



Volumen 4 - Número 1  
Enero - Junio 2024

# *Salud* Colectiva y Buen *Vivir*

Revista de la Universidad de las Ciencias de la Salud  
"Hugo Chávez Frías"  
ISSN: En trámite - Depósito Legal: DC2017001635



Salud Colectiva y Buen Vivir es la Revista de la Universidad de las Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías", editada y publicada semestralmente en formato electrónico es una publicación científica arbitrada e interdisciplinaria, cuyo propósito es promover la divulgación de conocimientos y saberes en los distintos campos y disciplinas de las ciencias de la salud y otras disciplinas afines en el país y la región; así como, promover la reflexión y discusión de la producción científica a través del intercambio y socialización del conocimiento, con la finalidad de dotar de fundamentación estratégica la toma de decisiones en políticas, programas y acciones de la salud colectiva, para la transformación integral de la práctica social en salud, contribuir al Buen Vivir y fortalecer el Sistema Público Nacional de Salud.



#### Dirección:

Universidad de las Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías", Avenida San Martín con calle Sur, frente al edificio INCES, antiguo edificio de la Maternidad Concepción Palacios, Distrito Capital, Venezuela 1010. Correo Electrónico: [revistascbv.ucs@gmail.com](mailto:revistascbv.ucs@gmail.com)

Portal web: [www.ucs.gob.ve](http://www.ucs.gob.ve)

Indizada: En trámite

## EQUIPO EDITORIAL

### COMITÉ EDITORIAL HONORARIO FUNDADOR

**Carlos Humberto Alvarado González.**

**Marlene Yadira Córdova.**

**Marta Rodríguez.**

**Joel Caraballo.**

**María E. Martínez**

### COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONALES

**Francisco Armada**, Instituto Suramericano de Gobiernos de Salud (ISAGS), UNASUR.

**Pedro Luis Castellanos**, Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). República Dominicana.

**Eduardo Alemañy**, Universidad de las Ciencias Médicas de la Habana, Cuba.

**Pastor Castell- Florit**, Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (Ensap), Cuba.

**Francisco Rojas Ochoa**, Revista Cubana de Salud Pública, Cuba. Mario Hernández, Universidad Nacional de Colombia (UNAL), Colombia.

**Nila Heredia**, Organismo Andino de Salud. Convenio "Hipólito Unanue" (ORAS-CONHU).

### NACIONALES

**Francisco González**, Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado" (UCLA).

**Pasqualina Curcio**, Universidad "Simón Bolívar" (USB).

**Norma Núñez**, Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV).

**Rosicar Mata**, Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV).

**Julio Vivas**, Fundación Instituto de Estudios Avanzados (IDEA).

**Noly Fernández**, Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

**Joel Caraballo**, Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

**José Mata Esayag**, Ministerio del Poder Popular para Educación Universitaria, Ciencia y Tecnología (MPPEUCT).

**Miriam Morales**, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS).

**María Esperanza Martínez**, Universidad Central de Venezuela (UCV).

**Palmira Guevara**, Universidad Central de Venezuela (UCV).

**Sergia Cubillan**, Universidad Central de Venezuela (UCV).

**Nilia Rodríguez**, Universidad Central de Venezuela (UCV).

**Lesbia Muro**, Universidad Central de Venezuela (UCV).

**Eric Omaña**, Universidad Central de Venezuela (UCV).

**María Naranjo**, S. A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" (IAE).

**Daisy Camacaro**, S. A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" (IAE).

**Yvonne Guédez**, S. A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" (IAE).

**Oscar Feo I.**, Universidad de Carabobo.

**Carlos Botto**, Servicio Autónomo Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales "Simón Bolívar" (SACAICET).

**Magda Magrís**, Servicio Autónomo Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales "Simón Bolívar" (SACAICET).

**América Perdomo**, Servicio Autónomo Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales "Simón Bolívar" (SACAICET).

**Gregorio Sánchez Salamé**, Servicio Autónomo Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales "Simón Bolívar" (SACAICET).

**Ana Yadira Montenegro**, Universidad de las Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" (UCS).

**Freddy Mejías Guerra**, Universidad de las Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" (UCS).

**Nixon Contreras**, Universidad de las Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" (UCS).

**Antonio Torres**, Universidad de las Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" (UCS).

**Fedor Taipe**, Universidad de las Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" (UCS).

**Iris Mota**, Universidad de las Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" (UCS).

**Marelia Guillén**, Universidad de las Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" (UCS).

**Leonor Franco**, Universidad de las Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" (UCS).

**Tulia Hernández**, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

**Depósito Legal: dc2017001635**  
**ISSN versión en línea: En trámite**

**Editada por:** La Universidad de las Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" (UCS "Hugo Chávez Frías") a través de la Dirección General de Creación, Aplicación y Socialización del Conocimiento (DGCASC), adscrita al Vicerrectorado de la Universidad.

#### Copyright

La DGCASC suscribe entonces el criterio de Acceso Abierto para la revista Salud Colectiva y Buen Vivir en aras de contribuir a la socialización y libre acceso al conocimiento y según lo establecido en la legislación venezolana autoriza para fines didácticos y de investigación, la reproducción y traducción de trabajos publicados bajo la licencia Creative Commons con el único requisito de que sea citada como fuente la revista Salud Colectiva y Buen Vivir y no se utilice con fines comerciales. La revista no cobrará ningún tipo de estipendio a los autores para la publicación de sus artículos, ni retendrá los derechos de reproducción (copyright), por lo tanto, los artículos podrán volver a ser publicados después de su publicación en La Revista, mencionando siempre la fuente original de su publicación



#### COORDINACIÓN EDITORIAL

##### Dirección Editorial:

Dirección General de Creación, Aplicación y Socialización del Conocimiento, UCS.

##### Coordinadora Editorial:

Tania Bernal Directora General de Creación, Aplicación y Socialización del Conocimiento, UCS.

##### Concepto Gráfico y Diagramación:

Tania Bernal Directora General de Creación, Aplicación y Socialización del Conocimiento, UCS.



# **Salud Colectiva y Buen Vivir**

Volumen 4 - Número 1

Enero - Junio 2024

## **CONTENIDO**

### **EDITORIAL**

Bernal S. Tania

**5**

---

### **ARTÍCULOS CIENTÍFICOS**

#### **EVOLUCIÓN DEL TAMAÑO DE LA LESIÓN DE LAS ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES VENEZOLANOS TRATADOS CON HEBERPROT-P**

**8**

Marino Henríquez Daudinot  
Caridad González Armas  
María Isabel Díaz Martínez  
Jorge Luis Falcón Salazar.

