencias y con base en estadística descriptiva se presentaron conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS

En el cuadro 1 se puede observar que la adicción más frecuente en el género femenino es la cafeína seguida por el alcohol, mientras que en el género masculino es lo contrario, primero el alcohol y en segundo lugar la cafeína.

Cuadro N° 1

Adicciones en los médicos residentes distribuidos por género. Valencia, 2014.

Adicción	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cafeína	26	42,6	11	36,7	37	40,7
Alcohol	22	36,1	12	40,0	34	37,4
Medicamentos	11	18,0	1	3,3	12	13,2
Tabaco	2	3,3	5	16,7	7	7,7
Drogas ilícitas	0	0,0	1	3,3	1	1,1
Total	61	100,0	30	100,0	91	100,0

Fuente: Datos obtenidos por los autores.

El cuadro 2 muestra las adicciones más frecuentes en las diferentes especialidades médicas. Se puede observar que la principal sustancia psicoactiva consumida por parte de los médicos residentes de posgrado de medicina interna fue la cafeína, mientras que en las demás especialidades médicas hubo preferencia por la cafeína y el alcohol en iguales proporciones. También se puede observar que los médicos que más consumo de tabaco y medicamentos presentan son los del posgrado de medicina interna y el consumo de drogas ilícitas solo se evidenció en los de cirugía.

Cuadro N° 2

Adicciones en los médicos residentes distribuidas por especialidad médica. Valencia, 2014.

Adicción	Medicina Interna		Cirugía		Pediatría		Gineco-obstetricia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cafeína	13	40,6	8	38,1	10	41,7	6	42,9	37	40,7
Alcohol	10	31,3	8	38,1	10	41,7	6	42,9	34	37,4
Medicamentos	6	18,8	2	9,5	2	8,3	2	14,3	12	13,2
Tabaco	3	9,4	2	9,5	2	8,3	0	0,0	7	7,7
Drogas ilícitas	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Total	32	100,0	21	100,0	24	100,0	14	100,0	91	100,0

Fuente: Datos obtenidos por los autores.

En el cuadro 3 se expresa que la adicción más frecuente en todos los años de residencia, es la cafeína y el alcohol constituyó la adicción más común en los residentes de primer año, mientras que en los residentes de segundo y tercer año la cafeína es la adicción más frecuente.

Cuadro N° 3

Adicciones en los médicos residentes distribuidas por año de residencia. Valencia, 2014.

Adicción/residente	1° año		2° año		3° año		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cafeína	13	30,2	19	48,7	5	55,6	37	40,7
Alcohol	16	37,2	15	38,	3	33,3	34	37,4
Medicamentos	7	16,3	4	10,3	1	11,1	12	13,2
Tabaco	6	14,0	1	2,6	0	0,0	7	7,7
Drogas ilícitas	1	2,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Total	43	100,0	39	100,0	9	100,0	91	100,0

Fuente: Datos obtenidos por los autores.

El cuadro 4 nos muestra con que finalidad los médicos residentes consumen las sustancias en estudio. Se encontró que la mayoría de la muestra consume cafeína con el fin de disminuir el estrés y alcohol con el fin de recrearse. Una minoría de la muestra consume tabaco y medicamentos para aliviar el estrés y otra minoría utiliza las drogas ilícitas con el fin de recrearse.

Cuadro N° 4

Finalidad del consumo de las diferentes sustancias en estudio. Valencia, 2014.

Sustancia	Recreación		Alivio de estrés	
	N	%	N	%
Cafeína	7	16,3	14	48,3
Alcohol	32	74,4	8	27,6
Medicamentos	1	2,3	2	6,9
Tabaco	2	4,7	5	17,2
Drogas ilícitas	1	2,3	0	0,0
Total	43	100,0	29	100,0

Fuente: Datos obtenidos por los autores.

ANÁLISIS-DISERTACIÓN

En los resultados obtenidos de la investigación se observó, en una comparación por géneros, que la cafeína es la adicción más frecuente en el género femenino con 42,6%, seguida por el alcohol con 36,1%, los medicamentos con 18% y el tabaco con 3,3%. En el género masculino la adicción predominante es hacia el alcohol con 40% seguida por la cafeína con 36,7%, el tabaco con 16,7% y los medicamentos y las drogas ilícitas, ambas en 3,3%.

En las adicciones distribuidas por especialidades médicas se pudo observar que los residentes de postgrado de medicina interna tienen mayor preferencia por la cafeína (40,6%), seguida por el alcohol (31,3%) y en menor proporción a los medicamentos (18,8%) y al tabaco (9,4%). En el resto de las especialidades médicas se observó igual preferencia por la cafeína y el alcohol, representando cada una el mismo porcentaje siendo en cirugía 38,8%, en pediatría 41,7% y en gineco-obstetricia de 42,9%.

Con respecto a las adicciones frecuentes en los diferentes años de postgrado, se observó que los médicos residentes de primer año tienen mayor adicción hacia el alcohol presentándose ésta en 37,2% de la muestra, mientras que en los médicos residentes de segundo año y de tercer año la adicción más frecuente es la cafeína con 48,7% y de 55,6% respectivamente. A pesar de ser el género femenino el predominante en todos los años de residencia se observa como en los residentes de primer año la adicción predominante es el alcohol,

evidenciándose así que durante los primeros años de postgrado se emplea con mayor frecuencia sustancias que disminuyen el estado de alerta y en los años posteriores se emplean sustancias estimulantes del sistema nervioso central. Probablemente se deba a la toma de conciencia respecto a la responsabilidad adquirida al progresar en la obtención del título de especialista.

En relación a la finalidad por la cual los médicos consumen estas sustancias, se observó que 74,4% de la muestra consume alcohol con el fin de recrearse y 27,6% lo hace con el fin de aliviar el estrés. Igualmente se observó que una mayoría de 48,3% consume cafeína para aliviar el estrés y 16,3% lo hace con el fin de recrearse. En cuanto a las otras sustancias se tiene que el consumo de tabaco y medicamentos es mayor para aliviar el estrés que para recrearse, representando estos 17,2% y 6,9% respectivamente. En cuanto al consumo de drogas ilícitas solo 2,3% de la muestra hace uso de estas sustancias con el fin de recrearse y no se observó su uso para aliviar el estrés.

Es de hacer notar que durante la realización de esta investigación se pudo corroborar el consumo de agentes psicoactivos en la población estudiada, la cual estaba constituida por los médicos residentes que laboran en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde y la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, destacando así, la relevancia que tiene este patrón de conducta como un problema ocupacional, ya que, puede ocasionar un proceso de degradación progresiva del profesional en su vida personal, familiar y su salud.

Al observar los resultados de la presente investigación con la realizada por Arévalo, Arteaga, Aguilar y Lizondo, podemos destacar que el alcohol constituye el 70% de las sustancias adictivas consumidas a nivel mundial, teniendo por el contrario en nuestros resultados, que el consumo de cafeína estuvo posicionado como uno de los principales agentes utilizados por la población médica con fines recreacionales así como para mantener el estado de vigilia, la capacidad de atención y concentración ⁽⁶⁾.

Con respecto a la prevalencia en el consumo de alcohol, este se posicionó como la segunda adicción más frecuente, coincidiendo con estudios realizados por Lanz, Medina y Rivera, al igual que los realizados por Wunsch y colaboradores en Estados Unidos y los ejecutados por Villaseñor en Latinoamérica describiendo de forma similar que los médicos residentes tienen disminución general de

la salud física caracterizada por trastornos del sueño, alimentación deficiente y exceso de trabajo relacionada directamente con el consumo de esta sustancia.^(3,7)

El resto de las adicciones en estudio mantuvieron porcentajes menores y variables de acuerdo a cada hospital, género y edades, evidenciando una menor proporción de médicos residentes consumidores de medicamentos, tabaco y drogas, las cuales se presentaron en el orden anteriormente descrito. En Venezuela diferentes investigadores como Baptista y Uzcátegui, describen porcentajes que se correlacionan con los resultados obtenidos en la presente investigación.

CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de los residentes en estudio corresponde a adultos jóvenes, los cuales culminaron su pregrado, realizaron la rural e inmediatamente se incorporaron a los estudios de postgrado. En la muestra seleccionada se aprecia que el género femenino representa la mayoría de la muestra que consume cafeína. En cuanto al género masculino se evidencia que una parte representativa de la muestra consume alcohol. Al observar la totalidad de la muestra en estudio, la adicción más frecuente en todos los años de residencia, es la cafeína. No obstante, el alcohol es la adicción más común en los residentes de primer año. Los residentes de segundo y tercer año la cafeína es la adicción más frecuente. Los médicos residentes indicaron que consumen cafeína con el fin de disminuir el estrés y alcohol con el fin de recrearse. Destacando que los altos niveles de exigencia en el postgrado constituye uno de los estresores más significativos. Una minoría de la muestra consume tabaco y medicamentos para disminuir la ansiedad. Un pequeño porcentaje respondió afirmativo a las drogas ilícitas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo Nacional contra las Adicciones. Guía para el promotor de "Nueva Vida". México. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/nueva_vida/prevadicciones_nuevavida.html. 2008.
2. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del Consumo y

Dependencia de Sustancias Psicoactivas. Washington, D.C: OPS; 2005.

3. Lanz P, Medina M, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex 2005; 48(5):1-7.
4. Zylbersztejn, H, Cragolino, R, Francesia A, Tambussi A, Mezzalira V, Levin R, et al. Estudio epidemiológico del tabaquismo en médicos. Rev Argent Cardiol 2003; 71(3):178-184.
5. Baptista T, Uzcátegui E. Substance use among resident doctors in Venezuela. Drug Alcohol Depen 1993; 32(2):127-132.
6. Arevalo A, Artega Huanca H, Aguliar M, Lizondo Rada G. Alcoholismo. Rev Paceaña Med Fam 2008; 5(8):71-78.
7. Wunsch M, Knisely J, Cropsey K, Campbell E, Schnoll S. Women physicians and addiction. J Addict Dis 2007; 26(2):35-43.

PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL AMBULATORIO DR. LUIS GUADA LACAU, NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO, FEBRERO – JULIO 2015

Duran Darmin, Rodríguez Ybrahim

RESUMEN: *Introducción:* La HTA es el principal factor determinante de morbilidad y mortalidad cardiovascular, la OMS establece que la presión arterial normal está definida como presión sistólica inferior a 140 mm/Hg, unida a una presión diastólica inferior a 90 mm/Hg. *Objetivo general:* Determinar la prevalencia de la hipertensión arterial en el personal administrativo del ambulatorio Dr. Luis Guada Lacau. *Material y método:* Estudio de tipo observacional, descriptiva, de campo. La población estuvo conformada por 40 trabajadores del área administrativa cuya muestra fue de 36 trabajadores de ambos sexo, La participación de los pacientes fue voluntaria bajo consentimiento informado. *Resultados:* La edad con mayor frecuencia fue de 40 a 49 años predominando el género femenino (72,2%), la mayoría presentó valores de tensión arterial normal, solo (11,1%) con tensión arterial sistólica y (27,8%) con tensión arterial diastólica elevada. Se evidencian factores de riesgo como sobrepeso u obesidad, niveles de cintura abdominal elevados y antecedentes familiares de HTA en vista de esto los trabajadores del área administrativa. *Conclusión:* Se pueden clasificar la muestra en estudio como un grupo de alta prevalencia de presión arterial elevada así como de riesgo de Enfermedades cardiovasculares.

Palabras clave: Hipertensión arterial, Personal administrativo, Prevalencia, Factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

Una de las patologías que se presenta con alta frecuencia en la actualidad es la hipertensión arterial (HTA), llamada la “enfermedad silenciosa” la cual puede darse por las tensiones en el trabajo, producto de circunstancias laborales que van a afectar el sistema cardiovascular ⁽¹⁾. La HTA se ha convertido en un problema de salud pública muy importante, por ser el principal factor determinante de morbilidad y mortalidad cardiovascular, prácticamente en cualquier región del planeta ⁽¹⁾. En la actualidad, es la primera causa de muerte a escala mundial. La prevalencia de hipertensión arterial en adultos, en Estados Unidos y Europa, alcanza cifras alarmantes especialmente en Alemania (55%), luego Finlandia, España e Inglaterra (todos

sobre 40%), Italia y Suecia (38%) y Estados Unidos (28%)⁽²⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los niveles de presión arterial tienen varios rangos. La OMS establece que la presión arterial normal está definida como presión sistólica inferior a 140 mm/Hg, unida a una presión diastólica inferior a 90 mm/Hg. En Latino América, específicamente en México, la enfermedad cardiovascular la prevalencia es de 16.4%; mientras que prevalencia de hipertensión arterial es hasta el 30% en tal población⁽⁴⁾. El Consenso Latinoamericano sobre HTA, cita las cifras de prevalencia de población hipertensa en diversos países, estando a la cabeza Uruguay con 33,0%, seguido de Venezuela con 32,4%, Paraguay con 30,5%, con 28,7%, Argentina 28,1%, Ecuador, Brasil 26,8%, México 26,0%, Chile 22,8% y Perú 22,0%. La publicación advierte que las cifras no pueden compararse pues los estudios que las produjeron presentan diferentes metodologías, pero consideran que la hipertensión arterial se define como presión arterial igual o mayor a 140 mm/Hg, y la presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mm/Hg o ambas⁽³⁻⁵⁾.

Así como en Venezuela, para el último censo (2.011), una de cada tres personas de 20 años o más, tiene HTA. Donde también se precisó que los pacientes con HTA diagnosticada, solo la mitad estaban tratados de manera regular con medicinas antihipertensivas⁽⁶⁾. Otro estudio realizado en la ciudad de Barquisimeto (Lara) donde la prevalencia de HTA en la población de trabajadores de 20 y más años se determinó en quince mil individuos de ambos sexos, con una incidencia de HTA del 23,5%. Es decir casi en una cuarta parte de la población investigada⁽⁷⁾.

Otro estudio realizado en Caracas, utilizando la clasificación que establece sobre hipertensión la Sociedad Europea de Cardiología, publicado en el 2.011, destacó que la prevalencia de HTA fue de 29% en el grupo total de personas evaluadas, siendo en el sexo masculino de 27% y en el femenino 30%⁽⁸⁾. Los factores que inciden en desencadenar la HTA, se encuentran el consumo excesivo de sal, estrés, sobrepeso, alcohol, nicotina y sedentarismo, que favorecen y determinan en muchos casos la aparición y mantenimiento crónico de la hipertensión arterial. Aparte de los factores anteriores hay otros que pueden influir en el proceso de adquirir la HTA, siendo estos no modificables, como los hereditarios, edad, raza, sexo y algunas patologías que contribuyen a la aparición de la HTA⁽⁹⁾.

Como se ha acotado, muchos factores pueden propiciar la HTA. En términos del interés de este proyecto, el mismo se centra en el contexto laboral de trabajadores del área administrativa y en ciertos factores psicosociales que pudieran afectar la dinámica familiar de los sujetos a investigar. La actividad laboral y las tensiones que surgen en el ámbito familiar cuando la funcionalidad de la familia como grupo social es baja o ausente, pueden generar condiciones desfavorables, sin importar la raza, sexo o edad, en el del sistema cardiovascular que puede conllevar a la incidencia temporal o permanente de hipertensión arterial.

Se contempla investigar la HTA en los trabajadores administrativos del Centro Ambulatorio "Dr. Luis Guada Lacau" Adscrito al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales con sede en Naguanagua, Estado Carabobo. Se plantea como objetivo general indagar sobre la hipertensión arterial en el personal administrativo del ambulatorio Dr. Luis Guada Lacau. Objetivos específicos: Especificar características demográficas, antropométricas, niveles de conocimiento, hábitos, Distribución del personal administrativo según antecedentes patológicos e indicar los niveles de tensión arterial del personal administrativo.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación fue de tipo observacional descriptiva, con diseño de campo. La población en estudio estuvo conformada por 40 trabajadores del área administrativa del Centro Ambulatorio "Dr. Luis Guada Lacau" durante el lapso de febrero a julio del 2.015. La muestra quedó constituida por 36 trabajadores. Criterios de inclusión: Trabajador mayor de edad de ambos sexos y personal administrativo que labora en el IVSS. Como criterios de exclusión: Trabajadores que se encontraran de vacaciones o reposo médico y todos aquellos que no trabajan como administrativo.

Se usó como técnica de recolección la observación directa (examen físico y análisis de laboratorio de sangre y orina), y la entrevista (datos sociodemográficos) y la observación indirecta (nivel educativo, hábitos). Para recolectar la información se elaboró una ficha contentiva de los variables en estudio. Además se utilizó un cuestionario de 20 ítems, validado por tres expertos en el área, relacionados a los objetivos de esta investigación. Se solicitó

consentimiento informado a los sujetos de estudio.

La información se procesó y se analizó por medio del paquete estadístico SPSS versión 19.0. Los resultados se presentan en frecuencia absoluta y relativa. Para el análisis de significación estadística se utilizó la prueba de Chi cuadrado de bondad de ajuste y la correlación de Pearson. Todos los resultados con respecto a la significación estadística de los test usados con base a un error de azar de menos del 5% ($P < 0.05$).

RESULTADOS

En el Cuadro 1, con respecto a la edad, se aprecia que 36,1% se encontró entre 30 y 39 años, 41,7% entre 40 y 49 años, y de 50 años o más el 22,2%. (Chi cuadrado = 2,167; g.l. = 2; $P < 0,34$). La edad media fue de $42,9 \pm 7,5$ años, con mínima de 30 y máxima de 59 años. En cuanto a la distribución por género, el femenino (72,2%) fue significativamente predominante (Chi cuadrado = 7,111; g.l. = 1; $P < 0,008$).

Aunque la mayoría tenía un nivel académico de técnico (61,1%) no fue suficiente para predominar de forma significativa (Chi cuadrado = 1,778; g.l. = 1; $P < 0,18$), siendo profesionales el restante 38,9%. Con respecto a la función que desempeña el grupo investigado, la de asistente fue mayoría con 30,6%, seguida por analista (25,0%), secretaria (13,9%), mantenimiento (13,9%), contador (11,1%) y, por último, trabajo social para un 5,6%. Ninguna función se destacó de manera significativa (Chi cuadrado=9,333; g.l.=5; $P <$

Cuadro N° 1

Distribución del personal administrativo según características demográficas. Centro Ambulatorio "Dr. Luis Guada Lacau" (IVSS). Naguanagua, Estado Carabobo. Febrero-Julio 2.015.

Características	F (%)*
Edad (años)	
30 – 39	13 (36,1)
40 – 49	15 (41,7)
50 O MÁS	8 (22,2)
Género	
Femenino	26 (72,2)
Masculino	10 (27,8)
Nivel académico	
Técnico	22 (61,1)
Profesional	14 (38,9)
Función	
Asistente	11 (30,6)
Analista	9 (25,0)
Secretaria	5 (13,9)
Mantenimiento	5 (13,9)
Contador	4 (11,1)
Trabajo social	2 (5,6)
Estado civil	
Soltero	18 (50,0)
Casado	10 (27,8)
Concubino	5 (13,9)
Divorciado	3 (8,3)
Total	36 (100,0)

Fuente: Datos propios de la Investigación.

0,10). Dieciocho (50,0%) miembros del grupo eran solteros, siendo esta mayoría significativa (Chi cuadrado = 14,889; g.l.=3; $P < 0,002$), con relación a los casados (27,8%), concubinos (13,9%) y los divorciados (8,3%) (Cuadro 1).

En el Cuadro 2, se aprecia que 20 (50,0%) sujetos no poseían antecedentes patológicos, 30,6% tenía antecedentes de hipertensión arterial, 22,2% de obesidad, 13,9% dislipidemia y 5,6% de angina. Debe aclararse que varios sujetos poseían más de un antecedente patológico, por lo que no fue posible establecer el cálculo del Chi cuadrado. En el caso de los antecedentes de patologías en familiares, se tuvo que sólo el 11,1% no presentaban, mientras que el 86,1% sufría de hipertensión arterial, 38,8% tenía familiares con obesidad, 25,0% con diabetes mellitus, con dislipidemia el 22,2% y con angina el 8,3%. Al igual que el aspecto de los antecedentes patológicos personales, los integrantes del estudio tuvieron más de un antecedente en cada uno de ellos con respecto a los familiares, por lo que también no fue posible calcular el Chi cuadrado.

Cuadro N° 2

Distribución del personal administrativo según características demográficas. Centro Ambulatorio "Dr. Luis Guada Lacau" (IVSS). Naguanagua, Estado Carabobo. Febrero-Julio 2.015.

Características	F (%)*
Antecedentes patológicos personales	
Ninguno	20 (55,6)
Hipertensión arterial	11 (30,6)
Obesidad	8 (22,2)
Dislipidemia	5 (13,9)
Angina	2 (5,6)
Antecedentes patológicos familiares	
Ninguno	4 (11,1)
Hipertensión arterial	31 (86,1)
Obesidad	14 (38,8)
Diabetes mellitus	9 (25,0)
Dislipidemia	8 (22,2)
Infarto miocardio	7 (19,4)
Angina	3 (8,3)
Total	36 (100,0)

Fuente: Datos propios de la Investigación.

Los valores medios de la presión arterial se presentaron en valores normales. Sin embargo, algunos pacientes presentaron valores alterados, ya que en la tensión arterial sistólica hubo cuatro (11,1%) miembros del personal investigado, en la tensión arterial diastólica diez (27,8%) (Cuadro 3).

Cuadro N° 3

Parámetros clínicos de funcionamiento cardiovascular y respiratorio Centro Ambulatorio "Dr. Luis Guada Lacau" (IVSS). Naguanagua, Estado Carabobo. Febrero -Julio 2.015.

Presión arterial	X ± S	Mínimo	Máximo	(valores alterados)/%
Tensión arterial Sistólica (mm/Hg)	119,7 ± 12,3	100	140	4 (11,1)
Tensión arterial diastólica (mm/Hg)	78,3 ± 9,4	60	90	10 (27,8)

Fuente: Datos propios de la Investigación.

Con el criterio de medir la cintura abdominal de acuerdo al sexo, el valor promedio de los varones y de las hembras (100,4 cm y 93,5 cm) se encuentran por encima de lo recomendable (menos de 90 cm varones y menos de 80 hembras), lo que dio como resultado que el 30,6% del grupo tuviera valores alterados de cintura abdominal. Para el Índice de Masa Corporal, el valor medio 29,0 kg/m² fue muy por encima de la cifra máxima permitida para considerar el Índice adecuado (25 kg/m²), al punto que hubo un 86,1% de los sujetos estudiados con valores alterados (Cuadro 4).

Cuadro N° 4

Parámetros clínicos de funcionamiento cardiovascular y respiratorio Centro Ambulatorio "Dr. Luis Guada Lacau" (IVSS). Naguanagua, Estado Carabobo. Febrero -Julio 2.015.

Parámetros antropométricos	X ± S	Mínimo	Máximo	(valores alterados)/%
Cintura Abdominal (cm)	100,4 ± 14,2 ♂ 93,5 ± 11,4 ♀	86 ♂ 72 ♀	119 ♂ 120 ♀	11 (30,6)
Índice de masa corporal (kg/m ²)	29,0 ± 4,9	21.1	43.0	31 (86,1)

Fuente: Datos propios de la Investigación.

DISCUSIÓN

En el presente estudio la distribución por género, el femenino (72,2%) fue significativamente predominante sobre el masculino (26,8 %). El grupo de los 36 miembros del personal administrativo investigados se repartieron en 36,1% entre 30 y 39 años, 41,7% entre 40 y 49 años, y de 50 años o más el 22,2%. Resultados contrario al obtenido en un estudio realizado en Barquisimeto estado Lara Venezuela, basado en la prevalencia de la hipertensión arterial el resultado que se obtuvo de HTA fue del 23,58% con un ligero predominio del género masculino (27,75%) sobre el femenino(21,39%). Al aumentar la edad, la prevalencia de HTA se incrementó progresivamente, siendo el grupo etario de mayor prevalencia el de 70-79 años (65,38% F y 56,08% M); con respecto al género, la prevalencia de HTA fue más alta en el masculino que en el femenino hasta los 50-59 años, a partir de la cual la HTA es más prevalente en el género femenino ⁽⁷⁾.

En un estudio realizado en la gran Caracas en 2011, arrojó que la prevalencia de HTA fue de 29% en el grupo total (el género masculino fue de 27% y en el femenino 30%). De acuerdo a esta categorización de la HTA, 40% de esta muestra tenía cifras de tensión arterial en el rango óptimo. Sumando las categorías normal y normal alta, 31% estaban en este rango (prehipertensión JNCVII), y en el rango de la HTA leve estaba 24,7%, en HTA moderada el 3% y el 1,3% estaban en HTA severa ⁽⁸⁾. Por lo que estos resultados coinciden con la presente investigación siendo los valores medios de los parámetros clínicos de tipo cardiovascular estuvieron acorde a los valores normales. Sin embargo, los trabajadores presentaron valores alterados aislados, ya que, en la tensión arterial sistólica hubo cuatro (11,1%) miembros del personal investigado, con la tensión arterial diastólica diez (27,8%).

En cuanto a los parámetros de la cintura abdominal de acuerdo al sexo, el valor promedio de los varones y de las hembras (100,4 cm y 93,5 cm respectivamente) se encuentran por encima de lo recomendable, lo que dio como resultado que 30,6% del grupo tuviera valores alterados de cintura abdominal. Para el Índice de Masa Corporal, el valor medio (29,0 kg/m²) fue muy por encima de la cifra máxima permitida para considerar el índice adecuado, al punto que hubo un 86,1% de los sujetos estudiados con valores alterados.

Esto se relaciona con el trabajo realizado en México sobre Hipertensión en adultos mexicanos: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2.010 que concluye que 43.2% tuvo diagnóstico de hipertensión, por lo que se encontró una asociación positiva ($p < 0.05$) entre hipertensión e índice de masa corporal (IMC), obesidad abdominal ⁽⁴⁾.

La mitad del grupo no poseían antecedentes patológicos, 30,6% tenía antecedentes de hipertensión arterial, 22,2% de obesidad, 13,9% dislipidemia. Sólo el 11,1% no presentaban antecedentes familiares, mientras que el 86,1% sufría de hipertensión arterial, 38,8% tenía familiares con obesidad, 25% con diabetes mellitus, con dislipidemia 22,2% y con angina 8,3%. Resultados que guarda relación en el estudio de prevalencia de presión arterial elevada y otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en trabajadores de cafetines de la Universidad Central De Venezuela (Ciudad Universitaria) donde la hiperglicemia fue de 16% y la de hipercolesterolemia 17%. El tabaquismo fue de 33% ⁽¹⁰⁾.

CONCLUSIONES

En la presente investigación resalta que el grupo de edad con mayor prevalencia fue el de 40 a 49 años y en un alto porcentaje el género femenino, resaltando el nivel académico de técnicos desempeñando función en mayor prevalencia de asistentes y analistas, la mayoría presentó valores de tensión arterial normal siendo en menor porcentaje los que se encontraron con tensión arterial en límites altos. Se evidenció la prevalencia de factores de riesgo como dislipidemias, sobrepeso u obesidad, niveles de cintura abdominal elevados, hábitos y dietas inadecuados y antecedentes familiares en vista de esto los trabajadores del área administrativa se pueden clasificar como un grupo de alta prevalencia de presión arterial.

RECOMENDACIONES

Implementar programas educativos a fin de que los trabajadores adquieran conocimientos que les permitan mantenerse saludables y prevenir complicaciones de enfermedades cardiovasculares como la HTA, al poder corregir factores de riesgo modificables, que se

demonstraron presentes en esta investigación. El control de la presión arterial y de los factores de riesgo debe ser una tarea primordial para evitar enfermedades cardiovasculares en América Latina. En los cuales deben participar los médicos de atención primaria y todo el estrato responsable de la atención de la salud en distintos niveles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casado S. Hipertensión Arterial. Libro de la Salud Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y de la Fundación BBVA. Primera Edición. Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon.pdf. 2009.
2. Zarate L. Hipertensión arterial: Problema de salud pública no resuelto. *Medware* 2008; 8(6):e50. doi: 10.5867/medwave.2008.06.509. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Simposio/509>.
3. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión Arterial. Informe de un Comité de Expertos. Serie de Informes Técnicos. 628. 1978. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_628_spa.pdf. 1978.
4. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Villalpando S, Rodríguez-Gilabert C, Durazo-Arvizú R, et al. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud pública Méx* 2010; 52(1):S63-S71.
5. Consenso latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. Tablas 2. Disponible en: <http://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-Latinoamericano-sobre-Hipertension-Arterial.pdf>. 2014.
6. Notas de salud para la comunidad. Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas. Comisión Comunicacional. 21 de noviembre 2011. Disponible en: <http://www.rscmv.org.ve/pdf/notacomunidad2.pdf>. 2011.
7. Hernández R, Chacón L, Hernández A, Agüero R, Hernández G, Armas M, et al. Estudio de la prevalencia de la hipertensión arterial en Barquisimeto, Venezuela. *Bol Méd Postgrado*. 1994; 10(3).
8. López R, Acosta J, Alcalá J, Fernández G. Estudio de prevalencia de hipertensión arterial en la Gran Caracas (Venezuela). *Rev Esp Cardiol* 2011; 64(3):271.

9. WWW.Omeda.es. España. Hipertensión Arterial: Causas. Disponible en: http://www.onmeda.es/enfermedades/hipertension_arterial-causas-1685-4.html. 2015
10. Croce N, Fernández B, Chuky E, Fragachán F, Macías N, Marcano A, et al. Prevalencia de presión arterial elevada y otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en trabajadores de cafetines de la Universidad Central De Venezuela (Ciudad Universitaria) RFM Caracas Junio 2012.

ESTIMACIÓN DE LA PRESENCIA DE *Aedes aegypti* A TRAVÉS DEL USO OVITRAMPAS EN LOS MUNICIPIOS LOS GUAYOS Y GUACARA. ESTADO CARABOBO. DICIEMBRE 2014 – ENERO 2015

Estraño José, Fajardo Natasha, Gallardo Kathiuska, Guasamucare Norandrys, Velásquez Glenda

RESUMEN: El Dengue es una enfermedad infecciosa aguda transmitida por mosquito *Aedes aegypti* propio de áreas tropicales y subtropicales de todo el mundo. *Objetivo General:* Estimar la presencia del *Ae. aegypti*, a través del uso de ovitrampas en las Urbanizaciones Buenaventura, municipio Los Guayos y Ciudad Alianza, municipio Guacara en el periodo comprendido entre Noviembre - Diciembre 2.014. *Materiales y Métodos:* investigación descriptiva, de campo, no experimental, longitudinal. Muestra: 80 viviendas entre ambas urbanizaciones. *Resultados:* Edad 45-49 años (25,0% Ciudad Alianza), 55-59 años (22,5% Buenaventura). Género masculino, 65,0% (Ciudad Alianza), 60,0% (Buenaventura), Ocupación: obreros 77,5% (Ciudad Alianza), empleados 55,0% (Buenaventura). Nivel de instrucción: universitarios 37,5% (Ciudad Alianza), 30,0% (Buenaventura). Número habitantes: 5-9 (61,25%), ambas localidades. Almacenamiento de agua: "Adecuado"; tiempo en que recibe el agua: "Permanente", Ciudad Alianza (100%). Almacenamiento de agua: "Inadecuado"; tiempo en que recibe el agua: "Intermitente", Buenaventura (100%). Abatización: no abatizaban, Buenaventura (100%). Huevos encontrados: Ciudad Alianza 2.578 huevos, Buenaventura 6.662. Densidad de huevos: ambas urbanizaciones, SE N°49 (n=3485, 37,71%). *Conclusiones:* Se observó Positividad de *Ae. aegypti*, por presencia de formas inmaduras. Determinantes sociales asociados con mayor número de huevos encontrados: "Almacenamiento de agua y "tiempo en que recibe el agua".

Palabras clave: Ovitrampas, Riesgo, Dengue, Vigilancia, Vector.

INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad viral aguda, producida por el virus del dengue, transmitida por los vectores *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* ⁽¹⁾. Esta patología es causada por cuatro serotipos del virus del dengue: DEN-1, DEN-2, DEN-3 ó DEN-4, del género *Flaviviridae*. Los síntomas del dengue incluyen: fiebre alta que se inicia de forma repentina, cefalea, dolor retroauricular, astenia; mialgias, artralgias. Al tercer día de la fiebre, muchas veces aparece un exantema generalizado, de color rojizo, que dura dos o tres días.

También se puede observar náuseas, vómitos, pérdida del apetito o dolor de garganta. Así mismo, algunas personas después de la fiebre inicial pueden presentar síntomas más graves característicos del dengue hemorrágico ⁽²⁾.

El *Ae. aegypti* es un mosquito perteneciente a la clase Insecta ⁽³⁾. Como todos los mosquitos pasan por cuatro estadios durante su ciclo biológico o ciclo de vida: huevo, larva, pupa y adulto. Los tres primeros representan los estadios inmaduros del vector. Las larvas y pupas son acuáticas, en tanto que los adultos son de vida terrestre. Se denomina criadero a todo ambiente acuático donde viven y se desarrollan las formas inmaduras ⁽⁴⁾.

La enfermedad es endémica en más de 100 países de las regiones de África, las Américas, el Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. Las regiones más gravemente afectadas son Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. Aproximadamente 2.500 millones de personas equivalente cerca del 40% de la población mundial están en riesgo de contraer dengue. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año se producen entre 50 y 100 millones de infecciones por el virus del dengue ⁽⁵⁾. En América Latina, en los países del Cono Sur, Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, en el período comprendido entre 2.001 y 2.007, 64,6% (2.798.601) de todos los casos de dengue en las Américas fueron informados en esta subregión, mientras que los Países andinos, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, contribuyeron con 19% (819.466) ⁽⁶⁾.

Según el Boletín epidemiológico número 41 del año 2.014 del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) en Venezuela se diagnosticaron 3.756 casos probables, de los cuales 7 fueron dengue grave, con una razón dengue/dengue grave de 536:1. El acumulado del año fue de 63.551 casos, en donde 84,28% los constituyó dengue sin signo de alarma (53.562 casos), 15,47% representó dengue con signo de alarma (9.830 casos) y 0,25% formó dengue grave (159 casos), con una razón dengue/dengue grave de 399:1 ⁽⁷⁾.

