



ENFERMERÍA HISTORIA *e*INVESTIGACIÓN

VOLUMEN

6

Nº 1 ENERO-JUNIO 2019

ISSNe 2542-3444

DE
UNIFORME
BLANCO

PERMANENTE

GUARDIAN

DE LA SALUD DEL ESCOLAR



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES
VENEZUELA

ESCUELA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MÉRIDA, VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

AUTORIDADES

RECTOR

Mario Bonucci Rossini

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Manuel Aranguren

VICERRECTORA ACADÉMICA

Patricia Rosenzweig

SECRETARIO

José María Andérez

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Gerardo J. Tovitto Paredes

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

Asdrúbal Velasco

EQUIPO EDITORIAL

DIRECTORA

Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

EDITOR

Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

COMITÉ EDITORIAL

Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Asdrúbal Velasco Cañas, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

COMITÉ CIENTÍFICO Y DE ARBITRAJE

Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Karina Díaz Morales, Universidad Autónoma Nuevo León (UANL, México)

Camilo Eduardo Bautista Saavedra, Universidad de Boyacá, Colombia

Viviana Marycel Céspedes, Universidad Nacional de Colombia (UNAL, Colombia)

Olga Osorio Murillo, Universidad Libre, Colombia

María Luisa Molano, Universidad de Carabobo (UC, Venezuela)

Digna Escobar, Universidad de Carabobo (UC, Venezuela)

Ricardo Ruiz, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, Venezuela)

Asdrúbal Velasco Cañas, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

María Teresa Miralles, Universidad Alcalá de Henares (UAH, España)

CONCEPTO GRÁFICO Y DISEÑO EDITORIAL María Gabriela Alarcón mgdisena@gmail.com

IMAGEN DE PORTADA tomada del Periódico SER (1968), publicación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), Caracas, Venezuela

Todos los derechos reservados. El contenido de esta revista está protegido por la Ley. No puede ser reproducida, ni registrada o transmitida por cualquier medio de recuperación de información sin el permiso previo, por escrito, de los editores.

© 2019. Universidad de Los Andes.

Depósito Legal: ppi201502ME4601. ISSN electrónico: 2542-3444

Este número ha sido publicado gracias al apoyo de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

El Grupo de Investigación «Historia y Pensamiento Enfermero» adscrito al Departamento Médico Quirúrgico de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes (ULA) y reconocido por el Consejo de Desarrollo, Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes (CDCHTA) del Vicerrectorado Académico de la ULA, bajo el código: ZG-HPE-M-01-11-06 de fecha 07/07/11, y el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería Venezolana, basados en las líneas de investigación: **Historia de la Enfermería en Venezuela y Proceso Enfermero, manifiesta crear la revista científica Enfermería, Historia e Investigación (EHI), a fin de divulgar artículos originales e inéditos, notas científicas, casos clínicos y revisiones documentales actualizadas de las áreas citadas; siendo estas, aportadas por los investigadores, estudiantes universitarios, profesionales, comunidad y público en general con información científica, humanística y tecnológica; local, regional, nacional e internacional, enfocada en la academia, asistencia y gremio en las Ciencias de la Enfermería.**

6-7 EDITORIAL
ANA DOLORES GUILLÉN G. (LOLITA)

INVESTIGACIÓN

8-18 Cateterismo vesical versus infecciones urinarias
Vesical cathetery versus urinary infections
YASMÍN RAMÍREZ ZERPA, ALBA FERNÁNDEZ

ENSAYO

19-26 Aproximación metodológica cualitativa
para la comprensión del valor social
de la enfermería venezolana
*Qualitative methodological approach for understanding
the social value of venezuelan nursing*
EDUARDO JOSÉ SÁNCHEZ

ENSAYO

27-38 Justificación sociopolítica del proyecto
de ampliación del instituto de previsión social del profesorado
de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.
*Sociopolitical justification for the expansion
project of the social welfare institute of professors
of the University of Los Andes, Mérida-Venezuela.*
GUSTAVO ALCÁNTARA MORENO
VIRGILIO CASTILLO BLANCO

RESEÑA

40-53 El bachillerato asistencial “Mención Enfermería”
(Venezuela 1972- 1987)
*The nursing baccalaureate “Nursing Mention”
(Venezuela 1972-1987)*
MARÍA DEL CARMEN ÁLVAREZ
LILIA BETANCOURT



RESEÑA

54-63 Institucionalización educativa
de la enfermería en Venezuela
Educational institutionalization of nursing in Venezuela
EDUARDO JOSÉ SÁNCHEZ

ACTIVIDAD CIENTÍFICA

64-66 Diplomado Básico en Cuidado Domiciliario

EDITORIAL

EDITORIAL

Lcda. Ana Dolores Guillén G. (Lolita)

Enfermera jubilada luchadora social por el bien común, la salud y el progreso de la Enfermería.

E-mail: adguig35@hotmail.com

Enfermería es una disciplina con valores intrínsecos que nos fortalecen para no detenernos ante la adversidad, luchamos incansablemente como guerreras (os) por la defensa de la vida, la salud y el bien común, razones convincentes para elevar nuestros conocimientos y capacidad de trabajo al perfeccionamiento del “cuidado de enfermería”, razón de nuestra profesión.

La Revista Electrónica “Enfermería, Historia, Investigación” (EHI), de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes representa un órgano divulgativo de interés profesional, está bajo la dirección de profesionales exitosos que en este tiempo de crisis social, política y financiera tanto de la universidad como del país, han mantenido con elevado sentido de responsabilidad la programación de esta forma de divulgación, por lo que felicito al comité editorial, destacando la entrega, perseverancia y motivación de la Dra. Alba Rosa Fernández y del profesor Eduardo Sánchez Uzcátegui, Directora y Editor de la Revista EHI, respectivamente.

La presente edición al igual que las anteriores va dirigida a profesionales de la enfermería comunitaria, hospitalaria y docentes, en reconocimiento a los trabajos que han obtenido la mención publicación o a los que los autores consideren que reúnen la calidad para ser publicables, lo que permitiría profundizar en la investigación científica, así como, la divulgación de trabajos de investigación de estudiantes de pre y post-grado que enriquezcan el portafolio de credenciales tanto del estudiante como del profesional.

Considero de importancia para el crecimiento del profesional en servicio, la publicación de casos clínicos y trabajos de investigación, medios importantes para desarrollar la competencia técnico-científico a nivel local, regional y nacional.

Espero que las autoridades de la Universidad de Los Andes (ULA), valoren el esfuerzo y la actividad permanente del personal administrativo y docente de la Escuela de Enfermería, para realizar planes y proyectos relacionados con diplomados, post-gradados y sostener activa la Revista EHI, como ya se mencionó, en momentos críticos de la universidad y del país.

Que Dios bendiga la constancia, nos de sabiduría y fortalezas para continuar luchando por la vida, la salud y la justicia.

Recibido: 21/1/19 Aceptado: 6/3/19

INVESTIGACIÓN

CATETERISMO VESICAL VERSUS INFECCIONES URINARIAS

VESICAL CATHETERY VERSUS URINARY INFECTIONS

Yasmín Ramírez Zerpa (Lcda.)¹
Alba Fernández (Dra.)²

(1) Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería en Cuidado al Paciente en Estado Crítico. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, Venezuela.

Correo electrónico: jazzyasmincita@gmail.com

(2) Profesora Titular Jubilada, Escuela de Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA). Mérida-Venezuela. Magíster en Gerencia Educacional. Doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia (UN). Postdoctora en Gerencia para el Desarrollo Humano (ULA). Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero (ULA). Investigadora acreditada.

Correo electrónico: revistaehi@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: establecer la relación entre el cateterismo vesical y las infecciones urinarias. **Métodos:** fue un estudio descriptivo, con diseño de campo, de corte transversal, de seguimiento, prospectivo y analítico. La población muestral estuvo constituida por 36 profesionales de enfermería (según criterios de exclusión) que laboraban en la UCI del IAHULA y por 7 pacientes que ingresaron a esta unidad, seleccionados de manera intencional. A enfermería, se le aplicó una encuesta dicotómica y a los pacientes se les realizó uroanálisis antes y después del cateterismo vesical. **Resultados:** en relación al conocimiento de enfermería: el 80,5% consideró incorrecto que el cateterismo vesical consiste en introducir un catéter desde el meato uretral hasta la próstata; 94,4% eligió la respuesta correcta sobre la asepsia del meato urinario en la mujer; el 97,2% mencionó correcto que después del cateterismo vesical se debe regresar el prepucio a su posición para evitar la parafimosis; para el 86,1% la infección urinaria está asociada al cateterismo vesical 48 horas después de la colocación de la sonda; un 83,3% respondió correcto que las manifestaciones clínicas más frecuentes de infección urinaria son: fiebre >38°C, hematuria aguda y disuria; 77,7% desconocía el tiempo para el lavado de manos; 83,3% indicó incorrecto que el reflujo de orina hacia la vejiga se evita elevando la bolsa colectora. En cuanto a los pacientes: tenían edades entre 16 a 56 años, con una media de 33 años; 71% masculinos; el urocultivo postcateterismo vesical de los pacientes 1, 2, 3 y 6 reportó *Candida spp.* **Conclusión:** existe una relación entre el cateterismo vesical y las ITU en pacientes que ingresaron a la UCI del IAHULA de Mérida durante febrero-junio 2017.

Palabras clave: cateterismo vesical, infecciones del tracto urinario, enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

Objective: to establish the relationship between bladder catheterization and urinary infection. **Methods:** it was a descriptive study, with field design, cross-sectional, as well as a cohort or monitoring study, prospective and analytical. The sample population was constituted by 36 nursing professionals (according to exclusion criteria) that worked in the ICU of IAHULA and also by 7 patients who entered the unit, chosen intentionally. To nursing, a dichotomous survey was applied and a urinalysis was made to the patients before and after bladder catheterization. **Results:** regarding nursing knowledge: the 80.5% considered incorrect that bladder catheterization consists in introducing a catheter from the urethral meatus to the prostate, 94.4% chose the correct answer about the asepsis of the urethral meatus on women, 97.2% mentioned correctly that after bladder catheterization the foreskin must be returned to its position in order to avoid paraphimosis, for the 86.1% the urinary infection is associated to the bladder catheterization 48 hours after the catheter implantation; an 83.3% answered correctly that the most frequent manifestations of urinary infection are: fever over 38°C, acute haematuria and dysuria, 77.7% ignored the time for washing hands, 83.3% indicated incorrectly that the reflux of urine to the bladder is avoided lifting the collection bag. Regarding patients: they had ages between 16 to 56 years, with an average age of 33 years, 71% male, the urine culture after bladder catheterization of patients 1, 2, 3, and 6, reported *Candida spp.* **Conclusion:** there exist a relationship between bladder catheterization and urinary tract infections in patients who entered to the ICU of IAHULA from Mérida during the period of February-June 2017.

Key words: bladder catheterization, urinary tract infections, nursing, Intensive Care Unit.

—INTRODUCCIÓN

El cateterismo vesical es el procedimiento invasivo mediante el cual se introduce una sonda estéril, a través de la uretra hacia el interior de la vejiga urinaria con fines diagnósticos y terapéuticos; se ha reportado que con esta técnica existe un alto riesgo de infección del tracto urinario (ITU), por la entrada de microorganismos al interior de la vejiga^{1,2}. Las ITU representan el 24,92% de las infecciones nosocomiales investigadas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI); se asocia a un aumento de la morbi-mortalidad y de la estancia y costos hospitalarios; comprometiendo la seguridad de los pacientes. Por lo que, la prevalencia de la ITU en la UCI está directamente relacionada con el uso generalizado del catéter uretral (CU)³.

Así, en un reporte de infecciones nosocomiales se evidenció que en 525 pacientes (32,19%) ingresados en diferentes UCI se diagnosticaron infecciones urinarias relacionadas con el sondaje uretral⁴. Ante esta situación, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁵, propone realizar la vigilancia de infecciones urinarias asociadas al sondaje vesical en las UCI, donde el profesional de prevención y control de infecciones use distintas fuentes para detectar las infecciones sufridas por un paciente durante su estadía, como son: registros de temperatura, uso de antibióticos, urocultivos, evolución del paciente, indicaciones médicas y registros de enfermería.

Es necesario mencionar que entre los factores de riesgo para padecer de ITU se identifican aquellos inherentes al proceso de cateterización como: su uso no justificado, las fallas en el cuidado y la duración del mismo, considerando que por cada día de permanencia del dispositivo, el riesgo de infección es de 5% y su incidencia varía entre el 17% a 44% en las UCI⁶.

Lo anterior es ratificado por algunos autores, con base a investigaciones previas, al estimar que entre el 17% al 60% de las ITU asociadas a catéter (ITUAC) pueden prevenirse mediante recomendaciones de control basadas en la evidencia. Estas medidas han delineado un conjunto de estrategias las cuales se fundamentan en los siguientes aspectos: indicaciones apropiadas, técnicas adecuadas de colocación, mantenimiento del catéter y retiro del mismo lo más pronto posible⁷.

Específicamente en Venezuela, para el año 2011, la Sociedad Venezolana de Urología realizó el Primer Consenso Venezolano de Infección Urinaria donde manifestó que en el país no hay datos sobre la prevalencia de los distintos tipos de ITU y su repercusión sobre la calidad de vida de la población afectada; aunque destacó que del 40% de todas las infecciones nosocomiales, la mayoría de los casos estaba asociada a la colocación de catéteres vesicales⁸.

En la actualidad no se cuenta en el estado Mérida con informes estadísticos sobre la incidencia de las ITU relacionadas con la utilización del catéter vesical; sin embargo, es importante señalar que durante las prácticas, como estudiante del Postgrado de Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico de la Universidad de Los Andes (ULA) se pudo observar la incidencia de dicha afección en usuarios hospitalizados en la UCI del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) a los cuales se les había realizado un cateterismo vesical durante su estancia hospitalaria en dicha unidad, agregándoles otro problema de salud aunado a los costos y la seguridad de los mismos, debido a que aparentemente no se aplican las medidas de prevención.

En tal sentido, el objetivo del presente artículo (producto de un trabajo de investigación) es establecer la relación entre el cateterismo vesical y las infecciones urinarias.

—METODOLOGÍA

La relación enfermera-paciente, estuvo basada en la vulnerabilidad propia de los usuarios que se encuentran en la UCI y se fundamentó en el total acatamiento a los principios éticos y morales que forman parte esencial de las intervenciones necesarias realizadas por enfermería, como el respeto a la dignidad humana, responsabilidad y el secreto profesional⁹.

El estudio, en primer lugar, fue de tipo descriptivo, con diseño de campo, de corte transversal. En segundo lugar, se trató de un estudio de cohorte o de seguimiento, prospectivo y analítico. La finalidad del estudio descriptivo es observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural y algunas veces proporciona el punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de la teoría¹⁰. Esta investigación cumplió con lo expresado, debido a que permitió establecer la relación entre el cateterismo vesical y las ITU.

Por otra parte, el diseño de campo consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar las variables¹⁰, por lo que se considera que éste fue un trabajo de campo, dado que la información recolectada se obtuvo de forma directa del personal de enfermería que labora en la UCI del IAHULA.

Los estudios de corte transversal implican la obtención de datos en un momento específico. Los fenómenos se captan según se manifiestan, durante un periodo de recolecta de información¹⁰. En tal sentido, la presente investigación correspondió a un estudio de corte transversal porque los datos fueron recolectados en un lapso de tiempo determinado entre los meses de febrero y junio de 2017.

Los estudios de cohorte analíticos se realizan sin la manipulación deliberada de las variables y sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural¹¹. En este tipo de estudio, se determina la causa o el factor de riesgo asociado a determinado fenómeno¹². Por lo tanto, en esta investigación, se indagó si la variable independiente, el cateterismo vesical (causa) era el factor asociado o condicionante para la presencia de las ITU, variable dependiente (efecto).

Por otra parte, los estudios de cohorte prospectivos, requieren un seguimiento en el futuro para determinar la incidencia del fenómeno o la enfermedad¹², como se efectuó en este estudio, proceso que se describe seguidamente.

La población muestral estuvo constituida por 36 profesionales de enfermería que laboraban en la UCI del IAHULA, delimitados a través de criterios de exclusión y por 7 pacientes que se escogieron través del muestreo no probabilístico del tipo intencional o deliberado (donde el investigador selecciona los elementos que a su juicio son representativos, lo que exige un conocimiento previo de la población que se investiga¹³), la principal característica era que no tuvieran presencia de un catéter vesical a su ingreso a la UCI.

Una vez ingresados a la unidad y en cuanto fue indicada la colocación de la sonda vesical, se procedió a la primera recolección de muestra de orina (uroanálisis), con la finalidad de determinar la ausencia de ITU. Al tercer día de la permanencia del sondaje, se realizó la segunda toma de muestra de orina, con el propósito de determinar la relación del cateterismo vesical con la posible presencia de infecciones del tracto urinario.

Ambas muestras se recolectaron en jeringas de 5 ml mediante la técnica de punción de la sonda, previa asepsia en el sitio indicado. Igualmente, cada muestra fue procesada y analizada en apoyo conjunto con el Laboratorio de la Emergencia del IAHULA. En los pacientes que tuvieron una estadía hospitalaria mayor a 15 días, se procedió a identificar el agente etiológico a través de análisis de urocultivo, contándose con el apoyo del Laboratorio de Microbiología de dicha institución.

Para realizar la presente investigación se elaboró junto con la tutora un instrumento tipo encuesta dicotómica (correcto e incorrecto), el cual constó de 4 partes. La primera parte estuvo constituida por 10 ítems relativos al conocimiento del cateterismo vesical; la segunda con 6 ítems acerca del conocimiento de las ITU; la tercera compuesta por 4 ítems donde se indagó acerca de los cuidados de enfermería para la prevención de las ITU y la cuarta parte (3 ítems) los cuales permitieron documentar información acerca de datos sociodemográficos de los pacientes y de resultados o diagnóstico del cateterismo vesical versus las ITU. En total este instrumento quedó conformado por 23 ítems. Se consideró que fue un instrumento fácil de interpretar y rápido de usar, ya que se pudo aplicar en un tiempo promedio de 3 a 5 minutos.