---

#### **AUTOVALORACIÓN DEL DEFECTÓLOGO COMUNITARIO SOBRE SU PREPARACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL SEVERA**

**22**

Marino Miriela Moure Miro  
Lourdes Cristina Falcón Torres  
Lilianne Gurri Falcón  
Pedro Luis Santana Gálvez  
Sailé González Salabarría

## ARTÍCULOS DE POSICIÓN

### LA PROMOCIÓN DE SALUD EN EL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD VENEZOLANO ENTRE 1999-2013

Amarylis Josefina Adrián Brazón

33

---

### LA HABILIDAD DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICO DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN EL CURRÍCULO DE MEDICINA INTEGRAL COMUNITARIA

Agustín Sánchez Mengana  
Pedro Miguel Milián Vázquez

49

---

### RESULTADOS DEL USO DEL HEBERPROT-P® EN EL TRATAMIENTO DEL PIE DIABÉTICO EN VENEZUELA, AÑO 2023

Tatiana González Estevez  
Yoelkys Pérez Valido  
Bárbara Leonor Figueredo Quesada  
Pedro Miguel Milián Vázquez  
Lester Marrero Molina

63

---



## EDITORIAL

En estos últimos tiempos, LA UNIVERSIDAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD “HUGO CHÁVEZ FRÍAS” ha mostrado avances significativos en producción y desarrollo de investigaciones científicas en las diferentes áreas de la salud en concordancia con la dinámica de los adelantos científicos surgidos en el ámbito mundial, cumpliendo de esta manera con su objetivo de generar conocimientos desde una noción crítica de los procesos salud-enfermedad, y desde una configuración educativa liberadora y transformadora de la realidad nacional con proyección en Latinoamérica y el Caribe en completa observancia con lo establecido en la Constitución de República Bolivariana de Venezuela.

En este contexto, la revista “Salud Colectiva y Buen Vivir”, como órgano de divulgación y socialización del conocimiento e intercambio de saberes en los distintos campos y disciplinas de las ciencias de la salud y otras ramas afines, promueve la reflexión y discusión de la producción científica con fundamentación estratégica que contribuya con la toma de decisiones en políticas, programas y acciones de la salud colectiva, con miras a la transformación integral de la práctica social en salud, del buen vivir y del fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud.

En cumplimiento de su objetivo de promover la investigación, el debate y la difusión de conocimientos relacionados con la salud colectiva y el bienestar social desde un enfoque humanista, solidario con sensibilidad social y ambiental, tendente a la creación de espacios de reflexión e intercambio de saberes que potencien la atención

integral en los servicios de salud; la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, a través de su Dirección de Creación, Aplicación y Socialización del Conocimiento del Vicerrectorado Académico, tiene el agrado de presentarle el Vol. 4, N° 1 de nuestra Revista “SALUD COLECTIVA Y BUEN VIVIR”.

En esta edición, se explora algunas de las innovaciones científicas devenidas de una visión investigativa crítica, de carácter social, cognitiva, autorreflexiva y dialogante, con impacto en la realidad social, el buen vivir de la población, y el desarrollo integral y sustentable de las comunidades en el marco de la construcción del Socialismo Bolivariano del siglo XXI.

La presente edición consta de cuatro (4) líneas de investigación marcados por la pluralidad epistemológica, abordan temas de interés para la salud colectiva y están circunscritos en los recientes adelantos e innovaciones de la salud pública, en la manera como se aborda la salud colectiva y del buen vivir de la sociedad. Por consiguiente, se presenta el artículo referido a la autovaloración que tiene el defectólogo comunitario sobre su preparación para la atención de niños con discapacidad intelectual severa, en el cual, se evidenció limitaciones afectivo motivacionales, teóricas e investigativas en la superación de estos profesionales comunitarios de la salud.

Otros de los temas centrales del Vol. #4 de la Revista Salud Colectiva y “Buen Vivir” se fundamenta en la importancia de la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax en el currículo de medicina integral comunitaria, entendiendo que, los planes de estudio responderán a las demandas sociales y permitirán concebir la enseñanza desde posiciones pedagógicas contemporáneas. Lo que advierte la necesidad de una adecuada formación de la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax mediante una adecuada gestión en diferentes unidades curriculares.

Seguidamente, se disertó sobre la promoción de la salud como estrategia que otorga autonomía individual y colectiva a la ciudadanía para su actuación en las determinaciones sociales de la salud, con un estudio sobre la promoción de salud en el sistema público nacional de salud venezolano entre 1999-2013, que concluye con la importancia de esta en la construcción de la política pública de salud y como medio para impactar positivamente en las condiciones y calidad de vida de la población.

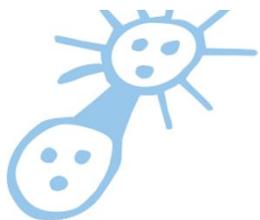
Se cierra este Vol. 4, con el tema relacionado con la evolución del tamaño de la lesión de las úlceras de pie diabético en pacientes venezolanos tratados con Heberprot-p con el que, se evidenció que el Heberprot-p redujo el tamaño de la lesión de las úlceras de pie diabético en la medida que avanzó el tratamiento, evitando la amputación de miembros inferiores a pacientes con úlceras complejas. Por lo que queda demostrado su eficacia en el tratamiento de las úlceras del pie diabético.

Con la publicación del Vol. N° 4 de la Revista Salud Colectiva y “Buen Vivir” esperamos cumplir con la misión de producción, aplicación y socialización del conocimiento a través de los artículos científicos productos r del esfuerzo y dedicación de nuestros estudiantes e investigadores. Nos mantenemos en la expectativa de la próxima entrega de la revista y, ofrecemos un fraterno agradecimiento a quienes ha hecho posible esta publicación, que seguro servirá de motivación para seguir en la creación de conocimientos e intercambio de saberes.

**Tania Bernal Schmelzer**

Directora General de Creación Aplicación  
y Socialización del Conocimiento  
Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”





## ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

### EVOLUCIÓN DEL TAMAÑO DE LA LESIÓN DE LAS ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES VENEZOLANOS TRATADOS CON HEBERPROT-P

#### Evolution of lesion size of diabetic foot ulcers in Venezuelan patients treated with Heberprot-P

#### AUTORES

Marino Henríquez Daudinot <sup>1</sup>

Caridad González Armas <sup>2</sup>

María Isabel Díaz Martínez <sup>3</sup>

Jorge Luis Falcón Salazar. <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Reconstructiva y Caumatología, Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología. La Habana, Cuba, marinohenriquez1961@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0001-7649-5519>

<sup>2</sup> Licenciada en Farmacia, Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología. La Habana, Cuba, gonzalezcaridadmercedes1971@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0001-2272-3959>

<sup>3</sup> Licenciada en Enfermería, Universidad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo Rivero”, Artemisa, Cuba, diazmartinezmariaisabel465@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5771-4600>

<sup>4</sup> Licenciado en Enfermería, Universidad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo Rivero”, Artemisa, Cuba, clauumarfalconsalazar@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8748-0040>

Autor para correspondencia: María Isabel Díaz Martínez, [diazmartinezmariaisabel465@gmail.com](mailto:diazmartinezmariaisabel465@gmail.com)

#### RESUMEN

Fundamento: el Heberprot-P es un fármaco que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de las úlceras del pie diabético.