Como una excelente alternativa para la vigilancia entomológica del vector del dengue se propuso la utilización de ovitrampas, las cuales son trampas sencillas usadas en áreas urbanas para la vigilancia vectorial de *Ae. aegypti*. Las ovitrampas han sido usadas desde 1.965 en la vigilancia del *Aedes*, como un instrumento para determinar

la distribución del mosquito, medir la fluctuación estacional de las poblaciones y evaluar la eficacia de la aplicación de insecticidas; además, como una estrategia de muestreo presencia-ausencia. Permite una estimación de la densidad mediante la proporción de muestras positivas y son especialmente útiles para la detección temprana de reinfestaciones ⁽⁸⁾. Por tales razones se propuso como objetivo general del presente estudio: Estimar la presencia del *Ae. aegypti*, a través del uso de ovitrampas en las Urbanizaciones Buenaventura, municipio Los Guayos y Ciudad Alianza, municipio Guacara en el periodo comprendido entre Noviembre- Diciembre 2.014.

Entre los trabajos de investigación que profundizan sobre el objeto de estudio se encuentra el trabajo realizado por Djunko ⁽⁹⁾ quienes analizaron la ocurrencia de focos del *Ae. aegypti* en zonas tropicales en su estudio "Monitoring of *Aedes aegypti* mosquitoes by means of ovitraps at the Universidade Federal de Mato Grosso Campus, Cuiabá, State of Mato Grosso- Brazil", en el año 2.010, mediante ovitrampas impregnadas con infusión de heno, con el objetivo de investigar los niveles mensuales de infestación con el vector del dengue y de la influencia de factores abióticos. Los autores concluyeron positividad de formas inmaduras *Ae. aegypti* a los largo de todo el estudio.

En el trabajo "Determinación del período estacional de oviposición de *Ae. aegypti* (Diptera: Culicidae) en la ciudad de Santa Rosa, La Pampa, Argentina" de Breser ⁽¹⁰⁾, se ubicaron ovitrampas, durante el año 2.011, en cinco lugares diferentes de la ciudad. También se estudió la relación entre temperatura y actividad de oviposición semanal, observándose un cese en la actividad de oviposición cuando la temperatura media descendió por debajo de los 16°C.

En el trabajo de investigación denominado "Oviposición diaria de *Ae. aegypti* en Orán, Salta, Argentina", se estudiaron los horarios de máxima actividad de oviposición de *Ae. aegypti* realizado por Estallo ⁽¹¹⁾ en el año 2.011, se realizaron muestreos quincenales entre noviembre de 2.006 y febrero de 2.007 (primavera- verano), la ciudad fue dividida en tres zonas (norte, centro, sur), se registró la mayor cantidad de huevos entre las 16 y 20 h (81%).

Por su parte, Estrada ⁽¹²⁾, del año 2.013, "Diseño y evaluación de una ovitrampa para el monitoreo y control de *Aedes aegypti*, principal vector del dengue" diseñaron y evaluaron en condiciones de campo una ovitrampa con atrayentes químicos y para el monitoreo y control

de los vectores del dengue, ovitrampa CRISPP (OC). La efectividad de la OC fue evaluada y comparada contra una ovitrampa estándar (OE). Se contabilizaron un total de 7.168 huevos; 4.659 (65%) fueron puestos en la OC y 2.509 (35%) en la OE, observándose positividad de formas inmaduras del vector en ambas ovitrampas.

El dengue como problema de salud pública repercute en la actividad diaria de las poblaciones, ya que, una vez adquirida la enfermedad se evidencian aspectos como, ausentismo laboral y escolar incidiendo considerablemente en la actividad humana y en el desarrollo de las sociedades. Desde el punto de vista social, la investigación indagó sobre los determinantes sociales comúnmente involucrados con la presencia endémica de esta enfermedad. De igual manera, la importancia contemporánea de este estudio radica en el hecho que servirá de marco de referencia para futuras investigaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación estuvo enmarcada en un diseño observacional-descriptivo de nivel comparativo. Asimismo, se encontró dentro del diseño de investigación no experimental, de campo y longitudinal, ya que, se investigó al mismo grupo de individuos de manera repetida a lo largo de un período de tiempo (13). La unidad muestral objeto de estudio estuvo constituida por 288 viviendas de la urbanización Buenaventura perteneciente al municipio Los Guayos. De igual forma, se eligieron 280 casas de la urbanización Ciudad Alianza ubicada en el municipio Guacara.

La muestra se obtuvo, a través, de un muestreo al azar simple y estuvo representada de la siguiente forma: En la Urbanización "Buenaventura" del municipio Los Guayos se precisó un total de 40 apartamentos, de la manzana 9. En la Urbanización "Ciudad Alianza" del municipio los Guacara: una (1) vivienda de la manzana 3; tres (3) viviendas de la manzana 5; cuatro (4) viviendas de la manzana 8; 23 viviendas de la manzana 9; 6 viviendas de la manzana 10 y 3 viviendas de la manzana 11 pertenecientes a la tercera etapa, para un total de 40 viviendas. Se estudiaron las Semanas Epidemiológicas N°48 (del 24-11-2014 al 30-11-2014), N° 49 (del 01-12-2014 al 05-12-2014) y N° 50 (del 06-12-2014 al 12-12-2014).

Para la selección de la muestra, se tomaron como criterios de inclusión los siguientes: 1) vivienda habitada para el momento

de aplicación del instrumento 2) que estuviera presente el jefe de familia y 3) que el representante del hogar este de acuerdo con la colocación de la ovitrampa, previo al Consentimiento Informado, el cual es un documento legal que explica al jefe de familia los procedimientos que se llevaría a cabo en su vivienda, estando él de acuerdo con las actuaciones explícitas en el mismo.

Debido a que las hembras grávidas de *Ae. aegypti* deben localizar sitios para ovipositar, ya que, esta especie coloca los huevecillos individualmente en las superficies de las paredes internas y por encima del nivel del agua en receptáculos naturales o artificiales, las ovitrampas (recipientes cilíndricos oscuros de 335 ml aprox., en donde se encontró un atrayente natural "Infusión de Heno", junto con una paleta recolectora de huevos) proporcionaron un ambiente idóneo para la oviposición. Para su uso se debe identificar cada Ovitrampa con el número de vivienda y la urbanización correspondiente. La periodicidad de revisión se estableció de acuerdo al ciclo biológico del *Ae. aegypti* (4-6 días) en donde, en todos los casos no se dio tiempo a que los huevos eclosionaran. El día y/o frecuencia de la revisión fueron impostergables. Una vez obtenida la autorización del Jefe de Familia donde se colocó la ovitrampa se procedió a colocarlas preferentemente en el suelo de un patio o jardín en las casas de la Urb. Buenaventura y en los pasillos de cada piso de los apartamentos de la Urb. Ciudad Alianza, no muy visible, bajo sombra (sitios preferenciales para el vector).

Los datos se recolectaron en una ficha de vigilancia entomológica, la cual consistió en un cuestionario estructurado pre diseñado, que sirvió para evaluar la situación socioeconómica y las características de la vivienda, registrar y cuantificar los resultados que se obtuvieron luego de cada revisión de las ovitrampas. Los datos fueron sistematizados utilizando tabla maestra en Microsoft Excel para posteriormente ser analizados por el procesador estadístico Statgraphics Plus 5.1., a través de tablas de asociación según las zonas de estudio con su respectiva interpretación.

Para representar la cantidad de formas inmaduras (huevos) se realizó un polígono de frecuencias y se comparó el número de formas inmaduras según las zonas en las semanas epidemiológicas estudiadas según la prueba de hipótesis para diferencias entre porcentajes (prueba Z) y en la semana epidemiológica donde se registró la mayor cantidad de huevos, adoptándose como nivel de

significancia estadística p valores inferiores a 0,05 ($p < 0,05$).

RESULTADOS

En cuanto a los grupos de edad, en la Urb. Ciudad Alianza fueron más frecuentes los jefes de familia con 35 y 44 años así como aquellos con 45-54 años, con un 30% por igual (12 casos cada grupo); no obstante, en la Urb. Buenaventura predominó el grupo de edad de 45- 54 años con un 32,5% (13 casos). En lo que respecta al género en ambas zonas predominó el género masculino como jefe de familia: Urb. Ciudad Alianza (65,0%= 26 casos) y Urb. Buenaventura (60,0%= 24 casos) (Cuadro 1).

En la Urb. Ciudad Alianza fueron más frecuentes aquellos jefes de familia que se desempeñaban como obreros (77,5%= 31 casos); No obstante, en la Urb. Buenaventura aunque fueron más frecuentes los empleados como masa laboral (55%= 22 casos), sin embargo los obreros representaron un porcentaje significativo (45%). El nivel de instrucción predominante entre los entrevistados fue el universitario, predominando en ambas zonas estudiadas: Urb. Ciudad Alianza (37,5%= 15 casos) y Urb. Buenaventura (30%= 12 casos) (Cuadro 1).

Cuadro N° 1

Distribución de la muestra de estudio según grupos de edad, genero, ocupación y nivel de instrucción del jefe de familia. Urb. Ciudad Alianza, Municipio Guacara. Urb. Buenaventura, Municipio Los Guayos. Diciembre 2.014 – Enero 2.015.

Variables	Municipio Guacara		Municipio Los Guayos		Total	
	Urb. Ciudad Alianza		Urb. Buenaventura			
Grupos de edad	f	%	f	%	f	%
15-24	4	10,0	2	5	6	7,5
25-34	6	15,0	7	17,5	13	16,25
35-44	12	30,0	7	17,5	19	23,75
45-54	12	30,0	13	32,5	25	31,25
55 y más	6	15,0	11	27,5	17	21,25
Género	f	%	f	%	f	%
Masculino	26	65,0	24	60,0	50	62,5
Femenino	14	35,0	16	40,0	30	37,5
Ocupación	f	%	f	%	f	%
Obrero	31	77,5	18	45,0	49	61,25
Empleado	9	22,5	22	55,0	31	38,75
Nivel de Instrucción	f	%	f	%	f	%
Primaria Completa	4	10,0	5	12,5	9	11,25
Secundaria Incompleta	9	22,5	6	15,0	15	18,75
Secundaria Completa	5	12,5	7	17,5	12	15,0
Técnico	7	17,5	10	25,0	17	21,25
Universitario	15	37,5	12	30,0	27	33,75
Total	40	100	40	100	80	100

Fuente: Encuesta de Vigilancia del A. aegypti.

El tipo de vivienda más frecuente encontrado en ambas zonas fue casa o apartamento para ambas urbanizaciones (100% por igual). El rango promedio de habitantes por familia que predominó fue de 5 a 9 habitantes (61,25%= 49) siendo el rango más frecuente en las dos urbanizaciones en estudio. Al evaluar el almacenamiento de agua se catalogó como adecuado en la Urb. Ciudad Alianza (40 casos), a diferencia de la Urb. Buenaventura que se clasificó como inadecuado (40 casos); En cuanto al tiempo que reciben agua en la Urb. Ciudad Alianza era permanente en su mayoría (40 casos), mientras que en la Urb. Buenaventura era intermitente (40 casos). En la totalidad de las viviendas de las urbanizaciones en estudio, la eliminación de desechos sólidos catalogados como basura se realiza a través del servicio de aseo urbano (100%= 80 casos) y para el medio de disposición de excretas en todas las viviendas de las referidas urbanizaciones se realiza a través de letrina con arrastre de agua. (100%= 80 casos) (Cuadro 2).

En relación a la abatización de las viviendas, se indicó que el mayor número correspondió a los que no abatizaban sus viviendas en los diferentes lugares muestreados, en La Urb. Ciudad Alianza, estuvo representado por (87,5%= 35 casos) y en la Urb. Buenaventura (100%= 40 casos), en cada localidad investigada (Cuadro 2).

Cuadro N° 2

Características de la vivienda según, número de habitantes, almacenamiento de agua, tiempo en que recibe agua, eliminación de desechos sólidos y medio de disposición de excretas. Urb. Ciudad Alianza, Municipio Guacara. Urb. Buenaventura, Municipio Los Guayos. Diciembre 2.014 – Enero 2.015

Variable	Municipio Guacara		Municipio Los Guayos		Total	
	Urb. Ciudad Alianza		Urb. Buenaventura			
Tipo de vivienda	f	%	f	%	f	%
Casa o Apartamento	40	100,0	40	100,0	80	100,0
Rancho	0	0	0	0	0	0
Quinta	0	0	0	0	0	0
N° de habitantes	f	%	f	%	f	%
1 - 4	15	35,5	16	40,0	31	38,75
5 - 9	25	64,5	24	60,0	49	61,25
10 o > 10	0	0	0	0	0	0
Almacenamiento de agua	f	%	f	%	f	%
Adecuado	40	100,0	0	0	40	50,0
Inadecuado	0	0	40	100,0	40	50,0
No almacena agua	0	0	0	0	0	0
Tiempo en que recibe agua	f	%	f	%	f	%
Permanente	40	100,0	0	0	40	50,0
Regular	0	0	0	0	0	0
Intermitente	0	0	40	100,0	40	50,0
Eliminación de basura	f	%	f	%	f	%
Servicio de aseo urbano	40	100,0	40	100,0	80	100,0
Contenedor colectivo	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0
Medio de disposición de excretas	f	%	f	%	f	%
Letrina con arrastre de agua	40	100,0	40	100,0	80	10,0
Letrina sin arrastre de agua	0	0	0	0	0	0
Pozo	0	0	0	0	0	0
Abatización	f	%	f	%	f	%
No	35	87,5	40	100,0	75	93,75
Si	5	12,5	0	0	5	6,25
Total	40	100	40	100	80	100

Fuente: Encuesta de Vigilancia del A. aegypti.

En lo que respecta a la oviposición de *Ae. aegypti*, se evidencia que para la Urb. Ciudad Alianza en la Semana Epidemiológica N° 48 se registró el mayor número de ovitrampas que fueron positivas (97,5% = 39 casos), mientras que en la Urb. Buenaventura se observó un 100% de ovitrampas positivas en el transcurso de las tres Semanas Epidemiológicas referidas en el estudio (Cuadro 3).

Cuadro N° 3

Oviposición de *Aedes aegypti* según las Semanas Epidemiológicas N° 48, 49 y 50. Urb. Ciudad Alianza, Municipio Guacara. Urb. Buenaventura, Municipio Los Guayos. Diciembre 2.014-Enero 2.015.

Ovoposición de <i>Ae. aegypti</i> en Ovitrampas	Municipio Guacara Urb. Ciudad Alianza				Municipio Los Guayos Urb. Buenaventura				Total	
	Ovitrampas Positivas		Ovitrampas Negativas		Ovitrampas Positivas		Ovitrampas Negativas			
	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)
SE N° 48	39	97,5	1	2,5	40	100,0	0	0	80	100 %
SE N° 49	38	95,0	2	5,0	40	100,0	0	0	80	100 %
SE N° 50	38	95,0	2	5,0	40	100,0	0	0	80	100 %

Fuente: Ficha de Vigilancia del *Ae aegypti*.

Leyenda: SE (Semana Epidemiológica)

En lo que respecta a la frecuencia de formas inmaduras (huevos) de *Ae. aegypti* en ovitrampas positivas se observó que en las semanas epidemiológicas estudiadas en la Urb. Ciudad Alianza, se encontraron 2.578 huevos, mientras que la Urb. Buenaventura se obtuvo una cantidad 6662 formas inmaduras, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($Z=4,68$; $P= 0.000 < 0.05$) y el total de huevos *Ae. aegypti* encontrados en ambas estaciones de muestreo en las semanas epidemiológicas analizadas fue de 9.240.

A nivel general se observó la mayor cantidad en la semana epidemiológica N° 49 (3.485 huevos) donde el municipio Los Guayos (Urb. Buenaventura) fue quien registró la mayor cantidad de formas inmaduras (2.519 huevos) en comparación con el municipio Guacara (Urb. Ciudad Alianza) (966 huevos) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($Z=7.48$; $P= 0.000 < 0.05$).

DISCUSIÓN

Esta investigación se realizó durante la transición del período de lluvia al período de sequía en Venezuela (noviembre-diciembre, 2014). El objetivo fue estimar la presencia del *Ae. aegypti*, a través del uso ovitrampas, describiendo los factores sociales y de vivienda comúnmente asociados con el riesgo de aumentar la presencia del vector, así como la observación de la oviposición y la fluctuación semanal de las poblaciones del vector, en la Urb. Buenaventura del municipio Los Guayos y la Urb. Ciudad Alianza del municipio Guacara, pertenecientes al estado Carabobo.

En "Diseño y evaluación de una ovitrampa para el monitoreo y control de *Ae. aegypti*, principal vector del dengue" de Estrada ⁽¹²⁾ se diseñó y evaluó una ovitrampa estándar (OE) de color negro, con infusión de heno para el monitoreo y control del *Ae. aegypti*, en donde se contabilizaron un total de 2.509 (35%). Correspondiendo con esta investigación en donde con OE se logró con mayor frecuencia un 97,5%, $n=39$ de ovitrampas positivas en la Urb. Ciudad Alianza para la semana epidemiológica N°48, en donde se reportaron 910 huevos encontrados (9,84%). De igual forma para la Urb. Buenaventura se evidenció un 100% de muestras positivas en las tres semanas de estudio, con una mayor cantidad de huevos encontrados $n=2519$ (27,26%) en la semana epidemiológica N°49.

Steina ⁽¹⁴⁾ evaluaron la fluctuación estacional del *Ae. aegypti* en Chaco Argentina en su estudio "Fluctuación estacional de *Aedes aegypti* en Chaco, Argentina" correlacionando factores climáticos con la cantidad de huevos encontrados, observándose un pico de abundancia en noviembre-diciembre (70%) que coincidió con el período de temperaturas altas y mayores precipitaciones. De igual forma en el presente trabajo se demostró la positividad de ovitrampas en la transición del período de lluvias al período de sequía en Venezuela, obteniendo un total de 9240 huevos del *Ae. aegypti*.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En lo correspondiente a las características de los jefes de familia se tiene que en ambas zonas predominaron aquellos con edades entre los 45 y 54 años, a excepción de Ciudad Alianza (Guacara)

donde también fueron frecuentes aquellos con 35 y 44 años; además que en ambas zonas predominó el género masculino. En la Urb. Ciudad Alianza fueron más frecuentes aquellos jefes de familia que se desempeñaban como obreros, mientras que en la Urb. Buenaventura aunque fueron más frecuentes los empleados como masa laboral, los obreros representaron un porcentaje significativo. El nivel de instrucción predominante entre los entrevistados fue el universitario, prevaleciendo en ambas zonas estudiadas.

Se observó que los determinantes sociales asociados con un mayor número de huevos encontrados de *Ae. aegypti*, por lo tanto con el riesgo de adquirir dengue el “almacenamiento de agua y “tiempo en que recibe el agua”, ya que, el almacenamiento de agua se catalogó como adecuado en la Urb. Ciudad Alianza, a diferencia de la Urb. Buenaventura que se clasificó como inadecuado; En cuanto al tiempo que reciben agua en la Urb. Ciudad Alianza era permanente en su mayoría, mientras que en la Urb. Buenaventura era intermitente. El mayor número correspondió a los que no abatizaban sus viviendas en los diferentes lugares muestreados.

El número de formas inmaduras durante las semanas epidemiológicas N° 48, 49 y 50 en ambas zonas de estudio fue de 9.240 huevos, evidenciándose la presencia del vector. Donde en la Urb. Ciudad Alianza, se encontraron 2.578 huevos, mientras que la Urb. Buenaventura se obtuvo una cantidad 6662 formas inmaduras, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($P < 0,05$).

A nivel general se observó la mayor cantidad de huevos en la semana epidemiológica N° 49 (3.485 huevos) donde el municipio Los Guayos (Urb. Buenaventura) fue quien registró la mayor cantidad de formas inmaduras (2519 huevos) en comparación con el municipio Guacara (Urb. Ciudad Alianza) (966 huevos) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($Z=7.48$; $p= 0,000 < 0,05$). Según las conclusiones antes expuestas, se recomienda, promover la educación continua sobre la naturaleza del dengue, prevención primaria y secundaria en la comunidad, a través de charlas de concientización e información. Incentivar a los organismos pertinentes al manejo de esta línea de investigación de manera que se profundice más en el tema y se obtenga una base estadística completa y detallada. Desarrollar programas de prevención y diagnóstico precoz de esta patología y de esta manera evitar sus complicaciones. Estimular políticas de jornadas de abatización y

mejoramiento del servicio continuo y regular de agua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González M, González N, Manual de Microbiología Médica. 2a ed. Gonzalez M, editor. Valencia: Dirección de medios y publicaciones de la Universidad de Carabobo. 2011.
2. Incani R. Parasitología. 2a ed. Incani Renzo, editor. Valencia. 2010.
3. Almiron W. *Aedes aegypti*. Ficha Técnica. Córdoba: Facultad de ciencias exactas, físicas y naturales. Universidad nacional de Córdoba, Centro de investigaciones entomológicas de Córdoba. Disponible en: http://www.efn.uncor.edu/investigacion/CIE/Walter_Almiron.html. 2009.
4. Organización Mundial de la Salud. Dengue y dengue grave. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/>. 2015
5. Organización Mundial de la Salud. Dengue, guía para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Guía. La Paz. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/54/es/>. 2009.
6. Organización Panamericana de la Salud. Los casos de dengue en las Américas se quintuplicaron en diez años, según nuevos datos de la OPS/ OMS. Disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1328:los. 2001.
7. Boletín Epidemiológico. Boletín. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Report No.: 41. 2014.
8. Secretaría de Salud. Guía Metodológica para la Vigilancia Entomológica con Ovitrapas. Guía. Ciudad de Mexico. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. 2013.
9. Djunko R, Ribeiro A, Pignatti M. Monitoring of *Aedes aegypti* mosquitoes by means of ovitraps at the Universidade Federal de Mato Grosso Campus, Cuiabá, State of Mato Grosso- Brazil. Julio/Agosto. Rev Soc BrasTrop 2010; 42(4):392-397.
10. Breser V, Diez F, Rossi C, Micieli M. Determinación del período estacional de oviposición de *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) en la ciudad de Santa Rosa, La Pampa, Argentina. Rev Soc Entomol Argent 2013; 72(2):111-114.

11. Estallo E, Almeida F. Oviposición diaria de *Aedes aegypti* en Orán, Salta, Argentina. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(5):977-980.
12. Estrada J, Rodiles N. Diseño y evaluación de una ovitrampa para el monitoreo y control de *Aedes aegypti*, principal vector del dengue. *Salud Pública de Mex* 2013; 55(5):505-511.
13. Solano R. Diseños de Investigación Clínica. Informe. Temuco, Chile: Universidad de la Frontera, Facultad de Medicina. 2014.
14. Stein O. Fluctuación estacional de *Aedes aegypti* en Chaco, Argentina. *Rev Salud Pública Argent* 2005; 39:559-64.

RESUMEN: El estilo de vida es influenciado por las condiciones sociales, laborales y de vida, que al no ser saludable se transforma en riesgo para enfermedades como la cardiopatía isquémica. *Objetivo:* Describir las implicaciones de los estilos de vida en el desarrollo de cardiopatía isquémica. *Método:* investigación tipo revisión bibliográfica. *Desarrollo:* En respuesta al aumento en los estilos de vida de riesgo, las enfermedades del corazón han impactado de manera significativa a los países del mundo, por lo que es importante analizar esta situación, y se hace necesario la toma de acciones dirigidas a mantener conductas aceptables y favorables a la vida y minimizar aquellas afines a la muerte. *Reflexión final:* Estilos de vida de riesgo y la cardiopatía isquémica son de importancia en salud pública, sin embargo, esta situación que por tantos años nos impacta, solo será modificada si el personal y los investigadores del sector salud nos integramos con la comunidad y vivimos experiencias de participación, lo que facilitará una comunicación sincera de los habitantes, en la búsqueda de aspectos de su vida y su visión de la relación del estilo de vida y la cardiopatía isquémica.

Palabras clave: Estilo de vida, cardiopatía isquémica, salud pública.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades del corazón, y especialmente la cardiopatía isquémica, es la primera causa de muerte en el mundo con más del 20% de afectación de la población mundial ⁽¹⁾. Lo que se constituye en grave problema de salud pública. En Venezuela el Ministerio del Poder Popular para la Salud, en el anuario de mortalidad del año 2011, reporta como primera causa de muerte, las enfermedades del corazón, con 30.467 muertes lo que representa 20,58% del total de fallecimientos por todas las causas y una tasa de mortalidad general de 5,04 por 1.000 habitantes ⁽²⁾.

En este sentido del total de muertes en Venezuela, el infarto de miocardio (IM) representó el 13,75% (20.360 muertes), seguidas de la enfermedad cardiaca hipertensiva 2,07% (3.072 muertes) y la enfermedad isquémica crónica del corazón con 1,93% (2.852 muertes), con predominio de los masculinos sobre las femeninas ⁽²⁾. Mientras que en el estado Carabobo las enfermedades isquémicas del corazón distribuidas por sexo se presentaron en 14.328 (9,68%)

en los varones y 9.260 (6,25%) en las mujeres ⁽²⁾. Se cumple el hecho que la cardiopatía isquémica afecta más a los masculinos y en relación igualitaria a las féminas después de la menopausia.

En función de corregir la incidencia de la cardiopatía isquémica se han planteado en Venezuela y el mundo múltiples estrategias desde hace más de 30 años, desarrollando programas de salud dirigido a la prevención y atención del enfermo. Sin embargo, a pesar de todo lo que se ha hecho, tanto por los entes responsables, como por el personal de salud, aún sigue repuntando en las estadísticas la enfermedad isquémica del corazón, el IM y la enfermedad cardiaca hipertensiva, todas estas generadas por múltiples factores, donde el estilo de vida no saludable influye en gran medida. En tanto, la salud y la enfermedad son diferentes grados de adaptación del hombre al entorno, de allí que los estilos de vida están influenciados y a su vez tienen injerencia en la actividad del hombre como ser social ⁽³⁾.

El estilo de vida se ha estudiado desde la década del 70 de diversos ángulos, fue Marc Lalonde en 1.974, cuando estaba en funciones de Ministro de Salud Pública de Canadá, quien lo incorporó como elemento fundamental en el proceso salud-enfermedad, al considerarse el estilo de vida junto al medio ambiente, los sistemas sanitarios y la biología humana, como elementos condicionantes de la salud ⁽⁴⁾. Lo que proporcionó un moderno marco conceptual para analizar los problemas y determinar las necesidades de salud, así como elegir los medios que puedan satisfacerlas.

Lo planeado por Lalonde, conlleva a que cerca del 70% de los determinantes de la salud depende de factores modificables, en los cuales el estilo de vida se constituye como el de mayor porcentaje, por lo cual es de gran importancia en la ciencia médica, especialmente para la salud pública y las políticas de salud, ya que, se integra como factor importante para el desarrollo de muchas enfermedades y en especial de las crónicas no transmisibles como cáncer, diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares. De estas patologías, la cardiopatía isquémica constituye la primera causa de muerte en el mundo.

Es por lo antes dicho que los programas de salud van dirigidos fundamentalmente a modificar en las personas los factores de riesgo entre los que se cuentan adicciones, dietas poco saludables, tabaquismo, sedentarismo, sobrepeso y obesidad ⁽⁵⁾. De allí que comprender los efectos del estilo de vida no saludable y entender

la relación que tiene con el desarrollo de cardiopatía isquémica es de gran importancia, en tanto que el estilo de vida saludable tiene alta influencia en la salud, por lo que se hace necesario la toma de acciones dirigidas a mantener conductas aceptables y favorables a la vida y minimizar aquellas afines a la muerte.

Desde el punto de vista de la salud el concepto de estilo de vida y de los factores que influyen en él, ha llevado a la coexistencia de por lo menos dos líneas conceptuales que implican maneras diferentes de actuar: La primera de ellas se refiere a la libre elección de conductas, en el cual, las acciones deben ir encaminadas a evitar hábitos no saludables, donde la total responsabilidad recae sobre el individuo, mientras que la otra línea sostiene que la salud depende de una forma general de la interrelación entre las condiciones de vida y los patrones de conducta que dependen de características socioeducativas y personales, por lo que, las acciones deberían dirigirse tanto a las personas como al entorno, conllevando a una responsabilidad compartida del sujeto y los entes responsables ⁽⁶⁾.

El modo en que se vive, depende de diversas influencias, tanto personales, culturales, como socioeducativas. Entre los factores personales, pueden incluirse los psíquicos, así como los biológicos. Los factores externos son también diversos y se refieren al medio físico y social. Pueden considerarse diversos niveles de influencia del entorno sobre los estilos de vida de las personas: desde un nivel inmediato (familia, laboral, amigos), hasta un nivel más amplio del entorno, que corresponde al conjunto de elementos sociales, así como a los valores y creencias que influyen en el individuo y en todos los componentes del sistema social ⁽⁶⁾.

REFLEXIÓN FINAL

El hecho problemático generado por la cardiopatía isquémica, en quien la padece, es que genera un impacto trascendental llegando en ocasiones a una discapacidad funcional o la muerte, con consecuencias relevantes en el núcleo familiar, con mayor énfasis si quien la padece o muere es el jefe de la familia. Además los grandes gastos que se generan a las familias, a las empresas y al Estado, por los tratamientos y la hospitalización de estos pacientes.

En tanto la importancia del estilo de vida no saludable para la salud pública en función del impacto que tiene la cardiopatía en

la población. Sin embargo, las estadísticas de morbi-mortalidad, que por tantos años afecta a la población de todos los estratos sociales, solo serán mejoradas y solucionada, si el personal de salud se integra con los habitantes de la comunidad y vive experiencias de participación con los ciudadanos, en la búsqueda de aspectos propios de la vida de los habitantes y la visión de su enfoque de la relación del estilo de vida y la cardiopatía isquémica, de donde surgirán una serie de términos que confluyen hacia la particularidad del grupo social, que permita elaborar acciones particulares según las características propias de la población como unidad etnográfica. Solo en ese momento se modificarán los estilos de vida no saludables y consecuentemente disminuirá la incidencia de la cardiopatía isquémica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Las 10 causas principales de muerte. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>. 2016.
2. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de Mortalidad 2011. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve/index.php>. 2011.
3. Pérez M, Echaury M, Ancizu E, Chocarro J. Manual de Educación para la Salud. Gobierno de Navarra. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>. 2006.
4. Páez M, Castaño J. Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de Psicología. Universidad del Norte. Psicol Caribe 2010; 25:155-178. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n25/n25a08.pdf>
5. D'Empaire G. Bioética y Cardiología. ¿Qué es bioética? Avances Cardiol 2010; 30(2):185-198. Disponible en: <http://www.sscardio.org/wp-content/uploads/14.pdf>
6. Guerrero L, León A. Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. EDUCERE 2010; 14(49): 287-295. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32752/1/articulo4.pdf>.

FACTORES DE RIESGO PARA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LOS HABITANTES DE LA COMUNIDAD DE DELICIAS, ESTADO TÁCHIRA

Díaz Ernesto

RESUMEN: El estilo de vida es influenciado por las condiciones sociales, laborales y de vida, que al no ser saludable se transforma en riesgo para enfermedades como la cardiopatía isquémica. *Objetivo:* Determinar los factores de riesgo para cardiopatía isquémica en los habitantes de la comunidad de Delicias estado Táchira. *Método:* investigación descriptiva con diseño de campo, transversal contemporáneo, la población fue de 960 habitantes de la comunidad de Delicias, y la muestra fue no probabilística, de voluntarios, quedo constituida por 294 personas. Se utilizaron como instrumentos una ficha, un cuestionario dicotómico de Sí o No y la encuesta Graffar Méndez Castellano para el estrato socioeconómico. *Resultados:* la edad promedio de las mujeres 35,19 +/- 1,96, y los hombres 37,71 +/- 2,41. El 41,84% tenían edades entre 20 y 30 años. En el estrato socioeconómico predominó el nivel IV (Pobreza relativa) 78,91% seguido de estrato V (pobreza crítica) 11,90%. El IMC predominó el nivel normal 51,02%, más frecuentes en las mujeres, seguido de sobrepeso 28,91%. La obesidad abdominal se presentó en un 52,04%, en femenino hubo un promedio de 92,09 +/- 1,50 y en masculino 93,56 +/- 2,01. El sedentarismo se encontró en 73,13%, más frecuente en mujeres 42,22%. El 27,89% presentaron hipertensión arterial. La enfermedad arterial coronaria se observó en 57,58% con 42,42% masculinos y 15,15% féminas. El infarto de miocardio se presentó 42,42% con 33,33% en masculinos. *Conclusión:* Los habitantes de Delicias son sedentarios en su mayoría, además poseen riesgos por sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial por lo que presentan un alto riesgo para el desarrollo de cardiopatía isquémica.

Palabras clave: Cardiopatía isquémica, sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en el mundo, con más de 17 millones de defunciones anuales ⁽¹⁾, y su expansión epidémica se debe a su origen multifactorial, entre los que se cuentan los factores no modificables como la edad, sexo y herencia, mientras que en los modificables están: tabaquismo, alta ingesta de carbohidratos, consumo de café y de alimentos ricos en

grasas saturadas, así como la obesidad y el sedentarismo; los cuales son de vital importancia para la salud pública, ya que, se puede influir sobre ellos con acciones de medicina preventiva ⁽²⁾.

La prevalencia de las enfermedades crónicas, así como la mortalidad, suele ser más elevada en los grupos socioeconómicos más bajos de los países desarrollados, tanto como en los países de bajos y medianos ingresos cuya consecuencia es que muchos habitantes de estos países mueren más jóvenes de enfermedades no transmisibles, de ordinario en la edad más productiva de la vida, principalmente a causa de las ECV entre las que se encuentra la cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular e hipertensión arterial ⁽²⁾.

En relación al grave problema de las enfermedades antes nombradas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2.004, reconociendo lo grave de los agentes de riesgo para su desarrollo, elaboró la Estrategia Mundial "Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud", dando la relevancia fundamental que tienen la inactividad física y la mala alimentación en el desarrollo de diversos problemas que afectan la salud ⁽³⁾.