La validación del instrumento se ejecutó a través de la técnica de juicio de tres expertos en el área de enfermería. Dichos profesionales revisaron y validaron el cuestionario, en cuanto al contenido, redacción de los ítems, y su congruencia con los objetivos y las variables consideradas en la investigación. Posteriormente, se cumplió con los ajustes pertinentes y se elaboró el instrumento definitivo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los datos obtenidos en cuadros, siguiendo la operacionalización de las variables y el instrumento, con los respectivos análisis cuantitativos y cualitativos de los ítems más resaltantes.

CUADRO 1. CONOCIMIENTO ACERCA DEL CATETERISMO VESICAL

ITEM	ENUNCIADO	CORRECTO		INCORRECTO	
		f	%	f	%
1	El cateterismo vesical consiste en introducir un catéter desde el meato uretral hasta la próstata	7	19,4	29	80,5
2	En el cateterismo intermitente la sonda queda fija en la vejiga a través de un pequeño globo	9	25	27	75
3	La sonda de Foley de un lumen se utiliza para el cateterismo permanente	28	77,7	8	22,2
4	Dentro del equipo para el cateterismo intermitente se incluye una jeringa de 10ml	17	47,2	9	52,7
5	Para el cateterismo permanente se requiere de una bolsa colectora	36	100	-	-
6	La asepsia del meato urinario en la mujer se realiza con movimientos de arrastre de arriba hacia abajo	34	94,4	2	5,5
7	En el cateterismo vesical en la mujer se introduce la sonda hasta que se observe el flujo de orina	16	44,4	20	55,5
8	La posición adecuada para el cateterismo vesical en el hombre es decúbito supino	33	91,6	3	8,3
9	Después del cateterismo vesical en el hombre se debe regresar el prepucio a su posición para evitar la parafimosis	35	97,2	1	2,7
10	A todo paciente, después del cateterismo vesical, se le fija externamente la sonda a uno de los muslos con adhesivo	35	97,2	1	2,7

Fuente: Instrumento aplicado.

En los resultados del **CUADRO 1**, se observa que en el ítem 1, el 80,5% del personal de enfermería, consideró como incorrecto que el cateterismo vesical consiste en introducir un catéter desde el meato uretral hasta la próstata. El cateterismo vesical es la introducción de un catéter desde el meato uretral hasta la vejiga¹.

En el ítem 2, se evidencia que el 75% seleccionó la opción incorrecta con respecto a que en el cateterismo intermitente la sonda queda fija en la vejiga a través de un pequeño globo. Al respecto, hay autores que refieren que en el cateterismo permanente (no en el intermitente) el catéter queda fijo en la vejiga a través de un pequeño globo inflado en el extremo, impidiendo que dicha sonda se deslice fuera del cuerpo¹⁴.

En cuanto al ítem 6, sobre si la asepsia del meato urinario en la mujer se realiza con movimientos de arrastre de arriba hacia abajo el 94,4% eligió la respuesta correcta, coincidiendo con lo expuesto por uno de los autores revisados². En el ítem 7, el 55,5% cree que en el cateterismo vesical en la mujer se introduce la sonda hasta que se observe el flujo de orina; lo que es incorrecto; ya que la sonda se debe introducir completamente hasta la bifurcación de la misma, lo ratifica el autor antes mencionado.

Para el ítem 9, sobre si después del cateterismo vesical en el hombre se debe regresar el prepucio a su posición para evitar la parafimosis, el 97,2% lo consideró como correcto. Sin embargo, al contrastar con uno de los antecedentes, el personal evaluado en un 68% desconocía que la parafimosis es el edema del tejido del prepucio, producto de no ubicarlo, posterior al cateterismo, a su posición anatómica normal, lo que junto con otros aspectos, permitió concluir que el personal de enfermería poseía pocos conocimientos acerca del cateterismo vesical permanente en hombres¹⁵.

CUADRO 2 CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

ITEM	ENUNCIADO	CORRECTO		INCORRECTO	
		f	%	f	%
11	La infección urinaria asociada al cateterismo vesical (IUACV) es la aparición de infección en el tracto urinario 48 horas después de la colocación de la sonda	31	86,1	5	13,8
12	La cistitis aguda es la infección limitada al parénquima renal	6	16,6	30	83,3
13	El principal agente etiológico de la infección urinaria es la <i>Cándida</i> spp	12	33,3	24	66,6
14	Las manifestaciones clínicas más frecuentes de infección urinaria son: fiebre >38°C, hematuria aguda y disuria	30	83,3	6	16,6
15	La tira reactiva se usa para detectar la presencia de nitritos y esterazas leucocitarias	25	69,4	11	30,5
16	La principal prueba para el diagnóstico etiológico de infección urinaria es la prueba de Gram	20	55,5	16	44,4

Fuente: Ídem.

En el **CUADRO 2**, respecto al ítem 11, se obtuvo la opción correcta en un 86,1% acerca de que la IUACV es la aparición de infección en el tracto urinario 48 horas después de la colocación de la sonda; lo que concuerda con lo mencionado por uno de los antecedentes¹⁶. Mientras que, difiere de otro, donde el 78,4% de los pacientes con bacteriuria fueron los que pasaron más de una semana con la sonda¹⁷.

En cuanto al ítem 13, el 66,6% reportó como incorrecto que la *Cándida spp* es el principal agente etiológico de las ITU; el personal acertó la respuesta ya que el principal agente causal de las ITU es la *Escherichia coli*¹⁸, siendo identificada en un 52,94% de los pacientes que tenían más de 5 días con cateterismo vesical¹⁹. En el ítem 14, el 83,3% respondió de manera correcta que las manifestaciones clínicas más frecuentes de infección urinaria son: fiebre >38°C, hematuria aguda y disuria, lo que se relaciona con una de las investigaciones consultadas²².

En cuanto al ítem 16, el 55,5% manifestó como correcto que la principal prueba para el diagnóstico etiológico de infección urinaria es la prueba de Gram. El personal erró la respuesta, ya que el urocultivo es la principal prueba para el diagnóstico etiológico de ITU y dependerá de la técnica empleada en la recolección de la muestra así como del número y tipo de microorganismos que se desarrollen en el medio para cultivo²⁰.

CUADRO 3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

ITEM	ENUNCIADO	CORRECTO		INCORRECTO	
		f	%	f	%
17	En el lavado de manos se debe friccionar con jabón entre 2 y 3 segundos	28	77,7	8	22,2
18	En todo paciente con cateterismo vesical se le debe asegurar la hidratación solo por fluidoterapia	5	13,8	31	86,1
19	La sonda vesical se debe mover diariamente en forma rotatoria	30	83,3	6	16,6
20	El reflujo de orina hacia la vejiga se evita elevando la bolsa colectora	62	16,63	30	83,3

Fuente: Ídem.

En el **CUADRO 3**, respecto al ítem 17, el 77,7% contestó que en el lavado de manos se debe friccionar con jabón entre 2 y 3 segundos, lo que es incorrecto ya que la OPS, recomienda que esta fricción con jabón debe durar entre 10 y 15 segundos²¹. En el ítem 19, sobre el cuidado de enfermería de mover diariamente la sonda vesical en forma rotatoria el 83,3% respondió de manera correcta lo que confirma la misma organización y que es con el fin de evitar adherencias a la uretra.

Para relacionar el cateterismo vesical con la presencia de ITU en pacientes hospitalizados en la UCI del IAHULA, se procedió con los pasos presentados en la metodología, los hallazgos fueron: se captaron 7 pacientes que ingresaron a la UCI (a quienes se les asignó un número del 1 al 7); en edades comprendidas entre 16 a 56 años, con una media de 33 años; lo que difiere de varios estudios, cuyos pacientes eran mayores de 60 años¹⁷ y aproximadamente 50% pertenecía al grupo de edad de 70 años¹⁹; la mayoría de los pacientes eran del género masculino (71%); comparable con otro antecedente, al hallar un predominio de los hombres¹⁷.

El primer uroanálisis de los pacientes reportó resultados alterados, donde el paciente asignado con el número 5, reflejó datos más elevados. En el segundo uroanálisis, los pacientes 1, 3, 5, 6 y 7 registraron cifras significativas en las características analizadas, sobre todo en aspecto, leucocitos y bacterias. En cuanto al urocultivo, en los pacientes 1, 2, 3 y 6 se obtuvo la presencia de microorganismos, siendo el más frecuente la *Candida spp*, lo que es indicativo de ITU.

De acuerdo a algunos investigadores, el diagnóstico de ITU se basa en criterios clínicos y de laboratorio^{22, 20}. Por lo tanto, el presente estudio, se enfocó en determinar las ITU, considerando los criterios de laboratorio del hospital:

- Uroanálisis, cuyas muestras de orina se procesan en analizadores automáticos y determinan la leucocituria y bacteriuria; en este último método, se tendrá en cuenta como resultado significativo una piuria mayor a 10 leucocitos por campo. En este estudio, los piocitos no registraron esos valores (0xc a 2xc).
- Urocultivo, es la principal prueba para el diagnóstico etiológico de ITU. El resultado que reporte dependerá de la técnica empleada en la recolección de la muestra así como del número y tipo de microorganismos que se desarrollen en el medio para cultivo, por lo tanto se considera como significativo, entre otros: el aislamiento de uno o dos gérmenes uropatógenos con un recuento igual o mayor a 104 unidades formadoras de colonia por mililitro (UFC/ml) en muestra de orina obtenida desde la sonda vesical.

En la presente investigación se evidenció que en los urocultivos de cuatro pacientes (1, 2, 3 y 6), se reportó la presencia de microorganismos: *Candida spp*, *Escherichia coli* y *Staphylococcus aureus*. En la guía clínica para la prevención de infección de orina asociada a sonda vesical, se establece entre otras, la siguiente pauta para el diagnóstico de ITU asociada a catéter²³: paciente portador de catéter urinario por más de 2 días, siendo el día de la colocación del dispositivo el día 1, con permanencia del mismo y con urocultivo positivo con recuento ≥ 105 unidades formadoras de colonias (UFC/ml), con no más de 2 especies de microorganismos.

En una investigación se ilustra esa pauta, los factores que propiciaron la infección estuvieron asociados a la prolongación del cateterismo vesical, al grupo etario (tercera edad) y en un 78,4% de los pacientes con bacteriuria fueron los que pasaron más de una semana con la sonda y al sistema abierto de drenaje¹⁷.

Mientras que, en otro estudio, se diagnosticó la ITU en 13,33% de los pacientes antes de la colocación de la sonda vesical y en 43,33% después de cinco días del cateterismo; estos últimos tuvieron 4,97 veces el riesgo de padecer ITU que el resto; se aislaron mayoritariamente enterobacterias, especialmente, *Escherichia coli*, en un 52,94%¹⁹.

Entonces, la infección urinaria asociada a catéter vesical (IUACV)¹⁶, se define como la aparición de ITU 48 horas posteriores a la colocación de la sonda o infección en la vía urinaria en los primeros dos días después del retiro del catéter¹⁷.

Los agentes etiológicos de ITUAC generalmente se deben a la flora propia del huésped. Sin embargo, la manipulación inadecuada por parte del personal sanitario puede conllevar a la transmisión de otros microorganismos patógenos. En aquellos pacientes sometidos a cateterismo de corta duración, la infección urinaria suele ser monomicrobiana, el principal agente etiológico en estos casos es *Escherichia coli*. Otros gérmenes implicados son: *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas*

aeruginosa, *Klebsiella*. Los pacientes con cateterismo permanente y en aquellos portadores de sonda vesical sometidos a antibioticoterapia de amplio espectro, las infecciones urinarias tienden a ser polimicrobianas. Los microorganismos implicados suelen ser multirresistentes tales como: *Serratia marcescens*, *Providencia stuartii*, *Staphylococcus coagulasa negativo*, *E. coli* así como también *Candida spp*¹⁸.

A pesar de los conocimientos y el nivel educativo (especialistas) que poseen los profesionales de enfermería de la UCI del IAHULA, se evidenció la presencia de ITUAC en algunos pacientes hospitalizados en dicha unidad; probablemente debido a la inadecuada técnica en el procedimiento del cateterismo vesical, el tiempo de exposición al sondaje, el tipo de sistema de drenaje, la manipulación y cuidados de la sonda, la inmunosupresión de los pacientes, la resistencia bacteriana, entre muchos más.

Esta situación se plantea en uno de los estudios revisados, donde las ITUAC estuvieron asociadas a los hombres mayores de 60 años que permanecieron expuestos al procedimiento durante más de 15 días (56,7%), dado en un 50% por la existencia de microorganismos de la flora intestinal y ambiental exógena, al sistema abierto de drenaje y a la administración de antibióticos, previa aparición de cepas bacterianas multirresistentes¹⁷.

Mientras que, en otra investigación, se halló que el uso del catéter intermitente con técnica aséptica, el retiro de la sonda las primeras 24 horas post cirugía, el uso del catéter impregnado con antimicrobiano o con revestimiento hidrofílico, repercute en menores tasas de complicaciones e infecciones en comparación con el cateterismo permanente (85,7%)²⁴.

Con base a los resultados del estudio, a continuación se sugieren las siguientes recomendaciones: diseñar un protocolo relacionado con los cuidados de enfermería para el control y prevención de las ITU asociadas a cateterismo vesical, que incluya las acciones de este personal desde la valoración hasta la evaluación; implementar fichas de registro donde se lleve un control sobre la colocación de la sonda vesical incluyendo: personal que realizó el cateterismo, fecha del procedimiento y de recolección de muestras para uroanálisis y urocultivos, así como los resultados del laboratorio; elaborar una lista de cotejo sobre cada paso del cateterismo vesical, haciendo hincapié en las medidas de bioseguridad y de asepsia y antisepsia, con el fin de realizar el procedimiento de forma adecuada y eficiente; plantear a las autoridades de la UCI, la dotación permanente de todo el material necesario para este procedimiento y para cumplir con los cuidados especializados de enfermería, tanto en el tratamiento no farmacológico como en el farmacológico.

Asimismo, se debe incentivar y estar en la mejor disposición de realizar cursos, talleres que permitan el fortalecimiento y la actualización de las técnicas usadas en el cateterismo vesical, lo que implicaría prevenir las ITU, disminuir el costo del tratamiento tanto para el paciente, como para la familia y la institución de salud y evitar el reingreso debido a esta complicación. En otras palabras, lo anterior, se puede evitar con actuaciones de enfermería poco costosas y efectivas como el correcto lavado de manos y el seguimiento adecuado de un protocolo acerca del cateterismo vesical.

–CONCLUSIÓN

En este estudio se observó que el profesional de enfermería tenía un óptimo conocimiento acerca del cateterismo vesical y sobre los cuidados para la prevención de las ITU; a pesar de ello, se estableció que existía una relación entre el cateterismo vesical y las ITU en los pacientes que ingresaron a la UCI del IAHULA de Mérida durante febrero- junio 2017, posiblemente debido a diversas causas tanto por parte del mismo personal como de la institución, por lo tanto, es imprescindible considerar los resultados obtenidos en esta investigación y las recomendaciones sugeridas por las autoras para la prevención de las ITU y lo que conlleva sobre todo para el usuario, a su familia y al hospital.

–REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Jiménez Mayorga I, Soto Sánchez M, Vergara Carrasco L, Cordero Morales J, Rubio Hidalgo L, Coll Carreño R. et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Las Casas [Revista en línea]. 2010 [acceso 15 de febrero de 2017]; 6(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.php>
- 2) Koziar B, Erb G, Blais K, Johnson JY, Temple JS. Técnicas en Enfermería Clínica. 5a ed. Vol II. España: McGraw-Hill Interamericana; 2001.
- 3) Márquez Rivero P, Álvarez Pacheco I, Márquez Rivero A. Protocolo basado en la evidencia de los cuidados de los catéteres urinarios de cuidados intensivos. Revista Enfermería Intensiva [Revista en línea]. 2012 [acceso 18 de enero de 2017]; 23(4):171-178. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-protocolo-basado-evidencia-los-cuidados-S1130239912000193>
- 4) Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Interna Envin-Helics. Informe 2015. [Internet]. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). [Acceso 15 de enero de 2017]. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Informe%20ENVIN-UCI%202015.pdf>
- 5) Organización Panamericana para la Salud. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. Washington. [Internet] 2012 [acceso 20 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22315&Itemid=270
- 6) Nicolle LE. Catheter associated urinary tract infections. Bio Med Central [Revista en línea]. 2014 [acceso 09 de febrero de 2017]; 3:(23). Disponible en: <http://www.aricjournal.com/content/3/1/23>
- 7) Fonseca Andrade VL, Veludo Fernandes FA. Prevención de la infección del tracto urinario asociada al cateterismo: estrategias en la implementación de directrices internacionales. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Revista en línea]. 2016 [acceso 15 de enero de 2017]; 24:e2678. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-0963-2678.pdf