Objetivo: describir la evolución del tamaño de la lesión de las úlceras de pie diabético en pacientes tratados con Heberprot-P en el Centro de Diagnóstico Integral Dr. Tulio Pineda, estado Guárico, Venezuela.

Método: en el período enero-junio del año 2023 se realizó un estudio descriptivo, longitudinal; de un universo de 40 pacientes, se seleccionó una muestra de 16 que cumplieron con los criterios de inclusión. Se caracterizó la muestra, se realizó

la medición de la lesión antes de iniciar el tratamiento, se aplicó Heberprot-P tres veces por semana. A las 2 y 8 semanas de tratamiento se realizó nuevamente la medición de la lesión para evaluar la formación de tejido de granulación. Se empleó estadística descriptiva, mediante frecuencias absoluta y relativa para mostrar los resultados.

Resultados: predominó el grupo etáreo de 40 y 59 años (50 %), el sexo femenino (62,5 %), el pie diabético neuroinfeccioso (68,75 %), la diabetes tipo 2 (68,75 %). Prevalció el miembro derecho como el más afectado (62,5 %) y el dolor en el sitio de inyección como reacción adversa (81,25

%). El 81,25 % de los pacientes presentaron en la octava semana de tratamiento menos de 1cm<sup>2</sup> de zona lesionada.

Conclusiones: el Heberprot-P redujo el tamaño de la lesión de las úlceras de pie diabético en la medida que avanzó el tratamiento, con un efecto marcado hacia la octava semana.

**Palabras claves:** Heberprot-P; pie diabético; diabetes mellitus, cicatrización, úlceras, factor crecimiento , epidérmico, nepidermina

## ABSTRACT

Rationale: Heberprot-P is a drug that has proven to be effective in the treatment of diabetic foot ulcers.

Objective: to describe the evolution of the lesion size of diabetic foot ulcers in patients treated with Heberprot-P at the Centro de Diagnóstico Integral Dr. Tulio Pineda, Guárico State, Venezuela.

Method: a descriptive, longitudinal study was carried out during the period January-June 2023; from a universe of 40 patients, a sample of 16 patients who fulfilled the inclusion criteria was selected. The sample was characterized, the lesion was measured before starting treatment, Heberprot-P was applied three times a week. At 2 and 8 weeks after treatment, the lesion was

measured again to evaluate the formation of granulation tissue. Descriptive statistics were used, using absolute and relative frequencies to show the results.

Results: the age group 40 and 59 years (50 %), female sex (62,5 %), neuroinfectious diabetic foot (68,75 %), type 2 diabetes (68,75 %) predominated. The right limb prevailed as the most affected (62,5 %) and pain at the injection site as an adverse reaction (81,25 %). In the eighth week of treatment, 81,25 % of the patients presented less than 1cm<sup>2</sup> of injured area.

Conclusions: Heberprot-P reduced the lesion size of diabetic foot ulcers as treatment progressed, with a marked effect towards the eighth week.

**Keywords:** Heberprot-P; diabetic foot; diabetes mellitus, healing, ulcers, epidermal growth factor, nepidermine

## INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) constituye un grave problema de salud debido a que es una de las enfermedades crónicas causantes de discapacidad orgánica y física. De forma particular, una de sus complicaciones, el pie diabético, ha aumentado la incidencia proporcionalmente

con la mayor prevalencia de diabetes mellitus y de la esperanza de vida de los pacientes (International Diabetes Federation, 2019).

Russo et al. (2023) declaran que en la actualidad, alrededor de 463 millones de adultos de entre 20 y 79 años padecen de diabetes. Esto representa el 9,3 % de la

población mundial en este grupo de edad. Se prevé que la cantidad total aumente a 578 millones (10,2 %) para 2030 y 700 millones (10,9 %) para el 2045. Por su parte, Hierrezuelo et al. (2022), plantean que existen 425 millones de personas adultas con diabetes en el mundo y es probable que esta cifra se incremente en un 40 % (629 millones) para el año 2040. En Venezuela se informa de manera estimada una prevalencia de 6,5 %, pero se considera que puede llegar a afectar al 10 % de la población (Méndez, 2021) y se reportaron en el país 14 969 muertes por diabetes mellitus en el año 2019 (OMS, 2023).

Como se ha declarado antes, la DM constituye un problema sanitario, tanto por su extraordinaria frecuencia, como su enorme repercusión social y económica, justificada por complicaciones vasculares. La calidad de vida de las personas diabéticas se encuentra afectada por la aparición de úlceras en los pies (Hernández et al., 2021). En ese sentido, el *Standards of Medical Care in Diabetes*, definió al pie diabético como la infección, ulceración o destrucción de tejidos profundos del pie asociado con neuropatías o enfermedad arterial periférica en las extremidades inferiores de los pacientes con diabetes (Whiting et al., 2011).

Según el *Journal of Diabetes and Its Complications*, en el año 2018 se estimó entre 9,1 y 26,1 millones de personas

afectadas por úlceras de pie diabético. Otros autores declaran que su prevalencia oscila entre el 3 y 6 % de los pacientes con la enfermedad y alrededor del 20 % podrá padecer de la afección durante su vida (Méndez, 2021).

Se considera que el pie diabético representa una de las principales causas de asistencia a centros de salud y de ingresos en hospitales (Calles et al., 2020). Además, es una causa frecuente de amputaciones no traumáticas en pacientes diabéticos menores de 65 años (Méndez, 2021) y que genera importantes costos económicos y sociales (Calles et al., 2020).

Las terapias avanzadas conducen al desarrollo de tratamientos y medicamentos altamente innovadores, entre ellas, como parte del tratamiento del pie diabético, la literatura registra al factor de crecimiento epidérmico humano recombinante (FCEherc), cuyo nombre comercial es Heberprot-P, producido en el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de la Habana, Cuba, con No de registro sanitario B-06-087-D03, como agente estimulante de la cicatrización y citoprotector (Fernández et al., 2011).

La nepidermina, factor de crecimiento epidérmico (FCE), ha sido ampliamente estudiado en el proceso de cicatrización, es una molécula proteica, sencilla que consta de 53 aminoácidos. Las evidencias preclínicas facilitaron el desarrollo del

Heberprot-P, cuyo ingrediente farmacéutico activo es el FCEhr (Fernández et al., 2011). Constituye una formulación inyectable que se administra por infiltración perilesional e intralesional y representa un tratamiento adyuvante para acelerar la cicatrización.

Al igual que en otros estados de Venezuela, en Guárico se realizan las pesquisas activas para avanzar en la búsqueda de pacientes portadores de esta complicación de la DM, lo que ha permitido que 1 928 pacientes se hayan atendido y favorecido con la aplicación del Heberprot-P. Se considera pertinente realizar estudios que muestren los resultados que se obtienen con dicho tratamiento en pacientes con pie diabético, por lo que el objetivo del artículo es describir las modificaciones en el proceso de cicatrización de las úlceras de pie diabético en los pacientes tratados con Heberprot-P atendidos en el Centro de Diagnóstico Integral Dr. Tulio Pineda, estado Guárico, Venezuela.

## MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, longitudinal en pacientes con úlcera de pie diabético durante el período de enero a junio del año 2023, los que fueron atendidos en el centro de diagnóstico integral (CDI) Dr. Tulio Pineda, municipio Juan German Roscio, estado Guárico, Venezuela.

El universo estuvo formado por 40 pacientes diagnosticados con úlcera de pie diabético en el período de estudio, del que se seleccionó una muestra, mediante un muestreo aleatorio simple, de 16 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se considera que el tamaño de la muestra representa una limitación del estudio a tenerse en cuenta en investigaciones posteriores.

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con criterios diagnósticos establecidos y clasificación de Wagner III y IV
- Pacientes con edad mayor o igual a 18 años.
- Pacientes con valores de hemoglobina de 10 g/100 mL o más.
- Pacientes que han dado su consentimiento de recibir la terapia.

### **Criterios de exclusión:**

- Lesiones ulcerosas con área < 1 cm<sup>2</sup>.
- Presencia de procesos oncoproliferativos y/o enfermedades crónicas descompensadas.
- Portadores de enfermedades psiquiátricas que le impedían dar su consentimiento informado.
- Embarazo o lactancia.

Se caracterizó la muestra de estudio teniendo en cuenta la edad, el sexo, el miembro más afectado, el tipo de diabetes que presentaban. Se diagnosticó el tipo de

lesión teniendo en cuenta la escala Wagner (Medina & Carbajal, 2022).

**Grado 0.** Es un pie libre de lesiones, pero que tiene un elevado riesgo de padecerlas. Algunas de las características son zonas con piel engrosada (callos o durezas), grietas, fisuras interdigitales, deformidades, onicomicosis, pie de atleta o infecciones bacterianas.

**Grado I.** Son lesiones donde está comprometido el espesor total de la piel, pero no tejidos más profundos. Las zonas más comunes son la superficies plantar del pie, de los dedos y el talón.

**Grado II.** Es una afectación que sobrepasa la piel. Está presente en el tejido subcutáneo, tendones, ligamentos y músculos pero sin formar abscesos ni lesiones óseas

**Grado III.** Hay una lesión más profunda con infección e inflamación en el tejido. El paciente diabético no produce síntomas sistémicos.

**Grado IV y V.** Son los últimos estadios, se presenta muerte del tejido en cierta zona localizada (grado IV) como dedos, talón o planta del pie o de manera extensa (grado V) en todo el pie o con efectos sistémicos. Es en el grado V donde existe una mayor probabilidad de sufrir una amputación.

Se empleó la clasificación de Mc Cook para determinar la etiopatogenia de las lesiones (Ascaño, 2021), la cual divide el pie diabético en neuroinfeccioso e isquémico.

En el pie diabético neuroinfeccioso están presentes todos los pulsos periféricos, predomina la neuropatía y la infección, conserva la temperatura y hay tendencia a la deformidad de la arquitectura ósea. Se presenta como flemón difuso o celulitis, absceso y mal perforante plantar. En el pie diabético isquémico predomina la isquemia, con ausencia por lo menos de un pulso arterial periférico, y se conserva bastante la arquitectura ósea. Se presenta como úlcera isquémica y gangrena seca.

Se trató a los pacientes seleccionados con Heberprot-P (bulbos liofilizados de 75 mcg), diluido en 5 mL de agua para inyección y se le administró a los pacientes tres veces por semana: lunes, miércoles y viernes, por vía perilesional e intralesional, hasta alcanzar un tejido de granulación completo o un máximo de ocho semanas de tratamiento, lo que implicaría la administración de 24 dosis del medicamento. Se cumplieron todas las recomendaciones para su uso, manipulación, eliminación y condiciones de almacenamiento, recomendadas por el fabricante, el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, La Habana, Cuba (CIGB, s/f).

Las infiltraciones se realizaron después de efectuada la cura de las lesiones, en los bordes de las úlceras, con agujas de 26Gx1½ y en el fondo, en caso de lesiones profundas se usaron agujas de 24Gx1½. Se infiltraron primero las zonas más limpias de las

lesiones y se realizó cambio de aguja en los diferentes sitios de punción a fin de evitar la transmisión de la sepsis de un sitio a otro. Posteriormente, las lesiones se cubrieron con un apósito de gasa discretamente humedecido con solución salina.

Se realizó una medición del tamaño de las lesiones antes de iniciar el tratamiento, en pacientes que presentaron lesiones a partir de 1 cm<sup>2</sup>, y se ubicaron según los rangos de 1 a 5 cm<sup>2</sup>, de 5,1 a 10 cm<sup>2</sup> y más de 10 cm<sup>2</sup>; se vuelven a medir las lesiones en la segunda y octava semanas de tratamiento para determinar la cicatrización lograda. Las mediciones se efectuaron con una regla graduada, flexible, transparente que permitía visualizar correctamente los posibles límites anatómicos de la lesión, se midió el máximo largo de la herida y el máximo ancho perpendicular a esta. Se calcula el tamaño mediante la siguiente fórmula: Superficie (cm<sup>2</sup>) = Largo (cm) x Ancho (cm).

Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas, así como el interrogatorio y examen físico realizados en las consultas, según las variables a medir. Estos se depositaron en una base de datos creada a los efectos del estudio; fueron procesados mediante la estadística descriptiva, por lo que se utilizó la frecuencia absoluta y la frecuencia relativa. Los resultados fueron ubicados en tablas para facilitar su comprensión.

Para la realización de la investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos, se contó con el consentimiento informado, por escrito de los pacientes participantes y se mantuvo la privacidad requerida. Los datos solo se utilizaron con fines científicos. Se siguieron los principios y recomendaciones para la investigación biomédica en seres humanos adoptados en la declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

Se encontró predominio de los pacientes del sexo femenino (62,50 % y del grupo de edades de 40 a 59 años (50 %) (Tabla 1).

**Tabla 1. Distribución de pacientes tratados con Heberprot-P según edad y sexo, CDI Dr. Tulio Pineda, enero-junio, 2023**

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
18-39 años	2	12,5	0	0	2	12,50
40-59 años	3	18,75	5	31,25	8	50,00
60 años y más	5	31,25	1	6,25	6	37,50
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>62,50</b>	<b>6</b>	<b>37,50</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

La tabla 2 muestra la distribución según diagnóstico de la lesión, a partir de la clasificación de Mc Cook. Hubo un predominio del tipo neuroinfeccioso, con 11 pacientes para una 68,75 %.

**Tabla 2. Distribución de pacientes tratados con Heberprot-P según diagnóstico de la lesión, CDI Dr. Tulio Pineda, enero-junio, 2023**

Diagnóstico de la lesión	No.	%
Isquémico	5	31,25
Neuroinfeccioso	11	68,75
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

En la tabla 3 se observa que el miembro inferior derecho estuvo más afectado, con un 62,50 %.