No obstante, a pesar de ser reconocidos la obesidad y la falta de actividad física como factores de riesgo para adquirir una enfermedad cardiovascular, es necesario el uso frecuente de la asociación de prevalencias de los agentes en dicha patología, ya que, el avance en la construcción de indicadores útiles que sirvan de vigilancia en medicina preventiva tiene gran importancia para la atención primaria en salud, favoreciendo la aplicación de las medidas más propicias para cada paciente, así como facilitando la toma de decisiones en poblaciones que sean prioritarias para la salud pública ⁽⁴⁾.

En cuanto al daño que generan los precitados factores de riesgo se debe principalmente por la acumulación anormal o excesiva de grasa en el organismo ⁽⁵⁾. En tanto que la acumulación de lípidos se constituye en un importante problema, porque encierran múltiples factores de riesgo aterogénico como determinantes biogenéticos, conductuales y ambientales que intervienen en la génesis y descompensación de la enfermedad hipertensiva como variable predictiva de daño vasculovisceral que puede tener expresión clínica en infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, entre otras, que pueden llevar a los afectados a la incapacidad temporal, una invalidez permanente o la muerte, con las repercusiones económicas, familiares, laborales y sociales

que éstas producen, incluyendo los años potencialmente perdidos, el menoscabo de la calidad de vida y la pérdida de la capacidad productiva a edades tempranas ^(4, 6).

El problema de salud originado por la obesidad es más grave en la medida en que la persona es más obesa, de allí que Organizaciones Internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), utilizan la clasificación del peso, sobrepeso y obesidad del adulto según el Índice de Masa Corporal (IMC) para reconocer el estado en que se encuentra el individuo, ya que, es un indicador simple que se utiliza comúnmente y se define como el peso del sujeto en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2) ⁽⁷⁾.

Por otra parte, la acumulación de grasas en la zona media del cuerpo representa un problema grave, tanto en clínica como en salud pública, para lo cual es utilizada actualmente la circunferencia abdominal como indicador para estimar la presencia de obesidad abdominal, cuyo valor normal es ≤ 102 centímetros en hombres y ≤ 88 en las mujeres, y de existir un aumento de estos valores representa un riesgo incrementado de co-morbilidades secundarias a obesidad y debe considerarse como factor predictivo independiente del IMC, aun en pacientes con valores inferiores a $35 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ^(2, 8-10).

Algunos estudios han informado una asociación entre el IMC y enfermedad cerebrovascular, puesto que, por cada unidad de aumento del IMC, existe un incremento del 4% en el riesgo de enfermedad cerebrovascular isquémico y 6% en el riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico. Atribuyéndose el riesgo más elevado al isquémico asociada a mayor prevalencia de HTA, que conlleva un estado protrombótico proinflamatorio que acompaña el exceso de acumulación de tejido adiposo ⁽¹¹⁾.

En relación a la prevalencia de sobrepeso en los varones de España, para el año 2.002 fue de 43% y la obesidad de 8,7%, en las mujeres era del 29% y el 9,8% respectivamente. En los dos sexos las frecuencias de sobrepeso y obesidad eran mayores en las personas de 55 años o más. Mientras, que al realizar la asociación de prevalencias el conjunto de trastornos cardiovasculares es 2,2 veces más frecuente en varones y 3,3 en mujeres obesos, que en los de peso normal ⁽⁷⁾.

Por otra parte, un estudio realizado por La Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA) ⁽¹²⁾, en 78.432 personas a nivel Nacional, se destaca que la población venezolana discriminada por estrato social

presenta incrementos en los estratos IV – V, los cuales se encuentran en condiciones de vulnerabilidad social ⁽¹³⁾.

Para el año 2,005, según la OMS, había en el mundo más de 1.000 millones de personas con sobrepeso y para el 2.015 hubo 2.300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad ⁽⁵⁾. Por lo cual se trata de una pandemia del siglo XXI, que afecta a individuos de todas las edades, sexos, razas y latitudes, sin respetar el nivel socioeconómico ⁽¹⁴⁾, por lo que de no tomarse las medidas pertinentes por los individuos y los entes competentes se producirán cifras devastadoras de enfermedades cardiovasculares, así como del resto de las patologías crónicas no transmisibles con consecuencias graves tanto para las personas afectadas como a su entorno familiar.

Aún más grave, es el problema en la medida que se suma el sedentarismo y obesidad, pues, cada uno de estos factores por sí solo son factores independientes de riesgo cardiovascular, con grandes repercusiones en cardiopatía isquémica ⁽¹⁴⁾. Al respecto un estudio realizado en Venezuela, reporta que el sedentarismo está presente en 91% de la población, afectando 60% a femeninas y 31% masculinos ⁽⁶⁾.

Es paradójico, que se ha probado que un programa de actividad física de por lo menos 45 minutos durante cuatro a cinco días a la semana genera protección cardiovascular en todas aquellas personas que la realizan, al igual que laborar en empleos donde se exige actividad física intensa, disminuyen favorablemente otros riesgos, así como reduce la incidencia de las patología cardiacas y/o vasculares ⁽¹³⁾.

Otro factor de riesgo para cardiopatía es la hipertensión arterial (HTA), la cual es una enfermedad crónica que se caracteriza por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg, están relacionada con un aumento considerable de riesgo para enfermedad isquémica cardíaca ⁽¹⁵⁾, por lo tanto, la HTA es una enfermedad y a la vez es un factor productor de patologías de gran impacto en quien la padece.

La importancia de esta investigación radica en el hecho que

conociendo los factores de riesgo para cardiopatía isquémica se puede tener un control preventivo más específico hacia qué medidas tomar, con una razón costo-beneficio de las intervenciones comunitarias más favorables que conlleven a prevenir las muertes a temprana edad así como las discapacidades evitables causadas por estas patologías. De lo antes expuesto surge el objetivo general de esta investigación: Determinar los factores de riesgo para cardiopatía isquémica en los habitantes de la comunidad de Delicias estado Táchira. Mientras los objetivos específicos son: Caracterizar la muestra en estudio según edad, sexo, estrato socioeconómico e Índice de Masa Corporal. Indicar la presencia de factores de riesgo (sobrepeso, obesidad, sedentarismo e hipertensión arterial) para cardiopatía isquémica. Determinar las cardiopatías isquémicas presentes en la muestra.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de investigación adoptado es descriptiva, la cual busca especificar propiedades características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice ⁽¹⁶⁾. El diseño del presente trabajo es no experimental de campo, ya que, se realiza sin manipular en forma deliberada las variables y se observan en su ambiente natural, tal y como se presentan en su contexto real ^(16, 17). Según la temporalidad el estudio es de tipo transversal-contemporáneo, puesto que los eventos de interés se observaron en un solo momento del tiempo y en el instante en que ocurrieron ⁽¹⁸⁾.

La población está constituida por 960 habitantes de la comunidad de Delicias, del estado Táchira. Mientras que la muestra es de tipo no probabilística, de voluntarios ⁽¹⁶⁾, la cual quedo constituida por 294. Criterio de inclusión: personas de 20 y más años de edad residentes habituales de la comunidad de Delicias que den su consentimiento informado para participar en el estudio.

Para la recolección de la información se utilizó la técnica de la observación directa ⁽¹⁹⁾. Esto se dio al tomar la presión arterial, pesar, tallar y medir la circunferencia abdominal, cuyos datos fueron plasmados en un instrumento tipo ficha elaborada para esta investigación, donde además se registró la edad y sexo. El peso y talla sirvieron para estimar el IMC, cuya clasificación se realizó en las categorías recomendadas por organismos internacionales: peso

normal ($18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25-29,9 \text{ kg/m}^2$) y obesidad ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) ⁽⁷⁾.

Como valores de referencia normal para la circunferencia abdominal se tomó $\leq 88 \text{ cm}$ en la mujer y ≤ 102 para hombres, lo que permitió estimar la presencia de obesidad abdominal al encontrar valores superiores a los referidos como normales ⁽¹⁰⁾. Mientras que para la presión arterial se usó como referencia para determinar hipertensión valores de presión sistólica $> 140 \text{ mm de Hg}$ y diastólica $> 90 \text{ mm de Hg}$, considerando no hipertenso cualquier cifra menor a éstas, según la clasificación del Séptimo Informe del Joint National Committee sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial ⁽²⁰⁾.

También se utilizó la técnica de encuesta con un instrumento tipo cuestionario de 06 ítems con opciones de respuestas dicotómicas de Sí o No, la cual permitió saber si presentaban alguna cardiopatía isquémica. De igual forma, se indagó sobre la participación en un programa de actividad física aeróbica programada de 45 minutos de duración, cuatro a cinco veces por semana, y/o si su empleo le exige mantener actividad física aeróbica intensa ⁽¹³⁾, lo que permitió conocer la condición de sedentario.

Adicionalmente se aplicó la encuesta de Graffar-Méndez Castellano para identificar el nivel socioeconómico, en el cual se indaga sobre las variables: - Profesión del jefe de familia, - Nivel de instrucción de la madre, - Fuente de ingreso (o modalidad de ingreso) y - Condiciones de alojamiento, a su vez cada una de éstas se define en cinco categorías, las cuales toman un valor numérico desde 1 a 5, de donde surgen los siguientes estratos socioeconómicos, según los valores obtenidos: - Estrato I ^(4,5,6), Estrato II ^(7,8,9), Estrato III ^(10,11,12), Estrato IV ^(13,14,15,16) y Estrato V ^(17,18,19,20) ⁽²¹⁾.

La información obtenida se plasmó en una base de datos en la aplicación Excel® a partir de la cual se procesó la información y se obtuvo los resultados que se presentan en tablas en frecuencia absoluta y relativa, además la edad también se presenta en medidas de valor máximo, mínimo, media, desviación típica y coeficiente de variabilidad. Por otra parte, se realizó uso de la estadística inferencial no paramétrica recurriendo a la prueba de Chi cuadrado para establecer posibles asociaciones entre las variables de estudio, así como la significación estadística del riesgo de sufrir una cardiopatía isquémica por los factores establecidos en el estudio,

con sus respectivos intervalos de confianza, y se adoptó como nivel de significancia estadística $P \text{ valor} < 0.05$.

RESULTADOS

En lo correspondiente a la edad, las mujeres registraron una edad promedio de $35,19 \pm 1,96$, mientras que los hombres registraron una edad promedio de $37,71 \pm 2,41$. Según los intervalos propuestos, se tiene que $41,84\%$ (123 casos) tenían edades entre 20 y 30 años, predominando en este grupo el género femenino (78 casos= $26,53\%$). El segundo grupo de edad predominante fue el de 31 a 41 años con $26,19\%$ (77 casos) con predominio del género femenino (40 casos= $13,61\%$). El tercer grupo de edad predominante fue el de 42 a 52 años ($20,41\%$) con predominio también del género femenino (37 casos= $12,59\%$) (Cuadro 1).

En cuanto al estrato socioeconómico, predominó el IV (Pobreza relativa) con $78,91\%$ (232 casos), seguido del estrato V (pobreza crítica) con un $11,90\%$ (35 casos) y por último el estrato III con $9,18\%$ (27 casos). En lo referente al IMC se tiene que el nivel normal predominó con $51,02\%$ (150 personas), siendo más frecuentes en las mujeres (93 casos= $31,63\%$), que en los hombres (57 casos= $19,39\%$). El segundo nivel de nutrición más frecuente fue el sobrepeso con $28,91\%$ (85 casos), con predominio del género masculino (46 casos= $15,65\%$) y el tercer nivel más frecuente fue el obeso con $17,35\%$ (51 casos), donde predominó el género femenino (35 casos= $11,90\%$) ante el masculino (16 casos= $5,44\%$) (Cuadro 1).

En lo que respecta al peso las mujeres registraron un peso promedio de $64,99 \pm 2,06$, mientras que los hombres registraron un peso promedio de $74,15 \pm 2,33$, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos promedios ($t = -5,82$; $P = 2,41548E-7 < 0,05$). En cuanto a la talla el género femenino registro una talla promedio de $1,59 \pm 0,01$, mientras que el masculino registró una talla promedio de $1,71 \pm 0,011$, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t = -14,46$; $P = -1,46554E-7 < 0,05$). Del IMC se pudo observar que las mujeres registraron un IMC promedio de $25,44 \pm 0,65$, mientras que el promedio de los hombres fue de $25,17 \pm 0,64$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos promedios de IMC ($t = 0,59$; $P = 0,7218 > 0,05$) (Cuadro 1).

En la obesidad abdominal el género femenino registró un promedio de 92,09 +/- 1,50, mientras que el masculino registro 93,56 +/- 2,01, no encontrándose una diferencia estadísticamente significativa ($t=-1,16$; $P=0,1241$). Y al analizar su frecuencia se observa que se presentó en un 52,04% (153 casos), donde predominó significativamente el género femenino (111 casos= 37,76%) ante el masculino (42 casos=14,29%). Del total de la muestra predominaron aquellos sujetos que llevan un estilo de vida sedentario (215 casos=73,13%), encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, siendo más frecuente en las mujeres 42,22% (130 casos). Mientras que el 27,89% de los pacientes en estudio presentaron hipertensión arterial (82 casos) con predominio del género femenino (53 casos= 18,03%), ante el masculino (29 casos=9,86%) (Cuadro 1).

Cuadro N° 1

Edad, estrato socioeconómico, Índice de Masa Corporal (IMC) y circunferencia abdominal, sedentarismo e hipertensión según el sexo de los habitantes de Delicias estado Táchira.

Edad (años)	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
20 – 30	78	26,53	45	15,31	123	41,84
31 – 41	40	13,61	37	12,59	77	26,19
42 – 52	37	12,59	23	7,82	60	20,41
53 – 63	9	3,06	12	4,08	21	7,14
64 – 74	6	2,04	7	2,38	13	4,42
Estrato socioeconómico	f	%	f	%	f	%
III	18	6,12	9	3,06	27	9,18
IV	130	44,22	102	34,69	232	78,91
V	22	7,48	13	4,42	35	11,90
IMC	f	%	f	%	f	%
Bajo peso	3	1,02	5	1,70	8	2,72
Normal	93	31,63	57	19,39	150	51,02
Sobrepeso	39	13,27	46	15,65	85	28,91
Obeso	35	11,90	16	5,44	51	17,35
Obesidad Abdominal	f	%	f	%	f	%
Sí	111	37,76	42	14,29	153	52,04
No	59	20,07	82	27,89	141	47,96
Sedentarismo	f	%	f	%	f	%
Sí	130	44,22	85	28,91	215	73,13
No	70	23,81	9	3,06	79	26,87
Hipertensión arterial	f	%	f	%	f	%
No	117	39,80	95	32,31	212	72,11
Sí	53	18,03	29	9,86	82	27,89
Total	170	57,82	124	42,18	294	100

Fuente: Datos propios de la Investigación.

La enfermedad arterial coronaria se observa en 57,58% (19 casos), con 42,42% (14 casos) en masculinos y 15,15% (05 casos) en féminas, por su parte, el infarto de miocardio se presentó en 42,42% con 33,33% en masculinos y 9,09% en mujeres. No encontrándose

42,42% significación estadística entre las variables ($X^2=1,79$; 1 gl; $P= 0,1805$) (Cuadro 2).

Cuadro N° 2

Presencia de cardiopatía isquémica en los habitantes de Delicias estado Táchira.

Cardiopatía isquémica	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Enfermedad arterial coronaria	5	15,15	14	42,42	19	57,58
Infarto de miocardio	3	9,09	11	33,33	14	42,42
Total	8	24,24	25	75,75	33	100

Fuente: Datos propios de la Investigación.

DISCUSIÓN

Con respecto a la edad de la muestra en estudio las mujeres presentaron en promedio 35,19 +/- 1,96, mientras que los hombres presentaron 37,71 +/- 2,41. Siendo principalmente jóvenes los que conformaron la muestra entre 20 y 41 años 68,03% (200 casos), con predominio del sexo femenino, lo que se corresponde con la distribución demográfica de la población venezolana.

En cuanto al estrato socioeconómico, predominó el IV (Pobreza relativa) con un 78,91% (232 casos), seguido del estrato V (pobreza crítica) con un 11,90% (35 casos) y por último el estrato III con un 9,18% (27 casos). Lo que coincide con el informe parcial del Segundo Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la República Bolivariana de Venezuela (SENACREDH), 2007-2012, elaborado por FUNDACREDESA⁽¹³⁾. Donde se destaca que la población venezolana según estrato social presenta incrementos en los estratos IV – V.

En lo referente al IMC, el sobrepeso se presentó con un 28,91% (85 casos), con predominio del sexo masculino (46 casos= 15,65%) y la obesidad con un 17,35% (51 casos), donde predominó el sexo femenino (35 casos=11,90%). Para ambas variables siempre se presentan en proporciones semejantes en ambos sexos, mayor sobrepeso que obesidad. La mayoría de los autores refieren que la obesidad es más frecuente en las mujeres, de allí que el aumento de estos problemas de salud será previsiblemente mayor entre éstas y puede acentuar la carga de enfermedad cardiovascular que soportan en relación con los varones^(5,7).

Con respecto a la circunferencia abdominal, el sexo femenino registró un promedio de 92,09 +/- 1,50, mientras que el sexo masculino obtuvo 93,56 +/- 2,01, no encontrándose una diferencia estadísticamente significativa ($t=-1,16$; $P=0,1241$). Los valores en esta variable el 52,04% (153 casos) tienen una obesidad abdominal al estar por encima del límite normal, donde predominó significativamente el género femenino (111 casos=37,76%) ante el masculino (42 casos=14,29%), lo que ratifica que las mujeres mantienen valor por encima de lo normal en obesidad y circunferencia abdominal con mayor frecuencia que los hombres ^(7, 10).

Por el contrario, el 27,89% de los pacientes en estudio presentaron hipertensión arterial (82 casos) con predominio del género femenino (53 casos=18,03%), ante el masculino (29 casos=9,86%), estableciendo la relación referida por muchos autores, de cómo la hipertensión se ha convertido en la principal enfermedad cardiovascular que se asocia a la edad y sexo para convertirse en un factor de riesgo independiente para el desarrollo de otras patologías cardiovasculares ^(10, 11).

Mientras que el sedentarismo se presentó en 73,13% (215 pacientes), con predominio del género femenino (131 casos=44,56%), mientras que en el género masculino presentó un 13,27% (39 casos). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sedentarismo y el sexo ($\chi^2=2,71$; 1 gl; $P=0,0997 > 0,05$) Díaz ⁽⁶⁾ obtuvo que el 91% de la muestra lo presentaban, de los cuales 60% eran femeninos, lo que indica que los participantes del área urbana de Carabobo son mucho más sedentarios que los de la zona rural de Delicias.

Según el estrato socioeconómico, el sedentarismo se presentó mayormente en aquellas personas de estrato IV (177 casos=60,20%). Esto corresponde a lo planteado por la OMS en la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud ⁽³⁾, donde plantea que uno de los factores que afecta mayormente a la población de los países en desarrollo es el sedentarismo, y es precisamente en el estrato social IV, donde está ubicado las familias de éstos países.

En cuanto a la presencia de enfermedades cardiovasculares en un 42,86% (126 casos) predominaron aquellos que llevaban un estilo de vida sedentario (104 casos=35,37%), corroborando una vez más lo referido por la OMS en la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud ⁽³⁾, ya que desarrollan

dicha estrategia con base en las principales causas de morbi-mortalidad mundial, dentro de la que se cuenta, en primer lugar, las enfermedades cardiovasculares, producidas por los malos hábitos alimentarios y sedentarismo. Según el IMC, las personas con sobrepeso fueron las que presentaron mayor frecuencia de enfermedades cardiovasculares (46 casos=15,65%) seguido de los obesos (39 casos=13,27%), lo que se explica por lo antes nombrado de la estrategia mundial de la OMS, al ser los hábitos alimentarios y el sedentarismo, ambos productores de enfermedades crónicas como los trastornos del IMC ⁽³⁾.

Con respecto al alto riesgo obtenido en los resultados de la asociación de prevalencia (Odd Ratio) de 5,93 para obesidad y 2,59 para sedentarismo, ambos en relación a enfermedad cardiovascular, lo que se corresponde con el trabajo realizado en España donde el riesgo de trastornos cardiovasculares es mayor en obesos que en los de peso normal ⁽⁷⁾. Adicionalmente, los cambios en los patrones de actividad física y de los hábitos de alimentación se consideran los responsables de la aparición del sobrepeso y obesidad así como sus posteriores complicaciones cardiovasculares; lo que se enmarca en la discusión con lo referido por la OMS como base de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud ⁽³⁾.

CONCLUSIONES

Una vez analizados y presentados los resultados se concluye que la prevalencia de enfermedades cardiovasculares asociadas a los factores de riesgos estudiados presenta significación estadística, con alto riesgo causal en los habitantes mayores de 19 años de la comunidad de Delicias, estado Táchira, al referirse a la edad y sexo hubo mayor representación de la población joven en edad productiva 20 a 41 años, principalmente femeninas. Por su parte, el estrato socioeconómico con mayor frecuencia en la muestra es el tipo IV, lo que responde a la distribución socio-demográfica de Venezuela, donde la mayor parte se ubica en estas edades, situados en dicho estrato.

Los habitantes de Delicias que formaron parte de la muestra presentan IMC principalmente normal, sin embargo, los que poseen sobrepeso y obesidad tienen un alto riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, mientras que la circunferencia

abdominal se encontró mayoritariamente por encima de los límites de normalidad más frecuente en las mujeres, y al ser éste un factor de riesgo, indicador de obesidad, existe una predisposición al desarrollo de cardiopatía isquémica.

Por otra parte, un tercio de los habitantes de la comunidad de Delicias cursan con alguna enfermedad cardiovascular, siendo la más frecuente la hipertensión arterial y en menor proporción las cardiopatías isquémicas y la enfermedad cerebrovascular. De igual forma, se concluye que los habitantes de las Delicias son sedentarios en su mayoría, al no realizar actividad física aeróbica programada, y porque en muy pocos casos su empleo le permite tener una actividad física aeróbica intensa, por tanto presentan un riesgo aumentado para cardiopatía isquémica, al no tener ésta medida preventiva que les permita reducir la incidencia de las patología cardiacas y/o vasculares.

Con respecto a la relación entre enfermedad cardiovascular con obesidad y sedentarismo, se concluye que existe un alto riesgo en los habitantes de la comunidad de Delicias, al poseer valores de asociación de prevalencias que indican un fuerte compromiso para el desarrollo de alguna de éstas enfermedades.

RECOMENDACIONES

Dar a conocer a las autoridades y habitantes de la comunidad de Delicias los resultados de la investigación e iniciar conjuntamente con los entes municipales y los coordinadores del nivel educativo un programa de prevención contra el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo y la hipertensión arterial, disminuyendo así los factores de riesgo cardiovasculares.

El programa preventivo consistiría en una etapa de información y comunicación a los habitantes de Delicias, seguida de encuentros programados de actividad física, realizados de manera regular y bajo supervisión de los coordinadores de Barrio Adentro, de la Casa de la Cultura y de la Misión Sucre, quienes amablemente están dispuestos a colaborar. Entre las acciones realizadas estarían: bailoterapias y caminatas, ya que se cuenta en la comunidad con espacios abiertos óptimos para estas actividades.

Adicionalmente, se debe mantener, en cada una de las áreas donde se desarrollen las actividades programadas, una base de datos que permita demostrar el cumplimiento, y además favorezca

los controles sucesivos de IMC y tensión arterial en los habitantes, de manera de disminuir el alto riesgo cardiovascular que presentan. Se recomienda, a las autoridades municipales favorecer las oportunidades laborales de sus habitantes dentro de la comunidad, y proseguir la Misión Rancho por Casa que permite mejorar el estrato socioeconómico de sus pobladores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>. 2009.
2. Álvarez S. Salud pública y medicina preventiva. Manual Moderno. México DF. 2008.
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf. 1996.
4. Rodríguez J, Mora S, Acosta E, Menéndez J. Índice de masa corporal como indicador en la estratificación del riesgo aterogénico para la vigilancia en salud. Rev Cubana Med Milit 2004; 33(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/Vo33_1_04/mil03104.htm.
5. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. 2006. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>. 2006.
6. Díaz E. Factores de riesgo cardiovascular en los profesores de la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social de la Universidad de Carabobo Trabajo de ascenso presentado ante la Universidad de Carabobo. 2007.
7. Guallar P, Banegas J, García M, Gutiérrez J, López E, Rodríguez F. Asociación de la enfermedad cardiovascular con el sobrepeso y la obesidad en España. Med Clin (Barc) 2002; 118(16):616-618. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-13030482-S300.
8. Chiapello J, Said P, Flor H, Espíndola M. Circunferencia abdominal en estudiantes universitarios. Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/cyt2006/03-Medicinas/2006-M-058.pdf>. 2006.
9. Villamayor I. Síndrome metabólico Universidad de Buenos

- Aires. Salud. Disponible en: <http://www.uba.ar/extension/salud/difusion/nota41.php>. 2009.
10. Guindo J, Bayés A. Comprender el ataque de corazón. Barcelona, España: Amat. 2009
 11. Lavie C, Milani R, Ventura H. Factores de riesgo, paradoja e impacto de la pérdida de peso, obesidad y enfermedad cardiovascular. *J Am Coll Cardiol* 2009; 53(21). Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=60306>.
 12. Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA). Segundo Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la República Bolivariana de Venezuela (SENACREDH), 2007-2012. Disponible en: <http://www.fundacredesa.gob.ve/senacredh.php>. 2012.
 13. Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. Epidemiología Básica. OPS. Washington. 2003
 14. De la Rosa, J, Squizzato M, y Masloski J. Obesidad: una epidemia en aumento. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* 2007; 172:12-5. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista172/4_172.pdf
 15. Pacheco-Romero J. Hipertensión arterial en diferentes edades de la mujer. *An Fac med* 2010; 71(4): 257-264. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a09v71n4>.
 16. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. Mac Graw Hill editores. México D.F. México. 2006.
 17. Arias F. El Proyecto de Investigación. 3a. edición. Editorial Episteme. Caracas. Venezuela. 2004.
 18. Londoño J. Metodología de la Investigación epidemiológica. 3ª edición. Editorial Manual moderno S. A. Bogotá. Colombia. 2004.
 19. Hurtado J. Metodología de la investigación. Sypal. Caracas. 2007.
 20. Bravo R. Séptimo informe del Join Nacional Committee sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7tsp.html>. 2003.
 21. Universidad de los Andes. Evolución 1982-2007 de los Estratos Sociales en Venezuela y su Conexión con la Elección Presidencial 2012. *Mundo Universitario* 2012; 41(10):311-322. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/35911/1/articulo4.pdf>.

GERENCIA DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

En todos los niveles del sistema sanitario se realizan acciones dirigidas a obtener un fin, en este caso, el de proporcionar atención sanitaria oportuna, eficaz y eficiente a individuos y a los grupos que conforman con base, en primera instancia, en la planificación normativa o de la política sanitaria, entendida como la meta del sistema sanitario de cada país, que constituye su marco de referencia; en segunda instancia en la planificación estratégica cuya finalidad es asegurar los objetivos esenciales para alcanzar la meta del sistema sanitario; y en tercera instancia se apoya la gerencia sanitaria en la planificación de actividades, es decir, en la planificación operativa, con el fin de obtener los objetivos específicos.

Venezuela, especialmente su sistema y servicios de atención en salud, se encuentra embutida en un contexto de cambio y tendencias sin precedente alguno en su historia antigua y reciente, signada, entre otras características y aspectos, por la transición epidemiológica de enfermedades agudas a crónicas, sin duda, en asociación directa con el envejecimiento de la población; por la aparición de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas; por la emergencia y reemergencias de enfermedades; y por la mayor demanda en la calidad de vida por partes de los ciudadanos que conforma este hermoso país, todos estos aspectos generan importantes desequilibrios funcionales que requiere de investigaciones en el campo de la gestión sanitaria.

De allí la iniciativa de redactar el presente libro con trabajos sobre gestión de organizaciones sanitarias presentados en la XXI Jornada de Salud Pública Dr. Juan Pinto Lamanna, en estos tiempos tan complejos, como los que vive el país en el siglo XXI, para ofrecer un compendio de resultados a los organismos sanitarios oficiales, como entes operativos y ejecutores de las políticas en materia de salud, como sustrato para que puedan llevar a cabo, si la particularidades lo ameritan, las innovaciones organizativas en su estructura y los cambios en los paradigmas establecidos en procura del tan anhelado bien común bajo el prisma de la salud para todos que pregonaba la Organización Mundial de la Salud.

VENEZUELA, CRISIS EN SALUD ¿ES POSIBLE SOLUCIONAR LA CRISIS DEL SECTOR SALUD?

Palacios Yralí, Villarreal Jesús

RESUMEN: El presente escrito obedece a una revisión documental con el objeto de hacer un análisis sobre la crisis de salud en Venezuela en la última década y si es posible solucionar la misma. Primeramente se expone la significancia de concebir a la salud como un hecho social cuantificable determinada a su vez por las condiciones de vida y trabajo de la sociedad, de igual forma su relación con la calidad de vida y el bienestar de los individuos. Ahora bien la salud como construcción social esta imbuida no solo a la vida humana, sino también a los Derechos Humanos y Sociales. La salud no es solo un derecho humano, sino un derecho económico y político, por ende el Estado está en la obligación de aportar todos los recursos económicos que garanticen el pleno bienestar de los individuos y la colectividad en la prosecución de la calidad de vida de sus habitantes. Para ello es indispensable promover acciones y condiciones dirigidas a proteger a la colectividad de los factores de riesgo, la manera en que esto es logrado por los países, es a través de la gestión de las políticas sociales económicas y de salud. De acuerdo a la revisión documental realizada, se hace evidente el deterioro del sector salud en Venezuela, adosándose a las dificultades económicas por la que ha atravesado el país: desequilibrios macroeconómicos, inseguridad económica, altos niveles de inflación, abultados déficits, alto endeudamiento, gasto público creciente, entre otros. Ante estos hechos, se plantea como interrogante ¿Es posible solucionar la crisis del sector salud en Venezuela?, como posible respuesta, primeramente por parte del Estado y las instituciones deben tener la intensión transparente y consensuada por solucionar la crisis político-económica que existe actualmente, seguido de acciones y eficiente gestión de quienes asumen un rol de importancia en el sector salud.

Palabras clave: Salud, salud pública, hecho social, políticas públicas.

INTRODUCCIÓN

Para iniciar esta discusión es necesario considerar que la salud está determinada por las condiciones de vida y trabajo de la sociedad y por lo tanto para tener mejor salud hay que obligatoriamente mejorar la calidad de vida, lo cual se traduce en alcanzar un grado de bienestar que permita al individuo y los grupos de individuos lograr un grado de desarrollo. Para la Organización Mundial de la

Salud ⁽¹⁾ la salud, es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Para Alcántara ⁽²⁾ la concepción de la salud responde a un hecho histórico, puesto que en cada momento una sociedad determinada puede tener una visión de la misma. El autor expresa una noción de entender la salud como un hecho social, para ello, se entiende por salud un producto o construcción social, o como diría Emile Durkheim ⁽³⁾, “un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo”. Obviamente, podría argumentarse que no cabe la menor duda que al referirse a la salud se está hablando entonces de un fenómeno social cuantificable.

Tal percepción de la salud, es tan cierta que en el devenir histórico se ha evidenciado que está relacionada con la calidad de vida, el bienestar y el trabajo en la sociedad, y la cual no puede desprenderse de un hecho consustancial a la vida humana, como lo son los derechos humanos y sociales. En el caso, donde la salud es razonada como un hecho social cuantificable, se deja entrever todos aquellos fenómenos que son sujetos a la observación empírica. En el caso de Venezuela, estos múltiples fenómenos relacionados al ámbito de la salud como hecho cuantificable, han marcado distintos momentos a lo largo de la historia dejando una enorme estela de logros y profundos fracasos.

En este sentido la Organización Panamericana de la Salud ⁽⁴⁾ hace hincapié que en muchos países las enfermedades infecciosas y las enfermedades adosadas a la condición de ser pobre aun siguen siendo consideradas como un problema cada vez más resurgente, Venezuela no escapa de esta realidad, en tal sentido tales acontecimientos resurgentes se consideran fenómenos sociales cuantificables.

Es tan considerada la salud en Venezuela como un hecho empírico observable y complejo, que para Carquez ⁽⁵⁾ se ha demostrado en el transcurrir del tiempo el crónico deterioro sanitario asistencial, acompasado por un conjunto de indicadores que demuestran una grave crisis en la salud y un enorme reto ante el deterioro de la salud pública. Ahora bien, por salud pública, se entiende aquella que representa la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger a la colectividad de los factores de riesgo, a mejorarle la convivencia y la calidad de vida que a su vez representa el conjunto de condiciones que garanticen el estado

de bienestar físico, psicológico y social básico para la vida de la persona desde la concepción hasta la muerte ⁽⁶⁾.

Amba concepciones de salud y salud pública conlleva a reflexionar y obligan a revisar el rol del estado Venezolano en función de garantizar a todos los miembros de la sociedad el “bienestar”; para ello la inflexión está sujeta a revisar las funciones y relaciones de las cuales se ha ocupado el Estado en materia política. La OPS ⁽⁴⁾ concibe que la salud pública es entendida como la interacción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas; no como una disciplina académica sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria. En este orden de ideas, la revisión del papel del Estado venezolano debe remontarse a un análisis crítico, histórico, social y sobre el cimiento en que se han gestado las políticas de salud y la articulación entre las instituciones que prestan este servicio y la sociedad en general. En tal sentido el presente escrito obedece a una revisión documental, sobre elementos puntuales que permitirán precisar algunas posturas empleadas sobre la crisis en salud en Venezuela.

ANALISIS Y DISERTACIÓN

La salud no es solo un derecho humano sino también un derecho económico y político ⁽⁵⁾. Se entiende desde el aspecto económico la obligación del Estado en aportar todos los recursos económicos que garanticen el pleno bienestar de los individuos y la colectividad. Para Atria ⁽⁷⁾ las políticas públicas son cadenas de decisiones que involucran directamente a agentes públicos, y que su naturaleza depende de los recursos e insumos económicos que serán empleados. A su vez, es necesario resaltar la función de proteger y garantizar la salud de las personas, aunado, al hecho que existe una relación simbiótica entre salud-bienestar y que para ello es indispensable promover acciones y condiciones dirigidas a proteger a la colectividad de los factores de riesgo. La manera en que esto es logrado por los países es, a través de la gestión de las políticas sociales económicas y de salud.