- 8) Borregales L, Giordano F, Contreras L. Primer Consenso Venezolano de Infección Urinaria 2011. Caracas: ATEPROCA. [Internet] 2011 [acceso 30 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/10574735/primer-consenso-venezolano-de-infeccion-urinaria-2011>
- 9) Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela. Número 12, Folio 70, Tomo 62 (28-11-2008).
- 10) Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6a ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2000.
- 11) Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
- 12) Pineda EB, Alvarado EL. Metodología de la investigación. 3a ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- 13) Tamayo y Tamayo M. El proceso de la investigación científica. 4a ed. México: Limusa; 2003.
- 14) Kozier B, Erb G, Blais K, Wilkinson JM. Fundamentos de Enfermería: conceptos, procesos y práctica. 5a ed. Vol. I. España. McGraw-Hill Interamericana; 2005.
- 15) Salas J, Sánchez Y. Conocimiento de enfermería acerca del cateterismo vesical permanente en hombres. Hospital I “Tulio Febres Cordero”. La Azulita. Mérida. Octubre 2016- Marzo 2017. [Trabajo de grado]. Mérida: Universidad de Los Andes. Escuela de Enfermería; 2017.
- 16) Gould V, Umscheid A, Agarwal K, Kuntz G, Pegues A. Guideline for prevention of catheter associated urinary tract infections. [Internet] 2009 [acceso 21 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>
- 17) Fong Reyes S, Porto Castellanos M, Navarro Rodríguez Z, López Veranes F, Rodríguez Fernández Z. Infección del tracto urinario por uso del catéter vesical en pacientes ingresados en cuidados intensivos. Revista MEDISAN. [Revista en línea] 2014 [acceso 30 de enero de 2017]; 18(11). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100006
- 18) Ryan KJ, Ray CG. Microbiología médica. 5a ed. México: Mc Graw- Hill; 2010.
- 19) Galván Valdez AL, Martínez Jothar LA, López Álvarez CC, Villasuso Palomares MR, Saldaña Flores MA, Martínez Castellanos AY et al. Permanencia de la sonda de Foley asociada a infección urinaria y farmacorresistencia. Enf Inf Microbiol. [Revista en línea] 2011 [acceso 31 de marzo de 2017]; 31(4):121-126. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2011/ei114c.pdf>
- 20) Pigrau C. Infecciones del tracto urinario nosocomiales. Enferm Infec Microbiol Clin [Revista en línea]. 2013 [acceso 10 de enero de 2017]; 31(9):614–624. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-infecciones-del-tracto-urinario-nosocomiales-S0213005X12004375>
- 21) Organización Panamericana para la Salud. Guía para la prevención y el control de infecciones en servicios de salud, dirigida a estudiantes de las carreras de ciencias de salud. La Paz, Bolivia. [Internet] 2007 [acceso 10 de febrero de 2017]. Disponible en: https://books.google.co.ve/books?id=p4fTi7hrUC&pg=PP2&lp g=PP2&dq=G u % C 3 % A D a + p a r a + l a + p r e v e n c i % C 3 % B 3 n + y + e l + c o n t r o l + d e + i n f e c c i o n e s + e n + s e r v i c i o s + d e + s a l u d , + d i r i g i d a + a + e s t u d i a n t e s + d e + l a s + c a r r e r a s + d e + c i e n c i a s + d e + s a l u d & s o u r c e = b l & o t s = B U a m 9 Y 7 4 _ & s i g = B 5 X C c l z D u a K b p 5 e I C 1 X k I N v j b R I & h l = e s & s a = X & v e d = 0 a h U K E w i L h v e 8 Y r T A h U T f i Y K H Y D z B M g Q 6 A E I I D A C
- 22) Cremona A. Infección tracto urinario nosocomial. Primer Curso a Distancia en Infectología Crítica Tercera Cohorte 2017. Estrategias para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones en el paciente crítico. [Internet] 2007 [acceso 21 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.sati.org.ar/files/infectologia/Infeccion-Urinaria-asociada-a-SV-Revision2007.pdf>
- 23) Flores JC, Arriortua BA. Guía clínica para la prevención de infección de orina asociada a sonda vesical. Grupo de trabajo de infecciosas de la SECIP. [Internet] 2012 [acceso 15 de febrero de 2017]. Disponible en: file:///C:/Users/Administrator/Downloads/guia%20cdc_itu-sv13-03-12.pdf
- 24) Falci Ercole F, Gonçalves Rezende T, Crespo Wenceslau LC, Rocha Martins A, Campos CC, Machado Chianca TC. Revisión integrativa: Evidencias en la práctica del cateterismo urinario intermitente/demora. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Revista en línea] 2013 [acceso 21 de enero de 2017] 21(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692013000100023&script=sci_arttext&tlng=es

Recibido: 20/11/18 Aceptado: 21/5/19

ENSAYO

APROXIMACIÓN METODOLÓGICA CUALITATIVA PARA LA COMPRENSIÓN DEL VALOR SOCIAL DE LA ENFERMERÍA VENEZOLANA

QUALITATIVE METHODOLOGICAL
APPROACH FOR UNDERSTANDING
THE SOCIAL VALUE OF VENEZUE-
LAN NURSING

Eduardo José Sánchez (MSc)

Profesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Coordinador de la Red Venezolana de Historia de la Enfermería. Coordinador del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero de la Escuela de Enfermería de la ULA. Doctorando en Ciencias Humanas.

RESUMEN

El presente ensayo pretende indagar desde la metodología cualitativa, la comprensión del valor social de la enfermería venezolana, para ello, la fenomenología como ciencia que trata de describir las estructuras esenciales de la conciencia será de mucha utilidad y, por su parte, la hermenéutica como método interpretativo, permitirá la comprensión, a través de la búsqueda del sentido de los fenómenos del mundo que rodea a las personas; desde estas perspectivas, la comprensión de los fenómenos sociales, amerita métodos útiles y adecuados, que sirvan de eje orientador y fundamento para el desarrollo de la investigación en las ciencias humanas.

Palabras clave: Enfermería, fenomenología, hermenéutica, Venezuela, valor social.

ABSTRACT

The present essay tries to investigate from the qualitative methodology, the understanding of the social value of the Venezuelan nursing, for it, the phenomenology as science that tries to describe the essential structures of the conscience will be very useful and, for its part, the hermeneutics as interpretative method, will allow the understanding, through the search of the meaning of the phenomena of the world that surrounds people; from this perspective, the understanding of social phenomena merits useful and adequate methods, which serve as a guiding axis and foundation for the development of research in the human sciences.

Keywords: Nursing, phenomenology, hermeneutics, Venezuela, social value.

– INTRODUCCIÓN

Comprender el valor social de la enfermería venezolana, implica dilucidar sobre enfoques metodológicos que permitan comprender el estudio de los valores y actitudes profesionales. Su estudio permitirá analizar, desde la perspectiva de las ciencias humanas, el valor social de la profesión tanto en los enfermeros como en los usuarios receptores del cuidado; destacando que a diferencia de la perspectiva metodológica de las ciencias que se respaldan en métodos cuantitativos, las ciencias que asumen métodos como el fenomenológico y el hermenéutico, descritos en este ensayo buscan ante todo, la comprensión del sentido, orientaciones y fines de la acción humana, más que su mera medición o presentación en términos positivos.

–DESARROLLO

ENFOQUE METODOLÓGICO CUALITATIVO

La fenomenología es una corriente filosófica cuyo mayor proponente es Edmund Husserl (1889-1976), sus representantes más destacados son: Alexander Pfander (1897-1941), Max Scheler (1874-1928), Dietrich von Hildebrand (1889-1978), Martin Heidegger (1889 -1976), Jean Paul Sartre (1905 - 1980) y Maurice Merleau – Ponty (1908 - 1961)¹. La tarea de la fenomenología es construir a la filosofía en una ciencia con todo su rigor. Esta corriente filosófica enfatiza sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva, por lo que se ha identificado como la investigación sistemática de la subjetividad. El método fenomenológico incluye la búsqueda del significado que cada individuo tiene de su experiencia; importa interpretar cómo la gente define su mundo y cómo actúa en consecuencia¹.

La fenomenología, es definida como la ciencia que trata de describir las estructuras esenciales de la conciencia. Es un método que trata de entender de forma inmediata el mundo del hombre, mediante una visión intelectual basada en la intuición de la cosa misma, es decir, el conocimiento se adquiere válidamente a través de la intuición que conduce a los datos inmediatos y originarios¹. También se refiere al estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por las personas². En este sentido, se constituye como la búsqueda epistemológica y el compromiso con la descripción y clarificación de la estructura esencial del mundo vivido de la experiencia consciente³.

Al respecto, Husserl, estableció las necesidades de ir a las cosas mismas, es decir, buscar cómo nos parecen las cosas directamente y no mediatizadas por estructuras culturales y simbólicas. En efecto se trata de ir más allá de los detalles de la vida cotidiana, para poder llegar a las esencias subyacentes, es decir, liberarse de la forma de percibir el mundo¹. Este filósofo también planteó que, para poder estudiar las vivencias, hay que modificar la forma de nuestro modo ordinario de vivirlas, a esto lo denominó el epojé (suspensión del juicio) o reducción fenomenológica, la cual posibilita una acción sobre los objetos bajo un determinado aspecto; esta direccionalidad a la que llamó intencionalidad es la esencia de la conciencia⁴. Al respecto, existe una primacía que otorga a la experiencia subjetiva inmediata como base del conocimiento, en segundo lugar, el estudio

de los fenómenos desde la perspectiva de los sujetos, teniendo en cuenta su marco referencial y tercero el interés de conocer cómo las personas experimentan e interpretan el mundo social que construye en interacción⁴. Razón por la cual Husserl consideró que esta es una filosofía, un enfoque y un método.

De igual forma, existen diversas interpretaciones en donde se distinguen aportes como los de Martin Heidegger (1889-1976), destacando que este, se alejó de la tesis de Husserl en la medida que consideró que el centro de la filosofía era ontológico, más que epistemológico. Esta fenomenología ontológica revela que la verdad se ha de encontrar en el mundo de lo interpretado hermenéuticamente. Su intención primordial era mirar más allá del significado cotidiano y normal de la vida para ver el significado más grande en el ser⁴. Desde esta perspectiva, la fenomenología es entendida como la manera de acercarse a los objetos de investigación. Los aportes de Heidegger orientan una fenomenología interpretativa o hermenéutica, que sustentan un enfoque ontológico, es decir, estar en el mundo histórico social en que la dimensión fundamental de toda conciencia humana, es histórica y sociocultural y se manifiesta a través del lenguaje. En la **TABLA 1**, se describen los aspectos relacionados con la metodología fenomenológica.

TABLA 1
ASPECTOS RELACIONADOS CON LA METODOLOGÍA FENOMENOLÓGICA

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
El enfoque	Visión esencial con respecto al hombre y el mundo que el investigador trae o adopta en correspondencia a su trabajo como científico. La orientación del enfoque.
Los participantes del estudio	Explicación de la naturaleza de los versionantes del estudio, estos pueden ser: el investigador, una persona en particular, un grupo de personas que esté involucrado en experiencias similares.
El objeto del estudio	El significado de la experiencia. A través de la percepción sensorial (ver, escuchar, tocar, saborear y oler) y a través de otros fenómenos como crear, recordar, anticipar, jugar, intuir, sentir, preocuparse amar.
La generación de los datos	Fluye a través de las versiones expresadas por los participantes del estudio (testimonios pasados, presentes o anticipados). Estos luego son organizados en texto y cuyo análisis dependerá del enfoque asumido por el investigador (descriptivo, interpretativo o ambos).
El análisis reflexivo	El reconocimiento del papel de la mente activa en llegar a conocer el mundo. El reflejo sobre sí mismo de la humanidad. Significa estar atento y sintonizado de manera sensible para poder abrirse al significado de la experiencia narrada y escrita. Intelección intuitiva y reflexiva en la fenomenología descriptiva y combinación de descripción, interpretación temática e intelección metafórica en el producto dado desde la fenomenología hermenéutica.
El desarrollo de la teoría	Comprensión escrita del fenómeno en estudio, luego de las interpretaciones finalmente se culmina en un acto de comprensión que se realiza en el reconocimiento de nosotros mismos en el mundo por medio de nuestra naturaleza lingüística como humanos. No es la suma conceptual de sus partes, sino que revela un proceso de posibilidades, que al captarse como conocimientos y representarse como narrativa o modelo pertenece a la escritura interior del significado y la comprensión.

Fuente: Piñero y Rivera (2013)¹.

La metodología fenomenológica descrita en la **TABLA 1**, comprende dimensiones esenciales para el investigador cualitativo, que permite indagar desde el significado de la experiencia de los participantes, mediante la interpretación hermenéutica, hasta alcanzar el conocimiento y representarse como narrativa o modelo en el desarrollo de una teoría.

—ABORDAJE FENOMENOLÓGICO DE SPIEGELBERG

Una propuesta interesante para comprender el valor social de la enfermería venezolana, resulta el abordaje fenomenológico de Spiegelberg (1975)⁵ el cual aborda 6 fases:

Primera fase: descripción del fenómeno, se plantea de manera fluida y sencilla la situación que motivó la investigación. En este caso, el valor social de la enfermería desde la perspectiva de los valores y actitudes de los profesionales.

Segunda fase: búsqueda de perspectivas múltiples, se inicia con la descripción del fenómeno con el punto de vista del investigador y de los diferentes estratos que se estudiarán (egresados en distintos momentos históricos y con diferentes niveles de formación).

Tercera fase: búsqueda de la esencia y la estructura, se analiza y organiza la información obtenida hasta estructurar el hecho, actividad o fenómeno estudiado, así como las relaciones entre dichas estructuras y en el interior de las mismas. Es la fase de la construcción de las categorías y las relaciones o interacciones entre ellas.

Cuarta fase: constitución de la significación, se analizan más profundamente las estructuras ya constituidas, hasta llegar a la estructura final del fenómeno estudiado.

Quinta fase: suspensión de los juicios, el investigador capta y se familiariza con el fenómeno, desprendido de todo fundamento teórico; es decir, se forma una visión de lo estudiado, pero desde el punto de vista de lo narrado por los profesionales; por lo que no se desarrolla separadamente, sino que está inmerso en la fase de interpretación del fenómeno.

Sexta fase: interpretación del fenómeno, tomando como base las teorías existentes; es decir, se le da un significado a la luz de los planteamientos existentes.

—INTERPRETACIÓN DEL FENÓMENO DESDE LA HERMENÉUTICA

Desde la perspectiva de las ciencias humanas, la comprensión de los fenómenos humanos y sociales, es el objetivo fundamental de la hermenéutica²; sin embargo, dicha comprensión va más allá de la explicación casualista del positivismo; ya que, desde la perspectiva inicialmente señalada, los humanos expresan su interioridad mediante manifestaciones sensibles y, por lo tanto, toda expresión humana sensible refleja una interioridad. Lo descrito, implica acentuar la identidad sujeto/objeto, en donde el investigador junto con el objeto de estudio (el valor social de la enfermería) al pertenecer a un mismo universo histórico podrá posibilitar la comprensión desde el interior de los fenómenos históricos, sociales y humanos.

Cabe destacar, que a diferencia de las ciencias que se respaldan en métodos cuantitativos, dentro de estos asumen el hermenéutico, en la búsqueda de la comprensión del sentido, orientaciones y fines de la acción humana, más que su mera medición o presentación en términos

positivos. La pretensión de verdad de la hermenéutica es radicalmente distinta a la de las ciencias positivas. La verdad sólo puede ser parcial, transitoria y relativa, características que surgen de la pertenencia del sujeto al ámbito de lo interpretable y de la individualidad irreducible de cada ente singular.

—COMPRENDIENDO EL VALOR SOCIAL DE LA ENFERMERÍA

Entonces, siendo la enfermería considerada un arte y ciencia humana; preocuparse por todo lo que implica comprender el valor social de la enfermería venezolana actual, a través del estudio de los valores y actitudes profesionales, confirma la necesidad de reflexionar que a pesar de los grandes avances técnico-médico-científicos; en contraposición, disponen de una frágil base conceptual para la comprensión y transformación del sentido práctico del proceso salud-enfermedad-cuidado, que intervienen concretamente en el valor social de la enfermería.

Partiendo de la comprensión hermenéutica de la existencia, del conocimiento y de la práctica de enfermería, existe la posibilidad de identificar una serie de aspectos relacionados con la revisión e interpretación de diversos aspectos relevantes para el desarrollo de una investigación. Ahora bien, desde el giro existencial que imprimió Heidegger a la ontología, y conforme el desarrollo dado por la hermenéutica filosófica, somos llamados a creer que la experiencia hermenéutica permea toda la existencia humana⁴.

La obra de Heidegger, *especialmente Ser y Tiempo*, consistió en el esfuerzo de construir una ontología basada en la situación substantivamente finita de la existencia y, no solo en función de la limitación de las capacidades cognitivas del hombre, sino de aquello que se puede llamar realidad. A partir del impulso de la fenomenología de Husserl, Heidegger elaboró una concepción de la existencia que se basa estrictamente en la facticidad, ese “ahí” donde se hacen presente el mundo y los seres humanos, al mismo tiempo en que postula que el acceso racional al hecho de la existencia, solo se torna posible porque existe en ella misma un ente que le da sentido: el ser humano¹. Según él, estamos desde siempre lanzados al mundo y, al mismo tiempo, ese mundo es a cada instante, para nosotros. Por eso, a cada momento producimos comprensiones-interpretaciones que resitúan el yo, el otro y nuestro mundo compartido a través del sentido que concebimos y reproducimos a través del lenguaje.

Para Heidegger, la hermenéutica es, en sí, un hecho existencial, base de todo acceso racional a la existencia. Sostiene que el ser humano es un ser “interpretativo”, porque la verdadera naturaleza humana es “interpretativa”, por tanto, la interpretación no es un “instrumento” para adquirir conocimientos, es el modo natural de los seres humanos⁴. Todos los intentos para desarrollar conocimientos, no son sino expresiones de la interpretación, e incluso la experiencia se forma a través de las interpretaciones sucesivas del mundo²; de este modo, en tanto hecho de la existencia que la experiencia hermenéutica interesará a la salud, sea en las grandes narrativas sobre los procesos histórico-sociales del padecimiento humano y de los respectivos desarrollos científicos y tecnológicos de prevención y tratamiento, como en las narrativas de las interacciones enfermeros-usuarios recogidas diariamente en los servicios de salud.

Las verdades acerca del sentido práctico de los procesos salud-enfermedad y de las acciones de los cuidados, solo nos serán accesibles a través de una hermenéutica de los diálogos donde ya están inmersas esas narrativas, de la comprensión de las totalidades de sentido en que se movilizan las mismas. En cuanto a este aspecto, si bien Heidegger elucidó con su ontología la hermenéutica

como un hecho; Gadamer, por su parte, esclareció la experiencia hermenéutica distinguiéndola de aquella proveniente de los procedimientos metódicos de las ciencias empírico-analíticas¹.

Esa circunscripción de su investigación a la cuestión de la verdad y sus fundamentos, lo llevó a denominar su emprendimiento como hermenéutica filosófica, en alusión al interés en la cuestión de las posibilidades del conocimiento humano en general y, en particular del conocimiento sobre lo humano. La fundamentación del conocimiento sobre la existencia tiene implicaciones para pensar las prácticas de salud, en la medida en que se necesita considerar el propio modo en que se puede identificar y comprender las identidades y relaciones con las cuales los enfermeros y pacientes lidian cotidianamente en el cuidado humano.

Por lo tanto, si la hermenéutica es constitutiva de toda la praxis humana y de su conocimiento, en algunas situaciones prácticas la experiencia propiamente hermenéutica estará colocada en primer plano, será la razón misma de su modo de ser¹. Se trata de las situaciones en las cuales los principios de comprensión-interpretación pasan a un primer plano como la justificativa misma de aquella práctica. Gadamer también, dedicó una serie de ensayos a la discusión de la importancia de la hermenéutica en otra área de prácticas: la salud.