**Tabla 3. Distribución de pacientes tratados con Heberprot-P según miembro afectado, CDI Dr. Tulio Pineda, enero-junio, 2023**

Miembro afectado	No.	%
Miembro inferior derecho	10	62,50
Miembro inferior izquierdo	6	37,50
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

La distribución de los pacientes según el tipo de diabetes mellitus mostró un predominio de los diabéticos tipo 2, con el 81,25 % de los pacientes (Tabla 4).

**Tabla 4. Distribución de pacientes tratados con Heberprot-P según el tipo de diabetes mellitus, CDI Dr. Tulio Pineda, enero-junio, 2023.**

Tipo de diabetes mellitus	No.	%
Tipo 1	3	18,75
Tipo 2	13	81,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

La reacción adversa más frecuente después de la aplicación del medicamento fue el dolor en el sitio de inyección, la cual estuvo presente en el 68,75 % de los pacientes (Tabla 5).

**Tabla 5. Reacciones adversas más frecuentes con el uso del Heberprot-P en pacientes atendidos en el CDI Dr. Tulio Pineda, enero-junio, 2023**

Reacciones adversas	No.	%
Dolor en el sitio de la administración	11	68,75
Tiriteo o temblor de frío	4	25,00
Ardor en el sitio administración	1	6,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

La tabla 6 muestra que al inicio del tratamiento predominaban las lesiones con un tamaño entre 5,1 y 10 cm<sup>2</sup>, en la segunda semana las lesiones entre 1 y 5 cm<sup>2</sup> de tamaño y al finalizar la octava semana, el 81,25 % de los pacientes tenían lesiones menores de 1 cm<sup>2</sup>.

**Tabla 6. Evolución del tamaño de la lesión en los pacientes atendidos con Heberprot-P, CDI Dr. Tulio Pineda, enero-junio, 2023**

Medida de la lesión	Inicio del tratamiento		Segunda semana		Octava semana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 1 cm <sup>2</sup>	0	0	0	0	13	81,25
De 1 a 5 cm <sup>2</sup>	2	12,50	9	56,25	0	0
De 5,1 a 10 cm <sup>2</sup>	8	50,00	5	31,25	2	12,50
Más de 10 cm <sup>2</sup>	6	37,50	2	12,50	1	6,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

## DISCUSIÓN

En el estudio realizado por Falcón et al. (2020), encontraron una edad promedio de 60 años en los pacientes tratados con Heberprot-P en la úlcera del pie diabético, resultados con los que se corresponden los obtenidos en el presente estudio. Según la edad, las cifras de prevalencia de pie diabético aumentan en opinión de Catalá et al. (2018), y Rodríguez & Martínez (2018) plantean que la DM se incrementa con la edad y con esta el riesgo de padecer pie diabético como complicación frecuente.

El pie diabético es entendido como una pandemia creciente al tener en cuenta que alrededor del 25 % de las personas con diabetes se verán afectados por una úlcera de pie en su vida, más frecuente entre los 45 y 65 años (Ascaño, 2021). Los autores consideran que los resultados del estudio que se presenta en este artículo están en concordancia con la bibliografía revisada, al observarse una correspondencia entre el aumento de la edad y la aparición de las complicaciones de pie diabético en los pacientes.

El predominio del sexo femenino en casos de úlcera del pie diabético es muy frecuente, según postula Falcón et al. (2018); sin embargo, Escalante et al. (2014), encontraron un predominio del sexo masculino con el 61,2 % de los diabéticos estudiados. Esto podría estar condicionado por las características sociodemográficas

propias de las poblaciones estudiadas. A criterio de los autores se considera que el sexo femenino predomina por ser la mujer la que participa con mayor frecuencia en las tareas del hogar, lo que exige largas estancias de pie, con el consecuente éxtasis venosos y, además, un mayor riesgo de lesiones, sobre todo en miembros inferiores, que conllevan a la aparición de úlceras de pie diabético. También es la mujer la que más asiste a los servicios de salud, por las propias características socioculturales de la población latinoamericana.

En el estudio realizado por Escobar et al. (2014) se encontró un predominio de los pacientes con pie diabético neuroinfeccioso y García et al. (2018) describen que este se manifiesta por lesiones como mal perforante plantar, abscesos, celulitis y gangrenas húmedas.

Desde el punto de vista etiológico, en la actualidad predominan los pacientes neuroisquémicos (45 al 65 % del total); le siguen los neuropáticos (40 al 50 %) y los isquémicos (5 al 15 %). La neuropatía constituye el principal factor de inicio de la lesión, asociada al trauma o la deformidad; triada que está presente en el 60 % de los pacientes (Ascaño, 2021).

El presente estudio coincide con la bibliografía consultada, al considerar que los pacientes con lesiones neuroinfecciosas son más frecuentes, si se tiene en cuenta que la neuropatía es el daño más precoz que

padecen los pacientes con diabetes mellitus, la cual provoca una pérdida de la sensibilidad a nivel del pie, lo que aumenta la posibilidad de accidentes y lesiones.

A pesar de que en el presente estudio se encontró un mayor número de pacientes con la afección en el miembro inferior derecho, esta también puede presentarse en el izquierdo debido a la actividad de bipedestación y marcha que ambos pies realizan; en la bibliografía revisada no existen datos que permitan relacionar los resultados de este estudio con otros realizados, debido a que no se declara en cuál de los miembros inferiores se presenta la afectación predominante.

Brutsaert (2023) plantea que la DM tipo 2 aparece generalmente en adultos y es más frecuente a medida que avanza la edad; hasta un tercio de los adultos mayores de 65 años tienen tolerancia alterada a la glucosa. La diabetes tipo 2 surge en la edad adulta, su incidencia aumenta en personas de edad avanzada y es unas diez veces más frecuente que la tipo 1 y una vez que se ha diagnosticado se debe prevenir la aparición de complicaciones micro y macrovasculares como lo es el pie diabético (International Diabetes Federation, 2019).

Se considera que cerca de la mitad de las personas diabéticas, aproximadamente el 46 %, permanecen sin ser diagnosticadas. De modo que por cada enfermo existe uno que desconoce que padece la enfermedad e

incluso, puede demorar más de 10 años en saberlo (Hernández et al., 2021).

Ambas clases de diabetes, tipo 1 y tipo 2, pueden causarse por una combinación de factores genéticos y ambientales, lo cual condiciona una prevalencia hacia la diabetes mellitus tipo 2; aspectos con los que se corresponden los resultados obtenidos en este estudio. El pie diabético, junto con los problemas oculares y la nefropatía, constituyen los principales problemas de salud de los enfermos con diabetes mellitus tipo 2 (Calles et al., 2020).