El autor antes referido, entiende que la política social es un conjunto articulado y temporalizado de acciones, mecanismos e instrumentos, conducidos por un agente público, explícitamente destinados a mejorar la distribución de oportunidades o corregir

la distribución de activos a favor de ciertos grupos o categorías sociales. En el marco de lo expuesto anteriormente, las políticas públicas son un conjunto de acciones relacionadas a la solución de un problema colectivo generalmente considerado de interés público, en cuanto a las políticas sociales, son todas las formas de intervenciones colectivas (tanto del Estado como de la sociedad civil) que contribuyen al bienestar general. Sobre la base de estas consideraciones se tiene entonces que las políticas de salud, son todas aquellas decisiones del gobierno, en nombre del público, que relacionan y/o influyen la búsqueda de la salud y el bienestar de la población ⁽⁸⁾.

Toda política tiene un soporte legal que le permite fundamentarse y legislarse, en el caso del Estado Venezolano, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela ⁽⁹⁾ en su Artículo 83, establece: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Este marco constitucional a partir de 1.999, amplía la noción de la salud y comprende lo relativo al derecho a la vida, bienestar y la calidad de vida, como también el derecho a la participación ciudadana en salud y al derecho a la atención. En el artículo 85 de la misma, se establece que lo relativo al financiamiento del sector salud, corresponderá al Estado Venezolano, atribuyéndole una ingente responsabilidad al Estado, el cual tiene que garantizar el acceso a un sistema de salud de calidad a toda la población, incluyendo sus atribuciones en cuanto a la promoción de la salud de toda la población, prevención de enfermedades, accidentes, la restitución de la salud y la rehabilitación; oportuna, adecuada y de calidad.

Una vez que se posiciona como presidente de la República Bolivariana de Venezuela Hugo Rafael Chávez Frías, los cambios en Venezuela pretendían dar como resultado un gran avance en materia de salud, y como resultado grandes beneficios a los pobladores; del

hospitalcentrismo se pasó a la atención primaria ambulatoria, de lo central a lo regional y local, del enfoque individual a la salud colectiva-comunitaria; estos espirales de cambios propugnan como reto un nuevo paradigma en la atención de salud cuyo eje central es la participación ciudadana, el cual persigue la intervención consciente y activa del pueblo en las diversas fases y actividades del proceso de salud.

Como antecedente a estos cambios, de acuerdo a la revisión documental realizada, es imprescindible acotar que, en la Asamblea Nacional, la Oficina de Asesoría Económica y Financiera ⁽¹⁰⁾ en el año 2.002, elaboró un informe de la situación de salud que serviría de soporte para impulsar los cambios políticos en materia de salud, dentro de este se pueden mencionar como elementos resaltante, los siguientes aspectos: El Gasto Fiscal en Salud como porcentaje del PIB se ha venido deteriorando en los últimos 30 años. Este deterioro, se ha debido a las dificultades económicas por la que ha atravesado Venezuela: desequilibrios macroeconómicos, inseguridad económica, altos niveles de inflación, abultados déficits, alto endeudamiento, gasto público creciente, entre otros. Se observa una disminución significativa de los recursos dedicados por habitante a la salud, de manera que es necesario recuperar la senda de crecimiento económico estable y continuo que permita dirigir una cantidad apropiada de recursos al sector salud.

Seguidamente, con respecto al Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), el mencionado informe indica que la prevención de las enfermedades sería prioritaria para los servicios y programas prestados por el sistema, así como la atención integral, la promoción y educación para la salud individual y colectiva. Ahora bien una vez planteado estos elementos las acciones modificatorias en materia de salud vendrían acompañadas por un nuevo Sistema Público Nacional de Salud (SPNS). Por su parte, Bonvecchio ⁽¹¹⁾ expresan que los cambios del sistema de salud del Estado venezolano están relacionados a la fecha en la que se aprobó la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela para el año 1999, la reforma implicó la reestructuración del Ministerio de Salud a nivel central para implementar un modelo de atención integral a la población y la creación del nuevo sistema con el objetivo de garantizar el derecho a la salud de todos los venezolanos.

CONCLUSIONES

En el transcurrir de esta década, se ha demostrado la poca inherencia del Estado Venezolano por atender el sector salud, la reestructuración y propuesta del Sistema Público Nacional en Salud (SPNS) no ha dado los resultados esperados, el paradigma de atención tendió a resquebrajarse con el devenir de los años; es más de los mismo, “una continuidad discontinua”; el sistema de salud se encuentra dirigido con un mal financiamiento heredado de épocas anteriores, no se cuenta con un sistema de información idóneo, con datos actualizados que permitan mayor monitoreo del escenario de la salud y por ende, una mayor actuación ante situaciones y problemas presentes. Es evidente que la crisis actual de salud en Venezuela proviene de causas políticas y económicas, que aunque existen y se observan día a día no hay un ente que las reconozca y las ataque desde su verdadera génesis, estas causas van desde lo más esencial, como son ausencia de creación y aplicación de políticas efectivas en materia de salud tanto preventivas como curativas.

De la misma manera, Carquez ⁽¹²⁾ manifiesta que es necesario comprender que en estos últimos diez años “nos encontramos frente al progresivo agotamiento de todo un modelo político e institucional, sustentado en la práctica de tres conductas básicas ejecutada por los distintos líderes que han estado en la dirección del Estado Venezolano”; estas causas las atribuye en primer lugar a la discrecionalidad de la utilización de la renta petrolera, el presidencialismo, caudillismo y continuismo la cual gira en torno a la centralización absolutista y abusiva del estado, sumado a la construcción de enormes estructuras administrativas con la peor burocracia y corrupción vista en todos los tiempos.

Otro hecho de suma importancia que se plantea como prueba del déficit de la gestión política del gobierno actual, son los problemas o dudas que generan el financiamiento presentado, a pesar que la revisión de las cifras indican un aumento en el presupuesto de salud. No se tiene claridad absoluta de lo real invertido; ejemplo de esto son las cifras presentadas por el Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela (SISOV) ⁽¹³⁾ para el año 1.999, en su portal web indica que se otorgaron 767 millardos de bolívares al sector salud y en el 2.002 se elevó este monto a 2.134 millardos, el ordenamiento y distribución por partidas presupuestarias de esta inversión dirigida

a los entes de salud centrales y descentralizados, se desconoce, lo cual presume que no fueron justificados.

Bonvecchio et al ⁽¹¹⁾ aseguran que el gasto total en salud como porcentaje del PIB en Venezuela ha ido disminuyendo de 5.7% en 2.000 a 5.2% en 2.008, muy por debajo del promedio de América Latina (6.9%). El gasto público en salud, como porcentaje del gasto total en salud, aumentó de 41.5% en 2.000 a 44.9% en 2.008, mientras que el gasto de la seguridad social en salud como porcentaje del gasto público en salud ha disminuido de forma marcada en la última década, de 40% en 1.999 a 31.4 % en 2.008. El gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud pasó de 58.5% en 2.000 a 55.1% en 2.008. El gasto de bolsillo pasó de 90.9% del gasto privado total en salud en 2.000 a 89.5% en 2.008. En 2.008, el gasto per cápita fue de 681 dólares PPA (paridad de poder adquisitivo).

En este sentido, Venezuela vive una crisis de salud sin precedentes en la historia. La propuesta de un Sistema Público Nacional en Salud, la marcha en paralelo del antiguo modelo, aunado a la fuga de médicos del país, la saturación de los centros de salud tanto privados como públicos, acompasado al debacle económico, han creado una situación ambivalente, desesperante y muy peligrosa para la estabilidad de los ciudadanos y por ende imposibilita garantizar oportunamente el bienestar de los hombres y mujeres venezolanos. Al mismo tiempo, la disminución del poder adquisitivo, el desempleo, el déficit de vivienda, el deterioro de otros servicios, el aumento en la violencia e inseguridad, entre otros, alejan cada vez más la oportunidad de tener en nuestro país una equidad en salud.

Es importante destacar igualmente, la carencia de suministros, la recurrente paralización de las actividades y las propias condiciones inadecuadas de la red de servicios, es evidente el desmejoramiento de la atención y la calidad de los servicios que se prestan, estas fallas en el sistema son considerablemente atribuibles y consecuencia de la gestión pública de salud aplicada en Venezuela que ha demostrado ser ineficaz en la injerencia política dentro del sector. Esto también se ve como reflejo en la escasez de los equipos y medicamentos, el salario de los profesionales en salud, la mala inversión en el sistema asistencial y la nula inversión en el sistema de salud preventiva.

¿Es posible solucionar la crisis que existe en el sector de salud? Primero debe solucionarse la crisis político-económica que existe en

el país. Pero se puede empezar a enmendar la crisis en salud con pequeñas gestiones como crear conciencia y enseñar prevención, lo cual es un paliativo de pequeñas acciones que pueden lograr grandes cambios para la solución de enormes problemas. Desde el punto de vista personal, es imprescindible reflexionar sobre el hecho que la medicina fue concebida por la ciencia y engendrada por el difícil arte de servir y adecuar su ciencia a su objetivo: el enfermo y la prevención de enfermedades, e igualmente repensar en la idea que el médico no es solo la herramienta de la medicina sino que es además su principal gestor, innovador permanente y orientador.

En este contexto, como estrategia es indiscutible la revisión, redefinición de roles y mecanismos de diseño, ejecución de políticas y programas sociales que ha implementado el gobierno venezolano, así mismo lo deja ver Bonvecchio ⁽¹¹⁾ cuando afirman que “ a más de diez años de aprobada la nueva constitución y aun cuando el gobierno fue habilitado para aprobar un gran número de leyes, todavía no existe una Ley Orgánica de Salud que permita instrumentar los derechos garantizados en la Constitución y establecer el SPNS”. El reto es elevar el nivel de conciencia hacia la manera como primeramente se hace política en Venezuela. En atención a esto Carquez ⁽¹²⁾ expresa la necesidad de nuevas conquistas políticas, entre algunas de ellas se encuentran el rescate y fortalecimiento de las políticas descentralizadoras de la administración estatal, el desarrollo de una política comunicacional y finalmente consensuar el rol entre sector público y privado comprometidos con objetivos de utilidad pública; quedando así un largo trayecto para rescatar y lograr la salud y bienestar de todos los venezolanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. Suplemento de la 45a edición, Octubre. 2006.
2. Alcántara M. La Definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad. Sapiens 2008; 9(1):93-107.
3. Ritzer G. Teoría Sociológica clásica. Tercera edición. España; Editorial Mc Graw Hill. 2003.
4. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos. Análisis del desempeño y Bases para la acción. Orígenes y escenarios actuales. 2002.
5. Carquez M, León U. La crisis sanitario asistencial venezolana. Los proyectos privatizadores y las políticas del Estado. Universidad de Carabobo. 1995.
6. Malagón L, Galán M. La Salud pública. Propuestas y recomendaciones. Editorial Médica Panamericana. 2002.
7. Atria R. Políticas sociales: Concepto y diseño. Un marco de eferencia. Instituto de Asuntos Públicos Departamento de Gobierno y Gestión Pública. Universidad de Chile documento de trabajo N 6, marzo. 2006.
8. Rose M. Las políticas públicas y los sistemas de salud: Perspectivas de equidad sanitaria para las Américas. 7º Congreso Internacional de Salud Pública, Colombia: Medellín. 1-4 2011.
9. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial 5.453 del 24/03/2000. Caracas: Ed. Juan Garay.1999.
10. Asamblea Nacional. Oficina de Asesoría Económica y Financiera. Sistema de Salud en Venezuela: Una aproximación. Serie: PT 0402-016. 2002.
11. Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M. Sistema de Salud de Venezuela. Salud Pública Méx 2011; 53 (2):S275-S286.
12. Carquez M. Un nuevo contrato social. Libertad, equidad y prosperidad. Ediciones FUNDACELAC- Vice Rectorado Académico UC. 2013.
13. Ministerio del Poder Popular para la Planificación. Sistema integrado de indicadores sociales de Venezuela. Inversión en salud. Disponible en: <http://sisov.mppp.gob.ve/indicadores/SA0500600000000/ficha.php>. 1999.

LA ENSEÑANZA DE LA BIOESTADÍSTICA DESDE LA TEORÍA DE SIGNIFICADOS SISTÉMICOS: EL CASO DE LA ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Centeno Guillermo, Sánchez Daniel

RESUMEN: Esta investigación busca determinar el significado institucional de referencia de los cálculos de la estadística inferencial en las pruebas de contraste de hipótesis a partir de algunos textos universitarios comúnmente empleados en los cursos de Estadística y Demografía Médica para estudiantes de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Además de caracterizar los significados personales de estadística inferencial en los alumnos cursantes de la asignatura, en función de la praxis discursiva y operativa puesta en evidencia en el proceso de estudio de la estadística inferencial y su aplicación en la medicina, y por último contrastar el significado institucional con el manifestado por los sujetos interpretantes para identificar los conflictos semióticos asociados con la temática. Metodológicamente, se combinó el estudio cualitativo con un análisis ontológico-semiótico, donde 20 sujetos interpretantes aportaron la información que fue jerarquizada y organizada por frecuencias, permitiendo construir un gráfico radial conformando una red semántica para el constructo investigado. La teoría de significados sistémicos, así como las redes semánticas son una herramienta conveniente para determinar los significados personales e institucionales que se atribuyen a un constructo estadístico-matemático, de esta manera averiguar las relaciones establecidas en él. El estudio revela la complejidad de la estadística inferencial en el contraste de hipótesis como compendio de conocimientos y pone en evidencia la importante brecha existente entre el objeto estadístico personal manejado por los sujetos interpretantes y el objeto institucional introducido. La complejidad se refleja en la variedad y heterogeneidad de significados que en las redes semánticas los estudiantes desarrollaron para esta noción.

Palabras clave: Teoría de significados sistémicos, enseñanza de la bioestadística, investigación cualitativa, teoría ontosemiótica.

INTRODUCCIÓN

La bioestadística ha jugado un papel destacado en las ciencias y en la salud pública, que basan sus investigaciones en datos recogidos en muestras de poblaciones mayores, a las que quieren extender sus conclusiones. Sin embargo, el uso e interpretación de la estadística en estas investigaciones no son siempre adecuados, como se muestra en diversas revisiones e investigaciones en la

enseñanza de la estadística ⁽¹⁾.

Estos errores también se producen en estudiantes universitarios, aunque la mayor parte de la investigación que analiza estos errores en alumnos universitarios se centra en la comprensión de los conceptos relacionados a los cálculos inferenciales, donde el nivel de significación, quien plantea que la comprensión de la inferencia estadística requiere el aprendizaje de tres elementos interrelacionados: (a) el proceso de razonamiento; (b) los conceptos asociados y (c) los cálculos relacionados ⁽²⁾. Pero, mientras la realización de los cálculos asociados con los contraste de hipótesis es hoy día muy sencilla, la enseñanza de los conceptos y el razonamiento inferencial es mucho más compleja, lo que explica las muchas dificultades descritas en el uso de la inferencia.

A lo que se refiere al contraste de hipótesis, un punto clave es la comprensión del concepto de hipótesis y la diferencia entre hipótesis nula y alternativa, así como sus propiedades. El correcto planteamiento de las hipótesis es el primer paso para realizar un contraste, pues un fallo en el planteamiento inicial de las mismas puede derivar en un error en la elección del contraste adecuado, del estadístico pertinente, de las regiones críticas y de aceptación y finalmente una decisión errónea sobre el rechazo o aceptación de la hipótesis.

Cabe mencionar que los principales errores relacionados con la comprensión del contraste de hipótesis se refieren al nivel de significación, siendo esta la interpretación incorrecta más extendida de este concepto es cambiar los términos de la probabilidad condicional en la definición del nivel de significación α (probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta), interpretándolo como la probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta, habiendo tomado la decisión de rechazarla ⁽³⁾.

Otro error frecuente entre alumnos y docentes investigadores es la confusión entre la hipótesis nula y alternativa, según Vallecillos ⁽⁴⁾ la hipótesis nula se plantea para ser rechazada, mientras que la alternativa sería la negación de la anterior. La hipótesis nula se supone cierta y la distribución muestral del estadístico de contraste se determina aceptando que la hipótesis nula es cierta; cosa que no ocurre con la alternativa, evidenciándose entonces que las hipótesis nula y alternativa son complementarias pero tienen diferente papel en el contraste. Cuestión esta que debe ser bien analizada por los estudiantes y los docentes en la explicación y aplicación de dichas pruebas dentro y fuera del aula. Para así evitar errores en la comprensión y distorsión

y del constructo teórico en la construcción de las hipótesis.

Este trabajo de investigación se basa en ideas teóricas propuestas en el enfoque ontosemiótico, también conocida como la teoría de significados sistémicos propuestos por Godino ^(5, 6), en los que se sugiere que el significado de los objetos matemáticos y por ende estadísticos (por ejemplo, los conceptos de hipótesis nula, alternativa y contraste) son una entidad compleja, susceptible a conflictos semióticos institucionales (formales) y personales (estudiantes).

En las prácticas bioestadísticas se requiere un uso continuo del lenguaje Matemático, pues los objetos matemáticos son inmateriales. Godino y Batanero ⁽⁷⁾ señalan que, en las prácticas matemáticas, intervienen objetos ostensivos (símbolos, gráficos, entre otros) y no ostensivos (que evocamos al hacer matemáticas), que son representados en forma textual, oral, gráfica o simbólica. En el trabajo matemático los símbolos (significantes) remiten a entidades conceptuales (significados). Estas representaciones tienen mucha importancia para facilitar la enseñanza y el aprendizaje, pero a veces causan dificultades en los sujetos.

En el transcurso de la comprensión y el correcto planteamiento de las hipótesis en un contraste, aplicado en las ciencias médicas es un requisito necesario para finalizar e interpretar correctamente todo el procedimiento, el objetivo de este trabajo es ahondar un poco más en la comprensión de este tema por parte de los estudiantes de medicina. Más concretamente, y utilizando el marco teórico descrito, ya que se busca analizar con mayor profundidad los posibles planteamientos incorrectos de las hipótesis en la estadística inferencial.

Esta investigación busca determinar el significado institucional de referencia de la estadística inferencial a partir de algunos textos universitarios comúnmente empleados en los cursos de Estadística y Demografía Médica para estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Además de caracterizar los significados personales de estadística inferencial en los alumnos cursantes de la asignatura, en función de la praxis discursiva y operativa puesta en evidencia en el proceso de estudio de la Estadística y su aplicación en las ciencias médicas, y por último contrastar el significado institucional con el manifestado por los sujetos interpretantes para identificar los conflictos semióticos asociados con la temática.

MATERIALES Y METODOS

Metodológicamente, se combinó el estudio con un lenguaje de tipo cualitativo con un diseño de investigación ontológico-semióticobasado en lo propuesto por Godino ^(5, 6). Donde la muestra estuvo constituida por los sujetos interpretantes 20 estudiantes del segundo año de la carrera de medicina en el periodo electivo 2014-2015 de la Universidad de Carabobolos cuales aportaron la información necesaria para la investigación.

El proceso metodológico de esta investigación tiene como primer objeto de estudio los referentes bibliográficos de bioestadística para las ciencias médicas, como referencia principal a Puerta ⁽⁸⁾ y Camel ⁽⁹⁾, con el fin de establecer los significados institucionales del contenido programático en el área del contraste de hipótesis donde se analizan y condensan las principales producciones generadas en el área de la estadística inferencial, especialmente en la formulación de las hipótesis en dichas pruebas donde frecuentemente se utiliza en la asignatura de estadística y demografía en la carrera de medicina de la Universidad de Carabobo. Mediante estas bibliografías se tratara de establecer como la institución transfiere el conocimiento formal, definiendo el nivel conceptual y procedimental planteado en la bibliografía utilizada, con la finalidad de fijar el significado institucional de referencia y caracterizar su complejidad ontológica y semiótica en sus diferentes facetas: ostensiva, extensiva, intensiva, actuativa y validativa. Es conveniente señalar que no se incluye el material didáctico elaborado por los docentes de la Facultad, ya que, se detectó que los enunciados, teoremas y ejercicios incluidos son tomados directamente de algunos de los libros de texto analizados por lo que la diferencia no es significativa. Para el análisis y comparación de los libros estudiados se recurrió al constructo "configuración epistémica" del Enfoque Ontosemitotico, evidenciándose su potencial como herramienta de análisis y comparación de textos.

Para la construcción del segundo objetivo del estudio, que consiste en extraer de los significados personales de los sujetos interpretantes, para la recolección de la información, fue necesario que resolvieran una tarea por escrito e individualmente, sin poder consultar sus apuntes. La tarea consistía en una única pregunta que estaba referida a nombrar ordinalmente las 10 palabras más importantes o más relacionadas con la formulación de hipótesis y la

estadística inferencial específicamente en las pruebas de contaste. Recogidos los datos, se llevó a cabo un análisis cualitativo mediante un proceso cíclico e inductivo, donde se compararon las respuestas semejantes entre sí, para llegar a una categoría o descriptores frecuenciales, que permita establecer la relevancia de la misma. Y de esta forma construir el grafico radial que permita establecer la red semántica que defina la significación de los interpretantes con respecto al tema estudiado.

En el análisis semiótico, utilizado, por Godino ⁽⁹⁾, se reconstruye el proceso de razonamiento matemático que ha seguido el sujeto para dar la respuesta, detallando las principales funciones semióticas establecidas por el sujeto interpretante, como parte de dicho proceso y resaltando cuáles de dichas funciones semióticas son incorrectas (desde el punto de vista institucional), poniendo de manifiesto un conflicto semiótico del estudiante. Se hace una reconstrucción algo menos profunda del proceso de razonamiento seguido en el resto de las respuestas, destacando asimismo, los conflictos semióticos. Finalmente se presentan los resultados mediante la construcción de un gráfico radial conformando una red semántica para el constructo investigado.

RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se presenta un análisis de las respuestas obtenidas por la recolección de datos, luego de haberse aplicado a los participantes de la muestra en la carrera de medicina, el tratamiento analítico se basó en la búsqueda frecuencial a cada alternativa de respuesta de los sujetos, el análisis de la información capturada es una primera aproximación para la construcción ontológica y semántica de los significados surgidos del proceso de investigación.

Significado institucional de la estadística inferencial

Para describir el significado institucional de referencia se seleccionaron dos textos de estadística y demografía médica frecuentemente utilizados en la facultad ^(8, 9). En todos los libros se indica que desde el punto de vista histórico, la construcción del concepto de estadística inferencial está asociada a relaciones cuantitativas (cálculos) entre los datos y los estadísticos de prueba

en el transcurso de un problema. En los textos analizados hay una importante tendencia de presentar a los cálculos estadísticos de contraste de hipótesis (también denominado test de hipótesis o prueba de significación) como un procedimiento para juzgar si una propiedad que se supone en una población estadística es compatible con lo observado en una muestra de dicha población.

Estas pruebas están basadas en los conceptos de probabilidad y distribución muestral haciendo posible la toma de decisiones acerca de una población a partir de la información obtenida de una muestra (8). En la bibliografía antes mencionada se pudo observar que mediante esta teoría, se aborda el problema estadístico considerando una hipótesis determinada como nula y una hipótesis alternativa, y se intenta averiguar cuál de las dos es la hipótesis verdadera, tras aplicar el problema estadístico. Estos procedimientos de pruebas según Camel están fuertemente asociada a los considerados errores de tipo I y II en estadística, que definen respectivamente, la posibilidad de tomar un suceso falso como verdadero, o uno verdadero como falso.

Este tipo de cálculos es muy importante para los autores y se utilizan de manera rutinaria en el análisis estadístico inferencial y su aplicación en las ciencias de la salud. También expresan que los cálculos en el contraste de hipótesis requieren una distinción en el tamaño muestral para determinar el estadístico de prueba a aplicar, así como los datos suministrados determinaran el tipo de contraste a desarrollar en el análisis. Esta unidad representativa es la muestra y el planteamiento de las hipótesis. Es decir, no se indica claramente que para estos análisis es necesario tener en cuenta el tamaño de la muestra como estadístico clave, y en la determinación de las hipótesis se toman en cuenta símbolos paramétricos, con el fin de dejar claro la intención de generalizar sobre la población y no en la muestra. Esta situación impide asociar de forma natural en el contraste de hipótesis, la estrecha relación entre el la muestra, la hipótesis y el estadístico de prueba.

En otras palabras, los autores al darle predominio a la faceta extensiva (problemas en los que se aplica la estadística inferencial) sobre la faceta intensiva (la noción de estadística inferencial que comprende los métodos y procedimientos que por medio de la inducción determina propiedades de una población estadística, a partir de una pequeña parte de la muestra, donde el contraste de hipótesis permite decidir si dos muestras son estadísticamente diferentes, y si un determinado procedimiento tiene un efecto estadístico significativo, o

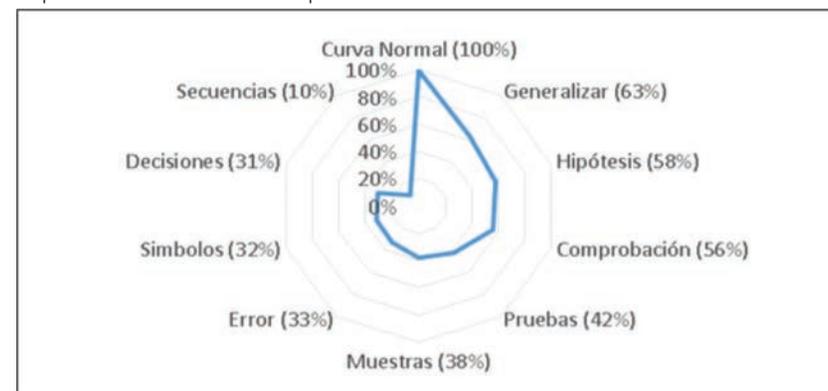
no) impiden que el lector establezca en forma intuitiva y no matemática la relación entre la muestra, la hipótesis y la prueba, que es lo que en esencia constituye lo fundamental del área. Adicionalmente se proponen elementos extensivos con muy baja significación analítica (ejemplos/problemas/actividades) cuyo objetivo sea la conversión entre los diversos registros de Representación Semiótica. Por ejemplo: bajo esta sección se encasilla el ejercicio propuesto bajo un subtítulo; ya definiendo a priori la prueba aplicar, dejando de lado las representaciones simbólicas y analíticas necesarias para el desarrollo de los ejercicios. La representación Algebraica: aplicando fórmulas para cálculos de las incógnitas; y la Representación Analítica: detallada del procedimiento para el abordaje de problemas.

Significados personales manifestados por los estudiantes

En el gráfico 1 se presenta la red semántica de los descriptores de la Estadística inferencial en el contraste de hipótesis. Para la construcción de este gráfico se les solicitó a los sujetos interpretantes que escribieran ordinalmente diez palabras o frases definidoras sobre el tema. Una vez tabulada toda esa información se escogió la expresión de mayor frecuencia "Curva Normal" y se le asignó una ponderación del 100%. Le siguió en frecuencia "Generalizar", que por una simple regla de tres le corresponde una ponderación del 63%, "Hipótesis" 58% y así sucesivamente como se presenta a continuación:

Gráfico N° 1.

Representación de los descriptores de estadística inferencial.



Fuente: Diseñado por los Investigadores.

El siguiente gráfico radial indica que los estudiantes, asocian la noción de estadística inferencial con la interpretación semiótica y algebraica atribuida al objeto matemático de curva normal. Evocan procedimientos específicos tales como comprobación y pruebas. Relacionan el contraste de hipótesis con objetos tales como muestra y decisiones. No tienen claramente delineado el significado de este objeto. Se demuestra ambigüedad al utilizar expresiones como error, símbolos y secuencias.

Además se pudo observar que la definición de estadística inferencial se presentó operacionalmente como los procedimientos necesarios para determinar y comprobar una hipótesis. Dejando de lado otras categorías conceptuales aplicables en la estadística inferencial, tampoco hicieron referencias a tipos de pruebas. No promovieron la construcción de significados a través de actividades cognitivas fundamentales vinculadas a la semiótica (representación y procedimientos).

CONCLUSIÓN

Ciertamente esta investigación pone de manifiesto los conflictos semióticos presentes en los estudiantes con respecto al tema en particular, presentando la dificultad que se han mostrado al plantear descriptores semánticos que poco o nada tienen que ver con el tema. Evidenciando la abstracción del tema en su análisis preliminar (análisis intensivo) y en su aplicabilidad en las ciencias médicas (extensivo). La interferencia entre la faceta extensiva y la faceta intensiva favorece la aparición de conflictos semióticos en los estudiantes. Sin embargo se logró frecuentar la intensión del análisis del contraste de hipótesis en los sujetos, quienes manifestaron de manera significativa que se refiere a tomar una única muestra y generalizar a una población (universo hipotético) que no está claramente definida; se trataría de la población que se obtendría al repetir ilimitadamente la investigación en las mismas condiciones temporales, culturales, sociales, y cognitivas.

El análisis ontológico-semiótico y las redes semánticas demostraron ser una herramienta conveniente para determinar los significados que los estudiantes atribuyen a la estadística inferencial y averiguar las relaciones establecidas con otras expresiones estadísticas. Su análisis indica que el elemento intensivo responde

a la interpretación matemática del mismo (una visión bastante restringida de este constructo).

El estudio revela la complejidad del contraste de hipótesis como compendio de conocimientos y pone en evidencia la importante brecha existente entre el objeto matemático personal manejado por los sujetos interpretantes y el objeto matemático institucional introducido. La complejidad se refleja en la variedad y heterogeneidad de significados que en las redes semánticas los estudiantes desarrollaron. Esta heterogeneidad tiene que ver con los diversos elementos de significado que se pueden proponer: Extensivos: por la variedad de interpretaciones de la Estadística inferencial, en el contraste de hipótesis; Ostensivos: por la heterogeneidad de representaciones semióticas; Actuativos: por la multiplicidad de procedimientos, o estrategias para resolver un problema estadístico inferencial de este tipo; Intensivos: por la pluralidad de relaciones con otros objetos estadísticos- matemáticos; Validativos: por la variedad de argumentos para justificar el uso de la estadística en las ciencias de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Batanero C, Díaz C. Methodological and didactical controversies around statistical inference. Actes du 36^{ième} Journées de la Société Française de Statistique [CD-ROM]. Paris: Société Française de Statistique. 2006.
2. Rossman A. Reasoning about informal statistical inference: One statistician's view. *Statistics Educ Res J* 2008; 7(2):5-19.
3. Birnbaum I. (1982). Interpreting statistical significance. *Teaching Statistics* 1982; 4:24-27.
4. Vallecillos A. Estudio teórico-experimental de errores y concepciones sobre el contraste estadístico de hipótesis en estudiantes universitarios. Universidad de Granada. 1994.
5. Godino J, Batanero C, Roa R. (2005). An onto-semiotic analysis of combinatorial problems and the solving processes by university students. *Educ Stud Math* 2005; 60 (1):3-36.
6. Godino J, Batanero C, Font V. The onto-semiotic approach to research in mathematics education. *ZDM. Int J Math Educ* 2007; 39(1-2):127-135.
7. Godino J, Batanero C. Funciones semióticas en la enseñanza

- y aprendizaje de las matemáticas. 1998. En I. Vale y J. Portela (Eds.), Actas del IX Seminário de InvestigaçaoemEducaçao Matemática (SIEM) (pp. 25-45).Guimaraes: Associação de Professores de Matemática.
8. Puerta E, Urbina J, Blank M, Granadillo D, Blanchard M, GarcíaJ, et al. Bioestadística herramienta de la investigación. Consejo de Desarrollo científico, humanístico y Tecnológico. Valencia, Venezuela. 1998.
 9. Godino J, Font V, Wilhelmi M, Arrieche M. ¿Alguien sabe qué es un número? UNIÓN 2009; 19:34-46.

FORMACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN A LOS PROFESIONALES DE INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA DE LA SALUD

Chirinos Hicela, Blanco Biayini

RESUMEN: Esta investigación busca determinar el significado institucional dLa presente investigación preliminar pretende informar sobre la aptitud ante la formación continua de los profesionales en información y estadísticas de salud. Investigación descriptiva, de campo y transversal. Como instrumento se empleo la entrevista, la población estuvo conformada por 258 profesionales en registros y estadística de salud y la muestra por 60 de estos profesionales de tres importantes centro de salud del estado Carabobo. En 100% de la muestra predominó la creencia que es indispensable la formación continua en el área. Se concluye que corresponde a las casas de educación superior brindar las ofertas educativas en el campo y al Estado venezolano el robustecimiento del Sistema Publico Nacional de Registro de Salud y de las ofertas laborales.

Palabras clave: Sistema, formación, salud pública.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio del Poder Popular para la Salud, ha desarrollado e implementado el Programa del Sistema de Información de Salud (SIS), a nivel nacional, para recopilar la información y aplicar los métodos estadísticos necesarios para generar las evidencias, como sustento, que servirán de base para la toma de decisiones en las políticas públicas de salud. En este sentido, todo SIS implica el manejo y procesamiento de datos (entrada-procesamiento-salida-retroalimentación) y el empleo de tecnologías de información y comunicación (TIC) como herramientas para almacenar, procesar y difundir todo tipo de información sanitaria (consultas por emergencias, consulta externa de especialidades y general, ingresos hospitalarios, defunciones, certificados de nacimientos, morbilidad, natalidad y mortalidad y otros movimientos hospitalarios) ^(1, 2).

El SIS requiere de registros confiables, seguros y sistemáticos para asegurar la confiabilidad de la información que se necesita en el país en la toma de decisiones sanitarias destinadas a fortalecer el sistema de salud, a pesar de la importancia el SIS en Venezuela, este únicamente es implementado en las Coordinaciones Regionales de Registro y Estadística de Salud de algunos Estados y son pocas las

Universidades que ofrecen formación en esta área (entre ellas la Universidad de Carabobo), en consecuencia es obligatoria y urgente la toma de medidas al respecto, como viene realizándose en algunos países Latinoamericanos como Uruguay ⁽³⁾.