En efecto, el acto de cuidar implica una dimensión práctica (moral, ética, política, espiritual) que requiere la aplicación de un conjunto de saberes y juicios a situaciones particulares y de la dialéctica para la comprensión-interpretación-aplicación. En ese sentido, por más que un cuidado de enfermería esté conformado por la lógica instrumental; por más que los saberes tecnocientíficos estén llevados a sustituir otras esferas de racionalidad en los encuentros terapéuticos, siempre habrá en el acto asistencial del cuidado humano-por más restricta y pobremente trabajada que esté- una inexorable dimensión hermenéutica. Ahora bien, ésta como método, implica la aplicación de técnicas, que faciliten al investigador, el desarrollo ulterior de la comprensión del fenómeno. A continuación, se describen las más resaltantes.

—LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

La entrevista a profundidad se refiere a reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, los cuales están destinados a la comprensión de las perspectivas que tienen estos respecto a sus vidas, experiencias o situaciones tal y como las expresan con sus propias palabras².

La entrevista comprende un esfuerzo de inmersión (más exactamente re-inmersión) por parte del entrevistado frente a, o en colaboración con el entrevistador que asiste activamente a este ejercicio⁶. También, se refiere a una conversación entre dos personas dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional y continuo, en otras palabras, no ha de ser algo cerrado ni fragmentado, sino algo fluido y con un argumento⁷.

La entrevista como técnica de recolección de información, se trata de una conversación no directiva y estructurada, que supondrá un proceso cuidadoso, distendido y de empatía en donde se realizarán preguntas, se abordarán inquietudes o planteamientos abiertos que propicien por parte de los entrevistados, la expresión con sus propias palabras de su perspectiva personal sobre el tema⁸.

—EL CIRCULO HERMENÉUTICO

Kockelmans (1975) consideró que la hermenéutica moderna no es un proceso especial, sino un método interpretativo que sigue el curso natural del modo humano de comprender, el proceso en que las personas buscan el sentido de los fenómenos del mundo que los rodea².

Este autor hizo referencia que toda comprensión humana es hermenéutica, en parte determinada por la cultura, la historia y la condición histórica peculiar personal, lo que la haría, original, nueva, creadora, trascendiendo la cultura y la tradición. Considera que la comprensión es la fusión de dos perspectivas: la del fenómeno y la del intérprete, ubicado en su vida, en una amplia cultura y en un punto histórico del tiempo². Enumeró los siguientes cánones que darían una validez intersubjetiva de una interpretación:

- La autonomía del objeto, hace referencia que el significado debe derivarse de los fenómenos estudiados y no ser proyectados en él.
- La interpretación debe hacer el fenómeno máximamente razonable y humano. Así, la complejidad de una realidad personal o histórica o cierta “mistificación” de la misma, necesita ser explorada y puesta en manifiesto.
- El intérprete debe adquirir la mayor familiaridad posible con el fenómeno en todas sus conexiones históricas.
- El intérprete debe también mostrar el significado del fenómeno para su propia situación o para la situación actual general.
- El canon más importante es el círculo hermenéutico, entendido como un modo muy general de desarrollo de todo conocimiento humano, a través de un procedimiento dialéctico. Se presume que no puede darse algún desarrollo del conocimiento sin algún conocimiento previo. La anticipación del significado global de una acción, una forma de vida, una institución, se articula a través de un proceso dialéctico en el que el significado de las “partes” o componentes está determinado por el conocimiento previo del “todo” mientras que nuestro conocimiento del todo, es corregido continuamente y profundizado por el crecimiento de nuestro conocimiento del componente.

Finalmente, la hermenéutica representa para el enfoque descrito, una piedra angular bajo la cual estiraría fundamentada la metodología de un estudio en el contexto planteado.

—CONCLUSIÓN

El ensayo se centró en indagar sobre la fenomenología y la hermenéutica, como métodos cualitativos para el abordaje del valor social de la enfermería venezolana desde el contexto de las ciencias humanas. Al respecto, la enfermería está constituida por un colectivo profesional que contribuye con una aportación esencial en la recuperación y bienestar de las personas. Por lo tanto, el estudio desde esta perspectiva metodológica, permitirá comprender los valores y las actitudes de este grupo profesional, así como, el grado de adhesión y jerarquización de la realidad de éste integrante del equipo de salud.

—REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piñero M., Rivera M. Investigación cualitativa orientaciones procedimentales. Barquisimeto-Venezuela: Universidad Politécnica Experimental Libertador; 2013.
2. Martínez M. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México: Trillas; 2006.
3. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
4. Sandín E. Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones. Madrid: McGraw-Hill; 2003.
5. Escobar D. Perspectiva fenomenológica del poder del cuidado amoroso. Valencia-Venezuela: Talleres Gráficos del Instituto Vocacional de Venezuela; 2004.
6. Ruiz J., Izpizua M. La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Bilbao-España: Universidad de Deusto; 1998.
7. Gómez J., Latorre A., Sánchez M., Flecha F. Metodología comunicativa crítica. Barcelona-España: El Roure; 2006.
8. Hernández S., Fernández C., Batista P. Metodología de la Investigación. Sexta Edición. México: Mc. Graw Hill Education; 2014.

JUSTIFICACIÓN SOCIOPOLÍTICA

DEL PROYECTO DE AMPLIACIÓN DEL INSTITUTO
DE PREVISIÓN SOCIAL DEL PROFESORADO
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES,
MÉRIDA-VENEZUELA.

SOCIOPOLITICAL JUSTIFICATION FOR THE EXPANSION
PROJECT OF THE SOCIAL WELFARE INSTITUTE OF
PROFESSORS OF THE UNIVERSITY OF LOS ANDES,
MÉRIDA-VENEZUELA.

Gustavo Alcántara Moreno (Dr.)¹
Virgilio Castillo Blanco (Médico Esp.)²

(1) Politólogo-Abogado. Magíster en Ciencias Políticas. Doctor en Ciencias Humanas. Docente Universidad de Los Andes (ULA), Mérida, Venezuela. supergalcantara@gmail.com

(2) Médico Cirujano. Especialista en Cirugía General. Docente ULA. Presidente de la Asociación de Profesores de la Universidad de Los Andes (APULA), Mérida, Venezuela. virgiliocastillob@gmail.com

RESUMEN

El presente ensayo se propone justificar, desde el punto de vista sociopolítico, el proyecto de ampliación de los servicios de salud del Instituto de Previsión Social del Profesorado de la Universidad de Los Andes (IPP-ULA), en la ciudad de Mérida, Venezuela. Esto en un contexto caracterizado por una profunda crisis política, económica y social, en vista del modelo político fallido propuesto por el Socialismo del Siglo XXI, el cual ha conducido al incumplimiento de la obligación constitucional que tiene el Estado venezolano de proveer del derecho fundamental de la salud a la población. Ante tales circunstancias de indefensión y crisis humanitaria, la sociedad civil organizada se ve en la necesidad de llenar el vacío dejado por el Estado, en una política social tan importante como la relativa a la salud. Es así como, desde una Fundación Social sin fines de lucro como lo es el IPP-ULA, se propone un proyecto que brinde, de manera directa, atención integral de salud a los profesores universitarios y su núcleo familiar. La idea reside en la creación de toda una red de servicios de salud, que busque integrar los tres niveles clásicos de atención: el primario, compuesto por la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; el secundario, consistente en una atención médica oportuna y de calidad; y el tercer nivel, referido a la rehabilitación.

Palabras clave: salud, previsión social, Estado, Universidad, profesores.

ABSTRACT

This essay proposes to justify, from the socio-political point of view, the expansion project of health services of the Institute of Social Welfare of Professors of the University of Los Andes (IPP-ULA), in the city of Mérida, Venezuela. This in a context characterized by a deep political, economic and social crisis, in view of the failed state model proposed by the Socialism of the XXI Century, which has led to the breach of the constitutional obligation of the Venezuelan State to provide the population with the fundamental right to health. In these circumstances of helplessness and humanitarian crisis, organized civil society is in need of filling the gap left by the State, in a social policy as important as health. Thus, from a non-profit Social Foundation such as the IPP-ULA, a project that provides, directly, comprehensive health care to university professors and his family it is proposed. The idea is to create a whole network of health services, seeking to integrate the three classic levels of attention: the primary, composed of health promotion and disease prevention; secondary, related to timely and quality health care; and the third level, referred to rehabilitation.

Key words: Health, social welfare, State, University, professors.

–INTRODUCCIÓN

La actual coyuntura histórica está marcada por circunstancias políticas en las que el Estado se ha desentendido de su obligación constitucional de velar por la salud del pueblo venezolano. En la práctica, en los últimos 20 años, desde el Gobierno nacional se gestó un proceso de desmantelamiento de las instituciones que históricamente se han encargado de proveer bienes y servicios de salud a la población.

De manera que, paulatinamente, la salud ha dejado de ser financiada mediante recursos públicos⁽¹⁾, por lo que la gran mayoría de las personas han quedado en una situación de indefensión ante las crecientes necesidades de atención de salud.

Tales insuficiencias, se han acrecentado en un contexto de crisis económica generalizada, caracterizada por una galopante hiperinflación, ataques a la empresa privada, aumento del desempleo, pérdida del poder adquisitivo, exacerbación del modelo rentista petrolero e inseguridad alimentaria. Todo ello empeorado por la proliferación de un proyecto político populista y demagógico, ejecutado mediante acciones paternalistas cuyo fin es profundizar la dependencia del pueblo y la sumisión ante el poder del Estado.

En relación a estos aspectos, el silencio epidemiológico absoluto del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), durante 26 semanas del año 2015 y 52 semanas del año 2016, va en contra de cualquier lógica gerencial a la hora de aplicar e implementar las políticas de salud por parte de los organismos competentes y la propia comunidad organizada. No fue sino hasta el segundo trimestre de 2017 que se publicó la valiosa información adeudada.

Entre los datos oficiales revelados en el Boletín Epidemiológico de la semana 52 del MPPS⁽²⁾, cabe mencionar las siguientes cifras que evidencian la crisis general del sector salud en Venezuela:

- Número de muertes acumuladas en menores de un año: 11.466 en total, indicando un aumento del 30,12% respecto al año 2015. Además destaca el período neonatal como principal componente de estas muertes, con un 53,9% de fallecimientos correspondientes a este período (bebés en sus primeros 28 días de vida).
- El número de muertes maternas registrado fue de 756, reportando un aumento de 65,79% respecto al año 2015. Este dato revela el deterioro en el cuidado y atención en salud de las mujeres y los niños.
- El crecimiento de la malaria ha hecho que se declare epidemia en la mayoría de los estados porque la aparición de nuevos casos ha llegado a superar los 200.000 en el año 2016. También resulta alarmante la difteria con 324 casos.

Por otra parte, según información recabada por diversas Organizaciones No Gubernamentales (ONG), el panorama de prestación de servicios de salud es mucho más grave. Algunos de los datos arrojados por el Reporte Nacional de Emergencia Humanitaria Compleja (EHC)⁽³⁾, con respecto al derecho a la salud, se tiene que:

- 71% de las emergencias en la mayoría de los hospitales públicos del país no pueden prestar servicios de manera regular, 22% dejó de funcionar y 53% de los quirófanos están cerrados.
- A 64% asciende el déficit de camas en Venezuela y, del total disponible, 40% está fuera de servicio.
- 100% de los laboratorios presentan fallas severas para realizar pruebas diagnósticas.
- 55% del personal médico, 24% de enfermería y 30% de los bionalistas, en su mayoría de servicios de salud públicos, renunciaron a sus puestos de trabajo y migraron del país.

Adicionalmente, el EHC del Estado Mérida⁽⁴⁾, también relacionado con la salubridad, evidenció, entre otras caídas de las capacidades sanitarias de dicha entidad, las siguientes:

- En más de la mitad han disminuido las consultas externas de los centros de salud de Mérida, 62% las consultas oncológicas, 66% las de alto riesgo obstétrico y 44% las de VIH-SIDA.
- Los servicios de laboratorio, imagenología y cirugía de los centros de salud de Mérida están en su mayoría paralizados o prestan una atención muy limitada por equipos dañados y reparaciones inconclusas.
- El alto desabastecimiento de insumos básicos y médico-quirúrgicos produce la frecuente suspensión de cirugías en los centros de salud de Mérida y traslada el costo de comprarlos a las personas.

Es así como, las cifras reveladas anteriormente permiten aseverar que, el origen del vivir, enfermar o morir está ligado a “los procesos de producción y reproducción social, y en las relaciones que en función de tales procesos establecen los individuos entre sí, es decir, en cuanto a colectividad”⁽⁵⁾.

Se trata entonces de un escenario que deviene en distopía, en el que la promesa pseudo socialista de bienestar centrado en la igualdad del pueblo, ha degenerado en un modelo neototalitarista, en el que la pauperización de las masas y la represión violenta de toda disidencia, funcionan como mecanismos de control del poder por parte de una cúpula tiránica.

Ese grupo despótico que ha secuestrado la democracia en Venezuela, basa su estrategia en varios aspectos. En primer lugar, aplica un plan sistemático de desinstitucionalización de las Fuerzas Armadas Nacionales (FFAANN), seduciéndolas mediante prebendas económicas y cuotas de poder, perfilándose como un régimen de corte militar. Las alusiones a enfrentamientos bélicos con supuestos enemigos extranjeros e imperialistas, la creación de una milicia pretoriana y las constantes arengas al pueblo para que defiendan con armas al régimen, así lo confirman.

En segundo lugar, ha expandido los tentáculos de la corrupción en todos los niveles de la administración pública, saqueando el tesoro nacional mediante un sistema de control cambiario que ha patrocinado toda una red de crimen organizado, permitiendo que funcionarios públicos y mafiosos con empresas de maletín, hayan cometido quizá el robo más grande de la historia.

En tercer lugar, se ha implementado un plan para suprimir a la educación como mecanismo institucional de ascenso social, desdibujándola como proyecto de vida de la juventud, pues los méritos profesionales son despreciados y desconocidos mediante escasas remuneraciones económicas. Esto desemboca en la percepción negativa de la educación como virtud que conduce hacia un alto estatus social, pues desde el régimen se exalta la fidelidad política como principal mecanismo para acceder a dádivas provenientes de la renta petrolera. Inclusive, para ser ministro o alto funcionario público, ni siquiera es un requisito ser profesional.

Se trata pues, de una crisis sistémica que ha desembocado en un círculo vicioso y que conduce a lo que el sociólogo francés Emile Durkheim ⁽⁶⁾ denominó como anomia, es decir, un estadio en el que la sociedad en su conjunto se encuentra enferma, pues el sistema de valores, creencias y costumbres que sustentan lo culturalmente ético, se pierden en detrimento de prácticas sociales inmorales, ilegales e incluso delictivas, para intentar conseguir cualquier bien social.

En tal sentido, comenzó a predominar un escenario ineludible para la Universidad autónoma nacional, la cual además ha sufrido los embates de un plan orquestado desde el régimen para inducir su colapso y desaparición: eliminación del presupuesto para gastos de funcionamiento, desaparición del financiamiento para investigación, pauperización y aplanamiento de las tablas salariales de todos los universitarios, supresión de providencias estudiantiles, suspensión indefinida de elecciones de autoridades universitarias y persecución, amedrentamiento y criminalización de líderes gremiales y estudiantiles. En resumen, se trata de una constante violación de la autonomía universitaria que se enfila hacia su exterminio.

De cualquier modo, detrás de todo este ataque desenfrenado, existe todo un entramado político e ideológico que es necesario esbozar.

—DESARROLLO

SUPREMACÍA DEL RÉGIMEN SOBRE LAS INICIATIVAS DE LA SOCIEDAD CIVIL

Desde diversas ideologías, generalmente de izquierda, ciertos grupos han intentado construir un discurso que sataniza todo proceso gerencial de carácter social en el que intervenga la sociedad civil organizada, etiquetándolo peyorativamente como privatización. Tales alegatos, con inocultables reminiscencias populistas, apuntan más al control de cualquier actividad social por parte del Estado que al bienestar de la población. Se trata de la falacia neototalitarista, presente en el proyecto del autodenominado Socialismo del Siglo XXI.

En este orden de ideas, el asunto gira en torno a un conjunto de preceptos panfletarios, que intentan emular el viejo y fracasado socialismo estalinista y castrista ⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾, mediante consignas que evocan autores como Karl Marx ⁽¹⁰⁾, pero que en la práctica contradicen abiertamente las ideas plasmadas en *El capital* (1864). De hecho, la burguesía tal y como la planteó Marx es casi inexistente en Venezuela, un país cuyo sistema económico mono productor rentista petrolero, coloca en propiedad del Estado la actividad económica que produce más del 90% de las riquezas.

De manera que, se trata de un capitalismo monopolista de Estado, modelo político ya superado teóricamente en los años 60 y 70 del siglo XX, debido a su déficit comprensivo y

práctico de la política en detrimento casi exclusivo de lo económico ⁽¹¹⁾, en el que el Gobierno se apropia del capital público y privado para usarlo discrecionalmente. A su vez, quien controla al partido de Gobierno se hace con la hegemonía del Estado, al más puro estilo leninista ⁽¹²⁾. Por lo tanto, la propiedad sigue existiendo, solo que en vez de estar mayoritariamente en manos de la empresa privada, asociaciones, fundaciones o cada ciudadano, se encuentra monopolizada por un Estado ⁽¹³⁾ que a su vez ha sido secuestrado por un régimen autocrático.

Todo esto con el agravante de que no existen frenos ni controles de ningún tipo para administrar la renta petrolera, pues ha desaparecido la clásica separación de poderes propuesta por Montesquieu ⁽¹⁴⁾. Ciertamente el poder judicial es genuflexo al ejecutivo, quien a su vez maneja a los recién creados poderes electoral y moral, a la par que desconoce a la Asamblea Nacional, órgano legítimo representante del poder legislativo, intentando sustituirla con una irrisoria Asamblea Constituyente.

En tal sentido, ya advertía Hannah Arendt ⁽¹⁵⁾ que en los totalitarismos clásicos, los pilares de dominación se construyen sobre la base del empleo del terror, la ficción ideológica y la manipulación de la legalidad. Progresivamente se procede a eliminar las libertades individuales y colectivas en todos los órdenes, particularmente en el mundo universitario, el cual dejaría de existir si la libertad de pensamiento es sustituida por la censura y la mordaza impuestas por una inconstitucional Ley contra el Odio ⁽¹⁶⁾, adefesio que intenta revestir de legalidad la persecución impuesta a la disidencia política por parte de los aparatos de represión del Régimen.