El control glucémico es fundamental para disminuir y/o retrasar las complicaciones en las personas con diabetes mellitus. Conseguir un adecuado control metabólico de manera temprana es importante porque las lesiones celulares producto de la hiperglucemia son de no retorno. La manera más eficaz de detener la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 es la prevención a través de la erradicación de los factores de riesgo modificables (Fiallo et al, 2020). En este estudio se considera la edad como un factor desencadenante de la aparición de la diabetes mellitus tipo 2, lo que está en correspondencia con las bibliografías revisadas.

Los eventos adversos asociados a la aplicación del Heberprot-P son leves y moderados, la mayoría no ha requerido la aplicación de otros medicamentos, esto se debe a que el producto tiene una vida media

corta en la sangre, se excreta rápidamente a través de la orina y ejerce sus acciones terapéuticas a muy baja concentración (CIGB, s/f).

En la farmacovigilancia activa tras el empleo del Heberprot-P en Cuba, se reportó con más frecuencia el temblor de frío, el dolor y el ardor en el sitio de la administración (Fernández et al., 2011; Hernández et al., 2017). En el actual estudio, el hecho de encontrar como evento adverso más frecuente el dolor en sitio de la administración, se podría explicar por el método de aplicación del medicamento, que es intralesional o perilesional.

La generalización del uso del Heberprot-P, desde el comienzo de su uso en el año 1999, ha cambiado los paradigmas en la conducta quirúrgica del pie diabético, al reducir los índices de amputaciones mayores. A escala mundial, el empleo del fármaco ha beneficiado a más de 300 000 pacientes. En Cuba, se han tratado más de 28 000, ha disminuido el riesgo relativo de amputación en cerca de 78 % y un 100 % de cicatrización total. Los resultados de Cuba son considerados relevantes a nivel mundial; en otros países, el 85 % de los casos son amputados por diabetes mientras que en Cuba solo se realiza este proceder el 15 % de los pacientes (Ascaño, 2021).

Lara et al. (2019), en su estudio sobre los resultados de la aplicación del Heberprot-P para el tratamiento de las úlceras del pie

diabético, muestran que el 15,9 % de los pacientes presentaron recidivas y solo 3 pacientes (7,3 %) fueron sometidos a amputación del miembro; Jay et al. (2019), declaran que el 89,4 % de los pacientes presentaron un cierre total de la lesión con el uso del Heberprot-P y Bustillo et al. (2014), señalan que en el estudio realizado, el 70 % de los pacientes tratados con el medicamento presentaron una cicatrización total, el 24,4 % una cicatrización parcial y solo 2,3 % de ellos sufrieron una amputación mayor.

Según Medina & Carbajal (2022), con la administración del Heberprot-P en los pacientes con úlcera de pie diabético se logra una rápida formación del tejido de granulación útil, lo que beneficia el pronóstico favorable del paciente al disminuir las complicaciones y el índice de amputación e ingresos en la atención secundaria. Los resultados del presente artículo se corresponden con lo descrito debido a que solo un paciente no respondió al fármaco, por lo cual no granuló ni epitelizó, y también es significativo mencionar que a ningún paciente del estudio fue necesario realizarle amputaciones.

A consideración de los autores de este artículo, los resultados obtenidos en la investigación reflejan la utilidad terapéutica del Heberprot-P en el tratamiento de las úlceras del pie diabético y asumen que el Heberprot-P es una alternativa de

tratamiento para las úlceras del pie diabético capaz de disminuir las tasa de amputaciones mayores en los grados III, IV de Wagner, induce de forma rápida y consistente el tejido de granulación útil, incluso en las lesiones con patrón isquémico.

## CONCLUSIONES

Se concluye que entre los pacientes estudiados, el sexo más frecuente fue el femenino y el grupo etario que predominó fue el de 40 a 59 años, el pie diabético neuroinfeccioso resultó el más frecuente y el miembro inferior derecho el más afectado, la diabetes mellitus tipo 2 predominó y las

lesiones evolucionaron hacia la disminución de su tamaño en la medida que avanzó el tratamiento, con mejores resultados hacia las ocho semanas, lo que demuestra que la utilización del Heberprot-P logró el efecto terapéutico deseado en el tratamiento de los pacientes con úlcera de pie diabético incluidos en el estudio.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses que impidan la publicación de este trabajo

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ascaño Ortega, A. (2021). Criterios y resultados de la aplicación de las clasificaciones para pacientes con pie diabético. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(4), e02101431. <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v50n4/1561-3046-mil-50-04-e1431.pdf>
- Brutsaert, E. F. (2023). *Diabetes Mellitus*. Merck & Co. [https://www.msmanuals.com/professional/endocrine-and-metabolic-disorders/diabetes-mellitus-and-disorders-of-carbohydrate-metabolism/diabetes-mellitus-dm#Etiology\\_v988026](https://www.msmanuals.com/professional/endocrine-and-metabolic-disorders/diabetes-mellitus-and-disorders-of-carbohydrate-metabolism/diabetes-mellitus-dm#Etiology_v988026)
- Bustillo Santandreu, M. J., Feitó Castex, T. R., García Seco, F. V., Álvarez López, Y., & Guerra Durá, M. B. (2014). Resultados del tratamiento con Heberprot-P a pacientes con diagnóstico de pie diabético en el municipio de Ranchuelo. *Acta Médica del Centro*, 8(2). <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/115/89>
- Calles, O., Sánchez, M., Miranda, T., Villalta, D., & Paoli, M. (2020). Factores de riesgo para el desarrollo de pie diabético. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 18(2), 55-69. <https://www.svemonline.org/wp-content/uploads/2020/08/RVEM-Vol-18-No-2-Ano-2020.pdf>