En atención al papel de la universidad en su responsabilidad con el Estado, le corresponde formar profesionales calificados en registros y estadísticas de salud, competentes en la planificación, diseño y operación de los SIS, con demostrada capacidad analítica de la data en el contexto de la salud pública y la sociedad, y dispuesto a mantenerse en constante formación, debido a lo cambiante del fenómeno salud-enfermedad y a los avances, por demás, continuos de la tecnología de la información y comunicación, no obstante, es valedero preguntarse ¿Están los profesionales en registros y estadística de salud convencidos de la obligación de formación profesional continua?, por tanto, el objeto del presente reporte, preliminar, fue determinar la disposición de los profesiones en registro y estadística de tres importantes instituciones de salud del estado Carabobo que tienen en su estructura un SIS.

ANÁLISIS Y DISERTACIÓN

Se recurrió a la investigación descriptiva, de campo y transversal ⁽⁴⁾ para determinar, con solo la pregunta: ¿Estaría dispuesto a participar en la Formación en el Proceso del Sistema de Información de Salud? en 23% de los 258 profesionales de la Ciudad Hospital Dr. Enrique Tejera, Hospital Materno Infantil Dr. José María Vargas y la Coordinación Regional de Registros y Estadísticas de Salud de INSALUD, al respecto los 60 profesionales encuestados respondieron afirmativamente la interrogante.

Lo hallado esta en concordancia con la tendencia en el siglo XXI de integrar nuevos paradigma al SIS que permiten su actualización y el compromiso por parte de los actores universitarios y del sector sanitario oficial de proporcionar a los interesados distintas ofertas de formación y estímulo, en correspondencia, en lo referente a las universidades con la existencia de múltiples plataformas de gestión de la información para garantizar la disponibilidad y confiabilidad de la data sanitaria; y en lo que respecta al Estado venezolano con el manejo del Sistema Público Nacional de Registro de Salud creado en julio de 2.008 ⁽⁵⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sistema de Información para Salud y Tecnología TIC. Disponible en: <http://www.iaesp.edu.ve>. 2015.
2. García J. Guía La Conectividad y el Sistema de Salud. Dirección de Información y Estadística. MPPS. Caracas. 2015.
3. San Martín M. Sistema de Información de Salud. Directora Hospital Pediátrico Montevideo Uruguay. 2007.
4. Arias F. Año (2012). Investigación Documental o Diseño Documental. 6ta. Edición. 2012.
5. Hernández T. Sistema de Información de Salud en Venezuela. Avances y desafíos. Instituto de Altos Estudios (IAE). Dr. Arnaldo Gabaldon. Maracay.2014.

RESUMEN: La sociedad actual está inmersa en el uso de la tecnología en todos sus ámbitos y el campo de la salud no escapa a esta realidad, como individuos relacionados con dicho campo es necesario conocer en la actualidad con que herramientas tecnológicas se cuenta para garantizar a los usuarios un nivel de atención eficaz y eficiente. Entre este tipo de tecnología se encuentran el software el cuál puede ser de tipo privativo o libre, el presente escrito se centra en el último, en el software libre, en explicar de qué se trata, de las bondades y de sus aplicaciones en el campo de la salud.

Palabras clave: Software, Libre, privativo, salud.

INTRODUCCIÓN

La sociedad actual está inmersa en el uso de la tecnología en todos sus ámbitos y el campo de la salud no escapa a esta realidad, como individuos relacionados con dicho campo es necesario conocer en la actualidad con que herramientas tecnológicas se cuentan para garantizar a los usuarios un nivel de atención eficaz y eficiente. Entre este tipo de tecnología se encuentran el software el cuál puede ser de tipo privativo o libre, el software privativo es aquel que se encuentra registrado por una marca cuyos autores son los únicos autorizados a realizar cualquier modificación o actualización del código del mismo. Cuando se habla de software libre suele confundirse con su gratuidad, en este caso vale la pena aclarar que libre no es sinónimo de gratis.

Se atribuye el desarrollo del software libre específicamente del GNU/LINUX a Richar Stallman que aporó las bases de lo que constituye la filosofía del Software Libre y el sistema GNU y Linus Torvals quien aporó el kernel de Linux dando vida juntos a esta opción que acompañada de una comunidad de desarrolladores a nivel mundial vienen aportando desde los años setenta hasta nuestros días diferentes distribuciones y aplicaciones del mismo diseñadas a la medida y necesidades de los usuarios de todas las latitudes ⁽¹⁾.

En este sentido, el software libre según Stallman implica la libertad de los usuarios para ejecutar, copiar, distribuir, estudiar, cambiar y mejorar el software. De modo más preciso, se refiere a cuatro libertades que tienen los usuarios del software: La de usar el

programa con cualquier propósito (libertad 0), la de estudiar cómo funciona el programa y adaptarlo a sus necesidades (el acceso al código fuente es una condición previa) (libertad 1), la de distribuir copias con lo que puede ayudarse al vecino (libertad 2), y la de mejorar el programa y hacer públicas las mejoras a los demás, de modo que toda la comunidad se beneficie (el acceso al código fuente es un requisito previo) (libertad 3) ⁽¹⁾.

Un programa es software libre si los usuarios tienen todas estas libertades. Así pues, deberían tener la posibilidad de distribuir copias, sea con o sin modificaciones, sin necesidad de pedir o pagar permisos. También deberían poder hacer modificaciones y utilizarlas de manera privada en el trabajo u ocio, sin ni siquiera tener que anunciar que dichas modificaciones fueron realizadas. La autonomía para usar un programa significa la potestad que cualquier persona u organización tiene de emplearlo en cualquier tipo de sistema informático, para cualquier clase de trabajo y sin tener obligación de comunicárselo al desarrollador.

Ahora bien, en el campo sanitario la implementación de sistemas informáticos en los servicios de atención en salud, específicamente en los públicos, representan para el Estado una gran inversión presupuestaria que, sin duda limita el empleo de los mismos, obstáculo que puede fácilmente vencerse con el software libre, pues no habría que cancelar las licencias, de la misma manera se asestaría un duro golpe a la reproducción ilegal y con ella a la piratería de software privativos. En este mismo orden de ideas, conviene destacar la ventaja de adecuación a las necesidades específicas de cada centro de salud que el software libre ofrece, con ello se mejora entre otros aspectos los tiempos de respuestas al usuario del sistema sanitario.

DISERTACIÓN

El profesional de la salud en el siglo XXI debe asumir el reto de incorporar en su el ejercicio profesional las nuevas tecnologías informáticas, como indispensable herramienta de apoyo técnico y como alternativa para mejorar la calidad y eficacia de los servicios públicos de salud, por ser estos accesibles a todos los miembros de la sociedad, en el entendido de la existencia del un marco legal que avala el uso del software libre en Venezuela, por tanto, es tiempo

para aquellos profesionales del sector salud que se encuentran al margen de la tecnología informática libre, se apropien de estos sistemas con el fin último de satisfacer a cabalidad las necesidades en salud de los usuarios de las instituciones sanitarias.

A favor del software libre en la República Bolivariana de Venezuela se han emitido un decreto y dos leyes: el Decreto 3.390 de diciembre de 2.004 que establece que la Administración Pública Nacional debe utilizar prioritariamente el software libre desarrollado con estándares abiertos, en sus sistemas, proyectos y servicios informáticos ⁽²⁾, la Ley de Infogobierno publicada en Gaceta Oficial N° 40.271 del 17 de octubre de 2.013, (que contiene una vacati legis de diez meses, entrando en vigencia a partir del día 17 agosto de 2.014) y en el gobierno del presidente Nicolás Maduro Moros se establece la migración a software libre ⁽³⁾.

En este sentido, tanto los centros de salud pública como las universidades están llamados a hacer uso de sistemas basados en software libre, lo que resalta la importancia de conocerlos y usarlos en los espacios académicos y de actuación profesional. A continuación se describen, como aparte de este reporte, algunas de las distribuciones de software libre disponibles actualmente en el área de la salud:

Debian Med: Esta distribución permite la gestión de historia clínica de pacientes que incluye sistemas de información hospitalaria, manejo del área de biología molecular y genética médica, proyección de imágenes médicas, práctica dental, medicina veterinaria y módulo de farmacia y fisioterapia ⁽⁴⁾.

Salux: Es un sistema operativo de código abierto basado en un kernel de Linux con las herramientas de GNU y desarrollado especialmente para los hospitales ⁽⁵⁾.

GNU Med: Es un proyecto de software de código abierto para el registro médico electrónico en varios idiomas para ayudar y mejorar la atención longitudinal (específicamente en el ámbito ambulatorio) ⁽⁶⁾.

Telemedicina Ipath Telemedicina Sur: Es un proyecto de software de código abierto con el objetivo de desarrollar una plataforma de comunicación multi-propósito para la telemedicina, la enseñanza a distancia y la gestión de los conocimientos médicos ⁽⁷⁾.

Aeskulap: Es un visor de imágenes médicas en formato DICOM (Digital Imaging and Communication in Medicine) es el estándar

reconocido mundialmente para el intercambio de imágenes médicas, pensado para el manejo, almacenamiento, impresión y transmisión de imágenes médicas. Es una alternativa de código libre a los visores DICOM comerciales ⁽⁸⁾.

Care2x: Es un sistema de información hospitalaria basada en la web. Sirve para integrar diversos sistemas de información (dentro del hospital) en un solo sistema. Es un proyecto de código abierto basado en la licencia GPL, es decir, el software y su código fuente están libremente disponibles para todo el mundo. Entre sus módulos cuenta con: Farmacia, laboratorio y módulo de facturación y almacenamiento de ARV.

DHIS 2: Es una plataforma web para la gestión electrónica de sistemas de información de salud que permite la creación de formularios digitales e indicadores, el almacenamiento de datos a nivel nacional, la generación de reportes, visualización mediante gráficas y cálculo de datos agregados. Este sistema también ha sido adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte del conjunto de herramientas de información de salud pública con el objeto de facilitar los informes agregados de las instituciones de salud a diferentes niveles. La OMS y la Universidad de Oslo colaboran para apoyar el diseño integrado del software, que ya está integrado con un Sistema de Información Geográfica (SIG) ⁽⁹⁾.

GNU Health: Este programa permite controlar expedientes médicos digitalizados (historias clínicas, situación del paciente y su familia, entre otros), a la vez de servir como un sistema de estadísticas y gestión hospitalaria (administración del departamento de enfermería, caja, farmacia, prescripciones, ginecología/obstetricia, pediatría, laboratorios, cirugía, consultorios, altas, cuidado y evaluación del paciente, traslados, entre otros), y de base de datos de salud ⁽¹⁰⁾.

Open EMR: Con más de 10 años de existencia es usado en más de 170 países, funciona en más de 5.000 instalaciones y ha sido traducido a casi 20 idiomas, es para muchos el sistema de registros médicos electrónicos mayormente usado en el mundo. Está diseñado para funcionar con un servidor central online al que los hospitales y centros de salud se conectan a través de internet o bien puede instalarse en ordenadores independientes para permitir su aplicación en zonas rurales ⁽¹¹⁾.

GNU PSPP: Es un reemplazo libre para el software propietario SPSS, este permite calcular media aritmética, desviación estándar, errores, varianza, curtosis, rango, valor mínimo, valor máximo, sumatoria, frecuencias, percentiles, cuartiles, Chi cuadrado, T de Student, regresión lineal, gráficos estadísticos de tipo histogramas, gráfico circulares y gráficos de distribución normal entre otras funciones ⁽¹²⁾.

Epidat: Es un proyecto para el análisis estadístico y epidemiológico de datos no lucrativo que se inició a principios de los años 90 en la Dirección General de Salud Pública (actualmente Dirección General de Innovación y Gestión de la Salud Pública) de la Junta de Galicia ⁽¹³⁾.

Existen muchas otras distribuciones y aplicaciones que aquí no se nombran pero que de igual forma están invitados a investigar y apropiarse para asegurar servicios de atención de salud de calidad para todos los ciudadanos venezolanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stallman R. Software libre para una sociedad libre. 1a edición, Editorial Traficantes de Sueños, Madrid. España. 2004.
2. Ministerio del Poder Popular para la comunicación y la información. Ley de Infogobierno. Disponible en: <http://www.conatel.gov.ve/ley-de-infogobierno>. 2013.
3. Decreto N° 3.390 (2004) Publicado en la Gaceta oficial No 38.095 de fecha 28/ 12/2004.
4. Debian Med. Disponible en: URL: <https://www.debian.org/devel/debian-med/>. 1997.
5. Salux. Disponible en: <http://salux.ourproject.org/>. 2004.
6. GNU Med. Disponible en: <http://wiki.gnumed.de/bin/view/Gnumed>. 2015.
7. Telemedicina Ipath Telemedicina Sur. Disponible en: <https://www.xing.com/communities/posts/plataforma-de-telemedicina-i-path-1003145502>. 2007.
8. Aeskulap. Disponible en: <http://aeskulap.nongnu.org/>. 2005.
9. Software Libre también es salud. Disponible en: <http://ondula.org/software-libre-tambien-en-salud/>. 2012.
10. GNU Health. Disponible en: <http://health.gnu.org/>. 2011.
11. Open EMR. Disponible en: <http://www.open-emr.org/>. 2015

12. GNU PSPP. Disponible en: <https://www.gnu.org/software/pspp/>. 2013.
13. Epidat. Disponible en: <http://www.sergas.es/Saude-publica/EPIDAT?idioma=es>. 2013

SALUD PÚBLICA Y DETERMINANTES SOCIALES

Los esfuerzos organizados de la sociedad en procura de mejorar la salud de su población, así como de controlar y erradicar la enfermedad, definen la salud pública, al igual que su carácter multidisciplinario, porque se vale del conocimiento generado en otras ramas como la biología, el comportamiento humano, las ciencias sociales, las ciencias médicas, la demografía, la estadística y la epidemiología, en su afán por identificar y controlar los determinantes de la salud como el estilo de vida, la biología humana, el sistema y servicio sanitario, el medio ambiente y social, en sus funciones de protección, promoción y restauración sanitaria.

Por tanto, las funciones fundamentales de la salud pública, plasmadas en este capítulo con el trabajo investigativo de varios grupos de investigadores, consiste en vigilar el estado de salud de la sociedad, a través, del seguimiento, evaluación y análisis de la situación sanitaria; así como el elegir y desarrollar las políticas de salud y garantizar la prestación de los servicios sanitarios, asegurando la participación ciudadana en el proceso, fortaleciendo la capacidad institucional de regulación y reduciendo el impacto de las emergencias y desastres, en pleno respeto por el género, la diversidad sexual y la cosmovisión indígena.

El estado de bienestar es la meta final de la salud pública, la política apunta hacia garantizar el mayor nivel de vida a todos los ciudadanos, por medio de los planes, programas y proyectos sanitarios en plena consideración de los procesos biológicos que participan en el quebrantamiento de la salud, del comportamiento del individuo y su efecto sobre la salud, de los factores medioambientales que inciden sobre el continuo salud-enfermedad, y finalmente sobre los factores socio-culturales que también concurren sobre el estado de salud. Asimismo se pretende con este escrito ensanchar el horizonte conceptual de la salud pública, apuntalando su construcción inter, trans y multidisciplinaria.

DE LA SALUD PÚBLICA A LA SALUD COLECTIVA: HERRAMIENTAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA NUEVA REALIDAD SOCIAL

Molina Nancy, Molina Nidian

RESUMEN: Se busca caracterizar a la salud pública actual y explicar las herramientas necesarias para transformarla en lo que se conoce como salud colectiva. En este sentido; la investigación es de carácter descriptivo documental. La salud pública se define como una actividad que busca mejorar la salud de la población. El problema fundamental, en esta concepción es, básicamente, epistemológico; ya que, se asume que las ideas de salud, bienestar y población son universales. En este sentido; surge el término salud colectiva; el cual concentra esfuerzos por ver más allá de la salud pública convencional; es una acción profundamente transformadora del quehacer humano comprometido con la vida y el cuidado de la enfermedad de las poblaciones; es un intento por crear un sujeto especialista que mantenga el respeto a las individualidades y apoye la construcción de ciudadanos; es buscar el desarrollo de las ciencias de la salud para, con ellas, potenciar el desarrollo y la salud y la felicidad, de igual forma, la disminución del sufrimiento de los enfermos y el control de las enfermedades controlables; es el empeño por humanizar las instituciones. Sin embargo; a un profesional al que no se le han dado herramientas comunicativas, no va a lograr relacionarse eficazmente con la comunidad; ya que, los sistemas de significación y representación se elaboran culturalmente en sociedades cada vez más discursivas. De igual forma, los contenidos de formación específica deben ser modificados para que el profesional comprenda que trabaja con sujetos y no con objetos y que, como tales, tienen necesidades afectivas y sociales, no solo biológicas. La salud pública es un campo de conocimiento que abarca muchas disciplinas y es, a la vez una práctica social intersectorial; pero que necesita cambiar sus fundamentos, métodos y técnicas para poder contribuir en la construcción de una nueva realidad social.

Palabras clave: Salud pública, salud colectiva, realidad social.

INTRODUCCIÓN

A principios del siglo pasado, las características que definían a la Salud Pública la hacen ver más como enfermología pública; ya que; se basaba en: un presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de referencia para explicar la salud; en el método positivista para explicar los riesgos de enfermarse en la población y en el método estructural-funcionalista para intentar

comprender la realidad social; por último; reconocía el poder del Estado como ente asegurador de la prevención de la enfermedad. A pesar de esto, para las décadas de los sesenta y ochenta del siglo XX, tanto en América Latina como en Europa surgen movimientos que proponen la participación política generadora de democracia, la igualdad y la fraternidad como fuerza transformadora de la salud poblacional; sin embargo, ni la medicina social europea ni el movimiento de medicina social latinoamericano, lograron impactar significativamente, en la salud pública convencional.

En este sentido, se busca caracterizar a la salud pública actual y explicar las herramientas necesarias para transformarla en lo que se conoce como salud colectiva; la investigación es de carácter descriptivo documental.

DISERTACIÓN

La salud pública se entiende como la salud de la población e incluye, tanto las dimensiones individuales como las colectivas, en el marco de las comunidades. Busca el fomento y la conservación de la salud en las poblaciones, a través de la prevención, la curación, la rehabilitación física y social de sus miembros. Ahora bien, en lo que se refiere al bienestar, se plantean diversas dificultades. Una de ellas, operativa, porque, se requiere de actuaciones multisectoriales para llevarlas a cabo, puesto que, en el proceso salud-enfermedad se integran condiciones médicas y sociales.

El centro de estudio de la salud pública es el proceso salud-enfermedad que ocurre en las sociedades humanas y que surge como producto de la interacción del hombre con el medio ambiente, a través de la presencia de constantes factores de riesgos y de comportamiento de estos, el diagnóstico de necesidades específicas de salud en una comunidad y las medidas de control que se lleven a cabo para erradicar las situaciones de riesgo detectadas.

En este sentido, los gobiernos juegan un papel fundamental. Entendiendo la salud pública como filosofía social, como políticas de gobierno o como práctica administrativa, se debe garantizar la producción de bienes y servicios para la salud, dentro de su contexto social, incorporándolos a la economía y desarrollo de un país, dirigidos a la creación de condiciones concretas que aseguren el bienestar de todos. Una atención médica integral, en donde no se debe descartar la

promoción, el fomento, tratamiento oportuno, la recuperación pronta de la salud y la prolongación y expectativas del promedio de vida a partir de los factores sociales y económicos con los cuales esté relacionada.

La salud pública debe valerse, entonces, de diversas disciplinas, como: medicina, sociología, demografía, epidemiología, educación, entre otras, para extenderse, más allá de las responsabilidades de los gobiernos, hacia las dimensiones cuali-cuantitativas de los sistemas de atención, incluso cuando sus propias actuaciones resulten insuficientes, limitadas y determinadas por las intervenciones políticas, propuestas y condiciones del gobierno. El especialista ha de convertirse en un ente transformador de realidades sociales, un ser comprometido con las comunidades y su salud, que sea parte integral del grupo social.

En este orden de ideas, la salud colectiva es un término, relativamente, nuevo que tiene que ver con las prácticas ideológicas, políticas, económicas y técnicas desarrolladas en el ámbito académico, institucional, en las organizaciones civiles, nutridas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma de salud. De esta forma, se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a propuestas innovadoras.

En palabras de Granda ⁽¹⁾, la salud colectiva es un decidido esfuerzo por ver más allá de la salud pública convencional; es una acción profundamente transformadora del quehacer humano comprometido con la vida y el cuidado de la enfermedad de las poblaciones; es un intento por crear un sujeto especialista que mantenga el respeto a las individualidades y apoye la construcción de ciudadanos; es un esfuerzo para la creación de espacios de aprendizaje que contribuyan a la multiplicación de las fuerzas y del compromiso; es buscar el desarrollo de las ciencias de la salud para, con ellas, potenciar el desarrollo y la salud y la felicidad, de igual forma, la disminución del sufrimiento de los enfermos y el control de las enfermedades controlables; es el empeño por humanizar las instituciones. En definitiva, eso que llaman salud colectiva no es más que la solidaridad para generar el mundo que soñamos.

Pese a todo este esfuerzo colectivo por reformular una salud pública que, en realidad, impacte positivamente a las poblaciones, las estructuras convencionales no han logrado ser penetradas por estas nuevas corrientes. De esta forma; la Organización Mundial de la Salud ⁽²⁾, explicó, en el año 1.952, que la salud no es solamente ausencia de

enfermedad, sino que también se refiere al estado de bienestar somático, psicológico y social, tanto del individuo como de la colectividad. Se reconoce que la salud tiene que ver, entonces, con los contextos del ser: biológico, psicológico y social. Por tanto, los servicios clínicos, encargados de lo somático y lo psicológico y; los servicios sociales como: vivienda, consumo, producción y trabajo, son reconocidos en tal definición. En este orden de ideas, la salud pública se definiría como una actividad que busca mejorar la salud de la población.

El problema fundamental, en esta concepción es, básicamente, epistemológico. La OMS ⁽²⁾, asume que las ideas de salud, bienestar y población son universales. Nada más lejos de la realidad. Estas ideas o conceptos son cambiantes, porque responden a momentos históricos determinados. El contexto social y político influyen en el conocimiento científico y, por tanto, en la práctica médica. Igual ocurre con el concepto de población. Este concepto no se refiere solamente al individuo que acude a un centro hospitalario, incluye a aquellos que, aún necesitando atención, no acuden al hospital, y a aquellos que aún estando sanos; son vulnerables a la enfermedad.

Ahora bien, para lograr un especialista comprometido, es necesario que las universidades miren de frente a las comunidades, se integren y nutran de ellas para, en esta medida, adecuar los programas de formación; ya que, la deshumanización, despersonalización, falta de comunicación, manipulación, aunado a la burocratización y la tecnificación han caracterizado la jornada diaria en la praxis médica. Esta cultura económica ha llevado a que las relaciones humanas se basen en intercambios, lo que conlleva a priorizar los valores económicos ⁽³⁾. Estos fenómenos afectan la ética y el humanismo de esta profesión.

Un profesional al que no se le han dado las herramientas comunicativas, no va a lograr relacionarse eficazmente con la comunidad. Los sistemas de significación y representación se elaboran culturalmente en sociedades cada vez más discursivas, en este sentido; la comprensión de la realidad en términos comunicativos se inserta en las ciencias sociales ⁽⁴⁾. Se define al lenguaje, entonces, como un medio para el entendimiento. Así, es de vital importancia que el especialista desarrolle las llamadas macrohabilidades ⁽⁵⁾, que son leer, escuchar, hablar y escribir, a partir de la puesta en práctica de las diversas microhabilidades que cada una posee. Escuchar y hablar son macrohabilidades que el especialista debe desarrollar al máximo para poder ser efectivo en ambas y así garantizar, en gran medida,

una comunicación efectiva con los integrantes de las comunidades.

De igual forma, los contenidos de formación específica deben ser modificados para que el profesional comprenda que trabaja con sujetos y no con objetos y que, como tales, tienen necesidades afectivas y sociales, no solo biológicas. En la medida en que esos cambios se den, los roles actuales de los actores se irán modificando. En la medicina clínica y en la salud pública tradicional, tanto médico como paciente, poseen un rol. El del médico es un rol profesional, su función es cuidar de los enfermos, es un especialista quien, gracias a su conocimiento y entrenamiento se ubica en un nivel superior al de sus semejantes; por tanto, la sociedad espere de él una alta significación estratégica concebida en planificación de enfoques, diseño de políticas y prácticas de salud, entre otras. También posee un rol universalista, ya que, su actuación se rige por principios generales que emergen del saber médico y no de la persona que tiene enfrente (paciente). Tiene un papel funcional específico para tratar con la enfermedad y no con el enfermo, lo cual se desprende de la neutralidad afectiva. Este rol exige no responder a las exigencias emocionales del paciente. Mientras que; el rol del paciente es supeditarse a los dictámenes del médico. Esta situación trae consigo que el paciente sienta que es tratado como un objeto y no como un ser pensante, inteligente y libre ⁽⁶⁾.

Todo esto trae consigo que, en la actualidad la salud pública se encuentre en crisis, caracterizada por la falta de educación y promoción en salud, largas listas de espera, falta de personal y de insumos, personal insatisfecho, sobrecargado de trabajo y mal pagado, desvío de pacientes, conflictos laborales, aparición de grupos que sacan provecho económico de la situación de minusvalía del enfermo, entre otros. La falta de coordinación con otros entes gubernamentales también ha dejado su cuota de deterioro en el ámbito público. Se pueden observar el desempleo, la deserción escolar, aumento de la violencia y la inseguridad, deterioro vial, disminución del poder adquisitivo, degradación de los espacios públicos, contaminación de las aguas y del ambiente en general.

CONCLUSIONES

La salud pública tradicional presenta gran cantidad de limitaciones; sin embargo, algunos de sus métodos, técnicas y conceptos pueden

ayudar a nutrir; usados en forma crítica, una nueva propuesta. Para construir un nuevo pensamiento y práctica acorde a las necesidades reales de la población, es necesario comprender la salud colectiva o salud pública alternativa o medicina social como historia para poder buscar en el ayer y en el hoy sus limitaciones y potencialidades.

Es necesario reconocer que la salud pública es un campo de conocimiento que abarca muchas disciplinas y es, a la vez una práctica social intersectorial; pero que necesita cambiar sus fundamentos, métodos y técnicas para poder contribuir a la sociedad. Para que una comunidad sea saludable, necesita que todos los sectores que conforman el abanico del conocimiento humano, se involucren en el proceso de hacerla sana. Es indispensable entender que no existen soluciones individuales. Las acciones políticas deben emanar de las comunidades, a través de los gremios, sindicatos y asociaciones. La contraloría social es la clave para subsanar la crisis social. Todo esto, claro está, de la mano con el rescate de los valores perdidos en la sociedad, para hacer un cambio en la conciencia de la población, aunado a un cambio de concepción de lo que debe ser la academia en la formación del recurso humano, para poder lograr la construcción de una nueva realidad social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Revista cubana de Salud Pública 2004; 30(002). Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/granda.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Doctor Patient Interaction and Communication. Division of Mental Health, Publicación WHO-MNS-PSF-93. 1993.
3. Sánchez J, Rivera A, Hernández L, Villegas M, Caseres S. La relación médico-paciente y la comunicación debe estar asociados a la ética médica. 2002. En: Calimed, vol 8, N° 1. México.
4. Habermas J. Teoría de la Acción Comunicativa: complementos y estudios previos. España, Cátedra. 2001.
5. Cassany D, Luma M, Sanz G. Enseñar lengua. Barcelona: Graó. 1994.
6. Dörr A. Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. Rev Med Chile 2004; 132(11):1431-1436.

LA SALUD Y EL DEPORTE. UNA SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS DESDE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO. SEDE CARABOBO

Ascanio Andrés

RESUMEN: La presente sistematización de experiencias del servicio comunitario constituye un estudio prospectivo en salud pública para los años 2.015 -2.017. Fue concebido para la incursión del estudiante de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo para incidir la educación y el deporte como determinantes sociales. Para el abordaje de la realidad, se utilizó el fenomenológico- hermenéutico, bajo un paradigma cualitativo. La técnica empleada fue la observación directa, que propició un ambiente dialógico entre las 530 beneficiarias directas y 2.120 indirectas con los 47 prestadores de servicio comunitario. Para explorar los indicadores de salud se empleó la entrevista, y los datos fueron registrados en dos instrumentos: un cuestionario parcialmente estructurado y la ficha patronímica. Como fuente de verificación se utilizaron imágenes fotográficas, registro de participantes y prestadores de servicios, notas de prensa, entrevistas radiales y televisivas. Entre las reflexiones destacan en primer lugar, que el conocimiento producido mediante el aprendizaje-servicio generó una relación dialógica entre los prestadores de servicio, beneficiarios directos e indirectos, docentes tutores y coordinadores, en segundo, fue incrementada la concienciación de 530 futbolistas y 2120 beneficiarios indirectos en promoción de estilos de vida saludable; en tanto que los 47 prestadores de servicios adscritos a este proyecto, incrementaron su experienciación en el deporte mediante la aplicación de los componentes educativo, asistencial y movilidad de conocimiento y, en tercero, para el año 2.016 se aspira un crecimiento poblacional de 50% en las beneficiarias directas y 10% de prestadores de servicio.

Palabras clave: Salud pública, promoción de estilos de vida saludables, deporte.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el fútbol femenino venezolano se encuentra en la cúspide del desempeño de alta competencia al obtener el campeonato de la Conmebol en el año 2.014 y el 4° lugar de la categoría Sub 17 en el Campeonato Mundial de Fútbol Femenino celebrado en Costa Rica.

En virtud de estos acontecimientos, la Federación Venezolana

de Fútbol (FVF), ha venido desarrollando conjuntamente con las Asociaciones de Fútbol Estadales, la exigencia de que todo club que participe a nivel profesional tiene la obligación de generar planes deportivos que permitan la masificación y desarrollo de este género; no obstante, se advierte como cuesta arriba la consolidación de esta acción, debido a la incapacidad mostrada por algunos dirigentes para la captación de practicantes futbolistas del género femenino.

En tal sentido, la Asociación de Fútbol del Estado Carabobo (AFC), en el ánimo de impedir la deserción de jugadoras registradas en el sistema de registro de la FIFA <Comet>, pretende cuidarlas en los eventos deportivos que organiza, procurando en sumo grado, que no sufran ningún tipo de lesión y por consiguiente, evitar el distanciamiento del objetivo federativo, lo que conlleva al planteamiento de la siguiente incógnita eje ¿Se podría promocionar estilos de vida saludables en las futbolistas adscritas a la AFC?

En el intento de propiciar un acercamiento teórico que de respuesta a incógnita eje planteada, se describe que la salud pública y el deporte, han constituido dentro de este proyecto de servicio comunitario, una experiencia enriquecedora desde el punto de vista humanista, educativo, profesional, y económico, donde los protagonistas: comunidades, prestadores de servicios, docentes tutores, coordinadores, Dirección de Extensión y Relaciones Interinstitucionales de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo (FCS-UC), establecieron un dialogo de saberes, estimulando a su vez, cualidades volitivas, emotivas, culturales, vivenciales, convergiendo en un paradigma emergente dentro de una relación bidireccional experienciación-concienciación.

De tal modo que, la sistematización de experiencias con estudiantes del 6º año de la Escuela de Medicina de la FCS-UC en un entorno deportivo, permitió la reconstrucción, análisis, e interpretación de esta inmersión salud-deporte, cuestionando lo ocurrido, gestando una hermenéusis desde y para la práctica.

Ergo, el aporte de los hallazgos derivados de esta reconstrucción, se aspiró lograr la promoción de estilos de vida saludable en las futbolistas adscritas a la AFC, mediante el cumplimiento de tres especificidades: promover la prevención de lesiones, brindar asistencia primaria en salud y divulgar la información epidemiológica oportuna, confiable y pertinente para mejorar la calidad de vida de nuestras atletas.

El lienzo en que se teje esta experiencia, fue propuesto desde un punto de vista planetario y acuñado como uno de los referentes teóricos. La metodología empleada fue el aprendizaje- servicio y, tanto en el análisis, disertación y conclusiones, son referidos a los hallazgos derivados durante el proceso ontogénico de la primera cohorte del año 2.015 y que se estima que concluya en el año 2.017.

Las disquisiciones de esta experiencia social, se inició en el espectro nomotético aludido en el artículo 4 de la Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior ⁽¹⁾, el cual expone que “El Servicio Comunitario es la actividad que deben desarrollar en las comunidades los estudiantes de educación superior que cursen estudios de formación profesional, aplicando

los conocimientos científicos, técnicos, culturales, deportivos y humanísticos adquiridos durante su formación académica, en beneficio de la comunidad, para cooperar con su participación al de los fines del bienestar social, de acuerdo con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela”.

De acuerdo a esta norma regulatoria, se infiere que la coordinación del equipo de proyecto planificó el componente educativo, asistencial y movilidad de conocimiento que desarrollaron los prestadores de servicios comunitarios, sustentado en la propuesta de Morin ⁽²⁾ educar desde la era planetaria postulando que “ La misión de la educación para la era planetaria es fortalecer las condiciones de posibilidad de la emergencia de una sociedad-mundo compuesta por ciudadanos protagonistas, consciente y críticamente comprometidos en la construcción de una civilización planetaria”.

Respecto a este postulado, cabe indicar que guarda estrecha relación con el proyecto, debido a que es, a través de la educación que se producen los cambios personales y sociales, siendo de vital importancia el rol protagónico que cumplen los prestadores de servicios y las beneficiarias directas del proyecto, con participación intersubjetiva y formativa en indicadores de salud seleccionados por Ascanio ⁽³⁾. En el componente asistencial, los prestadores de servicio comunitario, estuvieron atentos como médico de equipo tal como lo recomienda el médico en jefe de la FIFA, Dvorák ⁽⁴⁾ “Si el jugador cae al suelo y el árbitro sospecha que se ha producido una lesión, este tiene la potestad de llamar al cuerpo médico y al médico del equipo para tratar al jugador...”

Fue así como los futuros médicos de la FCS-UC, aplicaron sus conocimientos adquiridos en su etapa de formación académica en las futbolistas adscritas a la AFC y, en concordancia con lo que expone Popovich ⁽⁵⁾ "...el médico interesado en examinar a un paciente traumatizado, por ejemplo necesita saber si el paciente está consciente o no..., si es capaz de relacionarse con el entorno y responder al interrogatorio del clínico, decimos que "esta consciente" y en consecuencia puede egresar del hospital...".