Pareciera tratarse pues de un contexto desolador, en el que surgen dudas sobre cómo afrontar la grave crisis política y al desvanecimiento de la democracia a manos de un régimen despótico e ilegítimo y, en medio de eso, específicamente cómo proteger y dar previsión social a la comunidad profesoral de la ULA.

Ante este escenario devastador, es fundamental tener el convencimiento de que la Universidad autónoma, libre, popular y democrática es la institución capaz de tender puentes que conduzcan a la sociedad hacia el rescate de los valores humanos. Más específicamente, desde el Alma Mater, el IPP-ULA, debe y puede asumir un papel protagónico.

EL IPP-ULA COMO INSTITUCIÓN SOCIAL GARANTE DE LA SALUD

Según expresa el Premio Nobel de Economía, Peter North, es innegable el influjo que ejercen las instituciones en la conducta humana, puesto que estas “son las reglas del juego en una sociedad o, más formalmente, son las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana. Por consiguiente, estructuran incentivos en el intercambio humano, sea político, social o económico” ⁽¹⁷⁾. Por lo tanto, en medio de la crisis es fundamental rescatar, revalorizar, renovar y reinventar a las instituciones ⁽¹⁸⁾, tal y como lo requiere la ULA y más específicamente el IPP-ULA.

Ciertamente, la capacidad adaptativa ante una realidad cambiante caracterizado hoy en día por un entorno políticamente hostil para los universitarios, requiere un proceso de reingeniería y relanzamiento del IPP-ULA, como institución creada para contribuir con la previsión social de los profesores universitarios, quienes cada vez padecen con mayor gravedad una desmejora de su calidad de vida.

En tal sentido, el Gobierno nacional se desentiende de aquellas políticas que deberían garantizar el bienestar de toda la comunidad universitaria, pues no se materializa el traslado oportuno y suficiente de los recursos presupuestarios ⁽¹⁹⁾ para que la ULA cumpla con lo establecido por la Ley de Universidades ⁽²⁰⁾, con respecto a la asistencia y previsión social de los universitarios y del personal docente y de investigación en particular. Razón por la cual, el IPP-ULA está en el compromiso de asumir un proyecto piloto para proteger y resguardar la salud de sus miembros. El mismo, fungiría como estandarte de rescate del nivel de vida digno para los profesores, extensible a los universitarios e incluso a la comunidad merideña en general.

Un proyecto de tal envergadura tiene que girar en torno a una de las principales necesidades del ser humano, que a su vez justificó la creación del IPP-ULA, tal y como lo es la salud y el bienestar. De hecho, “el proceso salud-enfermedad genera una serie de bienes, valores y servicios, muypreciados en cualquier sociedad moderna, siendo considerada la salud como un derecho social fundamental, por lo que su distribución genera conflictos de no ser equitativa” ⁽²¹⁾. Por tal motivo se concibe, como un halo de luz en la tempestad, el Proyecto de ampliación de los servicios de salud del IPP-ULA.

PROYECTO DE AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IPP-ULA ⁽²²⁾

Históricamente, el IPP-ULA se ha encargado, entre otras actividades, de administrar y autogestionar la propia póliza de seguros de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) de los profesores que de manera voluntaria decidan afiliarse a la misma, sin recurrir a empresas de seguro privadas. Por lo tanto, la institución no es un seguro, sino que se trata de un fondo solidario administrado por el gremio para atender al profesor en materia de previsión social.

Sin embargo, en la actual crisis sistémica que atraviesa el país, el salario de los profesores universitarios prácticamente ha desaparecido y no alcanza ni siquiera para adquirir la canasta básica alimentaria, por lo que mucho menos podría cubrir los elevados costos que implican cualquier bien o servicio relacionado a la salud.

En tal sentido, para enero de 2018 el precio de una cirugía básica, como por ejemplo, una cesárea, en una clínica privada tenía un costo promedio de 20.000.000⁰⁰ de Bs. ⁽¹⁹⁾, sin contar los honorarios del médico cirujano, mientras que la cobertura ofrecida por el IPP-ULA se ubicaba en apenas 6.000.000⁰⁰, lo cual evidentemente resultaba insuficiente y estaba fuera del alcance del presupuesto de cualquier profesor. En un contexto de hiperinflación, cualquier intento de ajuste de la cobertura ofrecida se vería pulverizado.

De allí la necesidad de implementar la creación de una clínica, como plan novedoso, gestado y gestionado desde el IPP-ULA como Fundación Social sin fines de lucro, que busca integrar esfuerzos de carácter público y privado, en el desarrollo de una política social particular.

De hecho, históricamente, la política social ha consistido en iniciativas programáticas fundamentalmente vinculadas al ámbito de competencia de la esfera pública, a través del Estado, encargándose de satisfacer aquellas necesidades que son consideradas básicas para la población en su conjunto o para segmentos específicos de ella ⁽²³⁾. La misma puede concebirse en áreas generales, tal y como lo es la salud. Lo que resalta es que, también las agencias privadas, con fines de lucro o no, muestran interés en la política social y han venido actuando al respecto. Este es el caso del IPP-ULA, en la ya mencionada previsión social de la salud, en el caso particular del profesorado ulandino y su respectivo grupo familiar.

Además, hay que acotar que se intenta trascender la esfera netamente privada, pues el proyecto no consiste meramente en contratar pólizas de seguros con diversas compañías del ramo, para recibir servicios de salud con diversas clínicas.

De manera que, el propósito reside en la creación de todo un complejo de servicios de salud, que busque integrar los tres niveles clásicos de atención: el primario, compuesto por la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; el secundario, consistente en una atención médica oportuna y de calidad; y el tercer nivel, referido a la rehabilitación.

En este orden de ideas, el proyecto ⁽²²⁾ parte con la prioridad de solventar las necesidades de salud más sentidas por el profesorado y su grupo familiar, tal y como lo son la atención médica de calidad en el área de emergencias, además de los servicios de laboratorio e imagenología, los cuales se aspira a poner en funcionamiento en una primera etapa, conjuntamente con la parte administrativa.

Posteriormente, se irán integrando, de manera paulatina, el servicio de hospitalización y el área de cirugía, además de las diversas consultas médicas por parte de especialistas de primer nivel, para atender situaciones, condiciones o problemas de salud más específicos, siempre considerando al ser humano en su multiplicidad orgánica.

En tal sentido, la nueva clínica funcionará en el Edificio del IPP-ULA ⁽²⁴⁾, bajo el principio de la solidaridad gremial, contando desde el punto de vista físico con: 28 consultorios para consultas especializadas, 36 camas de hospitalización, 3 salas de cirugía, una Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos con 3 camas y una Unidad de Cuidados intensivos Pediátrica, también con 3 camas. Todo esto en aras de prestar servicio a los profesores universitarios y a sus familias, los cuales en su conjunto abarcan una población de 15.000 personas ⁽²²⁾.

INTEGRACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA AL PROYECTO

Por otra parte, la ULA debe concebirse como un sistema orgánico, en el que el todo es más que la suma de sus partes, y en la que el IPP-ULA se erige como elemento con una misión y función particular, inspirada en una visión sistémica integradora. Es así como, para la concepción, implementación y funcionamiento de la ampliación de los servicios de salud, se solicitó y convocó la participación del mayor número posible de instancias universitarias.

En tal sentido, se incorporó un grupo de trabajo de profesores y especialistas provenientes de diversas Facultades, con la finalidad de aportar múltiples conocimientos científicos y tecnológicos en aras de reforzar el proyecto. De esta manera se tomaron en consideración diversas perspectivas, con un espíritu integrador enfocado en sumar para lograr un producto inter y transdisciplinario ⁽²⁵⁾.

Adicionalmente, el IPP-ULA considera como principio fundamental el de contribuir con una educación de excelencia, razón por la cual se prevé incorporar al Proyecto a los diversos residentes de posgrados de la Facultad de Medicina, poniéndolos a la disposición de la comunidad universitaria y merideña, en una institución de salud de la más alta calidad. Con esto se contribuye con un mecanismo continuo de retroalimentación entre el proceso enseñanza-aprendizaje y la prestación de bienes, valores y servicios de salud con criterios de eficacia y eficiencia. Asimismo,

se propone el apoyo a los residentes de posgrado con becas por parte del IPP-ULA, como mecanismo de incentivo.

Del mismo modo, paralelamente con la consolidación de este Proyecto, se propone la participación de los estudiantes de pregrado del área de Ciencias de la Salud, e incluso de otras Facultades de la ULA, para que realicen sus pasantías y trabajos de grado. Conjuntamente, también es factible la realización del Servicio Comunitario de Ley ⁽²⁶⁾, por parte de dichos estudiantes, contribuyendo desde el IPP-ULA con el bienestar de toda la población.

Con respecto a esto último, cabe destacar que el Proyecto estará abierto a recibir a toda la población que lo amerite, con la misma calidad de las clínicas privadas más reconocidas, tomando en cuenta el principio de solidaridad con criterios gerenciales que garanticen la sustentabilidad financiera.

Además, se tiene pautado anexar un plan de atención primaria en salud, con énfasis en la promoción de salud. Esto en consonancia con el paradigma social de la salud y además, de la Psicología Positiva con orientación a buscar “a través de estudios científicos, conocer las características, los procesos y las condiciones del funcionamiento óptimo de la persona para promover una vida plena y significativa desde la perspectiva individual hasta la proyección social ⁽²⁷⁾”.

–ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) COMO COMPLEMENTO DEL PROYECTO

El artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela ⁽²⁸⁾ claramente se refiere a la APS cuando expresa que “El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”.

Ciertamente, las líneas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽²⁹⁾ con el programa *Salud para todos en el año 2000*, inspiró una serie de reformas en los sistemas de salud de diversos países. Dicho programa trataba de brindar respuesta a una serie de problemas en el terreno de la salud que lo hacían aparecer en una situación de crisis, tanto en los países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo.

Así, en 1978 se organizó la Conferencia de Alma-Ata, emprendida de forma conjunta por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y realizada en la capital soviética de la República de Kazajstán. Entre los objetivos primordiales de dicha Conferencia se destacan los siguientes:

1. Promover el concepto de atención primaria en salud en todos los países, haciendo especial mención a los menos desarrollados.
2. Intercambiar experiencias e informaciones acerca de la organización de la atención primaria en salud.
3. Evaluar la situación de la salud y la asistencia sanitaria en el mundo, puesto que la APS, es instrumento privilegiado para promover su mejora.
4. Definir los principios de atención primaria de salud así como los medios operativos que permitan superar los problemas prácticos que plantea el desarrollo de la atención primaria en salud ⁽²⁹⁾

En tal sentido, el texto de la Conferencia define a la APS como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación ⁽²⁹⁾.

En este orden de ideas, la APS se enfocó en crear un primer nivel de contacto de los individuos, el núcleo familiar y la comunidad con el sistema de salud. Se trató de llevar lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, estableciendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Sobre estos principios inspiradores de APS, emergen los cimientos que constituyen el complemento del Proyecto de ampliación del IPP-ULA ⁽²²⁾.

Ese sería el camino para ir más allá del modelo curativista y hospitalocéntrico, producto de la transculturación hegemónica de patrones consumistas sanitarios ⁽³⁰⁾ que, a pesar de invertir un elevado porcentaje del producto interno bruto en salud, no alcanzan a obtener éxitos reflejados en mejores indicadores de calidad de vida para importantes sectores de la población.

En este sentido, la teoría del desarrollo humano ⁽³¹⁾ ha comprobado ser un mecanismo efectivo para reducir la exclusión y las inequidades, en vista de que solamente con medidas capitalistas de libre mercado no es suficiente para luchar contra la pobreza. La riqueza es solo un mecanismo para alcanzar el fin del bienestar social, por lo que es necesario además, formular y ejecutar políticas públicas efectivas en las áreas de salud y educación, en el marco de programas de previsión social.

Como ya se comentó, el primer nivel de atención de salud estará presente, de la mano del segundo, correspondiente al tratamiento oportuno de enfermedades y, al tercer nivel, consistente en la rehabilitación de calidad, para brindar un programa de salud completo al grupo familiar de todos los profesores.

Finalmente, por tratarse de un proyecto integral, el mismo incorporará los espacios del Centro Cultural Eleazar Ontiveros Paolini, que actualmente se desarrolla en el edificio del IPP-ULA, conformado por una galería de arte y una sala de concierto-teatro, donde ya funciona actualmente el Núcleo La Parroquia, del Sistema de Orquestas y Coros Infantiles y Juveniles de Venezuela.

Ciertamente, la salud es un fenómeno complejo que requiere de la intervención de múltiples facetas y dimensiones, siendo el arte una de ellas. La pintura, la escultura, la música, la literatura, el teatro, son todas manifestaciones con la capacidad de expresar y recrear los más profundos sentimientos de la humanidad, agregando otro elemento fundamental a ese intrincado transitar en la búsqueda del completo estado de bienestar biológico, psicológico y social.

–CONCLUSIÓN

En medio de las más profundas crisis, el rediseño y reingeniería de las instituciones es condición *sine quoniam* para subsistir. La adaptabilidad es una necesidad transitoria para sortear los más duros obstáculos en un entorno hostil. La crisis sistémica de Venezuela, como consecuencia de 20 años desacertados de ensayos políticos infructuosos, ha deteriorado los estilos, modos y condiciones de vida de la población en general y, particularmente de los profesores universitarios.

La razón de ser del IPP-ULA, es y será la previsión social del personal docente y de investigación, tanto activo como jubilado. En tal sentido, el Proyecto de Ampliación de los Servicios de Salud del IPP-ULA, queda plenamente justificado desde el punto de vista sociopolítico, pues viene a configurar una auténtica política social, emprendida desde una Fundación Social sin fines de lucro, a través de estrategias, acciones y actividades, encaminadas a solventar las precariedades generadas por un modelo político fallido, que dejó de cumplir con uno de los más elementales fines de cualquier Estado moderno y democrático: proveer de salud a su población.

Se trata pues, de un momento histórico crucial, de una complicada coyuntura que demanda la transformación y expansión del IPP-ULA para asumir los servicios característicos de una clínica privada, pero con criterios de solidaridad gremial, como institución encargada de gestionar y dirigir una red integral de servicios de salud, en beneficio del profesorado ulandino.

–REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Carrillo Roa A. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [Consultado 26 enero 2019]; 34(3): 1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00058517>
- (2) Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletín epidemiológico. Semana epidemiológica N° 52. [Internet]. 2016 [Consultado 7 enero 2019] Disponible en: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-2016.pdf>
- (3) Emergencia humanitaria Compleja en Venezuela: derecho a la salud. [Internet] 2018 [Consultado 6 enero 2019] Disponible en: <https://www.derechos.org.ve/web/wp-content/uploads/Reporte-Nacional-EHC-Derecho-a-la-Salud-septiembre-2018-Espa%C3%B1ol.pdf>
- (4) Emergencia humanitaria Compleja en Venezuela: derecho a la salud. *Reporte del Estado Mérida*. [Internet]. 2016 [Consultado 6 enero 2019] Disponible en: <http://sinergia.org.ve/2018/11/08/emergencia-humanitaria-compleja-en-venezuela-derecho-a-la-salud-report-estado-merida/>
- (5) Checa S. Salud-enfermedad. En: Di Tella T, Chumbita H, Gamba S, Gajardo P. Editores. *Diccionario de ciencias sociales y políticas*. Buenos Aires: Ariel; 2006.
- (6) Durkheim E. *Las reglas del método sociológico*. México: Fondo de Cultura Económica; 2001.
- (7) Britto García L. *Socialismo del tercer milenio*. Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericanos; 2008.
- (8) Dieterich H. *Hugo Chávez y el socialismo del siglo XXI*. Caracas: Ministerio de Industrias Básicas y Minería; 2006.
- (9) Monedero JC. *Hacia una filosofía política del socialismo del siglo XXI. Notas desde el caso venezolano*. *CDC* [Internet]. 2008 [Consultado 20 diciembre 2018]; 25(68): 73-108. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_artextx&pid=S1012-25082008000200005&Ing=es&nrm=iso
- (10) Marx K. *El capital: Crítica de la economía política*. México: Fondo de Cultura Económica; 2014.
- (11) Ramos Jiménez A. *Comprender el Estado*. Mérida-Venezuela: CIPCOM; 1999.
- (12) Lenin V. *El imperialismo. Fase superior del capitalismo*. Madrid: Fundación Federico Engels; 1916.
- (13) Aron R. *Dieciocho lecciones sobre la sociedad industrial*. Barcelona-España: Seix-Barral; 1964.
- (14) Montesquieu B. De. *El espíritu de las Leyes*. Madrid: Tecnos; 1985.
- (15) Arendt H. *Los orígenes del totalitarismo*. Madrid: Taurus; 1998.
- (16) Ley Contra el Odio, por la Convivencia Pacífica y la Tolerancia [Internet]. Venezuela. Asamblea Nacional Constituyente; 2017 [Consultado 07 enero 2019]. Disponible en: albaciudad.org/2017/11/este-es-el-contenido-de-la-ley-contra-el-odio-por-la-convivencia-pacifica-y-la-tolerancia/
- (17) North D. *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México: Fondo de Cultura Económica; 1995.
- (18) Alcántara Moreno G. *Globalización y políticas públicas de salud en Venezuela: la Misión Barrio Adentro*. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Vicerrectorado Administrativo; 2015.
- (19) Hočevar M. Informe sobre el acceso de los universitarios al derecho a la salud. [Internet]. 2018. [Consultado 15 febrero 2019]; Disponible: <http://www.uladdhh.org.ve/wp-content/uploads/2018/07/Informe-sobre-el-acceso-de-los-universitarios-al-derecho-a-la-salud-Descargar.pdf>
- (20) Ley de Universidades. [Internet]. Venezuela. Congreso de la República de Venezuela; 1970 [Consultado 17 enero 2019]. Disponible en: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/comision_electoral/Normativa_legal/index.htm
- (21) Alcántara Moreno G. *La globalización y sus implicaciones para el proceso salud-enfermedad*. Saarbrücken-Alemania: Editorial Académica Española; 2011.
- (22) Castillo V, Bastidas R. *Ampliación de los servicios de salud del Instituto de Previsión del Profesorado de la Universidad de Los Andes (IPP-ULA)*. Mérida-Venezuela: IPP-ULA; 2018.