El abordaje de la realidad de estudio fue el fenomenológico-hermenéutico, desde la fenomenología como fundamento epistemológico, bajo un paradigma cualitativo, todo ello desde la técnica de la entrevista coloquial o dialógica. Para ir tras la huella en la promoción de estilos de vida saludable en las futbolistas adscritas a la AFC, se contó con el siguiente equipo de proyecto: cuarenta y siete (47) prestadores de servicio comunitario, dos (2) docentes tutores y dos (2) coordinadores, quienes se adscribieron de manera voluntaria al proyecto, el cual fue aprobado por el Consejo Técnico de la Dirección de Extensión de la FCS-UC, y posteriormente fue remitido al Consejo General de Extensión y Servicios a la Comunidad. Así mismo, la comunidad organizada; es decir, la AFC emitió el consentimiento informado para su implementación desde el 2 de Mayo al 30 de octubre de 2015.

La técnica empleada fue la observación directa o participativa, con la cual se propició un ambiente dialógico entre los integrantes de los grupos focales y prestadores de servicio comunitario, quienes con sincronía, abordaron a los líderes comunales o representantes legales (RL) y a la beneficiarias directas para la realización de entrevistas coloquial, registrándose los datos en dos instrumentos: un Cuestionario parcialmente estructurado y flexibles y la Ficha Patronímica, los cuales fueron preparados con anterioridad para aplicarlas a una muestra de treinta y dos (32) RL y de 530 futbolistas con edades comprendidas entre 13 y 30 años de edad. Se empleó como fuente de verificación (FV) imágenes fotográficas, registro anecdótico, registro de participantes directos y prestadores de servicios, notas de prensa, entrevistas radiales y televisivas.

La metodología empleada fue el Modelo Aprendizaje –Servicio y que la Universidad de Carabobo ⁽⁶⁾ lo refiere como "...servicio solidario y protagónico, desarrollado por los estudiantes, destinados a cubrir necesidades reales de una comunidad, planificado

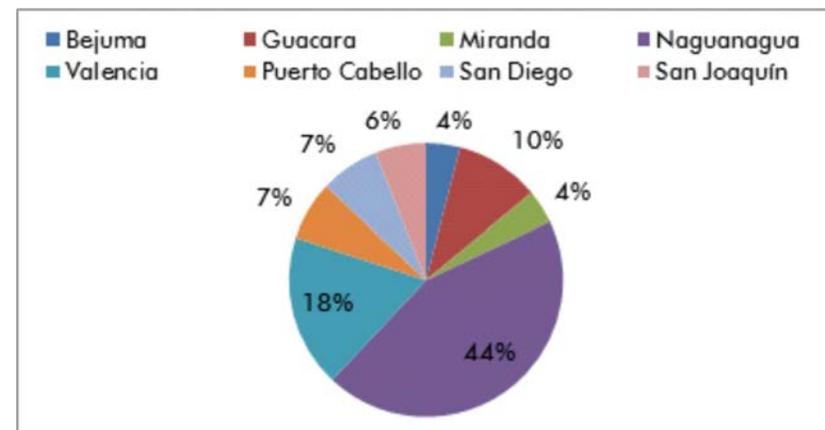
institucionalmente en forma integrada con el currículo, en función del aprendizaje de los estudiantes". Del párrafo anterior se deduce que los prestadores de servicio comunitario fueron corresponsables de la relación dialógica entre el ser y el hacer de la prestación del servicio, mientras se sucedía el proceso ontogénico del proyecto, el cual constó de tres componentes: educativo, asistencial y movilidad de conocimiento.

Durante el desarrollo evolutivo del proyecto promoción de estilos de vida saludable en las futbolistas adscritas a la Asociación de Fútbol del Estado Carabobo, se realizó la sistematización de experiencia descrita por la Universidad de Carabobo ⁽⁷⁾ que "...es entendida como el proceso de reconstrucción y reflexión crítica y autocrítica de la experiencia vivida, mediante el cual los mismos actores de la práctica participan efectivamente con sus opiniones o puntos de vistas en la interpretación crítica de lo sucedido...", derivándose doce artículos científicos del bucle experienciación y concienciación. Entre los resultados que se detallan a continuación, se advierte la sistematización de experiencias realizadas en el presente opúsculo.

Para el año 2015, el número de entidades del Estado Carabobo en el que se implementó el proyecto fueron 8, lo que representa 57,14% de Municipios atendidos, y la distribución porcentual de beneficiarias atendidas se pueden observar en el Gráfico N° 1.

Gráfico N° 1.

Distribución porcentual de los nodos focales por Municipios del Estado Carabobo. Año 2015.



Fuente: Ascanio ⁽⁹⁾.

De modo análogo, se registró que el número de beneficiarias directas por Municipios del estado Carabobo fueron 510 futbolistas para un total de 96%; pero, previo al inicio del proyecto, la Comisión de Fútbol Femenina del Estado Carabobo aprobó la incorporación de 20 futbolistas del Municipio Nirgua del Estado Yaracuy lo que representó 4% (véase los Cuadros 1 y 2).

Cuadro N° 1.

Estados incluidos en el proyecto la salud y deporte. Sistematización de la experiencia.

Estado	N° Beneficiarias Directas
Carabobo	510
Yaracuy	20
Total	530

Fuente: Ascanio (9).

Cuadro N° 2.

Municipios del estado Carabobo incluidos en el proyecto la salud y deporte. Sistematización de la experiencia.

Municipios estado Carabobo	N° Beneficiarias Directas
Bejuma	20
Guacara	22
Miranda	20
Naguanagua	239
Puerto Cabello	40
San Diego	40
San Joaquín	30
Valencia	99
Total	510

Fuente: Ascanio (9).

Para agrupar las beneficiarias directas en grupos etarios se utilizó el Formato para Presentar Proyectos Sociales de la Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad (8). Con una reconstrucción hecha por el autor. Como se puede apreciar en la Cuadro N° 3, en el perfil socio –demográfico, las edades presentan tres picos importantes en el estudio: entre 5 – 12 años 100 personas, entre 21 – 28 años 209 y mayor de 28 años 147, quizás esto se deba a que el instrumento para la población objetivo de la DESCO que es estandarizado para todos los proyectos de servicio comunitarios no se adapta a las edades por categorías que utiliza la AFC.

Cuadro N° 3.

Distribución de beneficiarias directas por edades.

Edades	ni	Ni	Fi	Fi
5 – 12	100	100	18,87%	18,87%
13 – 20	73	173	13,77%	42,64%
21 – 28	209	382	39,43%	72,07%
>28	147	529	27,74%	99,81%
Diversidad Funcional	1	530	0,19%	100%

Fuente: DESCO (s/f), Ascanio (9).

Una epidemiología detectada en las futbolistas de la AFC, fue diversidad funcional visual y que el cuerpo de entrenadores desconocían, de tal modo que el prestador de servicios, recomendó del modelo precede-procede comentado por Ascanio (9) “que la atleta asista a un oftalmólogo, para su evaluación médica especializada, promocionando una alternativa que propende al mejoramiento de la calidad de vida de la paciente”. El proceso ontogénico del estudio, contempló la ejecución de los componentes educativos, asistencial y movilidad de conocimiento, lo que coadyuvó a la promoción de la vida saludable en las futbolistas en el estado Carabobo (véase el Infograma 1).

Infograma N° 1.

Ejecución de Componentes.

Componente	Detalles	Observaciones
Educativo	Se diseñaron y comentaron 1800 trípticos divididos en los siguientes temas: prevención de enfermedades, nutrición, el descanso y el sueño en las futbolistas y las implicaciones de las sustancias tóxicas para el organismo.	Las beneficiarias directas y sus familiares se mostraron su complacencia e interés por el abordaje de estos temas tan interesantes y como un medio que fomenta hábitos de vida saludable. Sugieren la organización de una jornada cuando no se estén realizando juegos y puedan asistir todas las jugadoras y sus representantes.

(Continúa Infograma N° 1)

(Continuación Infograma N° 1)

Componente	Detalles	Observaciones
Asistencial	Los prestadores de servicio fueron distribuidos en los 32 grupos focales, para la atención primaria en salud para el futbolista antes, durante y después de sesiones de entrenamiento y/o competencias, como un indicador de prevención de enfermedades.	El fútbol es considerado un deporte de contacto físico violento y las futbolistas no escapan de esta particularidad. De tal modo que fueron atendidas en el terreno de juegos aquellos que presentaron traumatismo, escoriaciones, edemas, esguinces. Los RL, manifestaron su complacencia por la prestación del servicio en salud y comenzaron a "llevar su maletín de primeros auxilios".
Movilidad del Conocimiento	Difundir los hallazgos derivados del registro y sistematización de fenomenologías epidemiológicas en las futbolistas del Estado Carabobo.	En el 1° Congreso Internacional en Salud "Hacia una universidad saludable, se presentó un avance del estudio del año 2015. Se registró la información epidemiológica de las futbolistas adscritas a la Asociación de Fútbol del Estado Carabobo y, posteriormente fueron presentadas mediante 12 estudios sobre la salud y el fútbol. En los actuales momentos se encuentran en la revisión de los pares, para posteriormente ser publicadas en la edición N° 3, año 2 de la Revista Atrio. Plataforma de realidades literarias en el deporte, en el mes de diciembre de este año. Se difunden los hallazgos derivados del estudio en la XXI Jornada de Salud Pública "Retos de salud pública en tiempos complejos" en noviembre del 2015.

Fuente: Equipo del Proyecto, Ascanio (9).

ANÁLISIS – DISERTACIÓN

En la salud y el deporte. Una sistematización de experiencias desde la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Sede Carabobo, se basó en una postura filosófica emergente, puesto que, en materia de salud pública y deporte, son escasos los referentes teóricos que posibiliten la participación intertextual y fortalezcan la ruta cognitiva inherente.

No obstante, la Universidad de Carabobo, se erige en la vanguardia de generación de conocimiento en la trilogía salud pública - prevención de enfermedades – deporte. Cuenta con el macro proyecto El Servicio Comunitario desde la Gerencia Deportiva Universitaria presentado por Ascanio (10), siendo su objetivo "Adecuado uso del tiempo libre de los niños, niñas y adolescentes de las comunidades aledañas al Campus Bárbula". De él se han derivado dos proyectos de la Escuela de Bioanálisis de la Facultad de Ciencias de la Salud: Descarte metabólico en la comunidad deportiva, Campus Bárbula. Ejecutado durante los años 2.013-2.014; y el de Prevención primaria de las infecciones urinarias en las disciplinas: Natación y Waterpolo de la Comunidad Deportiva. Universidad de Carabobo, Campus Bárbula. Ejecutado durante el año 2.014, lo que coadyuva a la generación de una epistemología dúctil, abarcativa, producto de la ejercitación de la experienciación y la concienciación tanto de los equipos de proyectos, como en la investigación, y que a propósito genera un plan de acción para las soluciones perentorias de problemas prácticos y de generación de conocimientos científicos para llenar el vacío cognitivo ya comentado, tal como alude Pérez (11) "llegamos al planteamiento de una filosofía de la participación, que asume una ética liberadora como fundamento", al respecto, Díaz (12) agrega "es de capital importancia sentir la necesidad de ir construyendo colectivamente la <filosofía> que dará consistencia al encuentro de los universitarios con el país real".

De igual modo, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo cuenta con el Proyecto Atención integral en salud para las comunidades del área de influencia de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo (13), cuyo objetivo es "mejorar la salud de los individuos de las comunidades". De este macro proyecto se deriva el presente estudio, cuya sistematización

de las experiencias de este primer año podría orientar las acciones del año 2.016 e incluso las del 2.017.

CONCLUSIONES

Entre las ideas perentorias del estudio, se encuentran que fue incrementada la experienciación y concienciación tanto de las 530 futbolistas en la promoción de estilos de vida saludable, como los 2.120 beneficiarios indirectos y los 47 prestadores de servicios adscritos a este proyecto. Como acervo cultural, se observa que el Estado invierte gran cantidad de dinero en programas de salud curativa, obviando la prevención como un medio que garantizaría en corto y mediano plazo un mayor número de personas beneficiadas. En este caso en particular, el deporte sería un medio potenciador de promoción de vida saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 38.272, Septiembre 14, 2005.
2. Morin E, Ciurana E, Motta R. Educar en la era planetaria. Barcelona: Gedisa Editorial: 2003.
3. Ascanio A. Informe del Proyecto Promoción de estilos de vida saludable en las futbolistas adscritas a la Asociación de Fútbol del Estado Carabobo: Dirección de Extensión y Relaciones Interinstitucionales de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. 2015.
4. Dvorák J. Todos debemos respetar la decisión del médico de equipo. Disponible en: es.fifa.com/development/medica/index.htm/. 2015.
5. Popovich V. Breve revisión de una muy vieja Anatomía del pensamiento. Mérida Venezuela: Editado por el Consejo de Publicaciones de la Universidad de los Andes. 2002.
6. Universidad de Carabobo. Reglamento del servicio comunitario del estudiante de la Universidad de Carabobo. CU-367, sesión ordinaria 7-12-2005 y publicada en Gaceta Extraordinaria de fecha 03-04- 2006. 2009
7. Universidad de Carabobo. Sistematización de Experiencias

del Servicio Comunitario. Valencia: Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad. N° 4 año IV. 2009.

8. Universidad de Carabobo. Formato para presentar proyectos sociales. Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad. (s/f).
9. Ascanio A, Aude D, Britapaz L, Rojas C, Aguilar Y. Promoción de estilos de vida saludable en las futbolistas del Estado Carabobo. 1er Congreso Internacional en Promoción de la Salud. Hacia una Universidad Saludable; 2015 Jul 15 – 17; Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Educación; 2015.
10. Ascanio A, Aguilar Y. El Servicio Comunitario desde la Gerencia Deportiva Universitaria. Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad. Código MSC-DEP-3-2011-01-01. Reunión Ordinaria Nro 3. 7. 2011.
11. Pérez J. Fundamentación Filosófica para el Trabajo Comunitario. II Jornadas de Servicio Comunitario de la Universidad de Carabobo; 2009 Mar/ N° 3 Año IV; Universidad de Carabobo. Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad 2009.
12. Díaz J. La Construcción de una Filosofía del Servicio Comunitario. II Jornadas de Servicio Comunitario de la Universidad de Carabobo; 2009 Mar/ N° 3 Año IV; Universidad de Carabobo. Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad 2009.
13. Universidad de Carabobo. Atención integral en salud para las comunidades del área de influencia de la Facultad de Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud. 2013.

VISIÓN INTEGRADORA DE SALUD INTERCULTURAL PARA GRUPOS INDÍGENAS EN POBLACIONES URBANAS. CASO ESTADO CARABOBO

Vega María

RESUMEN: Se busca caracterizar a la salud pública actual y explicar las herramientas interculturalidad en salud es la apertura a conocer y comprender la cultura así como la cosmovisión de la población que se atiende en los servicios médicos. Desde este proceso de deconstrucción se quiere transformar los modelos hegemónicos médicos que han deslegitimado el modelo ancestral de los pueblos indígenas y afrodescendientes, creando desde la ciencia relaciones simétricas entre las cosmovisiones de los pueblos y los saberes occidentales. Esta disertación pretende ser un preámbulo en el estudio de los conocimientos interculturales en salud presentes en las comunidades indígenas del estado Carabobo, las comunidades universitarias y docentes en general, para el diseño e implementación de los programas de salud y la aplicación de contenidos relacionados con las políticas de salud intercultural del estado. Mediante una revisión bibliográfica descriptiva.

Palabras clave: Interculturalidad, cosmovisión, salud, programas.

INTRODUCCIÓN

“Los programas de salud no son realistas, pues no conocen nuestra costumbre y nunca tienen en cuenta la medicina de las yerbas. Un programa muy bien pensado que no lo lleva a efecto el personal preparado es inútil. Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros. Si nos enfermamos, somos de segunda categoría”
“Declaración Tzotzil de la Salud”

La atención de los servicios públicos de salud es criticada constantemente por los usuarios, por las actitudes de indiferencia, deshumanización, despersonalización y discriminación por parte de personal médico y de enfermería. Además es común el maltrato ante las creencias y prácticas que manifiestan sobre la salud y la enfermedad. Esta opinión no sólo es expresada por los grupos indígenas, sino por ancianos, personas con orientaciones sexuales diferentes, pacientes con VIH-SIDA y con enfermedades mentales. Esto influye en muchas ocasiones al desapego a las indicaciones médicas, el abandono de los tratamientos e incluso a la confrontación cultural.

Desde la visión de la interculturalidad en Salud, se plantea una nueva perspectiva epistémica desde el Otro, en el que se generan concepciones y modelos de vida distintos. Desde este proceso de deconstrucción se quiere transformar los modelos hegemónicos médicos que han deslegitimado el modelo ancestral de los pueblos indígenas y afrodescendientes, creando desde la ciencia relaciones simétricas entre las cosmovisiones de los pueblos y los saberes occidentales. Al respecto Walsh ⁽¹⁾ expresa que la interculturalidad debe dirigirse hacia la construcción de nuevos modos de pensamientos, de subjetividades, de relaciones de poder, incorporando así los que tradicionalmente han sido excluidos de las estructuras. Por esta razón, la autora propone la necesidad de interculturalizar, en la que coexistan modos otros de pensar, aprender y enseñar entretejidos.

Esta disertación pretende ser un preámbulo en el estudio de los conocimientos interculturales en salud presentes en las comunidades indígenas del estado Carabobo, las comunidades universitarias y docentes en general, para el diseño e implementación de los programas de salud y la aplicación de contenidos relacionados con las políticas de salud intercultural del Estado. Desde los grupos indígenas de la región se quiere generar un diálogo horizontal que conlleve a un proceso de integración curricular como eje transversal del sistema educativo universitario y la organización de planes en conjunto viables entre la comunidad, los organismos de estado responsable y la Facultad de Ciencias de la Salud.

DISERTACIÓN

Los cambios políticos y sociales ocurridos en los países latinoamericanos en los últimos años, han generado formas de relación entre el Estado y la sociedad civil que promueven la participación de los grupos más vulnerables, anteriormente excluidos de lo público; situación que ha permitido un mayor ejercicio de los derechos políticos, económicos, sociales y culturales, así como mayor igualdad en el acceso a la salud y creación de programas destinados para ello.

Dentro de estos grupos vulnerados están los pueblos aborígenes de Venezuela, quienes históricamente han sido excluidos de los beneficios y legítimos derechos que ha gozado el resto de la población.

Por esta razón, se hace de vital importancia entonces, el estudio y conocimiento de los pueblos aborígenes de Venezuela, por medio de la reconstrucción de nuestras identidades y el replanteamiento del proceso intercultural establecido en el artículo 100 de la Constitución Bolivariana de Venezuela ⁽²⁾, en el que se define a Venezuela como un país multiétnico y pluricultural, y asume la Interculturalidad sobre las bases de la igualdad de los pueblos y culturas.

Partiendo desde la interculturalidad, el estado venezolano en el artículo 122, establece que los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas, es el Estado quien reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos. Por lo que le corresponde al Estado incorporar la perspectiva intercultural en los servicios y programas de salud, en los espacios donde estos grupos se encuentren, ya sea por procesos migratorios forzados o voluntarios.

Ahora bien, los pueblos indígenas tienen características no sólo en lo cultural y lingüístico, sino también tienen patrones y problemas de salud específicos, que requieren de una adaptación de los programas de monitoreo y control ajustados a sus realidades ⁽³⁾. Es necesario, conocer la concepción distinta de la salud de las diversas poblaciones indígenas, y saber que la comprensión de la enfermedad no se basa únicamente en patologías o aspectos biológicos que denoten algún desequilibrio, sino que considera otros factores de orden social, ambiental y espiritual que también inciden en el padecimiento ⁽⁴⁾.

Es precisamente, a través de los programas de salud intercultural en donde se conoce la cultura del paciente, para así asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención de salud, porque suele tratarse al paciente desde la óptica, de nuestra cultura, mostrando así sólo una forma de percibir el mundo. En el caso de Venezuela, país multicultural y pluriétnico, es necesario crear políticas educativas, y políticas públicas destinadas a la enseñanza de la diversidad cultural, particularmente étnica y racial en los programas educacionales de todos los proveedores de salud.

En el caso de esta disertación, nos vamos a referir al Campamento Bolivariano de Parque Valencia, en el que se encuentran diversas familias, wayúu, yukpas, panares y waraos. Estos grupos indígenas migraron hacia el estado Carabobo en condiciones de miseria e

invadieron zonas consideradas de alta peligrosidad, especialmente por encontrarse un aeropuerto cerca. Esta comunidad presenta condiciones de infraestructura en deplorables condiciones, se encuentra rodeada de canales con agua contaminada, en situaciones de salud desfavorables, según estudios realizados, muchos de los pobladores presentan desnutrición, infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas agudas, cólera, y casos de ITS.

Ahora bien, este caso del campamento indígena no está en Amazonas, ni en otros estados mayormente habitados por ellos, sino que se encuentran en nuestro Estado. Algunos estarán insertos dentro del sistema educativo, otros tienen oficios en la elaboración de artesanías u objetos típicos, pero el punto fundamental es que muchos pueden asistir a los centros de salud pertenecientes a la red de salud del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MMPPS), y sucede en muchos casos que se crea una barrera entre los proveedores de salud el paciente en este caso, al no comprender la cultura, la lengua, incluso las cosmovisiones que éstos tienen con respecto a la enfermedad y la salud.

Por esta razón, desde esta investigación se plantea la necesidad que la educación universitaria incluya la salud integral dentro de los procesos de enseñanza/aprendizaje, modalidades de enseñanza/aprendizaje, y formas de relación entre las instituciones y experiencias educativas, y en otros casos, a sus diferentes contextos sociales ⁽⁵⁾ Es imprescindible otorgarle la importancia que tienen los asuntos de inclusión para reparar los daños que no sólo la exclusión hace a los sectores sociales vulnerables, sino también para reparar lo que causa a las sociedades nacionales, convirtiéndolas en sociedades que no aprovechan todas sus potencialidades, sino que además resultan éticamente cuestionables y políticamente inestables.

CONSIDERACIONES FINALES

La interculturalidad en salud es la apertura a conocer y comprender la cultura así como la cosmovisión de la población que se atiende en los servicios médicos. Desde este principio se actúa con absoluto respeto para mejorar el impacto clínico y educativo, pues la medicina convencional y la tradicional, conviven en un mismo espacio ⁽⁶⁾. Por esta razón, es fundamental el desarrollo de procesos en la que los

pueblos originarios y los sistemas médicos oficiales se relacionen de manera horizontal.

Desde esta investigación, se plantea la necesidad de conformar un comité de salud intercultural que sean el nexo de conexión desde el equipo de salud y las comunidades indígenas, y así realizar la capacitación y la sensibilización dentro de las comunidades, las redes sociales, y en los espacios educativos en todos los niveles. Este enfoque de salud intercultural asegurará la mejora en las competencias técnicas y humanas, además en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en el combate a la exclusión, en la atención y la equidad en salud a los distintos grupos étnicos.

Otro aspecto necesario para la visibilización de la salud intercultural, es la integración curricular para el desarrollo de competencias interculturales en las universidades, esto supone la programación de asignaturas en las que se desarrollan estas competencias con un fundamento epistemológico, fundamentalmente intercultural y unas aplicaciones prácticas aplicadas a los diversos contextos y escenarios posibles ⁽⁷⁾. En esta formación es fundamental generar la interrelación academia-comunidad y se establezca un bucle de retroalimentación sobre los grupos y sus formas de vidas, y el contacto, la retroalimentación basada en la evidencia, son aportes significativos para este punto en particular.

Para lograr estos cambios, inicialmente se deben incorporar unos objetivos específicos, contenidos, actividades y recursos dedicados al trabajo y la relación intercultural en el programa de una asignatura. Por ejemplo, en una asignatura sobre los sistemas de salud, además de presentar el sistema de salud de nuestra cultura occidental, también se deberían presentar contenidos y actividades formativas relacionadas con los sistemas de salud de otras culturas, como la asiática, la africana, la indígena, entre otras.

Para generar la relación intercultural en la educación en salud, es importante la actitud de escucha que demuestre interés por los conocimientos y opiniones del otro, la relación ya no es vertical, sino horizontal y dialógica ⁽⁷⁾. Desde este proceder no sólo orienta a las personas, sino también a los procesos sociales en la construcción de relaciones equitativas y respetuosas entre los miembros de diferentes culturas. La interculturalidad, como principio normativo, abre la puerta del enriquecimiento cultural para poder resolver los grandes problemas que nos aquejan como humanidad, empezando con

los problemas cotidianos de los que prestamos servicios, ya sea de salud, de educación o cualquier otro.

Es de vital importancia entonces, que la interculturalidad sea insertada en los pensum de estudio de desde las escuelas hasta las universidades para que se asiente definitivamente en el ámbito de la salud, este proceso debe ser asumido por todas las regiones del territorio nacional y que se generen un proceso de discusión que nos lleve a la acción para de esta manera brindar los servicios y programas de salud en igualdad de condiciones, tanto a los usuarios indígenas como a los no indígenas, respetándose sus particularidades culturales, usos y costumbres.

Considerando, que la salud intercultural modelará la práctica futura de los profesionales de la salud, no por decisión de los propios sistemas de salud, sino porque en una sociedad globalizada, las diferencias culturales como signos de identidad de los individuos y de diversas colectividades adquieren una preeminencia que está modificando la estructura misma de las relaciones sociales. Por esta razón, los profesionales de salud, se enfrentan a una nueva frontera para su desarrollo: la interculturalidad, para la cual se debe tener una mirada que abarque desde la formación de los recursos humanos hasta la formación de políticas públicas de salud intercultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walsh C. Interculturalidad conocimientos y decolonialidad. Signo y pensamiento 2005; 46 (24):39-50.
2. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 36.860, Diciembre 30. 1999.
3. Almaguer J, Vargas V, García H. Interculturalidad en Salud. Experiencias aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México, D.F: Biblioteca Mexicana del Conocimiento, 2014.
4. Espejo O. Reflexión sobre la salud intercultural en Venezuela en la construcción del sistema público nacional de salud venezolano y el papel del gerente en la salud. Artículo, Instituto de Altos Estudios de Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldón" postgrado regionalizado especializado en Gestión en Salud Pública, Barquisimeto, Venezuela, 2009.

5. De Santos F. Desarrollo de la competencia intercultural en alumnado universitario: una propuesta formativa para la gestión de empresas multiculturales. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/TDX/0118105/13575>. 2004.
6. Aneas A. Competencia intercultural: concepto, efectos e implicaciones en el ejercicio de la ciudadanía. Revista Iberoamericana de Educación (OEI) 1005; 25(35). Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/920Aneas.PDF>
7. Salaverry, O. Interculturalidad en salud. La nueva frontera de la medicina. Rev Per Med Exp Salud Pública 2010; 27(1):6-7.

RESUMEN: El estudio de la evolución de la política sanitaria es crucial para entender la influencia que sobre la salud colectiva ha tenido la misma, con miras al desarrollo de un sistema integral de salud con base en la atención primaria de la salud, la de menor inversión económica y por tanto, sostenible en el tiempo. Se trata de un estudio documental, por supuesto retrospectivo. Este artículo resume los eventos, que a juicio propio, marcan el devenir del sistema sanitario venezolano en su lucha por ofrecer calidad de vida a la colectividad a la cual se debe el Estado.

Palabras clave: Salud pública, transición, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud, entre ellos el venezolano, deben mejorar la calidad de vida, lograr el bienestar, de los ciudadanos, adaptándose para ello a las siempre nuevas condiciones socio-ambientales que actúan como determinantes, una muestra de este esfuerzo lo constituyen las distintas estructuras, planes y proyectos sanitarios por los que ha atravesado Venezuela en su histórica lucha por la promoción de la salud.

Eventos, los considerados importantes por quien escribe este artículo, que se mostraran a continuación, con el fin único de proporcionar de forma concisa el contexto histórico, a partir del cual se generen opiniones y propuesta en pro de la salud colectiva, sin mezquindades, con base en el respeto a la persona y el desarrollo del país.

MARCO HISTÓRICO

En lo que respecta al devenir de la salud pública en Venezuela se señala que en 1911 el Ejecutivo Nacional crea la Oficina de Sanidad Nacional, dependiente del Ministerio de Relaciones Interiores; en 1912 se promulga la primera Ley de Sanidad Nacional, haciendo énfasis en el saneamiento ambiental y el control de endemias rurales como: paludismo, fiebre amarilla y tuberculosis, con un enfoque netamente curativista. Se sabe además que para 1926 la expectativa de vida era de 34 años y la población venezolana era de 3.026.878 habitantes ⁽¹⁻⁷⁾.

Corresponde a la década de los 30 la creación del Ministerio de Salubridad y Agricultura y Cría, con dos direcciones: Salubridad Pública y Agricultura y Cría (1930); el proceso de racionalización de la Salud en Venezuela; la división por decreto del Ministerio de Salubridad y Agricultura y Cría en dos: El de Agricultura y Cría (M.A.C) y el de Sanidad y Asistencia Social (M.S.A.S) (1936); y la creación de las Unidades Sanitarias para desarrollar la Red Nacional de servicios curativos y preventivos, los curativos se desarrollaban en los hospitales y los preventivos en las unidades sanitarias, también comienza a elaborarse los Planes de la Nación (1938) ⁽¹⁻⁷⁾.

Para 1961, la campaña antimalárica dirigida por Arnoldo Gabaldón, y el Programa de Vivienda Rural en la lucha contra la enfermedad de Chagas y la Bilharzia concentraron los esfuerzos operativos y de investigación en Venezuela. Al mismo tiempo, el Dr. José Ignacio Baldó disminuye considerablemente la tuberculosis en toda la geografía venezolana. El éxito de la campaña fue tan importante que el IX Informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicado en 1961, presenta datos de los que se desprende que el área de malaria erradicada en Venezuela era del 70% del territorio, lo que representa más del triple del área de malaria erradicada en el resto de los países de América Latina ⁽¹⁻⁷⁾.

Vive, entonces la salud pública un movimiento de expansión en su cometido, campo de acción y sus expectativas, pues no solo se limita al control de Epidemias, ahora es un área prioritaria en todas las sociedades debido a diversos factores como el reconocimiento de la salud como derecho fundamental, la jerarquización de la equidad, el avasallante adelanto tecnológico, la importancia de los determinantes de la salud, la globalización y los costos crecientes de la atención. A tal punto que la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expreso la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo ⁽¹⁻⁷⁾.

En la actualidad surge la Misión Barrio Adentro, como concreción de la atención primaria como prioridad de la política de salud del Estado venezolano, en respuesta a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida. Este programa socio-sanitario tienen entre sus fundamentos: la salud como derecho social, la calidad

de vida, la promoción de la salud, la participación ciudadana, la controlaría social, el desarrollo social, la equidad en la salud y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Véase que el Estado venezolano, ha realizado esfuerzos y de seguro continuara en ello (unos con mayor atino que otros), para salvaguardar la salud colectiva, esperemos sobre la base de la atención primaria de la salud, la herramienta indispensable en la lucha contra la enfermedad, por ser económicamente sostenible en el tiempo por los diferentes gobiernos ⁽¹⁻⁷⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

El objetivo, una población saludable, debe sustentarse en el impulso de la atención primaria de salud, que en Venezuela, se ve favorecida por los intentos organizacionales en que incurre el Estado venezolano, a través de sus órganos competentes de la administración sanitaria para adecuar los métodos y tecnologías para el cuidado de la salud, con el fin de ponerlas al alcance de individuos y familia de la comunidad, con base, actualmente, en la plena participación comunitaria.

La clave es la garantía del acceso de toda la población a los servicios de salud esencial, desde la perspectiva bio-psico-social, en plena articulación de acciones preventiva, de promoción, curativa y de rehabilitación, por supuesto, con mayor énfasis en las dos primeras. La atención siempre debe ser continua y permanente a lo largo de toda la vida y en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve el individuo, claro está con base en el conocimiento de los problemas de la población, de los factores de riesgo y de las necesidades reales de la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Archila R. Historia de la Sanidad en Venezuela. Imprenta Nacional. Caracas, 1956.
2. Avilán J. Ochenta Años de Sanidad en Venezuela: indicadores de salud y bienestar. En: Memorias VII Congreso Salud Pública. MSAS. Caracas, 1986.
3. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Venezuela. 1991. MSAS. Caracas.

4. Chen L, Macfarlane S, Jones DA. Health transition: from research to policy? World Health Stat Q 1998; 53(2-4):137-144.
5. Gómez R. La transición en epidemiología y salud pública: ¿Explicación o condena? Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001; 19(2): 57-74.
6. Francisco J. Origen y evolución de la Salud Pública en Venezuela. Edición aniversario OPS Venezuela. Edit Litho Henrog. Caracas, 2003.
7. López B. Salud pública: Dr. José Ignacio Baldó. Revista de la Sociedad Venezolana de la Historia de la Medicina 2008; 57(1-2). Disponible en: <http://revista.svhm.org.ve/ediciones/2008/1-2/art-4/>

Nutrición y Salud

Entre los principales pilares de la salud destaca la nutrición en relación con las necesidades dietéticas del organismo por su influencia directa sobre la vulnerabilidad a enfermar debido al importante papel que esta juega sobre todas las células del organismo, en este sentido puede enfermarse por ingesta insuficiente (por ejemplo: anemia, desnutrición, osteoporosis y bocio endémico) o excesiva de energía o nutrientes (por ejemplo: obesidad, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares e incluso algunos tipos de cáncer).

A partir de la segunda década del presente siglo XXI es común en América Latina y por supuesto en Venezuela, el continuo incremento de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación influenciada ésta en la mayoría de los casos a cambios en el estilo de vida de la población, al proceso de urbanización y a los ingresos mensuales de la familia, aspectos que justifican los estudios del estado nutricional y de los factores socio-culturales que inciden sobre la forma de comer, así como los programas estatales de vigilancia del estado nutricional de la población y la entrega de alimentos a los grupos de mayor riesgo o más necesitados.