- (23) Montoro R. Fundamentos teóricos de la política social. En: Alemán Bracho C, Garcés Ferrer J, Coordinadores. Política social. Madrid-España: McGraw-Hill; 1998. p. 211-232.
- (24) Araujo E. Diseño clínico - arquitectónico de ampliación de los servicios del Instituto de Previsión del Profesorado de la Universidad de Los Andes (IPP-ULA). Mérida, Venezuela: IPP-ULA; 2018.
- (25) Martínez M. El paradigma emergente. México: Trillas; 1997.
- (26) Ley del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior. [Internet]. Venezuela. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela; 2005 [Consultado 17 enero 2019]. Disponible en: http://www.ula.ve/humanidades-educacion/images/NuevaWeb/Servicio_comunitario/Reglamentos/Ley_Serv_Comunitario.pdf
- (27) Garassini M, Zarvarce P. Historia y marco conceptual de la Psicología Positiva. En: Garassini M, Camilli C, Coordinadores. Psicología Positiva: Estudios en Venezuela. Caracas-Venezuela: Sociedad Venezolana de Psicología Positiva; 2010. p. 17-42.
- (28) Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Asamblea Nacional Constituyente; 1999. [Consultado 10 enero 2019]. Disponible en: http://www.asambleanacional.gob.ve/documentos_archivos/constitucion-nacional-7.pdf
- (29) Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata. Ginebra: OMS; 1978.
- (30) Alcántara Moreno G. Transculturación del consumismo sanitario y medicalización en la globalización. Revista Electrónica de PortalesMédicos.com [Internet]. 2012 [Consultado 21 diciembre 2018]; 7(22), Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4955/1/Transculturacion-del-consumismo-sanitario-y-medicalizacion-en-la-globalizacion>
- (31) Sen A. La salud en el desarrollo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud [Internet] 2000 [Consultado 5 febrero 2019]; (2)16-21: Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/57579/RA_2000_2_16-21_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Recibido: 20/11/18 Aceptado: 21/5/19

RESEÑA

EL BACHILLERATO ASISTENCIAL

"MENCIÓN ENFERMERÍA" (VENEZUELA 1972- 1987)

THE NURSING BACCALAUREATE
"NURSING MENTION"
(VENEZUELA 1972-1987)

María del Carmen Álvarez (Lcda. en Enfermería)¹
Lilia Betancourt (Mg. Sc.)²

¹Lcda. en Enfermería. Profesora de la Escuela de Enfermería, Universidad Central de Venezuela, Caracas. Coordinadora del Museo Histórico de la Enfermería Venezolana
Correo electrónico: mariahuconf@gmail.com

²Lcda. en Enfermería. Magister en Educación. Profesora de la Escuela de Enfermería, Universidad Central de Venezuela, Caracas. Asesora del Museo Histórico de la Enfermería Venezolana.
Correo electrónico: currienfermeria@gmail.com

RESUMEN

En América Latina y en particular en Venezuela, el proceso histórico de la enfermería tanto en el subsistema servicio como educativo ha sido reflejo de la diversidad y cambio de los modelos de desarrollo que en ella coexisten; ante esta situación se presenta este documento referido a una visión narrativa diacrónica del Bachillerato Asistencial "Mención Enfermería" en el marco del proceso histórico de la formación del talento humano en esta disciplina. El método utilizado se corresponde con la investigación de fuente documental e histórica, para lo cual se revisaron documentos legales, textos sociológicos y electrónicos, de igual manera, se aplicó entrevistas estructuradas a 4 docentes que participaron en la formación de los bachilleres asistenciales desde el inicio hasta el cierre de esta modalidad. Asimismo, se realizaron 6 entrevistas a egresados de este programa, quienes continuaron su formación profesional a nivel universitario. Se concluyó que esta modalidad de estudio contribuyó con la formación del talento humano de enfermería requerido para cubrir las necesidades de este personal en los hospitales de la época.

Palabras clave: educación, bachillerato asistencial, enfermería, Venezuela.

ABSTRACT

In Latin America and Venezuela, the historical process of nursing in both the service and educational subsystems has been a reflection of the diversity and change of the models of development that coexist in it; in view of this situation, this document is presented, referring to a diachronic narrative vision of the Nursing Baccalaureate "Nursing Mention" within the framework of the historical process of the formation of human talent in this discipline. The method used corresponds to the investigation of documentary and historical sources, for which legal documents, sociological and electronic texts were reviewed, in the same way, structured interviews were applied to 4 teachers who participated in the training of the baccalaureates from the beginning until the closing of this modality. Likewise, 6 interviews were carried out with graduates of this program, who continued their professional training at the university level. It is concluded that this study modality contributed to the training of the human nursing talent required to cover the needs of these personnel in the hospitals of the time.

Keywords: education, nursing baccalaureate, assistance, Venezuela.



FIGURA 3. IMÁGENES DE HOSPITALES EN DONDE SE DESARROLLABAN LAS PRÁCTICAS.

SURGIMIENTO DE LA MENCION ENFERMERÍA A NIVEL DE BACHILLERATO

La referida política educativa en cuanto al ámbito social tendió a mejorar y aumentar el acceso a mayor cantidad de jóvenes a las carreras técnicas y ubicar a los estudiantes cercanos a su residencia. En relación a la formación de los Bachilleres Asistenciales de Enfermería, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) contempló un programa de beca estudiantil que contribuyó con el incremento de la matrícula y el desarrollo de esta formación. Para la instrumentación de esta modalidad de formación en enfermería, el ente rector de las políticas de salud de la época, fueron el MSAS y el Ministerio de Educación (ME), acogiéndose al decreto 120; quienes procedieron de manera coordinada a la reforma y administración del plan de estudio en las nueve escuelas nacionales de enfermería ubicadas en diferentes sedes del país, egresando la primera promoción en 1972, siendo otorgado el título por el Ministerio de Educación³ (Figura 4).

CUADRO 2. ESCUELAS DE ENFERMERÍA VENEZOLANAS (1968)

Escuela	Categoría	Ciudad
Ciudad Universitaria	ENE	Caracas
María de Almenar	ENE	Caracas
Dr. Antonio Francisco Riquelme	ENE	Valencia
Dr. Juan Alberto Olivares	ENE	Barquisimeto
Dr. Francisco Salazar	ENE	Maraicao
Néstor González	ENE	San Cristóbal
Escuela Nacional de Enfermería	ENE	Mérida
Dr. Domingo Badiaracco Bermúdez	ENE	Caracas
Escuela Nacional de Enfermería de Barcelona	ENE	Barcelona
Municipal de la Junta de la Beneficencia	Particular	Caracas
Dr. Francisco Antonio Riquelme	Particular	Caracas
Florence Nightingale	Particular	Caracas
Estudio y Trabajo	Particular	Caracas
Escuela Universitaria de la Universidad del Zulia	Pública	Maraicao

Nota: Cuadro elaborado con datos tomados de distintas fuentes documentales, Mérida.

FIGURA 4. ESCUELAS NACIONALES DE ENFERMERÍA (1968).

Para comprender el contexto señalado, el MSAS y el ME, crean una Unidad Técnico Administrativa, denominada Departamento de Educación Asistencial para las tres menciones, incluidas (Trabajo Social, Puericultura y Enfermería) con la finalidad de garantizar el funcionamiento y supervisión de éste régimen educativo, siendo la jefa de este departamento la profesora Gisela Domínguez. Adscritas a este departamento se encontraban las enfermeras Lilian Betancourt y Carmen Cecilia Jiménez, licenciadas en enfermería y educación, quienes de manera coordinada con las enfermeras supervisoras de la Sección Docente de la División de Enfermería del MSAS y las docentes de enfermería coordinadoras de los liceos, supervisaban los programas del plan de estudio (Figura 5).



FIGURA 5. LCDA. CARMEN JIMÉNEZ (IZQ.) Y LCDA. LILIA BETANCOURT (DCHA.)

Es a partir de 1976 con el cierre de la modalidad del estudio técnico iniciado en 1940 e impartido en las Escuelas Nacionales de Enfermeras (ENE), cuando definitivamente el ME establece un plan de estudio para el recurso de enfermería a nivel medio como una política nacional a fin de cubrir las necesidades del recurso humano de enfermería existente en los centros asistenciales y ambulatorios del área comunitaria del país. Se crean secciones a nivel de 25 planteles de educación media, como lo fueron las Escuelas Técnicas Administrativas (ETA), los liceos de formación en Ciclo Básico (CB) y los liceos de formación en Ciclo Diversificado, los cuales se encontraban ubicados en 19 entidades federales, con lo cual se da inicio a la expansión de la formación de este recurso que buscaba dar respuesta al déficit existente de enfermería². Una vez instaladas las unidades clínicas en los hospitales, estos incorporaron a los estudiantes, antes de graduarse, con la figura laboral de pre-graduado, cumpliendo actividades correspondientes a las funciones de las enfermeras graduadas, denominación para la época (Figura 6).

CUADRO N° 2
MATRICULA POR PLANTEL DEL CICLO DIVERSIFICADO MENCION ENFERMERIA
AÑO ESCOLAR 1.984-85

PLANTEL	UBICACION	1º AÑO			2º AÑO			3º AÑO			TOTAL		
		Alu.	Sec.	Alu.	Sec.	Alu.	Sec.	Alu.	Sec.	Alu.	Sec.	Alu.	
ETA "Antonio José de Sucre"	Caracas	4	166	4	116	3	120	11	38				
CD. "Mariano Picón Salas"	Patate	2	38	1	32	1	30	4	10				
CL. "ANDRÉS BELLÓ"	Maracay	3	108	2	57	3	86	8	25				
CD. "JOSE GIL FORTOUL"	Villa de Páez	2	76	2	61	2	55	6	19				
CD. "FERNANDO PENALVER"	Cdo. Bolívar	1	38	1	30	1	31	3	9				
CD. "CREACION LOS OLIVOS"	Fto. Ordaz	1	38	1	30	1	22	3	9				
ETA "LUIS RAZETTI"	Barcelona	2	76	2	61	2	52	6	18				
CD. "ALBERTO CARROVALI"	El Tigre	2	38	1	30	1	27	4	9				
CD. "ALEJANDRO FURNAYOR"	Maracaibo	2	76	2	61	2	55	6	19				
CD. JESUS S. LOSSADA	Maracaibo	2	76	2	61	2	57	6	19				
CD. "CHAVEZ"	Cabimas	2	76	2	61	2	52	6	18				
CD. "CARLOS MUÑOZ ORTA"	Guanare	3	114	3	85	2	57	8	25				
CD. "JUAN PABLO PÉREZ"	Arauca	1	38	1	30	1	27	3	9				
ETA "DR. DOMINGO BAURINHO D."	Cumaná	6	228	4	113	3	85	13	42				
CD. "FRANCISCO TORRES"	Naturín	2	76	2	61	2	58	6	18				
CD. "ARISTIDES SUJAS"	San Felipe	1	38	1	29	1	23	3	9				
CD. "CREACION"	San Carlos	2	76	2	61	2	55	6	18				
CD. "PEDRO MARIA MONASTERIS"	San Cristóbal	4	152	4	90	3	70	11	31				
CD. "GERVASIO RUBIO"	Hubic	2	62	2	50	1	28	5	14				
CD. "ROMULO GALLIGOO"	San. Mdo. de Apure	2	76	2	63	1	39	5	15				
CD. "Cecilio ACOSTA"	Coro	2	76	2	42	1	48	5	16				
CD. "CRISTOBAL BENDORA"	Trujillo	4	152	3	99	2	72	9	31				
CD. "MIGUEL JOSÉ SANZ"	Berquisimeto	3	108	3	54	2	61	8	24				
ETA "FRANCISCO A. RINQUEZ"	Valencia	6	228	6	182	4	153	16	54				
CD. "MARIA SILVIA VELASQUEZ"	Mérida	2	76	2	71	2	38	6	20				
TOTAL:		63	2.285	57	1.610	47	1.442	166	51				

Fuente: Ministerio de Educación - Dirección de Educación Media Diversificada y Profesional
Departamento de Formación Asistencial. 1.984-85.

FIGURA 6. PLANTELES EN DONDE SE IMPARTÍA EL BACHILLERATO ASISTENCIAL, DESDE 1976.

Es oportuno mencionar que para el ciclo diversificado se crearon los programas de formación acelerada que iniciaron desde el primer año del ciclo básico hasta el sexto año y el título otorgado era el de Técnico Medio "Mención Enfermería", equivalente al Título de Bachiller en Ciencias, uno de ellos con sede en Caracas, Escuela Técnica Asistencial "Antonio José de Sucre".

PLAN DE ESTUDIO Y PROGRAMAS

El plan de estudio del Bachillerato Asistencial "Mención Enfermería" "con duración de tres años contemplaba las asignaturas cursadas en el primer y segundo año correspondiente al Bachillerato en Ciencias, adicional a ello, en primer año, se incorpora Enfermería I con duración de 20 horas semanales; en segundo año, Enfermería II con 11 horas y en tercer año, Enfermería III con 33 horas semanales² (Figura 7).

COD. 45018 BACHILLERATO ASISTENCIAL MENCION ENFERMERIA
3 AÑOS DE ESTUDIO - Credencial: Título de BACHILLER ASISTENCIAL MENCION ENFERMERIA
 REQUISITO: Bachillerato Diurno, Primer Ciclo, 3 años (Cód. 37000) ó Bachillerato Nocturno, Primer Ciclo, 3 años (Cód. 37050) ó Ciclo Básico Común (Cód. 32000) ó Ciclo de Cultura Básica (Cód. 31021) ó uno de los Ciclos de Formación Básica de Educación Técnica (Cód. 41020, 42102, 44006 ó 45021).

1er. Año (desde 1973 hasta 19)	Hs. A.	Hs. P.	2do. Año (desde 1974 hasta 19)	Hs. A.	Hs. P.
ASIGNATURA			ASIGNATURA		
Castellano y Literatura	3	3	Inglés	3	3
Matemática	4	4	Educación Física	1	2
Historia de Venezuela	4	4	Geografía de Venezuela	3	3
Inglés	3	3	Castellano y Literatura	2	2
Educación Física	1	2	Matemática	4	4
Física	4	6	Física	4	6
Química	4	6	Química	4	6
Ciencias Biológicas	4	6	Ciencias Biológicas	4	6
Enfermería (E.P.)	10	20	Enfermería (E.P.)	11	11
	<u>37</u>	<u>54</u>		<u>36</u>	<u>43</u>
3er. Año (desde 1975 hasta 19)					
Filosofía	3	3			
Enfermería (E.P.)	33	33			
	<u>36</u>	<u>36</u>			

Resolución No. 28 del 29-03-1973 - G.O. No. 30083 del 17-04-1973. Reimpreso por error de copia en la G.O. No. 30125 del 11-06-1973 - Memorial del Ministerio de Educación - Año 1973 - Tomo I - Pág. IV-286, Compilación Legislativa - Tomo VIII - Pág. 641.

FIGURA 7. PLAN DE ESTUDIOS.

La carga horaria en enfermería para los tres años sumaba 1620 horas (Figura 8), con distribución del horario para la teoría y la práctica² (Figura 9).

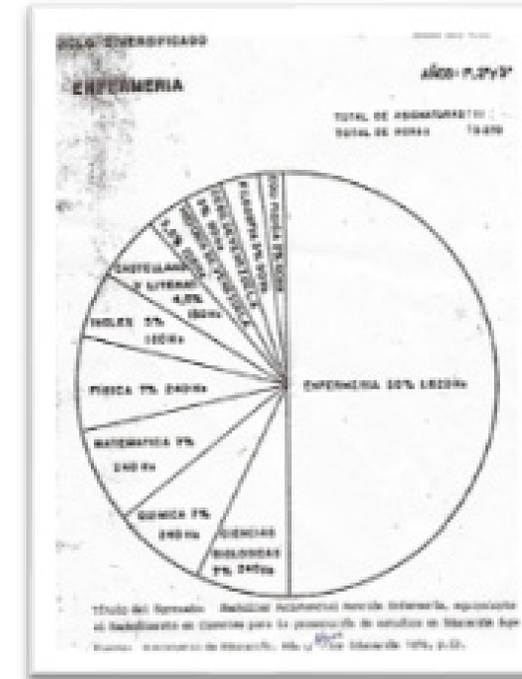


FIGURA 8. PLAN DE ESTUDIOS

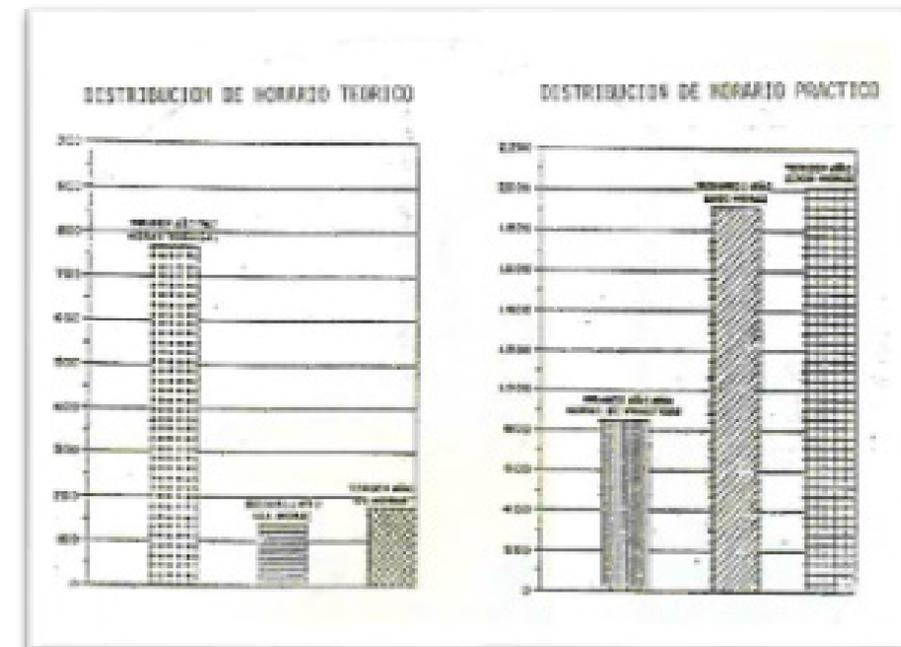


FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN DE LOS HORARIOS.

Para el ingreso a esta modalidad de estudio, los docentes coordinadores en los liceos realizaban una selección de los aspirantes, basado en una entrevista de orientación y promedio previo. Las horas de pasantía se realizaban en horario matutino, utilizando como metodología la pre-clínica, clínica y post-clínica. La indumentaria utilizada para las prácticas de los estudiantes contemplaba: el uniforme correspondiente al plantel, con una bata verde oliva o azul claro con su respectiva plaquita de identificación y zapatos mocasines negros; debían llevar el cabello corto o recogido, se prohibía el uso de zarcillos largos y collares. Se exigía llevar a la práctica: reloj con segundero, tijera de mayo, libreta pequeña, lapiceros negro o azul y rojo.

Los programas instruccionales específicos de la asignatura fueron diseñados por docentes de enfermería de las ENE, para ello se planificaron y ejecutaron jornadas de trabajo coordinadas por el Departamento de Educación Asistencial. Producto de ello fueron los programas de Enfermería I, II y III, ya mencionados, constaban de objetivos generales y específicos de los aspectos teóricos y prácticos de la asignatura⁴. Es conveniente precisar que en el programa de Enfermería III se realizaba el internado rotatorio tanto en la comunidad como en hospitalización con la finalidad de afianzar en áreas débiles y destrezas en los procedimientos clínicos, también esta práctica estaba basada en un acompañamiento por el docente y el personal asistencial de planta, que además se fortaleció con la implementación de talleres, dentro de los cuales estuvo el de Defensa Civil y Primeros Auxilios.

OPINIÓN DE LOS ENTREVISTADOS

Para sustentar la experiencia se realizó una exploración de opinión a cuatro docentes informantes que participaron en la creación y desarrollo de este modelo, así mismo, se consultó la opinión de seis egresados de esta modalidad de estudio que en la actualidad desempeñan la carrera de enfermería. De acuerdo a los docentes informantes, los estudiantes egresados de esta modalidad de estudio provenían de los estratos sociales medios y bajos en edades entre 15 y 17 años aproximadamente cuando ingresaban, que además procedían de zonas cercanas a los planteles educativos. Coincidieron en que estos jóvenes estaban provistos de un gran entusiasmo y deseos de superación.

En cuanto a los egresados, coincidieron en que los docentes eran profesionales excelentes, integrales, con un elevado nivel académico y profesional, que además recibían de parte de ellos un trato respetuoso y acompañamiento permanente en sus prácticas y pasantías. Esto se explica por cuanto un porcentaje significativo provenían de las escuelas nacionales de nivel medio que incluso habían cursado otras carreras, en particular educación y pedagogía.

Es importante resaltar lo que expresó uno de los docentes "...los estudiantes poseían un alto nivel de expectativa para obtener el título y una actitud positiva hacia el aprendizaje..." Otra docente... "Considero que aun siendo tan jóvenes, supieron sortear todos los obstáculos y lograr las competencias necesarias para ingresar rápidamente al mercado de trabajo..."

Tanto los informantes docentes como los egresados, coincidieron en que esta formación le permitió al estudiante la adquisición de conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes que contribuyeron a desarrollar un profesional competente, capaz de desempeñar, como así lo hizo en el tiempo, de ocupar cargos directivos de mediana y gran envergadura (coordinadoras,

supervisoras y directoras). Con relación a la simbología y actitudes profesionales consideran también, que esta formación les permitió a los estudiantes desarrollar valores profesionales como: amor al trabajo, superación profesional, respeto, responsabilidad, empatía, solidaridad, honestidad, sentido de pertenencia y compromiso institucional. Para el acto de grado, se mantuvo la simbología que identificaba al profesional de enfermería proveniente de las escuelas técnicas como uso del uniforme, la capa, la cofia, las insignias, la lámpara y el acto de juramento (Figura 10).



Liceo «Mariano Picón Salas» (1979, 1980, 1987). Estado Miranda.



**Liceo «Miguel José Sanz» (1987).
Barquisimeto. Estado Lara.**



**Escuela Técnica
«Antonio José de Sucre» (1983). Caracas.**

FIGURA 10. ACTOS DE GRADO.

Con respecto a las fortalezas y debilidades de esta modalidad de estudio señalan que si bien es cierto no se realizó ningún tipo de investigación evaluativa acerca de este régimen, creen que dentro de las fortalezas se encuentra: mayores oportunidades de acceso a mayor cantidad de jóvenes de escasos recursos económicos para incorporarse a una carrera técnica, inserción rápida al campo de trabajo, incremento del recurso de enfermería para cubrir el déficit en las instituciones de salud.

En cuanto a las debilidades señalan la ausencia de recursos para el aprendizaje en aulas (laboratorios de simulación), ausencia de especialistas en las áreas, escasa formación en Ciencias Básicas (Anatomía, Fisiología, entre otras) y selección a otras carreras universitarias por diversas razones personales o de oportunidades de estudio en enfermería.

Finalmente, la Comisión Interinstitucional instalada en 1985, para el proyecto de la prosecución de estudios a nivel universitario, conformada por profesionales de enfermería, tales como, María Victoria Mata por el MSAS; Lilia Betancourt por el ME; Carmen Dorila Rivas por la Junta de Beneficencia de Caracas; Rosario Sánchez por el Seguro Social Obligatorio (SSO) y Olivia Zurita como representante de la Federación de Colegios de Profesionales de Enfermería de Venezuela (FCPEV)⁵, consideraron que la generación de egresados del Bachillerato Asistencial, constituyeron la población potencial para la profesionalización a la primera y segunda etapa de la carrera por la modalidad de estudios semi-presenciales que en el caso de Caracas, en la Universidad Central de Venezuela (UCV) fue de 4000 personas entre técnicos universitarios y licenciados⁶ (Figura 11).



FIGURA 11. COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL, 1985.

–CONCLUSIÓN

Sin duda alguna, el Bachillerato Asistencial “Mención Enfermería”, contribuyó con uno de los niveles de formación en enfermería de la época para la consolidación de la carrera a nivel universitario. Brindó un aporte significativo a la Comisión Interinstitucional conformada por personalidades de enfermería adscritas al MSAS, ME, Junta de Beneficencia, SSO y FCPEV, como organismo representante del gremio.

Los resultados de esta formación, arrojaron aproximadamente 14.000 bachilleres asistenciales que acumularon una experiencia asistencial, incluso gerencial a nivel de las instituciones de salud de la época desde 1972 hasta 1986-1987, momento en el cual comienzan oficialmente los programas de prosecución de estudios a nivel universitario iniciando con el Técnico Superior Universitario (TSU), siendo derogada la resolución de la modalidad del bachillerato Asistencial “Mención Enfermería” en 1988, que conllevó a que de manera paulatina se fuera cerrando esta modalidad en los planteles de educación media.

Cabe destacar que en este contexto socio-histórico y político, las instituciones educativas y asistenciales, el gremio, los servicios y el Estado se integraron para desarrollar los programas de formación y seguimiento del ejercicio de la enfermería en la prestación del cuidado.

–REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gaceta Oficial de la República de Venezuela. N° 30.125. Caracas, Venezuela: Imprenta Venezuela; 1973.
2. Ministerio de Educación. Más y Mejor Educación. Caracas: Imprenta del Ministerio de Educación; 1976.
3. Sánchez E, Vega M, Fernández A, Velazco A, Noguera J. La Enfermería en Venezuela, Historia, Organización y Lucha Colectiva. Mérida. Venezuela: Consejo de Publicaciones. Universidad de Los Andes; 2011.
4. Ministerio de Educación. Programa de Enfermería, Bachillerato Asistencial, Segundo año. Caracas: Imprenta del Ministerio de Educación; 1976.
5. XIV Convención Nacional de Enfermeras(os). Hacia la Consolidación de la Carrera de Enfermería. Caracas: material mimeografiado; 1986.
6. Escuela Experimental de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela. Documento Básico para la Evaluación de la Escuela Experimental de Enfermería de la UCV 1992-2002. Caracas. Venezuela; 2002.

–FUENTE DE LAS FOTOGRAFÍAS

Prof. María Álvarez.

— AGRADECIMIENTOS

A las profesoras Lilia Betancourt, quien fue Supervisora de la Sección Docente de la División de Enfermería del MSAS y a la Profesora Mercedes Vejar (docente de la época), que contribuyeron al desarrollo de los programas de enfermería de esta modalidad de estudio y por la información suministrada para la realización de esta investigación.

Recibido: 10/1/19 Aceptado: 23/5/19

RESEÑA

INSTITUCIONALIZACIÓN EDUCATIVA DE LA ENFERMERÍA EN VENEZUELA

EDUCATIONAL
INSTITUTIONALIZATION OF
NURSING IN VENEZUELA

EDUARDO JOSÉ SÁNCHEZ (MSC)

Profesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes (ULA), Mérida Venezuela. Coordinador de la Red Venezolana de Historia de la Enfermería. Coordinador del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero de la Escuela de Enfermería de la ULA. Doctorando en Ciencias Humanas.

Correo electrónico: revistaehi@gmail.com

RESUMEN

La formación de enfermeras en Venezuela en la primera mitad del siglo XX, representa un fenómeno de interés socio-histórico para la comprensión de los primeros esfuerzos de la consolidación institucional y educativa. El presente ensayo tiene como objetivo indagar sobre algunos acontecimientos que contribuyeron con la institucionalización educativa de la enfermería venezolana, la cual ha pasado por un proceso de evolución y cambios asociados a los fenómenos históricos/sociales, políticos, económicos y principalmente al surgimiento de la democracia. Los factores determinantes fueron la inversión social en el sistema de salud y la creación de la Escuela Nacional de Enfermeras (ENE) en 1940.

Palabras clave: Enfermería, historia, educación, Venezuela.

ABSTRACT

The training of nurses in Venezuela in the first half of the 20th century represents a phenomenon of socio-historical interest for the understanding of the first efforts of institutional and educational consolidation. The objective of this essay is to investigate some events that contributed to the educational institutionalization of Venezuelan nursing, which has gone through a process of evolution and associated changes associated with historical/social, political, economic phenomena and mainly with the emergence of democracy. The determining factors were the social investment in the health system and the creation of the National School of Nurses (ENE) in 1940.

Key words: Nursing, history, education, Venezuela.

–INTRODUCCIÓN

Para comprender el proceso de institucionalización educativa de la enfermería venezolana, es necesario indagar sobre el desarrollo histórico de la misma, destacando que desde la antigüedad los cuidados se caracterizaron por el culto de la salud, las supersticiones, las creencias sobre enfermedad y muerte, así como, el uso de plantas medicinales, hasta por un proceso de sociogénesis o causación social del proceso salud-enfermedad, íntimamente ligado a los procesos históricos/sociales, políticos y económicos propios de la nación y del sistema sanitario; coyunturas que representaron hitos históricos con repercusión y eco en el devenir social y por ende en el desarrollo de la enfermería.

Los estudios de enfermería en Venezuela se iniciaron entre 1837 y 1900, con la formación de enfermeras obstétricas, luego, de forma discontinua hasta 1937, con tres programas de formación en el Hospital Vargas, Hospital Municipal de Niños y la Cruz Roja. En 1940 nace la Escuela Nacional de Enfermeras (ENE), bajo la dirección de dos exiliadas españolas. Entre los años 1944 y 1959 por decretos residenciales publicados en gacetas, se establecieron reglamentos y parámetros a seguir por las distintas escuelas de enfermería venezolanas.

En 1966, se inició un proceso de expansión universitaria, que se desarrolló en paralelo con una educación técnica media que otorgaba el Título de Bachiller Asistencial y que posteriormente desaparece; ahora bien, con la creación de las primeras escuelas universitarias de enfermería (Universidad del Zulia, Universidad de Los Andes y Universidad de Carabobo), se fue consolidando un sistema de formación profesional de enfermeros y enfermeras a nivel nacional, que contó y lo sigue haciendo con el surgimiento de institutos técnicos, programas de enfermería de pre y postgrado y de prosecución de estudios.

ORIGEN DE LA EDUCACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN VENEZUELA

Como ya se mencionó, la sociogénesis y el desarrollo educativo y social de un país, están íntimamente ligados a diversos procesos propios de cada nación, en tal sentido, tratar de comprender el origen de la educación en enfermería en Venezuela, requiere abordar algunos aspectos que a continuación se desarrollan.

La economía venezolana durante el siglo XIX se sustentaba de la explotación y exportación de cacao, café y ganado, con un elevado índice de pobreza y escaso nivel educativo, productivo y tecnológico, aunado a enfermedades tales como la malaria, fiebre amarilla, peste bubónica, tifus, y disentería, entre otras; factores que constituyeron la forma de vivir, enfermar y morir de la población. Las acciones del Estado llevadas por las juntas de sanidad u otros organismos, fueron irregulares e intermitentes. Este período se caracterizó por una práctica empírica de los cuidados, en donde la prestación de los mismos se realizaba principalmente en el hogar, siendo su marco referencial el ejercicio del cuidado a los enfermos¹.

Para 1837, el Dr. José María Vargas bajo la Dirección General de Instrucción Pública, autorizó al Dr. Santos Gasperi para dictar cursos a las mujeres que quisieran dedicarse a la atención de partos. También, el 24 de julio del mismo año, en el convento de las Dominicas de Caracas, se crea la casa de beneficencia para los pobres de solemnidad, con un apartamento

separado para los enfermeros mentales, reglamentándose por decreto del 20 de febrero de 1877 la administración y servicio de esta casa, en donde se dispuso de una sala de maternidad¹.

Entre 1865 y 1889 aparecieron los primeros reglamentos, en donde se describieron funciones del personal de enfermería en instituciones sanitarias. Durante esta época, el grueso de la población estaba ubicado en áreas rurales y los cuidados de enfermería, eran llevados a cabo por practicantes empíricos con escasa formación o asistentes de médicos en las distintas localidades. Los cuidados de la salud relacionados con la enfermería, fueron llevados principalmente por las mujeres y se caracterizaron por el uso de plantas en infusiones, cataplasmas, vigilancia de la alimentación, abrigo, masajes, cuidado de los enfermos en el hogar y asistencia como parteras². Por otro lado, los curanderos eran personas a las que la población les atribuía poderes especiales, puesto que entremezclaban ritos mágicos con conocimientos propios de los cuidados de la salud, a través del uso de hierbas, rezos y amuletos.

El 11 de febrero de 1889, el gobierno venezolano contrató a monjas francesas de las Hermanas de la Caridad de San José de Tarbes y dos capellanes, para la dirección económica y atención de pacientes en lo que es actualmente el Hospital Vargas, fundado en 1888 (figura 1). Sin embargo, no es sino hasta el año 1912, cuando se crea en este hospital la primera Escuela de Enfermería².



FIGURA 1. PASILLO DEL HOSPITAL VARGAS (S.F.)

Para 1916, se recibió en Venezuela la primera visita de una comisión de higienistas de los Estados Unidos, de carácter cívico-militar para asesorar la lucha contra la fiebre amarilla, dirigida por el Mayor General William Gorgas. La Fundación Rockefeller, para ese entonces, pensando que la apertura del Canal de Panamá pudiera favorecer que la fiebre amarilla se propagase al oriente y, considerando que era posible extinguir totalmente los focos de endemidad de las regiones en donde existían, resolvió constituir, como en efecto lo hizo, una comisión destinada a erradicar dichos focos y a cooperar con los gobiernos respectivos en su eliminación³. Lo descrito, trajo como consecuencia una cooperación basada en el apoyo y formación de recursos humanos en diversas áreas, tales como infraestructura, salud, entre otras. Asimismo, el estado venezolano, a partir de la explotación petrolera comenzada en 1917, jugaría desde entonces, un papel importante en la distribución de la renta petrolera, mediante diversos mecanismos: gasto público, generación de empleos, servicios, construcción de infraestructura y obras públicas².

Lo anterior, aunado a una serie de cambios demográficos y el creciente flujo migratorio de los campesinos a las ciudades en busca de mejores condiciones de vida, generaron profundas transformaciones en la sociedad. Por otro lado, las acciones del Estado respecto a la organización del sistema de salud, se centraron en desarrollar prácticas dirigidas a mejorar las condiciones de vida de los más necesitados; se trataba de una política que dirigía sus efectos a lo inmediato, sin el menor interés de transformar la estructura social y que solo respondía a los acontecimientos de la época.

Con la muerte del dictador Juan Vicente Gómez en 1935, Venezuela comenzó a experimentar un período de transición importante donde convergieron múltiples elementos: el factor petróleo cobraba más y más fuerza a nivel internacional por su gran valor energético; el Estado pasó a manos de un nuevo gobierno encabezado por Eleazar López Contreras, a partir de 1935, manteniendo su rol protagónico en lo que se refiere a la distribución de la renta petrolera, pero esta vez, se crearon nuevos mecanismos de gasto público y se incluyó el financiamiento de programas a fines de lograr la modernización progresista del país.

La era postgomecista originó una variable en la estructuración de partidos políticos, sindicatos y gremios, asimismo, un progreso en el área educativa que contribuyó al avance técnico-científico, cultural y al desarrollo nacional. En resumen, el nuevo Estado promovió un proyecto nacional de modernización en materia educativa y de recursos humanos que requirió de personal preparado. En cuanto al sistema de salud, también fue necesario reforzarlo con estos recursos humanos⁴. Ahora bien, las secuelas de la segunda Guerra Mundial, condujeron a aumentar el flujo de inmigrantes europeos a América de Sur. Estos inmigrantes en su mayoría fueron españoles, a quienes Venezuela acogió y contrató para aumentar la fuerza de trabajo capacitada.

Durante todo este proceso, el Ministerio de Estado, provisto de dos Direcciones: la de Salubridad Pública y Agricultura y Cría, fue separado el 25 de febrero 1936 por Decreto Presidencial del General Eleazar López Contreras, en su condición de Presidente de Venezuela⁵. En ese mismo año, se creó el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), siendo una

de sus tareas, la capacitación de recursos humanos, contratación de peritos extranjeros y el otorgamiento de becas, entre ellos, a estudiantes de enfermería, para formarse en el extranjero mediante convenios con la Fundación Rockefeller, Instituto de Asuntos Sanitarios y la Oficina Sanitaria Panamericana⁶.