RESUMEN: La sociedad actual está inmersa en el uso de la tecnología en toda población la alimentación es la principal necesidad para la subsistencia. Ella representa uno de los indicadores fundamentales para el desarrollo de una Nación. En Venezuela se ha presentado un deterioro progresivo del poder adquisitivo de sus habitantes, ocasionado fundamentalmente por una elevada inflación que se refleja en el incremento del costo de la vida, bienes, servicios, pero sobre todo en los alimentos. La caída de la producción agrícola, pecuaria e industrial también ha impactado negativamente en la calidad de vida de los venezolanos, trayendo como consecuencia la escasez y el desabastecimiento de los productos de mayor consumo en la población, tales como la harina de maíz precocida, granos, pasta, arroz y leche entre otros. Las consecuencias son incremento de la desnutrición, trastornos en el crecimiento y desarrollo de los niños, así como la descompensación en personas con enfermedades tales como la diabetes e hipertensión arterial. Finalmente la situación económica así como la nutricional se verán afectadas gravemente para el año 2.016. Previéndose una inflación mayor al 750%, con más pobreza y deterioro de la calidad de vida del Venezolano.

Palabras clave: Nutrición, calidad de vida, crisis.

DESARROLLO

Venezuela atraviesa uno de los peores momentos de su historia contemporánea, donde se ha vulnerado los principales derechos de los ciudadanos contemplados en la Constitución Nacional "La alimentación y la salud". El deterioro de la salud del pueblo venezolano es más que evidente, la baja disponibilidad de alimentos esenciales para el consumo de los habitantes así como el incremento desmesurado de su costo, ha condicionado una disminución crítica en el consumo de los principales nutrientes ⁽¹⁻³⁾.

Los últimos datos revelan que 87% de los venezolanos no puede alimentarse en cantidad y calidad suficiente, debido a que su ingreso económico y poder adquisitivo no se lo permite. Siendo más grave aún el hecho de que 25 % de las personas sólo tienen posibilidad de comer una vez al día, incluso sin contar con alimentos de origen proteico. Pronosticándose una creciente tasa de desnutrición, que pudiera alcanzar hasta 50% en la población infantil. El costo de la canasta alimentaria fue de 8.500 Bs para diciembre del año

2.013 y está cercano a los 90 mil bolívares para noviembre del año 2015. Lo cual denota un aumento mayor al 1.000%, reflejando una desmesurada inflación que ha llevado a la pobreza a una gran parte de la población, incluida el sector universitario ⁽¹⁻³⁾.

Con estos datos la Pobreza afecta cerca de un 85 % de los venezolanos, ya que, sus ingresos no cubren los costos de la alimentación, requiriendo de al menos 12 salarios mínimos o 5,5 integrales (sueldo + bono de alimentación) para satisfacer los requerimientos nutricionales de una familia de 5 personas (3,4). Según investigaciones de la Fundación Bengoa el consumo de energía por día es menor a 1.700 calorías, lo cual significa una ingesta de alimentos en insuficiencia crítica ^(5, 6).

El consumo de proteína animal (carne, pollo, quesos, huevos) se redujo a 20 % de lo consumido por cada habitante durante año 2.015. El Desabastecimiento de la leche y el azúcar es mayor a 90 %. En otros grupos de alimentos (arroz, pasta, harina de maíz precocida) alcanza hasta 80%. Tres puntos menos de cociente intelectual tienen los niños con deficiencia de hierro, mineral que se ingiere principalmente, a través de la harina de maíz.

Consecuencias a corto plazo (estimación):

1. Incremento de la desnutrición Infantil (< 5 año) hasta un 10%.
2. Desnutrición en la edad escolar (5 a 14 años) cerca del 30%.

Consecuencias a mediano plazo:

1. Incremento de la anemia, obesidad, diabetes mellitus y enfermedad hipertensiva.

Consecuencias a largo plazo:

1. Trastornos en el crecimiento y desarrollo de la población infantil.
2. Trastornos de la atención y el rendimiento escolar por la anemia.
3. Incremento de la Enfermedad Cardiovascular.
4. Osteoporosis en la población adulta.

Adicionalmente Encuesta sobre condiciones de vida en Venezuela 2.015 ha reportado lo siguiente ⁽⁶⁾:

- Los hogares en situación de pobreza aumentaron 53% en un año.
- La pobreza extrema se duplicó.
- Todos los pobres No Extremos del 2.014 pasaron a ser pobres

extremos.

- La mitad de los No Pobres de 2.014 pasaron a ser Pobres en 2.015.

El 2.014 y 2.015 han sido los dos peores años de contracción de ingresos que ha tenido el país en toda su historia socioeconómica. Esto explica por qué se ha batido todos records de pobreza de ingreso. Hoy 73% de los Hogares y 76% de los venezolanos están en pobreza de ingresos. La contracción ha sido tan severa que por primera vez el porcentaje de hogares en pobreza extrema de ingresos supera a los hogares en pobreza no extrema. Esto se explica porque las políticas de salario mínimo (único mecanismo del lado de las remuneraciones) sólo alcanzan a los trabajadores del sector formal, quedando fuera del alcance de estas políticas los más pobres.

Se trata de una crisis de ingreso, pero que por la ausencia de políticas sociales para enfrentarla, ya comienza a ser una crisis de empobrecimiento estructural. El 2.016 no será un año de recuperación económica. Sin una política de protección, la pobreza estructural en Venezuela seguirá creciendo el próximo año.

Cobertura de las Misiones Sociales

El aumento de la cobertura de las Misiones se concentra en las acciones de abastecimiento y controles de precio del Estado. La mitad de los hogares en pobreza de ingreso dicen comprar en las distintas modalidades de la Misión Alimentación. Esto es un síntoma de la crisis de ingresos. Sin abastecimiento subsidiado no se come en Venezuela, cualquier transición de política económica tendrá que tener esto muy presente. Las Misiones estructurales, aquellas que pudieran actuar sobre las causas de la pobreza (básicamente las educativas) no han producido impactos favorables, porque la política social se concentra en la entrega de bienes de alto costo “vivienda, equipos, vehículos”, con claro perfil político y no social. En conclusión la situación económica así como la nutricional se verán afectadas gravemente para el año 2.016. Previéndose una inflación mayor a 750%, con más pobreza y deterioro de la calidad de vida del Venezolano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cendas. Canasta Alimentaria Familiar cerró 2013 en Bs.8.349,78. Disponible en: www.finanzasdigital.com/2014/.../cendas-canasta-alimentaria-familiar-cerro-2013-en. 2014.
2. Cendas. Canasta alimentaria subió 106,4% durante 2014. Disponible en: eltiempo.com.ve/venezuela/situacion/cendas-canasta-alimentaria-subio. 2015.
3. Cendas. Canasta alimentaria aumentó 443,2% en 2015. Disponible en: eltiempo.com.ve/venezuela/economia/cendas-canasta-alimentaria-aumento.../208382. 2016.
4. Calanche J, Hernández J. Seguridad alimentaria en Venezuela: vulnerabilidad y riesgo durante los años 1998-2013. *An Venez Nutr* 2015; 28(2): 110-124.
5. Informe 21.com. En “insuficiencia crítica” ingesta de alimentos en niños venezolanos. Disponible en: <https://informe21.com/.../en-insuficiencia-critica-ingesta-de-alimentos-en-ninos-venezola>. 2008.
6. Encuestas sobre Condiciones de Vida en Venezuela 2015. Disponible en: www.rectorado.usb.ve/vida/sites/default/files/2015_pobreza_misiones.pdf. 2015.

CAPÍTULO V

Género, Salud Sexual y Reproductiva

Entendida como el estado general de bienestar para el disfrute de la vida sexual satisfactoria sin riesgo de enfermar o procrear, y con la libertad de poder hacer esto último cuando se desee. Implica además, todo un conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a evitar y resolver los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva. Así entonces, este apartado es una invitación al personal de salud y a cualquier persona interesada en el tópico de la sexualidad a realizar planteamientos y reflexiones sobre la sexualidad y reproducción que propongan nuevos caminos de abordaje o que verifiquen los que se siguen.

Máxime porque el hablar de sexualidad y reproducción, particularmente cuando involucra la sexo-género-diversidad, produce en los adultos miedo e incertidumbre orientados por múltiples aprendizajes sociales que resultan del hecho de vivir inmersos en una cultura, donde se transmiten valores, creencias y costumbres de generación en generación, que en muchos grupos sociales son simplemente presunciones en relación a cómo deben comportarse hombres y mujeres, sin considerarse el desatino o error que deriva en muchos casos del conocimiento empírico, es aquí que el conocimiento científico permitirá develar los aspectos sociales imbricados en la construcción de las masculinidades y feminidades, el carácter esencialmente humano de la sexualidad y la ética dentro del enfoque de los derechos.

RESUMEN: Después de los 45 años las mujeres experimentan cambios al inicio de la menopausia, no sólo físicos sino también en lo que respecta a sus conductas emocionales, con su entorno y hasta sexuales, con impacto positivo o negativo en su vida. Objetivo general: Analizar la conducta sexual en mujeres menopáusicas que hacen vida en la Asociación de Jubilados de la CANTV. Materiales y métodos: se trata de una investigación de tipo descriptiva, con un diseño no experimental, transversal. La muestra estuvo conformada por 46 mujeres menopáusicas naturales que participaron de forma voluntaria en el llenado del instrumento. La recolección de los datos se llevó a cabo, a través de la técnica de la encuesta. Como instrumento se aplicó un cuestionario de 9 preguntas de respuesta dicotómica (si –no) y la escala de Graffar para la estratificación socioeconómica. Los resultados fueron presentados en tablas de distribuciones de frecuencias. Resultados: las mujeres encuestadas expresaron que ha aumentado su interés por la actividad sexual (78,26%), aunque no sienten iguales los orgasmos ahora que hace 10 años (84,78%) actualmente tiene relaciones sexuales con su pareja frecuentemente y no ha desmejorado la relación con su pareja (65,22%). Conclusión: Al conocer y analizar el entorno de la mujer menopáusica, sobre todo en países latinoamericanos como Venezuela, se deja evidencia la diferencia existente de lo descrito en la literatura, ya que, nuestras mujeres poseen características muy propias de la cultura donde se desenvuelven, son familiarmente armónicas y activas sexualmente.

Palabras clave: Menopausia, conducta sexual, comportamiento social.

INTRODUCCIÓN

A partir de los 45 años aproximadamente la mujer presenta una serie de cambios orgánicos, hormonales y emocionales, cuya causa fundamental de dichos trastornos es la menopausia, la cual no es una enfermedad sino la manifestación del envejecimiento natural de la mujer, pero provoca en muchas de ellas síntomas molestos que en algunos casos alteran su calidad de vida. Esta es una etapa sumamente importante en la vida de toda mujer, en la que sentirá ciertos cambios con repercusiones psicológicas, físicas y hasta sociales; pero de ninguna manera se debe pensar que es el final de

una vida activa y menos aún el final de la sexualidad ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud define a la menopausia como el cese permanente de la menstruación, que se produce por el agotamiento de la función ovárica y la terminación de la capacidad reproductiva que acompaña al envejecimiento en todas las mujeres y se define como la fecha a la que siguen 12 meses consecutivos de amenorrea espontánea ⁽²⁾. Asimismo valdría la pena precisar lo planteado en el Consenso Venezolano de Menopausia en su actualización realizada en el 2008 donde definen como menopausia al cese permanente de la menstruación que ocurre debido a la pérdida de la función ovárica folicular. Su diagnóstico es retrospectivo, después de 12 meses consecutivos de amenorrea secundaria. Puede ser natural o inducida (radioterapia, quimioterapia, cirugía) ⁽³⁾.

Asimismo, la edad promedio para que ocurra la menopausia es de aproximadamente los 50 años, con límites que oscilan entre los 45 y 56 años. En Venezuela el promedio es de 48,7 años para la menopausia natural y de 43,3 años para la menopausia artificial. Tradicionalmente en Venezuela la evaluación de las consecuencias que la menopausia tiene sobre la mujer se ha hecho a partir del análisis de la sintomatología clínica o los conocimientos sobre el climaterio y menopausia, las cuales han pretendido proporcionar información indirecta para la evaluación de la eficacia de las intervenciones médicas ⁽⁴⁾.

En la actualidad, la mujer progresivamente parece haber superado aquella negativa concepción de que la menopausia suponía un declinar de la feminidad y de la vida activa; dicha concepción es punto de controversia, ya que esto difiere dependiendo del grado de conocimiento que posea la mujer en relación al tema, creando tabúes que limitan el normal desenvolvimiento de la mujer en esta etapa de su vida ⁽²⁾.

Las mujeres perciben la menopausia con emociones mezcladas. Por lo tanto el estado melancólico o depresivo tiene su origen no sólo en lo biológico, sino principalmente en una sociedad incomprensiva y egoísta. En lo social, el entorno familiar y la sociedad, los roles adjudicados a la mujer con variaciones socioeconómicas y culturales, según las regiones y las diferentes épocas, influyen definitivamente en la forma en que la mujer vive esta etapa. El problema actual se centra en las mujeres como resultado de una cultura que las deja indefensas cuando llegan al climaterio, en las que a la pérdida de la

fertilidad, se agregan la pérdida de ilusiones y de las realidades que hasta entonces las gratificaban ⁽⁵⁾.

En cuanto a la percepción cultural y social el proceso de la menopausia es junto con la adolescencia los dos hitos más significativos del desarrollo biológico de la vida de la mujer, dado que marcan el inicio y el fin de la función reproductiva. Sin embargo es diferente el abordaje social, ya que mientras que la adolescencia tiene la connotación de desarrollo y vitalidad, la menopausia, en el marco de la cultura occidental lleva implícita la idea de envejecimiento y pérdida de la funcionalidad ⁽¹⁾.

En contraposición a lo anteriormente expuesto, la mujer en la menopausia, de acuerdo a su estado bio-psico-social y cultural puede aportar energías renovadoras, diferentes que contribuyan al enriquecimiento personal, familiar y de la propia comunidad en la cual se desarrolla. Las culturas imprimen características peculiares que hacen que las mujeres de distintas épocas y diferentes partes del mundo, vivan en forma distinta esta etapa que da una impronta particular al envejecimiento, y aunque existen cambios universales, cada mujer la transita de una manera especial, que depende, sobre todo, de sus características personales, de los logros que ha alcanzado y del entorno psicosocial en que vive ⁽⁶⁾.

Por su parte, Erikson basado en estudios antropológicos expone que para entender la realidad psicosocial que engloba la menopausia se debe partir de la premisa de que el ser humano depende en todos los momentos de tres procesos de organización complementarios: el primero de ellos es un proceso biológico que envuelve la organización jerárquica de los sistemas vivos, orgánicos y de desarrollo fisiológico, denominado soma. El proceso psíquico que envuelve las experiencias individuales (en síntesis el "yo"), y de relación con los demás denominado la psique y por último un proceso ético – social que envuelve la organización cultural, ética y espiritual de las personas y la sociedad, que se expresa en principios y valores de orden social denominado el ethos ⁽¹⁾.

Según el modelo propuesto por Erikson, la mujer que afronta la transición a la menopausia y la mujer postmenopáusica se pueden enmarcar por lo general en dos estadios: Generatividad vs estancamiento: en el cual la generatividad es fundamental para el cuidado y educación de nuevas generaciones y se basa en la productividad que se ve reflejada en su capacidad de trabajo y

consecución de metas y en segundo lugar, en la creatividad para encontrar soluciones a los conflictos ofrecidos por la vida diaria a través de la generación de ideas innovadoras, por esto es tan importante la cualificación de la mujer en esta etapa ⁽¹³⁾.

El segundo estadio es integridad vs desespero: En esta etapa la mujer realiza una re-evaluación de los significados a partir de sus valores y las experiencias que han dejado el paso de los años. Hay una aceptación de la historia personal, de los procesos vividos y la resolución de las etapas. Hay una integración emocional de cada una de las fuerzas sintónicas adquiridas y aparece una vivencia del amor universal como resumen de la vida y el trabajo, pero tal vez uno de los aspectos más relevante de esta etapa es que aparece la confianza en sí misma, entendida como una labor cumplida que genera a la vez una confianza en las generaciones venideras, lo que le produce paz para presentarse como un modelo de vida a los otros y así mismo iniciar su propia negociación con el concepto de la muerte ⁽¹³⁾.

Algunos autores subrayan que esta etapa es un momento estresante "per se" sobre todo para las mujeres ya que se producen cambios en su imagen corporal (pérdida del modelo dominante de belleza, atracción sexual, etc.) y en el ámbito familiar (autonomía de los hijos, inestabilidad de la pareja, etc.). Aunque la sociedad sobreestima los aspectos negativos de la menopausia, otras mujeres destacan los positivos al no tener que preocuparse de la menstruación y poder tener relaciones sexuales sin miedo al embarazo ⁽¹¹⁾.

En lo correspondiente al tópico de la sexualidad en la menopausia, la Federación Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual define a la respuesta sexual como toda actividad caracterizada por presencia de activación cortical y medular en el sistema nervioso la cual se correlaciona con un fenómeno de tumescencia (fase de excitación y meseta), de contractibilidad muscular lisa y/o estriada (fase orgásmica) y fenómeno de tumescencia tanto a nivel genital como extra genital (fase resolutoria), efecto de una situación/estímulo sexual ⁽⁷⁾. En este sentido según estudios realizados sobre respuesta sexual de las mujeres durante la menopausia, señalan que el 72% de las mujeres mayores de 40 años, reconoce haber mejorado su experiencia orgásmica durante el acto sexual, en comparación con sus épocas juveniles ⁽⁸⁾.

En este sentido, Álvarez ⁽⁹⁾ señala que las expectativas de vida actual de la mujer venezolana es 73,1 años, por lo que aproximadamente

un tercio de su vida transcurre en la postmenopausia y de allí la importancia de propiciar una vida sexual plena y satisfactoria para la mujer. Indudablemente la respuesta sexual es un importante indicador de la calidad de vida, el cual está influenciado por una variedad de factores físicos, psicológicos y sociales; donde el bienestar sexual es uno de los elementos primordiales en la sensación de placer de la mujer, el cual logra unificar la satisfacción física-emocional y fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, por tanto se hace de suma importancia el entendimiento de este conjunto de fenómenos que se suceden en las mujeres.

Debido a la gran controversia existente entre las diferentes formas en que las mujeres asumen la menopausia y por los cambios que desde cualquier perspectiva tienen lugar en esta etapa tan significativa para la mujer es que surge la siguiente interrogante generatriz: ¿Habrá cambios en cuanto a la conducta sexual en estas mujeres? Para darle respuesta a estas interrogantes se plantea como objetivo general de la investigación: Analizar la conducta sexual en mujeres menopáusicas que hacen vida en la Asociación de Jubilados de la CANTV; para tales fines se establecieron como objetivos específicos: Caracterizar socio-epidemiológicamente la muestra en estudio según edad, estado civil, estrato socioeconómico y años de jubilada; y especificar las conductas sexuales adoptadas por las mujeres estudiadas.

Las investigaciones publicadas en lo que respecta a la menopausia son en su mayoría con miradas teórico-descriptivas desde la perspectiva clínica, algunas con otras variantes. La bibliografía y los estudios descriptivos aportan elementos interesantes para los distintos aspectos que comprende la menopausia, sin embargo, el énfasis se limita en muchos casos a la actividad sexual de estas mujeres. Asimismo hay que precisar que los estudios bajo paradigmas cualitativos al respecto son escasos y hasta inexistentes, no obstante, la evidencia de pequeñas descripciones permite originar hipótesis que permitan explicar o den una aproximación sobre el significado de los comportamientos en esta etapa de la vida de las mujeres.

Entre los trabajos vinculados al objeto de estudio se encuentra el realizado en el 2.011 por González ⁽¹⁰⁾, titulado Respuesta sexual en mujeres de edad mediana trabajadoras de la salud, donde la mayoría de las encuestadas refirió no experimentar cambios en las características de la respuesta sexual. La disminución de cualquiera de las fases de

la respuesta sexual estuvo relacionada con las características de las relaciones de pareja, con una mayor edad de la mujer y con etapa de posmenopausia, resultados similares a otros reportes realizados en mujeres con iguales características sociodemográficas que no trabajaran en el sector salud. No se identificó influencia de la sobrecarga de trabajo sobre la respuesta sexual. No se confirma que el escenario laboral escogido tuviera influencia (negativa o positiva) sobre la respuesta sexual de las mujeres evaluadas.

Posteriormente en el año 2.010, en el trabajo realizado por González ⁽⁸⁾, titulado: "Función Sexual Femenina y Factores Relacionados en Pacientes de una Consulta de Ginecología", donde se estudió la función sexual femenina y los factores relacionados, llegando a la conclusión de que la función sexual disminuye de manera progresiva después de los 35 años, y que la autopercepción de la calidad de vida constituye un factor importante en la función sexual.

Por su parte, Hess ⁽¹¹⁾, realizó una investigación acerca sobre las Influencias psicosexuales en la función sexual en mujeres menopáusicas cuyo objetivo fue examinar los efectos de la actividad física, dificultades del sueño y soporte social en la actividad y función sexual compartida en mujeres menopáusicas, obteniéndose que la mayoría de las mujeres en estudio habían participado en alguna actividad sexual con un compañero durante los últimos seis meses. Entre las causas de inactividad sexual, destacaron la falta de compañero, y en menor medida la falta de interés en el sexo y los problemas físicos. Cabe resaltar que las participantes sexualmente activas, los puntajes para involucrarse en actividades que van desde besos a coito fueron más altos si eran físicamente activas, tenían más soporte social y no tenían dificultades para dormir. Los autores concluyeron que las mujeres de edad mediana que tenían soporte social y eran físicamente activas tenían una mayor actividad y disfrute sexual.

En el mismo año, Ludman ⁽¹²⁾ investiga la siguiente interrogante ¿La depresión afecta los síntomas menopáusicos?, midiendo la asociación entre los síntomas menopáusicos y la presencia de síntomas depresivos de moderados a severos encontraron que las mujeres con síntomas depresivos moderados a severos fueron casi el doble en reportar síntomas vasomotores recientes (fogajes y sudoración nocturna) en comparación con las mujeres sin o con síntomas depresivos leves, observándose que los porcentajes de mujeres con síntomas menopáusicos y los porcentajes con síntomas

vasomotores severos se asociaron linealmente con el score de síntomas depresivos. Esto permitió concluir que los síntomas depresivos "amplifican" la experiencia menopáusica o alternativamente, los síntomas vasomotores severos agravan los síntomas depresivos.

Es más probable que los problemas psicológicos en las mujeres menopáusicas sean acusados más por las actitudes que por la anatomía, especialmente por las representaciones sociales negativas del envejecimiento. En la cultura occidental el envejecimiento es considerado negativamente, la edad madura puede ser un tiempo de crisis para ambos sexos y, a menudo, desciende el status de las mujeres, planteando el supuesto de que con la menopausia se reduce en una cuarta parte la capacidad normal de las mujeres para el trabajo. Sin embargo, estudios posteriores refutaron estas ideas, al descubrir que el rendimiento de las mujeres tras la menopausia era superior al de las jóvenes, atribuyendo estos resultados a las actitudes y valores del trabajo, así como la experiencia ⁽²⁾.

Para muchas mujeres, la menopausia es un signo de transición hacia la segunda mitad de la vida adulta, una época de cambio de roles, mayor independencia y crecimiento personal. En otras culturas (la India y el sur de Asia) la menopausia es un evento bienvenido; el estatus de las mujeres y la libertad de movimiento aumentan una vez que se liberan de los tabúes conectados con la menstruación y la fertilidad ⁽¹³⁾.

Los cambios producidos en la menopausia pueden a veces afectar la actividad sexual y el deseo en algunas mujeres sin embargo, en la adultez media, la mayoría toma con calma los cambios con respecto a sus capacidades reproductivas y sexuales, y algunas personas incluso experimentan un tipo de renacimiento sexual. Al liberarse de las preocupaciones acerca del embarazo, y tener más tiempo para pasar con sus compañeros y familia, disfrutaban mucho más de sus relaciones interpersonales y sexuales con respecto al pasado. Las mujeres pueden revelar incluso que llegan a tener una mejor vida sexual que antes. Ellas conocen mejor sus propias necesidades y deseos sexuales, se sienten más libres de tomar la iniciativa y tienen más interés en el sexo ⁽¹³⁾.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de una investigación de tipo descriptiva y el diseño de investigación adoptado fue el no experimental, transversal. Previo

requerimiento por parte del investigador se contó con la aprobación por parte de la junta directiva de la Junta Directiva de AJUPTEL (Asociación de Trabajadores Jubilados, Pensionados y Sobrevivientes de la CANTV) Carabobo-Cojedes.

La población de estudio estuvo conformada por todas aquellas mujeres menopáusicas que hacen vida en la asociación de jubilados de la CANTV en el año 2.013. La muestra fue de tipo no probabilística intencional y de voluntarios, representada por todas aquellas mujeres menopáusicas de tipo natural, que aceptaron participar voluntariamente como sujetos de esta investigación y llenaron el consentimiento informado previo al instrumento diseñado.

La Técnica utilizada para la recopilación de información fue la encuesta y se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario, comprendió una serie de ítems respecto a las dimensiones de la variable en estudio (Conductas emocionales, sociales y sexuales); el cuestionario estuvo conformado por 9 preguntas de respuesta dicotómica (Si-No), ordenadas coherentemente, aplicado de forma directa y personal.

Para la estratificación socioeconómica se utilizó el método de estratificación ideado por Graffar corregido por Méndez⁽¹⁴⁾. El instrumento fue validado por 4 expertos y se calculó la confiabilidad a través del coeficiente Kuderr y Richardson, el cual arrojó una confiabilidad alta ($Kr=0,71$). Los datos obtenidos fueron sistematizados en una tabla maestra a partir del programa Excel en Microsoft® Office 2003, y fueron analizarlos haciendo uso de las técnicas de la estadística descriptiva a partir de tablas de distribuciones de frecuencia (absolutas y relativas) según los objetivos específicos propuestos. Para tales efectos se utilizó el procesador estadístico Statgraphics 5.1.

RESULTADOS

De las 46 mujeres que conformaron la muestra en estudio se registró una edad promedio de 59,5 años \pm 1,16, con una variabilidad promedio de 7,92 años, una edad mínima de 47 años, una máxima de 74 años y un coeficiente de variación de 13% (serie homogénea entre sus datos). Según los intervalos propuestos en la distribución se tiene que fueron más frecuentes aquellas mujeres con edades entre los 61 y 67 años (47,83%=

22 casos), seguidas de aquellas con 47 y 53 años (28,26%= 13 casos) (Cuadro 1).

El estado civil predominante es el de casada (39,13%= 18 casos), seguidas de las casadas (32,61%= 15 casos). Fueron más frecuentes aquellas mujeres con 1 y 3 hijos con un 54,35% (25 casos) y un 36,96% (17 casos) tenían más de 3 hijos, la cantidad máxima de hijos fue de 7. El estrato socioeconómico más frecuente fue el III (clase media baja) con un 52,17% (24 casos), seguidas de aquellas de estrato IV (pobreza relativa) (26,09%= 12 casos). Se registró un promedio de años de jubilación de 15, 15 años \pm 4,7, con un tiempo mínimo de 8 años de jubilada y un máximo de 22 años. Siendo el intervalo más frecuente el de aquellas mujeres con 12 y 18 años de jubiladas (41,30%) (Cuadro 1).

Cuadro N° 1.

Caracterización socio-epidemiológica de la muestra en estudio. Mujeres menopáusicas que hacen vida en la asociación de jubilados de la CANTV. Noviembre de 2.013.

Edad (años)	f	%
47 – 53	13	28,26
54 – 60	6	13,04
61 – 67	22	47,83
68 – 74	5	8,70
Estado civil	f	%
Soltera	9	19,56
Divorciada	15	32,61
Casada	18	39,13
Viuda	4	8,7
Número de hijos	f	%
0	4	8,7
1 – 3	25	54,35
>3	17	36,96
Estrato socioeconómico	f	%
II	10	21,74
III	24	52,17
IV	12	26,09
Años de jubilación	f	%
5 – 11	16	34,78
12 – 18	19	41,30
19 – 25	11	23,91
Total	46	100

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

En lo correspondiente al deseo sexual: un predominante 65,22% de las mujeres encuestadas (30 casos) respondió que no ha desmejorado la relación con su pareja. Un 58,70% (27 casos) negó que sienten la misma atracción sexual por su pareja. En cuanto a la Actividad sexual: un 65,22% respondió que actualmente tiene relaciones sexuales con su pareja frecuentemente (30 casos%) y que ha aumentado su interés por la actividad sexual (78,26%= 36 casos). Un 56,52% de las mujeres (26 casos) no tiene fantasías sexuales. Un 63,64% de las mujeres ha tenido otras parejas sexuales además de la actual (29 casos). En lo que respecta particularmente con el orgasmo: un 78,26% de las mujeres no logra orgasmos con facilidad (36 casos), tampoco sienten igual los orgasmos ahora que hace 10 años (84,78%= 39 casos) ni el tiempo para alcanzar el orgasmo es el mismo que hace 10 años (76,09%= 35 casos) (Cuadro 2).

Cuadro N° 2.

Conductas sexuales adoptadas. Mujeres menopáusicas que hacen vida en la asociación de jubilados de la CANTV. Noviembre de 2.013.

N°	ÍTEMES	SI		NO	
		f	%	f	%
1	Ha desmejorado la relación con su pareja	16	34,78	30	65,22
2	Siente la misma atracción sexual por su pareja	19	41,30	27	58,70
3	Actualmente tiene relaciones sexuales con su pareja frecuentemente	30	65,22	16	34,78
4	Ha aumentado su interés por la actividad sexual.	36	78,26	10	21,74
5	Tiene fantasías sexuales	20	43,48	26	56,52
6	Ha tenido otras parejas sexuales además de la actual	29	63,64	17	36,96
7	Logra orgasmos con facilidad	10	21,74	36	78,26
8	Siente igual los orgasmos ahora que hace 10 años	7	15,22	39	84,78
9	El tiempo para alcanzar el orgasmo es el mismo que hace 10 años	11	23,91	35	76,09

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

DISCUSIÓN

Entre las conductas presentes por las mujeres sujeto de estudio se pueden considerar los siguientes elementos: En lo correspondiente al deseo sexual: las mujeres consultadas sostienen que aunque no han desmejorado la relación con su pareja (65,22%= 30 casos) y que no sentían la misma atracción sexual por su pareja (58,70%= 27 casos). En este sentido, González ⁽⁸⁾ refieren que un aspecto poco reportado en la literatura médica es el relativo al deseo sexual el cual aumenta durante la posmenopausia., el 13,6% del total y el 44% de aquellas mujeres en posmenopausia refirieron experimentar este cambio, situación también reportada en otros estudios, que podría ser explicada por la liberación del peligro de la maternidad experimentado por la mujer en este período.

En cuanto a la Actividad sexual: las mujeres encuestadas actualmente tienen relaciones sexuales con su pareja frecuentemente (65,22%) y ha aumentado su interés por la actividad sexual (78,26%= 36 casos). Por el contrario, Yanes y Chio refieren que la evitación de las relaciones sexuales, la disminución del placer y el deseo sexual, así como el dolor a la penetración estuvieron presentes en más del 30% de las mujeres posmenopáusicas, mientras que la sequedad vaginal en aproximadamente el 39 % de ellas, y fue nada despreciable que el 27,46% de estas mujeres mantienen relaciones sexuales por complacer a la pareja ⁽¹⁵⁾.

Aunque en el presente estudio no se especifica el número exacto de encuentros sexuales, Baabel ⁽¹⁶⁾ reporta que la frecuencia 1-2 veces al mes fue la más frecuente en ambos grupos, el que presentó menopausia natural y menopausia quirúrgica, con el 30 y 40% respectivamente. En el presente estudio las mujeres no tienen fantasías sexuales (56,52%). Lo que contrasta con lo expuesto por Fernández, Urdaneta y otros quienes encontraron que las fantasías sexuales, en las mujeres posmenopáusicas naturales arrojó un predominio de la alternativa de respuesta casi siempre: lo cual se traducía en que las encuestadas manifestaban que casi siempre recuerdan imágenes que le resultan excitantes durante la actividad sexual, imaginan que tienen relaciones sexuales con su pareja durante el sueño y antes del encuentro sexual con su pareja imaginan que les acarician el cuerpo ⁽¹⁷⁾.

Por otra parte, González ⁽⁸⁾ refieren que aquellas mujeres que

reportan tener buenas o excelentes relaciones de pareja apenas refirieron cambios en las fases de la respuesta sexual, incluyendo la excitación, lo que confirma la importancia de las características de las Relaciones de Pareja para el pleno disfrute de la actividad sexual, con independencia de la edad de la mujer y de la etapa del climaterio en la que ella se encuentre. Las mujeres menopáusicas encuestadas han tenido otras parejas sexuales además de la actual (63,64% = 29 casos). Lo que coincide con lo evidenciado por Baabel, Urdaneta y Contreras quienes registraron una media de 2 parejas sexuales en mujeres menopáusicas (naturales y quirúrgicas) ⁽¹⁷⁾.

En lo que respecta particularmente con el orgasmo: las mujeres encuestadas respondieron mayormente que no logran orgasmos con facilidad (69,70% = 23 casos), tampoco sienten igual los orgasmos ahora que hace 10 años (78,26% = 36 casos) y el tiempo para alcanzar el orgasmo no es el mismo que hace 10 años (84,78% = 39 casos). En este sentido, González y cols con respecto al orgasmo exponen que aunque autores refieren que las modificaciones genitales que se producen en el climaterio no ocurren por igual en todas las mujeres, el déficit estrogénico de la posmenopausia al actuar sobre el aparato genital femenino origina atrofia del cuello uterino, disminución de la lubricación de la vagina y cambios extragenitales como la disminución de la tensión muscular, podría explicar la disminución del orgasmo referida y reportada en mujeres en etapa ⁽⁸⁾.

Lo anteriormente citado contrasta con lo referido por Fernández, Urdaneta y otros quienes encontraron que en el indicador patrón orgásmico, la media presentó una tendencia central de 3 en las mujeres menopáusicas naturales, relacionada con la opción de respuesta casi siempre; de esta forma, las mujeres consultadas coincidieron en afirmar que casi siempre han logrado varios orgasmos en un mismo acto sexual ⁽¹⁷⁾.

CONCLUSIONES

Reviste notable importancia conocer y analizar el entorno de la mujer menopáusica, sobre todo en países latinoamericanos como Venezuela, puesto que a diferencia de lo clásicamente descrito, en la muestra de mujeres jubiladas estudiadas se ha observado que aunque mantienen una vida sexual activa, su respuesta sexual

disminuye progresivamente. Entre los aspectos más relevantes obtenidos a raíz de esta investigación destacan:

En lo referente a las características socio-epidemiológicas de las 46 mujeres que conformaron la muestra en estudio se registró una edad promedio de 59,5 años \pm 1,16. Siendo más frecuentes aquellas mujeres con edades entre los 61 y 67 años. El estado civil predominante fue el de casada, seguidas de las divorciadas. Fueron más frecuentes aquellas mujeres con 1 y 3 hijos y aquellas que tenían más de 3 hijos. El estrato socioeconómico más frecuente fue el III (clase media baja), seguidas de aquellas de estrato IV (pobreza relativa). Se registró un promedio de años de jubilación de 15,15 años \pm 4,7, con un tiempo mínimo de 8 años de jubilada y un máximo de 22 años. Siendo el intervalo más frecuente el de aquellas mujeres con 12 y 18 años de jubiladas.

En el aspecto sexual: específicamente en el deseo sexual: las mujeres consultadas sostienen que no han desmejorado la relación con su pareja y no sienten la misma atracción sexual por su pareja. Aunque actualmente tienen relaciones sexuales con su pareja frecuentemente y ha aumentado su interés por la actividad sexual, no tienen fantasías sexuales. Cabe señalar que un cierto número de mujeres ha tenido otras parejas sexuales además de la actual.

En lo que respecta particularmente con el orgasmo: estas mujeres no logran orgasmos con facilidad, tampoco sienten igual los orgasmos ahora que hace 10 años y el tiempo para alcanzar el orgasmo no es el mismo que hace 10 años.

RECOMENDACIONES

Cada uno de los elementos que definen el comportamiento de las mujeres menopáusicas deben ser analizados de forma independiente dada la importancia que revelan tales elementos en la calidad de vida de éstas, de manera que no sean banalizadas y generalizadas ciertas conductas y manifestaciones propias de esta etapa de la vida de las mujeres.

De igual manera deben ser profundizados por distintos tipos de profesionales de la conducta, la sociología y la salud a fin de brindar a estas personas herramientas eficaces para enfrentar esa etapa de la vida con la mejor de las disposiciones garantizando un equilibrio deseable desde todo punto de vista.

REFERENCIAS

1. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Desarrollo Humano (11^o ed.). McGraw-Hill. México. 2010.
2. Arango I. Sexualidad Humana. Editorial Manual Moderno. México. 2008.
3. Angelino M, Bajares M, Pizzi R. Consenso Venezolano de Menopausia. Disponible en: <http://www.sogvzla.org/sogvzlawebold/pdfs/consensos/ConsensoMenopausia2008.pdf>. 2008.
4. Urdaneta J, Cepeda M, Guerra M, Baabel N, Contreras B. Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. Rev Chil Obste Ginecol. 2010; 75(1):17-34.
5. Couto D, Nápoles D. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia MEDISAN 2014; 18(10):1388-1398.
6. Dalbert D. Enfoque holístico del climaterio. Revista Nuestro Hospital. Buenos Aires – Argentina 1997; 1 (2):1-10 Disponible en: http://www.hospitalposadas.gov.ar/docencia/revistadig/1997/1_2_climaterio.pdf
7. Federación Latino Americana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual. Manual Diagnóstico de Enfermedades en Sexología. 2^o edición. 2008.
8. González J, Hernández L, Telles C, Urdaneta V, Ortunio M, Guevara H, et al. Función Sexual Femenina y Factores Relacionados en Pacientes de una Consulta de Ginecología. Departamento de Salud Pública de la Universidad de Carabobo, Valencia, Estado Carabobo, Venezuela. Revista Informe Médico 2010; 12(5):259-264.
9. Álvarez R, Martín E, Bordonos M. Conocimiento y actitud sobre el climaterio en mujeres entre 40 y 50 años. Rev Obstet Ginecol Venez 2008; 68(1):32-40.
10. González Y, Maceo T, Navarro D, Domínguez E, Respuesta sexual en mujeres de edad mediana trabajadoras de la salud. Rev Cubana Endocrinol 2011; 22(2):133-143. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532011000200007&script=sci_arttext
11. Hess R, Conroy MB y Ness R, Influencias psicosexuales en la función sexual en mujeres menopáusicas. Association of lifestyle and relationship factors with sexual functioning of women during midlife. Revista de Menopausia. Menopausia al día 2009; 12 (72):1358-1368. Disponible en: <http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/climaterio/septiembre-octubre2009/Climaterio%2072-3%20REVISIONES.pdf>
12. Reed S, Ludman E y Newton K, ¿La depresión afecta los síntomas menopáusicos? Revista Colombiana de Menopausia 2009; 15(3). Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/menopausia/vm-153/depresion-afecta-los-sintomas-menopausicos/>.
13. Papalia D, Sterns H, Feldman R, Camp C. Desarrollo del adulto y la vejez. (3^o edición). Mac Graw Hill editores. México DF. 2009.
14. Méndez Castellano H. FUNDACREDESA. Arch Venez Puer Ped 1986; 9(3 y 4):91-92.
15. Calderon M, Chio I. Climaterio y sexualidad: su repercusión en la calidad de vida de la mujer de edad mediana. Rev Cubana Med Gen Integr 2008; 24(2). (Periódico en línea). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252004000200003&lng=es&nrm=iso.
16. Baabel N, Urdaneta J, Contreras B. Función sexual autoinformada en mujeres venezolanas con menopausia natural y quirúrgica Rev Chil Obstet Ginecol 2011; 76(4): 220-229.
17. Fernández M, Urdaneta J, Villalobos S, Baabel N, Valbuena G, Contreras B., Contreras Respuesta sexual en mujeres posmenopáusicas. Rev Obstet Ginecol Venez 2012; 72(2):103-114.

PODER PARA SUPRIMIR EL CONFLICTO. APROXIMACIÓN DE LA PERSPECTIVA SOCIAL DEL GÉNERO, SALUD Y EMPODERAMIENTO EN ÉL Y LA ADOLESCENTE

Palacios Yrali, Villarreal Jesús

RESUMEN: La participación de las y los adolescentes es fundamental para el empoderamiento ante sus problemas, conocer las expectativas de ellas y ellos respecto a la maternidad, así como también desentrañar el significado de ser madre y padre en esta etapa de la vida. La mujer adolescente embarazada termina comprometida en su rol de madre y llevando adelante la crianza de los hijos muchas veces sola, lo cual evidencia la inequidad de género existente. Con respecto a las necesidades de género, es de vital importancia profundizar en el conocimiento de las motivaciones y determinantes que desde la visión de las y los adolescentes los lleva a tener un embarazo. En este orden de ideas, el presente escrito presenta una breve revisión documental en función de analizar la perspectiva social, la relación entre el empoderamiento, equidad de género y salud en los y las adolescentes. La equidad de género y el empoderamiento como elemento de análisis asociado a la adolescencia y sexualidad es significativo, pues cada vez se hace más evidente como la población de mujeres, adolescentes provenientes de sectores vulnerables y rurales, tienen poca participación, protagonismo y corresponsabilidad ante esta problemática. Para lograr el empoderamiento colectivo se necesita involucrar a las personas oprimidas en el proceso de toma de decisiones, para que de esta manera alcancen identificar sus necesidades y limitaciones con el objeto de que se produzca un cambio individual y colectivo. Ahora bien, una de las consideraciones finales con respecto a este tópico es que se hace imprescindible establecer políticas y programas efectivos y eficaces dirigidos a lograr educar en la práctica sexual al adolescente y la adolescente, esto implica ir más allá de promover conductas saludables en ellos.

Palabras clave: Adolescente, género, salud, empoderamiento.

INTRODUCCIÓN

Es necesario conocer hasta qué punto han cambiado los determinantes sociales y culturales de lo que significa ser hombre y ser mujer en la vida moderna, y como las y los adolescentes interpretan estos significados dentro de su proceso de crecimiento y desarrollo, haciendo que reproduzcan patrones culturales como

el machismo o la sobrevaloración de las mujeres de sentirse capaces de llevar adelante el cuidado y formación de los hijos sin la presencia del padre, lo que ha sido alimentado por generaciones en la mujer venezolana y que se ve muy marcado en los sectores más pobres, donde las posibilidades de acceso a servicios de calidad, con espacios de atención y orientación diferenciadas para los y las adolescentes, garantizando la intervención oportuna de manera individual, familiar y colectiva de este grupo poblacional, a través del abordaje promocional y preventivo de la salud sexual y reproductiva favoreciendo el pleno desarrollo bio-soco-social y holístico. La conducta sexual ha sufrido en gran medida los efectos de los estereotipos sobre los roles de género, como la regla de la discriminación sexual de la mujer y la idea de que el varón es siempre experto en materia de sexualidad.

Las mujeres que se embarazan, casi siempre se encuentran en condiciones de pobreza, pero además, su condición de mujer las coloca en la desventaja que caracteriza las relaciones de género. La desigualdad de género está presente antes del nacimiento de una niña y por si fuera poco, ésta se agudiza durante la adolescencia o juventud, ya que, mientras a los varones “la espera” para entrar a la vida adulta les proporciona autonomía y mayor independencia, a las mujeres les sucede lo contrario, durante la adolescencia son sujetos de mayor control y restricción.

Las mujeres jóvenes son sujetos sociales a las cuales le ha costado reconocerles sus derechos reproductivos, en tanto, muchas veces carecen de servicios adecuados a sus necesidades y en la medida en que se ha estigmatizado su sexualidad, de igual forma así como existen aún dentro del sistema de salud grandes debilidades para atender esta problemática, la estigmatización cultural hace que la situación de embarazo en la adolescente se agrave cada día más, es por ellos que el presente escrito presenta una breve revisión documental en función de analizar la perspectiva Social, la relación entre el empoderamiento, equidad de género y salud en los y las adolescentes.

Existen innumerables investigaciones que describen el drama de un embarazo adolescente, donde señalan claramente a que sectores pertenecen, siendo estos en su gran mayoría de poblados rurales, zonas populares y pobre de las grandes ciudades, encontrándose entre sus principales características particulares

las siguientes: bajo nivel de escolaridad, provienen de familias pobres, generalmente son hijas de madres adolescentes. Lo antes descrito deja claro el grave problema social que se presenta en este grupo poblacional, lo cual afecta la vida particular de las y los adolescentes que ven postergados sus proyectos de vida, que se ven obligados y obligadas a afrontar una realidad para la cual no están preparados ni preparadas como es la de ser padres, lo cual afecta principalmente a la mujer quien la mayoría de los casos asume su rol de madre sola, se profundiza la irresponsabilidad paterna, se afecta la prosecución educativa y con ello la posibilidad de tener una generación de relevo que este en capacidad de asumir los retos del desarrollo social y económico de las naciones, lo que marca las brechas de exclusión social, además de los múltiples hechos de vulnerabilidad y discriminación a las cuales pudiesen estar sometidos.

Tabuas ⁽¹⁾ en su artículo, “La Cifra en la que Venezuela supera a toda Latinoamérica” publicado por el diario El Nacional, evidencia lo que el Fondo de Población de las Naciones Unidas reveló en su informe de estado de la población mundial 2.011, que Venezuela presenta una tasa de 101 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad, estas cifras ubican al Estado venezolano en un sitio de honor por encima de países como Ecuador, Colombia, Perú, Brasil y Chile; en este sentido, las cifras reflejadas superan el promedio de embarazos en adolescentes de Latinoamérica que es de 74 por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años y el mundial que es de 49 por cada 1.000.

De acuerdo con López ⁽²⁾ en Venezuela, el Ministerio Popular para la Salud considera que el embarazo en la adolescencia es uno de los principales problemas de salud en esta edad, ya que, 35% de las jóvenes que salen embarazadas no tienen parejas estables y estos niños no tienen el apoyo de sus padres, por lo que son un problema económico para la familia y la sociedad. Entre los retos que deben enfrentar los adolescentes están los relacionados con la práctica de su sexualidad y el riesgo que esto conlleva para su salud reproductiva, por el posible advenimiento de embarazos no deseados, sus consecuencias, así como el riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Los adolescentes y adultos jóvenes constituyen hoy día alrededor del 30% de la población mundial.

La autora antes citada, considera que los embarazos en la adolescencia, constituyen uno de los riesgos principales de partos pre-términos, bajo peso al nacer, padecimiento de enfermedad hipertensiva del embarazo de la madre, muertes materno fetales, riesgos que pueden correr las gestantes de estas edades en todo el mundo; en otros casos el niño se convierte en el hijo de la abuela, quien lo atiende y lo cuida para que su hija pueda seguir adelante; la joven no vive ni disfruta la responsabilidad de madre ni lo que esto implica, resulta relevante destacar las cifras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas (ONU) informan en cuanto que existen más de 1.000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente 83% corresponde a países subdesarrollados⁽²⁾. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde 70% de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado. Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar⁽²⁾.

Para Acevedo⁽³⁾ en un informe publicado por UNICEF, el embarazo en las adolescentes es un problema de reconocida trascendencia; diariamente se puede observar a jóvenes embarazadas en los núcleos familiares y en las calles, en ocasiones en las escuelas, en las tiendas y en otros lugares. Son muchos los factores que conllevan al ejercicio cada vez más temprano de la sexualidad en los y las adolescentes y por ende a los embarazos precoces. Según el boletín "Desafíos", una publicación de la CEPAL y UNICEF, estos factores incluyen los cambios socioeconómicos, nuevos estilos de vida e insuficiente educación sexual. De igual forma la autora hace mención que en algunos países de América Latina y el Caribe se carece de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, y no se valoran los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes. Los elementos mencionados constituyen aspectos a considerar para definir planes, programas y proyectos destinados a dar respuestas al derecho que tiene a población adolescentes a contar con servicios de salud integral con énfasis en salud sexual reproductiva, con enfoque de género y derechos humanos que contribuyan a la prevención del embarazo adolescente.

ANÁLISIS-DISERTACIÓN

La equidad de género y el empoderamiento como elemento de análisis asociado a la adolescencia y sexualidad es significativo como también la población de mujeres, adolescentes provenientes de sectores vulnerables y rurales, las cuales tienen poca participación, protagonismo y corresponsabilidad ante el problema del embarazo en adolescentes; sería interesante asociar el tema de la masculinidad ante tal problemática, inmiscuir al varón en el problema de la hembra y lograr que este apoye y conduzca a la mujer a velar por su salud. De igual forma es de gran importancia que la mujer reconozca este problema, se sensibilice ante ella mediante actividades de promoción y prevención que podrían conducirla a empoderarse mayormente de su problemática y trabajar en conjunto con las instituciones a la hora de crear mecanismos que minimicen la misma.

Para Gómez⁽⁴⁾ cuando se hace referencia al sexo, se habla de una condición natural inherente al aspecto biológico de los seres humanos, se encuentra caracterizado por el aspecto físico de cada ser, es decir la anatomía y fisiología de los humanos que los definen biológicamente y reproductivamente como hombre y mujer. En este sentido, el sexo es la manifestación hereditaria expresada en el resultado cromosómico XX y XY. El género, obedece a la representación social (significado social) resultante de la diferenciación biológica entre el hombre y la mujer; tal significado social está sujeto al conjunto de características sociales, culturales, psicológicas, jurídicas, políticas y económicas, de acuerdo al contexto histórico-cultural en que el hombre y la mujer se encuentren inmersos.

Ahora bien, las dimensiones de igualdad de género, corresponden a partir del reconocimiento de la diferenciación entre los roles asumidos por el hombre y por la mujer, pudiendo estos alcanzar el grado de igualdad basándose en la responsabilidad, conocimiento, acceso, uso y control sobre los recursos, problemas, necesidades, prioridades y oportunidades en igualdad de condiciones.

La equidad está fundamentada en los principios de justicia social y derechos humanos. Cuando se habla de equidad de género, se hace referencia a la justa distribución por sexo de las responsabilidades, acceso a los recursos y poder de decisión. La equidad como elemento socialmente alcanzable en una sociedad de iguales en términos de derechos y oportunidades, brinda al

hombre y a la mujer, instrumentos, políticas de acceso de manera equitativa prevaleciendo dentro de esa condición de igualdad criterios de acuerdo a las necesidades de género. Ahora bien empoderarse implica en ambos sexos, aun más en la mujer, que estos asuman un rol protagónico en las requerida transformación social fundamentada en el reconocimiento de los derechos; de igual forma que empoderarse de tal ideología paradigmática implica desde los estados instituciones y entes gubernamentales donde los hombre y mujeres hacen vida que estos trabajen de manera mancomunada en la asignación de recursos, servicios y la creación de políticas dirigidas al logro de una igualdad sustantiva.

De León (5) establece un punto de inflexión en lo manifestado por la antropóloga social Kate Young, donde afirma que para lograr el empoderamiento colectivo se necesita involucrar a las personas oprimidas en el proceso de toma de decisiones, para que de esta manera alcancen identificar sus necesidades y limitaciones con el objeto de que se produzca un cambio individual y colectivo. Para Schuler (6), los derechos de las mujeres son derechos humanos y apoya sus reflexiones críticas sobre este tema con los postulados teóricos de Freire, el empoderamiento está relacionado al desarrollo de una conciencia despierta, a un cambio de mentalidad frente al lugar del sujeto respecto a la naturaleza y la sociedad, condición necesaria para alcanzar una acción transformadora, para esta sociólogo el empoderamiento es considerado un proceso por medio del cual las mujeres logran incrementar su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno, una evolución en la concientización de las mujeres sobre sí misma, en sus estatus y en su eficacia en las interacciones sociales

Los elementos que caracterizan la equidad de género en salud, devienen de múltiples factores entro los cuales se encuentra la enmarcada desigualdad en los índices de morbimortalidad por sexo, la inequitativa distribución de los recursos y atención en salud acorde a las necesidades prioritarias por las diferencias de género y sexo. No existe equidad, promoviendo una diferenciación solapada entre el hombre y la mujer; es por ello que un justo equilibrio se da por la participación amplia y reconocida en cada uno de los roles del hombre y la mujer.

En este orden de ideas, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) (7), señala en su preámbulo que el

país se conforma como un Estado democrático, social de derecho y de justicia; y los valores correspondientes de esta definición se incorporan en el ordenamiento jurídico y su actuación. Es importante resaltar el contexto preliminar de la CRBV, la cual presenta como uno de los fines del Estado, la garantía universal e indivisible de los derechos humanos. A partir de lo anterior, se puede señalar que el derecho a la salud es examinado en la Carta Magna dentro de la estructura de los derechos sociales, abordándolo de la siguiente manera: en el Artículo 83, la salud se concibe como un derecho social fundamental, siendo obligación del Estado su garantía por ende es el mismo Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Así mismo, el Artículo 84, expresa que, para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social.

Luego de las consideraciones anteriores las cuales reconocen el derecho a la salud, es imprescindible resaltar lo señalado en el artículo 78, al otorgar: jerarquía constitucional a la doctrina de la protección integral de los niños, niñas y adolescentes como sujetos plenos de derechos, que deben estar protegidos por la legislación, órganos y tribunales especializados, concediéndole rango constitucional y de obligatoria aplicación a la Convención sobre los Derechos del Niño y demás tratados internacionales que en esta materia haya suscrito y ratificado el Estado venezolano. Por otro lado, es imprescindible considerar, el papel fundamental y prioritario de las familias en la vida de los niños, niñas y adolescentes, instituyendo la corresponsabilidad entre el Estado, las familias y la sociedad para garantizar, con prioridad absoluta, la protección integral de la niñez y la adolescencia, tomándose en cuenta el interés superior de este grupo, además de ordenar la implantación de un nuevo Sistema Rector Nacional para la Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia, de carácter descentralizado y participativo.

CONCLUSIONES

La Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) (8), es el cuerpo legal especialista en esta materia, aunada

con lo establecido en la CRBV, así como también en la Convención sobre los Derechos del Niño, todo este conjunto legal ampara y sirve de base para las innovadoras propuestas programáticas que se encarguen de atender a la población vulnerada en sus derechos o que se encuentren en situación de riesgo social.

En lo que respecta a “Embarazo en la Niñez y la Adolescencia”, las estrategias del Estado propuestas se han enmarcado en garantizar una atención en salud integral de calidad y en el desarrollo de una política interinstitucional para la prevención del embarazo en la Niñez y la Adolescencia con base a una cultura de respeto por la salud sexual y reproductiva de las y los niños, niñas y adolescentes; sin embargo la realidad denota lo continuo y afianzado de esta problemática en la actualidad.

En un primer momento, es imprescindible establecer programas efectivos y eficaces dirigidos a lograr educar en la práctica sexual al adolescente y la adolescente, esto implicaría ir más allá de promover conductas saludables en ellos. La significancia está en que los individuos logren identificar cuáles son sus factores de riesgos que los hacen vulnerables. En este sentido es necesario plantearse intervenciones que puedan incidir oportunamente en el ejercicio de la sexualidad sana, responsables y placentera a través de la asesoría y consejería, que involucre la participación activa de adultos responsables de la formación de las y los adolescentes, de especialistas en distintas áreas y enfoques de salud integral, de los propios adolescentes en espacios de encuentros que se desarrollen en los servicios de salud integral, así como también en los lugares donde comparten, disfrutan el tiempo libre, y ratos de ocio de ellas y ellos. Como segundo aspecto, la necesidad de hacer una revisión exhaustiva sobre lo plasmado y ejecutado dentro del marco de las políticas incluyentes expresado en los programas y proyectos que abordan el tema del derecho salud sexual y reproductiva en esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tabuas M. La Cifra en la que Venezuela supera a toda Latinoamérica. Diario El Nacional el 12 de mayo de 2013. Disponible en: http://www.el-nacional.com/siete_dias/cifra-Venezuela-supera-toda-Suramerica_0_186581596.html. 2013.

2. López Y. Conocimiento sobre sexualidad y embarazo en adolescentes. Disponible en: www.portalesmedicos.com/.../Conocimiento-sobre-sexualidad-y-embarazo-en-adolescentes-.html. 2010.
3. Acevedo L. Embarazo en adolescente. Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10191.htm. 2007.
4. Gómez E. Género y salud marco conceptual. Organización Panamericana de la Salud. Oficina de Género Diversidad y Derechos Humanos. 2010.
5. De León M. Poder y empoderamiento de las mujeres. Fondo de Documentación Mujer y Género de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 1997.
6. Schuler M. Los Derechos de las mujeres son derechos humanos: La agenda internacional del empoderamiento, en poder y empoderamiento de las mujeres. Colombia, Bogotá: TM editores. 1997.
7. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial 5.453 del 24/03/2000. 2 Ed. Caracas: Ed. Juan Garay. 1999.
8. Rodríguez F. LOPNNA Práctica. Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes Esquematisada. Caracas, Venezuela: Ediciones Paredes II, C.A. 2009.

RESUMEN: Las personas trans, en referencia a ciudadanos con identidad de género y/o expresión de género que no se corresponde con las normas sociales asociada con el sexo asignado al nacer, tienen por supuesto problemas de salud que deben ser atendidos, el problema se devela en quienes proporcionan dicha atención sanitaria, pues muchos tienen prejuicios que los lleva a discriminar. El presente escrito muestra la disertación y análisis de algunos aspectos, teorías y fundamentos sobre el origen, definición y comportamiento de la diversidad de género, con el propósito de contribuir en el campo del conocimiento a resolver este conflicto, en un mundo que inicia su entendimiento de la sexo- género-diversidad, y como intento por lograr, ya hacia el interior de las universidades venezolanas, y particularmente dentro de la Universidad de Carabobo, su transformación profunda hacia programas curriculares que contenga como herramienta formativa la diversidad de género, con especial ahínco en las carreras del sector salud, para convertir a sus profesionales en prestadores de servicio holísticos e integrales como merece la sexo-género-diversidad.

Palabras clave: Diversidad, género, sexo, personas transexuales.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los temas de género están tomando espacios importantes porque históricamente se encontraban invisibilizados, excluidos, discriminados y segregados por sexo. En Venezuela se han alcanzado importantes logros gracias al esfuerzo de los grupos organizados, a tal punto de lograr que los grupos LGBTI tengan reconocimiento. Sin embargo, factores religiosos, prejuicios y las representaciones sociales del “deber ser”, actúan como barreras o trabas sociales que dificultan a la sociedad la aceptación plena de los grupos LGBTI.

Esta realidad ha sido naturalizada, y es casi imperceptible para las personas que viven dentro de los parámetros heteronormativos, siendo ésta una situación de riesgo, ya que, estas posiciones son transferidas, a todos los miembros de la sociedad, mediante la dinámica familiar, la escuela y las instituciones en general. La homo-lesbo-transfobia, es una realidad que afecta a este grupo de personas en todos los aspectos, legales, educativos, de salud,

personal y emocional y es tarea de todos minimizar el impacto de la discriminación de los grupos excluidos en el país.

Por otro lado, la discusión internacional sobre los Derechos Humanos de los grupos LGTBI es un hecho que paulatinamente se está dando, por tanto, es menester de las Universidades primeramente revisar a lo interno la postura ideológica genérica que tienen quienes generan el conocimiento, y por supuesto de los alumnos quienes se forman, particularmente como proveedores de salud, con el fin de proporcionar las herramientas necesarias para el reconocimiento de estos grupos vulnerados y de esta manera evitar que se conviertan en reproductores de conductas discriminatorias. Otro aspecto, es generar investigaciones para que sirvan de base a futuros programas de salud así como también de cimientos para las nuevas generaciones.

Estas transformaciones de seguro en el futuro cercano se concretarán, por ello es imprescindible que las Universidades vayan de la mano con las dinámicas y cambios que la sociedad exige bajo enfoques holísticos, integrales, cualitativos, entre otros. Este escrito pretende describir las relaciones dialécticas entre la academia y la sociedad, como aporte significativo a la teoría de género de los cuales se han desarrollado numerosos textos que, desde diversas disciplinas han descubierto problemas y denunciado las inequidades y discriminación en todo el mundo. Tales estudios parten de diferentes campos disciplinares que van desde la antropología, la historia, la biología, la sociología, la psicología, y la educación. De acuerdo con el grado de generalidad y abstracción con que se aborde el problema del género, y en tanto el análisis no parta únicamente de investigaciones empíricas, a este tipo de documentos se les denomina teoría de género.

ANÁLISIS-DISERTACIÓN

En este apartado, se pretende mostrar la perspectiva de género en relación a la construcción de la identidad, por ejemplo, desde el punto de vista médico o biológico, en este sentido Mazuelos (1999) establece como causal etiológico de la transexualidad el aspecto clínico, señalando que aunque actualmente no se tiene conocimiento exacto de la etiología de la transexualidad, si existen teorías biologicistas que tratan de explicar dicho fenómeno, tal es

el caso de la Teoría Genética, que establece que el origen de la transexualidad se encuentra en una alteración en el sexo genético. No es muy afortunada esta teoría y es difícil de admitir, ya que el transexual tiene el cariotipo de su verdadero sexo y en él no se da ninguna alteración genética demostrable.

Entonces, desde el punto de vista biologicista la clasificación médica occidental vigente cataloga a este grupo con el epígrafe de transexualidad, condición que, "per se", es considerada patológica, una realidad en sí misma problemática, por tanto, esta clasificación médica que continúa hoy día sin ser interrogada, debe ser objeto de revisión. En este sentido, el paradigma en el que se inspiran los procedimientos actuales de atención a la transexualidad reduce los procesos médicos a solo dos maneras de vivir y habitar el mundo, como una especie de "normalización binaria" (hombre y mujer), las consideradas estadística y políticamente "normales". En relación a estos procesos, se genera en el afectado una resistencia a adaptarse a las definiciones psiquiátricas de hombre y mujer para poder vivir con sus identidades y para que el valor de sus vidas sea reconocido sin la renuncia a la diversidad constituida.

Asimismo, la transexualidad se ha convertido en asunto de bioética a medida que la medicina desarrolla las competencias quirúrgicas para intervenir en la transexualidad y adaptar los órganos genitales a la identidad sexual. El dilema ético de la transexualidad fue construido a lo largo de tres ejes, mismos que obedecen a las preguntas reflexivas siguientes: ¿Acaso efectivamente existe la transexualidad genuina? ¿Es legítima la intervención quirúrgica en casos que los padecimientos sean predominantemente psicológicos y sociales? y por último ¿Puede la medicina justificar la audacia de remodelar quirúrgicamente la anatomía que biológicamente es normal aunque rechazada por los transexuales como aberrantes?

Es prudente, entender que los conflictos bioéticos para las personas trans no se generan exclusivamente de la intervención quirúrgica, existen otros ejes a considerar también envueltos en la dialéctica del "ser" y el "deber ser". Entre los proveedores de salud la condición dicotómica anterior se ve supeditada por los esquemas, concepciones, juicios y prejuicios de cada individuo, ya sea un médico, una enfermera, o incluso otro paciente. Es por ello, la necesidad fundamental de incentivar la contralectura en el pensum oculto de las universidades, a tal punto de convertir el tema trans en materia

obligada, particularmente por el conocimiento de la resistencia que esta cuestión puede generar. Esto resulta particularmente importante porque el mundo está cambiando a favor de la inclusión, en consecuencia la universidad no puede permanecer de espaldas a las transformaciones que exige la sociedad, en este sentido la acción articulada entre universidad y programas estatales de salud fortalecerían el respeto por la diversidad.

Argumentos, los precedentes, que tiene asidero en que el trato discriminatorio a las personas trans por parte del personal de salud puede deberse a que los mismos no han sido formados sobre las necesidades de este grupo. Por lo tanto, no es de extrañar que los profesionales experimenten incomodidad con lo desconocido cuando se encuentran con consultantes cuya identidad o expresión de género no corresponde con su sexo natal asignado. Además, los profesionales pueden haber adquirido información incorrecta, lo cual inhibe su capacidad para proporcionar una atención óptima a las personas trans; aunado a esto la revisión de la literatura sugiere que la investigación en salud trans, especialmente en Latinoamérica y el Caribe, es extremadamente limitada.

Esta realidad es plasmada en una investigación realizada por Villasana (2013) cuyo objetivo fue determinar la percepción que tienen los formadores de profesionales de la salud en cuanto a la atención en salud de la población sexo-género diversa, en la Escuela de Medicina Dr. Witremundo Torrealba de la Universidad de Carabobo- Núcleo Aragua, en donde encuestaron a 136 docentes. Aunque este estudio no fue realizado enfocado en la transexualidad, es representativo la discusión en cuando a la población sexo-género diversa. En dicho estudio y específicamente en relación a la formación de las y los profesionales para atención a la salud en 84,0% les hubiese gustado recibir información acerca de la sexo-género-diversidad durante su propio proceso de formación profesional. Igualmente 50,4 % opina que actualmente las/los estudiantes de medicina no son bien formados e informados acerca de la temática sexo-género-diversidad.

En la discusión dada por estos investigadores, una cifra significativa, él 81,5% de los docentes opinan que se deberían incluir contenidos acerca del tema en el pensum de estudios de medicina, y 85,2% manifiestan disposición a impartir en sus cátedras información sobre sexo-género-diversidad a sus alumnos

y alumnas. Según ellos, puede alcanzarse un posición favorable a la disposición versus al desconcierto, a la rigidez y el apego a las posiciones socialmente “aceptadas” de los pensum de estudios y a los complicados mecanismos para producir cambios, los cuales podrían estar “funcionando como obstáculos o mecanismos disuasivos, obligando a la pregunta por la autonomía y la libertad de cátedra en nuestras universidades”.

Hasta aquí lo antes descrito exige la revisión de la definición y construcción humana bajo estructuras en apariencia monolíticas que afecta la inter e intra relación, en primera instancia con sí mismos y en segunda instancia con el entorno, pues se vive en un supuesto de igualdad, aferrados a la concepción única del “deber ser de la sexualidad”, que al enfrentarse con la diversidad la “norma” omnipresente excluye o margina a las personas que no encajan dentro de la estructura como se ha evidenciado a la largo de la historia, cabe entonces preguntarse ¿Dónde queda el ser más allá del cuerpo, más allá del ser social, del ser constituido y etiquetado? ¿Dónde quedamos? y ¿Para quién quedamos? Conviene igualmente indagar sobre la forma en que conciben el sexo, género y sexualidad las religiones, la política, el deporte entre otros, es decir ¿Cómo los ven cada uno de ellos? ¿Cuáles han sido sus construcciones en relación a lo antes mencionado? ¿Qué es imaginario y simbólico?

En resumen las transformaciones sociales respecto a la diversidad de las identidades de género se vienen dando paulatinamente a nivel mundial, en ello radica la importancia de que las Universidades vayan de la mano con esta dinámica de cambio bajo enfoques holísticos, integrales y cualitativos, partiendo del entendido de que corresponde a las casas de educación superior, particularmente en su área socio-sanitaria, impulsar las reformas curriculares en pro de la diversidad y la aplicación de los derechos humanos, entre ellos la libertad, el respeto a quienes desean ser ellos mismos.

REFERENCIA

- Balza I. Bioética de los cuerpos sexuados: transexualidad, intersexualidad y transgerismo. ISEGORÍA. Revista de Filosofía, Moral y Política 2009; 40:254-258.
- Butler J. El género en disputa. J. ed Paidós, Barcelona, España. 2001.

Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. Recuperado en Noviembre 2013 en: http://www.wpath.org/publications_standards.cfm. 2011. Documento para la salud de personas Trans en Latinoamérica y el Caribe. Disponible en http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Por_la_Salud_de_las_Personas_Trans.pdf. 2009.

Informe sobre la Situación de las Personas LGBTI Venezuela presentado ante la CIDH en el año 2012. Disponible en <http://amnistia.me/profiles/blogs/informe-sobre-la-situacion-de-las-personas-lgbti-venezuela>. 2012.

Manifiesto Red Internacional por la Despatologización Trans. Disponible en <http://www.stp2012.info/old/es>. 2012.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Disponible en <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>. 2013.

Mazuelos J. Problemas éticos del transexualismo. Revista Bioética y Ciencias de la Salud 1999; 3(4).