Por otro lado, la orientación de la política sanitaria nacional, se ubicó en el concepto de integración de todo el sector, con una orientación preventiva a distancia de la función curativa; concepción apoyada en la creación de las Unidades Sanitarias, que se convirtieron en el centro de la actividad de salubridad a nivel local. Durante este período tanto los gobiernos del General Eleazar López Contreras (1935-1941), como el de Isaías Medina Angarita (1941-1945) construyeron sus proyectos en el contexto de exigencias socio-políticas inaplazables para la época, donde convergieron las nuevas reivindicaciones de las mayorías empobrecidas con las demandas de los nuevos sectores medios, ampliamente estimulados por sectores burgueses críticos surgidos en la dinámica manufacturera reciente.

Desde la perspectiva descrita, el MSAS junto con el de Educación, determinó la formación de enfermeras en los años sucesivos, así, para 1937, estos ministerios, regían la Escuela de Enfermería del Hospital Vargas. Por otro lado, los estudios y avances en materia de pediatría y puericultura eran muy incipientes, no existían centros de salud especializados en la atención al niño que pudieran suplir las necesidades médicas de la población infantil, hasta la fundación del Hospital Municipal de Niños “Dr. José Manuel de los Ríos”. Ante la imperiosa necesidad de enfermeras, la institución se vio en la necesidad de formar profesionales de la salud, convirtiéndose de este modo en la sede de otra Escuela de Enfermeras².

Otro centro de enseñanza de la enfermería de la época fue la Escuela de Enfermeras “Dr. Francisco Antonio Rísquez” de la Cruz Roja (actualmente: Colegio Universitario de Enfermería de la Cruz Roja) que graduaba desde 1914 enfermeras en cursos de 2 años. En 1928, su director, el Dr. Rísquez, implementó un sistema de cursos abreviados. Para 1937, la formación fue una modalidad de internado de 2 años en un régimen semestral y el Ministro de Educación, Dr. Rafael López, organiza la Escuela Normal Profesional de Enfermeras, adscrita a ese ministerio³. Esta escuela contó, con la acogida de recursos humanos cualificados extranjeros de enfermería, para aligerar el desarrollo de un país que cimentaba las bases de un nuevo tiempo.

Es así como, dos exiliadas españolas, señoritas Montserrat Ripoll y Aurora Mas (figura 2), fueron contratadas por el gobierno bajo la recomendación de la Fundación Rockefeller. La primera se formó en Catalunya, poseía una experiencia profesional de 18 años y realizó estancias de especialización en Londres, París y Norte América. Ocupó la Dirección de la Escuela de Enfermeras de la Generalitat Catalana. La segunda, se formó en Madrid donde adquirió una experiencia de 10 años. También se especializó en el extranjero y ocupó el puesto de Directora del Instituto Infantil de Sevilla. Ambas conocían a fondo los principios de la enfermería anglosajona liderada por Florence Nightingale y consideraron que la única vía de progreso de la enfermería como disciplina era su profesionalización⁴. La primera tomó el cargo de Directora y a la segunda se le adjudicó el cargo de Subdirectora. Sus tareas en Venezuela consistieron en organizar y dirigir la Escuela de Enfermería



FIGURA 2. SEÑORITAS MONTSERRAT RIPOLL Y AURORA MAS.

En cuanto a la preparación profesional de la enfermería en esa época, la formación estuvo a cargo de las instructoras, médicos y estudiantes avanzados de medicina. Con la creación del MSAS, se estableció una estructura gubernamental que potenció la realización de programas de envergadura en la salud pública, como la lucha antimalárica y antituberculosa, sumado a una creciente inversión en la construcción de un sistema público nacional, adquisición de equipos e inversión en la formación de recursos humanos, entre ellos los de enfermería.

En este proceso, también se iniciaron los estudios de postgraduadas en las diferentes áreas de enfermería: salud pública, arte de la enfermería, anestesia, pediatría, puericultura, obstetricia, nutrición, dietética, tuberculosis, psiquiatría, quirófano, cuidado de los niños prematuros, administración de hospitales, planificación, desarrollo de la comunidad; cursos docentes para directoras, coordinadoras e instructoras de Escuelas de Enfermería y campos clínicos. Por su parte, la Señorita Mary Elizabeth Tennant, enviada por la Fundación Rockefeller del Programa de Enfermería de Salud Pública de la División Internacional de Salud (DIS), recomendó fundar una Escuela Nacional Independiente que tomó como punto de partida la mencionada Escuela Normal Profesional de Enfermeras.

CREACIÓN DE LAS ESCUELAS NACIONALES DE ENFERMERÍA (ENE)

La Escuela Nacional de Enfermeras (ENE) se creó por Decreto Ejecutivo el 22 de Julio de 1940 según la Gaceta N° 20400, siendo su asiento principal la ciudad de Caracas, adscrita al MSAS con personalidad jurídica, autonomía y patrimonio propio, su inauguración fue el 15 de noviembre de ese mismo año² (figuras 3 y 4).



FIGURA 3. EDIFICIO EN DONDE FUNCIONÓ INICIALMENTE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS, CARACAS (1940). ACTUALMENTE UNIDAD DE ONCOLOGÍA DR. LUIS RAZETTI.



FIGURA 4. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS, CARACAS (1958). ACTUALMENTE FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

A la ENE se transfirieron las estudiantes e instructoras de la Escuela Normal y el proyecto contó con la presencia de las señoritas Ripoll y Mas, ocupando los cargos de docencia y supervisión que venían desempeñando anteriormente. Hacia 1941, se incorporó otra enfermera española, ex becaria de la Fundación Rockefeller; la señorita. Manolita Ricart, procedente de Barcelona y con un amplio bagaje profesional, la cual desempeñó importantes funciones como docente y subdirectora al fallecer la Srta. Ripoll el 18 de diciembre de 1942.

En 1943 es nombrada Directora de la ENE de Caracas, Antonia Fernández, enfermera venezolana, graduada en Panamá y con amplia experiencia en salud pública, la misma contrató como instructora del arte de la enfermería a la enfermera estadounidense Miss Evelyn Sturmer, miembro de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS). Su labor fue de gran valor para la preparación y formación de instructoras y creación de otras escuelas de enfermería del país. Para el 19 de marzo de 1946, con la colaboración de Marieta Lares, integrante de la primera promoción de la ENE de Caracas, Miss Sturmer, elaboró el Manual Técnico de Enfermería². El aporte de estas enfermeras, fue fundamental en la consolidación y expansión de la institucionalización de la enfermería venezolana como profesión.

El propósito primordial de la ENE fue preparar enfermeras para el ámbito de la salud pública. Estas escuelas se crearon a lo largo del territorio nacional, donde resaltaron las siguientes, siguiendo un orden cronológico de creación: 1947, Valencia: Escuela Nacional de Enfermeras “Dr. Francisco Antonio Rísquez” (figura 5); 1948, Barquisimeto: Escuela Nacional de Enfermeras “Dr. Juan Alberto Olivares”; 1949, Cumaná: Escuela Nacional de Enfermeras “Dr. Domingo Badaraco Bermúdez”; 1954, Maracaibo y Barcelona: Escuela Nacional de Enfermeras; 1957, Caracas: Escuela Nacional de Enfermeras “María de Almenar” y 1963, Mérida: Escuela Nacional de Enfermeras³.



FIGURA 5. ESTUDIANTES E INSTRUCTORAS DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS, VALENCIA (1958).

Cabe destacar que aunado a estas ENE, se consolidaron o crearon otras escuelas, principalmente en Caracas, las mismas en orden cronológico fueron: 1937: Escuela de Enfermería de la Cruz Roja; 1959: Escuela “Trabajo y Estudio”; 1960: Escuela “Municipal de Enfermeras”; 1963: Escuela “Florence Nightingale”, Escuela de Enfermería de las Fuerzas Armadas y la Escuela de Enfermería del Hospital Coromoto (Maracaibo), entre otras.

Las primeras escuelas de enfermería en Venezuela pasaron por un proceso discontinuo de crecimiento, incluso de desaparición o integración, ya que las mismas inicialmente eran programas para enfermeras, planificadas por médicos, con un contenido programático elemental, básico y teórico de la medicina principalmente. La educación para enfermeras, se fundamentó en un modelo pedagógico “aprender- haciendo” y en la vigilancia moral y técnica de los aprendices por parte de sus instructores. La formación fue principalmente llevada por instructoras y médicos, cuya preparación les permitía asumir con competencias, algunas actividades de atención a los enfermos en los hospitales, principalmente bajo la conducta y tutela médica, lo que determinó enormemente el quehacer de las enfermeras de la época y su valoración social.

En 1966, se inició un proceso de expansión universitaria, que se desarrolló en paralelo con una educación técnica media que otorgaba el Título de Bachiller Asistencial y que posteriormente desaparece en la década de los 80. Con la creación de las primeras Escuelas Universitarias de Enfermería (Universidad de los Andes, Universidad del Zulia, Universidad de Carabobo), se fue consolidando un sistema de formación profesional de enfermeros que contó y lo sigue haciendo, con el surgimiento de institutos técnicos, programas de enfermería y de prosecución de estudios, como también de postgrados (especialidades, maestrías y doctorados).

—NOTA FINAL

Los procesos históricos acontecidos en Venezuela, principalmente durante las primeras décadas del siglo XX como consecuencia de los cambios sociales, económicos e institucionales derivados del surgimiento de la democracia, constituyeron un factor determinante en la institucionalización educativa de la enfermería. La inversión social, la consolidación de las instituciones y el fortalecimiento del sistema de salud por parte del estado, hizo necesario el requerimiento de personal capacitado, entre ellas, las enfermeras; generando entonces la necesidad de crear instituciones oficiales y reconocidas como las ENE, sentando de esta forma, las bases para dar paso a la posterior evolución de la enfermería venezolana a nivel técnico y universitario.

—REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jamieson E. Historia de la Enfermería: México: Panamericana; 1968.
2. Sánchez E, Vera de P. María, Fernández A, Velasco A., Noguera J. La Enfermería en Venezuela. Historia Organización y Lucha Colectiva: Venezuela: Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes; 2011.
3. Vessuri H. Enfermería de salud pública, modernización y cooperación internacional. Caracas: Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas-Departamento Estudio de la Ciencia; 1999.
4. Gascón E. La aportación de las enfermeras sanitarias al desarrollo de la enfermería venezolana. Valencia, España: Seminari d' Estudis sobre la ciencia; 2003.
5. Archila R. Historia de la Sanidad en Venezuela: Caracas: Imprenta Nacional; 1956.
6. Maldonado L. Educación y Salud Pública: Caracas: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; 1970.

—FUENTE DE LAS FOTOGRAFÍAS

Archivo fotográfico del profesor Eduardo Sánchez

DIPLOMADO BÁSICO EN CUIDADO DOMICILIARIO

– JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El Diplomado Básico en Cuidado Domiciliario, es relevante para desarrollar habilidades y destrezas en personas que, sin ser profesionales del área de la salud (enfermeras), se encargan de brindar cuidados a personas enfermas en sus domicilios. Por medio de éste diplomado, el participante logrará proporcionar cuidados básicos a estas personas de manera integral, lo cual le permitirá ser coparticipe de un proceso educativo, en donde el razonamiento crítico y la toma de decisiones, le permitirán de manera oportuna y eficaz actuar adecuadamente en la resolución de problemas y mejora de la calidad de vida de quienes estén a su cargo.

– MISIÓN

El Diplomado tiene como misión desarrollar habilidades y destrezas, además de razonamiento lógico, en cuanto al cuidado domiciliario utilizando técnicas en las distintas patologías.

– VISIÓN

El Diplomado pretende ser líder en la actualización y desarrollo de habilidades teórico prácticas que fortalezcan el ejercicio en cuanto al cuidado domiciliario.

– OBJETIVO GENERAL

Desarrollar competencias teórico prácticas que fortalezcan el ejercicio en cuanto al cuidado domiciliario.

– OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Relacionar los conocimientos fundamentales sobre el cuidado domiciliario, como también, aspectos básicos de la fisiología, fisiopatología y semiología que permitan el abordaje integral de las personas.
2. Desarrollar competencias en el manejo de la comunicación en la atención domiciliaria de forma asertiva y terapéutica, tanto con la persona receptora del cuidado, como con los familiares y los miembros del equipo de salud.
3. Describir los cuidados para la atención domiciliaria en pacientes dados de alta, con enfermedades crónicas y no transmisibles, degenerativas, traumáticas, mentales e infecciosas o transmisibles y en etapa terminal.
4. Desarrollar competencias fundamentales en el cumplimiento de cuidados básicos a las personas que lo requieran.

– REQUISITOS DE INGRESO

- Ser Bachiller (Fotocopia del título).
- Fotocopia de la Cédula de Identidad.
- Una fotografía tamaño carnet.
- Recibo de cancelación de la inscripción.
- Disponer de tiempo para cursar exitosamente el Diplomado.

– DURACIÓN:

120 horas.

– REQUISITOS DE EGRESO:

- Aprobación del Diplomado con 15 puntos.
- Cumplimiento de la metodología evaluativa.
- Cumplimiento de los trámites administrativos.

– MODALIDAD:

Presencial (clases teóricas y prácticas).

– TÍTULO QUE SE OTORGA:

Diplomado en Cuidado Domiciliario

DIPLOMADO EN CUIDADO DOMICILIARIO



Temática

- Fundamentos de la atención domiciliaria.
- Fundamentos para un cuidado integral.
- Cuidados básicos domiciliarios.
- Técnicas y procedimientos básicos.

Incluye

- *Talleres teóricos y prácticos.
- *Práctica.
- *Credencial por 120 horas.

Contacto e Información

0424-7703689
0424-7226200
0274-2403038



La revista Enfermería, Historia e Investigación (EHI), como órgano divulgativo del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero, a través de su Comité Editorial considerará como publicable todo artículo original e inédito, producto de investigación científica y tecnológica, notas científicas, reflexiones sobre un problema o tema particular, casos clínicos, resultados preliminares de investigación, revisiones documentales históricas y actualizadas, evidencias y comunicaciones de la práctica, resúmenes de ponencias, reseñas bibliográficas, traducciones o transcripciones de interés y otros que cumplan con los lineamientos establecidos por el Comité Editorial. Para lograr uniformidad en la organización y contenido de los artículos y optimizar el trabajo del Comité Editorial, se deben tomar en cuenta las siguientes normas:

1. Documento digital escrito en formato Microsoft Word, fuente de la letra tipo Arial o Times New Roman, tamaño N° 12, páginas no numeradas, tamaño carta, interlineada a 1,5 espacio, márgenes justificadas. El artículo no debe tener más de quince cuartillas (con excepciones) y se recomienda revisar cuidadosamente el estilo, la ortografía y la sintaxis.
2. Redactar y enviar carta dirigida al Consejo Editorial indicando su interés en publicar en la revista EHI y declarando que el trabajo no ha sido ni será enviado para publicación a otra revista u otro medio de difusión, ni hay conflicto de intereses entre los autores.
3. Todos los artículos enviados al Comité Editorial, deben contener: título en español e inglés, en minúsculas y en negrita, con un máximo de 15 palabras, sin siglas. Aparte colocar los nombres y apellidos del autor (es); abreviatura del grado académico, entre paréntesis. En otra línea, ubicar la filiación: profesión, institución de origen, ciudad, país y dirección electrónica.
4. Los artículos de investigación científica y tecnológica deben contener un resumen en castellano y en inglés, sin siglas, el cual debe ser de tipo informativo (objetivo, metodología, resultados y conclusiones), en un solo párrafo, a espacio sencillo, en una hoja separada y con no más de 300 palabras; deben incluir de 3 a 5 palabras clave. Si corresponde a otro tipo de artículo, constará de una síntesis del contenido del mismo; con no más de 200 palabras y de 3 a 5 palabras clave.
5. Se recomienda usar el siguiente esquema en la organización del artículo de investigación científica y tecnológica: introducción, objetivo, metodología, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones (opcional) y referencias. Si corresponde a otro tipo de artículo: introducción, contenido, nota final o conclusiones, créditos o agradecimiento (opcional) y referencias.
6. Cuando se requiera el uso de símbolos y abreviaturas, en primera instancia se señala el nombre completo y entre paréntesis se colocan las siglas. Si se incluyen en el artículo nombres de fármacos, se empleará su denominación genérica o química, seguida de la comercial, correctamente escrita entre paréntesis la primera vez que se use en el texto.
7. Las referencias del artículo deben seguir solo las normas Vancouver.
8. Las ilustraciones (fotografías y/o figuras digitales) deben ser enviadas en un formato de imagen de alta resolución, en un archivo adjunto, separadas del contenido del artículo. Las mismas deben estar identificadas con el número y nombre correspondiente y señaladas en el texto.
9. Las tablas y gráficos deben seguir las normas Vancouver y aparecer en el texto.
10. Los artículos sometidos para su aceptación, deben incluir las consideraciones éticas, si fuera necesario. No pueden contener ningún tipo de ofensas o discriminación a personas, etnias o ideologías.
11. La revista no se hace responsable con lo dicho por los autores en los artículos. El contenido, afirmaciones y recomendaciones realizadas solo son responsabilidad de los autores.
12. Cada trabajo será críticamente revisado por el Comité Científico y de Arbitraje o por especialistas si se considera necesario, usando el sistema doble ciego. En caso de existir observaciones por parte del jurado, el artículo será

devuelto al autor o autores para la correspondiente revisión. La aceptación o no del artículo, dependerá del cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Comité Editorial, notificándose la decisión al autor o autores.

13. Para someter su artículo a revisión deberá enviarlo al siguiente correo electrónico: revistaehi@gmail.com a nombre del Comité Editorial EHI.

LISTA DE COMPROBACIÓN DE PREPARACIÓN DE ENVÍOS

Como parte del proceso de envío, los autores deben verificar que su envío cumpla con todos los siguientes elementos:

1. El artículo no ha sido publicado previamente, ni se ha presentado para posible publicación a otra revista.
2. El archivo enviado está en formato Microsoft Word.
3. Se han añadido las direcciones web correctamente en las referencias.
4. El texto tiene interlineado 1,5; el tamaño de fuente es 12 puntos, el tipo de letra es Arial o Times New Roman. Usa cursiva en vez de subrayado.
5. Todas las ilustraciones están en un archivo adjunto, separadas del contenido del artículo, identificadas con una numeración y un título.
6. El texto cumple con los requisitos de estilos gramaticales, ortográficos y de redacción. Igualmente, con los elementos bibliográficos según las normas indicadas