- Catalá Sardiñas, E., Albanes García, A., Sardiñas Díaz, I., García Cabrera, Y., Pinillos & Viera, P. A. (2018). Características de los diabéticos tratados con Heberprot-P® en el municipio de Colón. *Revista Cubana de Angiología*, 19(1), 28-35. <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v19n1/ang04118.pdf>
- CIGB. (s/f). HEBERPROT-P. <https://www3.paho.org/cub/dmdocuments/BIO%20CIGB%20Heberprot%20P.pdf>
- Escalante Padrón, O., Álvarez Escalante, G., Manchola Padrón, E., & Álvarez Hidalgo, R. (2014). Impacto social de una tecnociencia: Heberprot-P. *Revista Humanidades Médicas*, 14(1), 184-205. <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v14n1/hmc12114.pdf>
- Escobar Amarales, Y., Torres Romo, U. R., Escalante Padrón, O., Fernández Franch, N., Ibarra Viena, I., & Miranda Rodríguez, E. (2014). El Heberprot-P(r) en el tratamiento de úlceras del pie diabético, *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 18(3), 297-308. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552014000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000300005)
- Falcón Fariñas, I. N., Escalante Padrón, O., & Nordelo Valdivia, A. (2018). Evaluación social del tratamiento con el Heberprot-p ® en la asistencia primaria de salud. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascolar*, 19(1), 53-64. <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v19n1/ang07118.pdf>
- Fernández Montequín, J., Herrera Martínez, L. S., Negrín Martínez, S., Berlan Acosta, J., López Mola, E., Valdés Pavón, R. A. (2011). *Manual de promotores Heberprot-P. Una herramienta imprescindible para los heberpropistas*. Elfos Scientiae.
- Fiallo Cobos, R., Gómez Leyva, B., & Díaz Armas, M. T. (2020). Heberprot-P®: efectividad terapéutica en pacientes con úlcera de pie diabético en Hospital General Docente de Chimborazo, Ecuador. *Correo Científico Médico*, 24(1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2020/ccm201h.pdf>
- García Velásquez, J. M., Brito Blanco, D., Santos Rofes, B.I., Ricardo Olivera, D., García Albelo, E., & Fleites Fonticiella, L. (2018). La educación del paciente diabético con pie de riesgo. *Acta Médica del Centro*, 12(1), 29-37. <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/873/1109>
- Hernández Cañete, C. M., Jácome Ruiz, R., Iturralde Mc Farlen, L., & Sánchez Montiel, M. E. (2017). Resultados y reacciones adversas en pacientes tratados con Heberprot-P(r) en la comunidad. *Revista Cubana de Angiología*, 18(1), 35-42. <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v18n1/ang04117.pdf>

- Hernández Díaz, A.R., Acosta Díaz, L., Rodríguez López, M., Díaz Bazart, B., & Sánchez Rodríguez, A. (2021). Extensión en la aplicación del Heberprot-P al pie diabético de la provincia Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(2), e5021. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v25n2/1561-3194-rpr-25-02-e5021.pdf>
- Hierrezuelo Rojas, N., Fernández González, P., & Girón Pérez E. (2022). Costos y resultados del tratamiento con Heberprot-P en pacientes con pie diabético del policlínico “Ramón López Peña”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(1), e1692. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v38n1/1561-3038-mgi-38-01-e1692.pdf>
- International Diabetes Federation. (2019). *Atlas de la Diabetes de la FID*. International Diabetes Federation [https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302\\_133352\\_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf](https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf)
- Jay Cordie, B., Sánchez Echavarría, Z., Kindelán Mesa, M. L., & Cámara Toro. Y. (2019). Buenas prácticas clínicas con el uso de Heberprot-P en pacientes con úlceras del pie diabético. *Revista Cubana Enfermería*, 35(2), e1701 <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v35n2/1561-2961-enf-35-02-e1701.pdf>
- Lara Calderín, G., Fernández Vidal, A., Geroy Fernández, A., Núñez Herrera, A., & Millán Lara, E. (2019). Resultados de la aplicación del Heberprot-P para el tratamiento de la úlcera del pie diabético. *Medisur*, 17(5) <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2019/msu195f.pdf>
- Medina Fuentes, G., & Carbajal León, E. B. (2022). Resultados del tratamiento con Heberprop-P en pacientes con diagnóstico de pie diabético. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 38(2), e1815. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v38n2/1561-3038-mgi-38-02-e1815.pdf>
- Méndez Verastegui, C. (2021). *El “Pie Diabético”: Enfoque traumatológico*. Médicos venezolano online. <https://medicosvenezolanosonline.com/pie-diabetico/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Diabetes. Perfiles de países-carga enfermedad diabetes 2023*. OMS. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Rodríguez Rodríguez, Y., & Martínez Gálvez, I. (2018). Características del paciente con pie diabético no isquémico tratado con Heberprot-P®. *Revista Cubana de Angiología*, 19(1), 36-45. <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v19n1/ang05118.pdf>

Russo, M. P., Grande-Ratti, M.F., Burgos, M. A., Molaro, A. A., & Bonella, M. B. (2023). Prevalencia de la diabetes, características epidemiológicas y complicaciones vasculares. *Archivos de Cardiología de México*, 93(1), 30-36. Doi:10.24875/AMC.21000410

Whiting, D. R., Guariguata, L., Well, C., Show, J. (2011). IDF Diabetes Atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2017 and 2030. *Diabetes research clinical practice*, 94, 311-321. doi:10.1016/j.diabres.2011.10.029

### **CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES:**

*Conceptualización:* Dr. Marino Henríquez Daudinot, Lic. Caridad González Armas, Lic. María Isabel Díaz Martínez, Lic. Jorge Luis Falcón Salazar.

*Curación de datos:* Dr. Marino Henríquez Daudinot, Lic. Caridad González Armas, Lic. María Isabel Díaz Martínez, Lic. Jorge Luis Falcón Salazar.

*Análisis formal:* Dr. Marino Henríquez Daudinot, Lic. Caridad González Armas, Lic. María Isabel Díaz Martínez, Lic. Jorge Luis Falcón Salazar.

*Investigación:* Dr. Marino Henríquez Daudinot, Lic. Caridad González Armas, Lic. María Isabel Díaz Martínez, Lic. Jorge Luis Falcón Salazar.

*Metodología:* Dr. Marino Henríquez Daudinot, Lic. Caridad González Armas, Lic. María Isabel Díaz Martínez, Lic. Jorge Luis Falcón Salazar.

*Administración del proyecto:* Dr. Marino Henríquez Daudinot, Lic. Jorge Luis Falcón Salazar.

*Recursos:* Dr. Marino Henríquez Daudinot, Lic. Caridad González Armas, Lic. María Isabel Díaz Martínez, Lic. Jorge Luis Falcón Salazar.

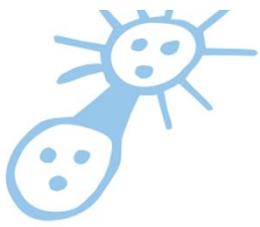
*Supervisión:* Lic. María Isabel Díaz Martínez, Lic. Jorge Luis Falcón Salazar.

*Validación:* Lic. María Isabel Díaz Martínez, Lic. Jorge Luis Falcón Salazar.

*Visualización:* Lic. María Isabel Díaz Martínez, Lic. Jorge Luis Falcón Salazar.

*Redacción - borrador original:* Dr. Marino Henríquez Daudinot, Lic. Caridad González Armas, Lic. María Isabel Díaz Martínez, Lic. Jorge Luis Falcón Salazar.

*Redacción - revisión y edición:* Lic. María Isabel Díaz Martínez, Lic. Jorge Luis Falcón Salazar.



## ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

### AUTOVALORACIÓN DEL DEFECTÓLOGO COMUNITARIO SOBRE SU PREPARACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL SEVERA

**Community defecologist's self-assessment of their readiness to care for children  
with severe intellectual disabilities**

#### AUTORES

Miriela Moure Miro <sup>1</sup>

Lourdes Cristina Falcón Torres <sup>2</sup>

Lilianne Gurri Falcón <sup>3</sup>

Pedro Luis Santana Gálvez <sup>4</sup>

Sailé González Salabarría <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Licenciada en Educación. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Auxiliar e Investigador Agregado. Policlínico Universitario "Asdrúbal López Vázquez" de Guantánamo, Cuba, [mirielam@infomed.sld.cu](mailto:mirielam@infomed.sld.cu), <https://orcid.org/0000-0002-9630-4540>

<sup>2</sup> Licenciada en Educación. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Profesora Titular e Investigadora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Cuba. Asesora Docente de la Universidad de las Ciencias de la Salud, Venezuela, [locrifator@gmail.com](mailto:locrifator@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-1567-4310>

<sup>3</sup> Estudiante segundo año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Cuba, [lilianegurri04@gmail.com](mailto:lilianegurri04@gmail.com), <https://orcid.org/0009-0004-7024-7399>

<sup>4</sup> Doctor en Medicina. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba. Asesor Docente de la Universidad de las Ciencias de la Salud, Venezuela, [pedroluissantanagálvez@gmail.com](mailto:pedroluissantanagálvez@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-0937-8990>

<sup>5</sup> Licenciada en Educación. Máster en Ciencias de la Educación Médica. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus, Cuba. Asesora Docente de la Universidad de las Ciencias de la Salud, Venezuela. [sailegaby0072@gmail.com](mailto:sailegaby0072@gmail.com), <https://orcid.org/0009-0003-0937-8990>

Autor para correspondencia: Lourdes Cristina Falcón Torres, [locrifator@gmail.com](mailto:locrifator@gmail.com)

#### RESUMEN

Introducción: el defectólogo comunitario requiere estar preparado para el tratamiento de niños con discapacidad intelectual severa.

Objetivo: describir la autovaloración del defectólogo comunitario sobre sus conocimientos, habilidades, valores, actividad científica investigativa y motivación en torno a la

atención de niños con discapacidad intelectual severa.

Métodos: estudio descriptivo transversal realizado en el policlínico “Asdrúbal López Sabariego”, de la provincia de Guantánamo, Cuba, en el año 2023. De una población de 64 defectólogos comunitarios, se trabajó con una muestra de 40. Se aplicó una encuesta para acometer el objetivo. La información se resumió en números absolutos y porcentajes. Se cumplieron los principios éticos para este tipo de estudio.

Resultados: solo 5 (12,5 %) defectólogos han recibido preparación profesional en la temática; 37 (92,5 %) consideran poco adecuado su conocimiento científico sobre el sistema teórico; 35 (87,5 %) asumen poco adecuado el

conocimiento sobre las características del paciente y su familia, así como la adquisición de conocimientos y habilidades para la atención de este trastorno; 31 (77,7 %) consideran poco adecuado el desarrollo alcanzado en la actividad científico-investigativa e igual cifra declara la disposición para transformar la dinámica interna de niños con discapacidad intelectual severa y sus familias como adecuado; 37 (92,5 %) estiman poco adecuada la motivación para superarse; 36 (90 %) consideran poco adecuado los sentimientos, actitudes y valores para el desempeño profesional.

Conclusiones: se evidencian limitaciones afectivo motivacionales, teóricas, e investigativas en los defectólogos comunitarios que requieren ser atendidas desde la superación profesional.

**Palabras clave:** defectólogo comunitario, desempeño profesional, evaluación del desempeño profesional, atención de niños, discapacidad intelectual severa.

## ABSTRACT:

Introduction: the community defectologist needs to be prepared for the treatment of children with severe intellectual disabilities.

Objective: to describe the self-assessment of the community defectologist about his knowledge, skills, values, scientific research activity and motivation regarding the care of children with severe intellectual disabilities.

Methods: cross-sectional descriptive study carried out at the “Asdrúbal López Sabariego” polyclinic, in the province of Guantánamo, Cuba, in 2023. From a population of 64 community defectologist, we worked with a sample of 40. A survey was applied to undertake the objective. The information was summarized in absolute

numbers and percentages. The ethical principles for this type of study were met.

Results: only 5 (12,5 %) defectologist have received professional training on the subject; 37 (92,5 %) consider their scientific knowledge of the theoretical system to be inadequate; 35 (87,5 %) assume that the knowledge about the characteristics of the patient and his family is inadequate, as well as the acquisition of knowledge and skills to care for this disorder; 31 (77,7 %) consider the development achieved in scientific-research activity to be inadequate and the same number declare the willingness to transform the internal dynamics of children with severe intellectual disabilities and their families as adequate; 37 (92,5 %) consider the motivation

to improve oneself to be inadequate; 36 (90 %) consider the feelings, attitudes and values to be inadequate for professional performance.

Conclusions: affective-motivational, theoretical and research limitations are evidenced in community defectologists that need to be addressed through professional improvement.

**Keywords:** community defectologist, professional performance, professional performance evaluation, child care, severe intellectual disability

## INTRODUCCIÓN

El defectólogo comunitario resulta un profesional imprescindible en la rehabilitación del niño con discapacidad intelectual severa. Este especialista no solo debe ofrecer sus servicios, sino también debe mantenerse a tono con los adelantos científicos en su área del saber para poder solucionar de manera acertada los problemas profesionales que se les presenten.

Desde esa perspectiva, Moure-Miró et al., (2023) aseveran que para el tratamiento de niños con discapacidad intelectual severa el defectólogo comunitario requiere superarse para incrementar su desempeño y ofrecer una atención con calidad.

Según Salas-Perea (2010, citado por Solís, 2016), la superación y el desarrollo profesional en salud va dirigido a lograr la transformación cualitativa del trabajo en las unidades e instituciones de salud, a través del impacto de las actividades educacionales y de la experiencia lograda durante su desempeño laboral, que se desarrollan con un eje metodológico central: la identificación de problemas y de las

necesidades de aprendizaje, lo que constituye un factor de transformación de la calidad de los servicios, a partir de los problemas identificados y del accionar de los propios trabajadores.

La evaluación del desempeño profesional contribuye a estimular el desarrollo profesional de los trabajadores en el cumplimiento de sus funciones laborales y sociales, así como a elevar la calidad de los servicios que se prestan (Solís, 2016). Por tanto, esta actúa como propulsor del desarrollo de cualquier institución, al ejercer efectos educativos en los profesionales, en el individuo, la familia y la comunidad. Dicho de otro modo, la calidad de un servicio de salud depende, en primer orden, de la competencia del capital humano que en él labora.

Se coincide con Henríquez (2023), quien opina que la evaluación del desempeño ha sido un tema de intenso debate, tanto por cuestiones teórico-conceptuales como técnico-metodológicas.

La evaluación del desempeño profesional en los servicios de salud, según la Organización Panamericana de la Salud,

tiene como características su desarrollo en el contexto real y comprueba el comportamiento del profesional en cuanto a la manera en que organiza, retiene y utiliza los conocimientos adquiridos, además de integrar el sistema de habilidades en la práctica y cómo actúa y se interrelaciona con los demás integrantes del grupo básico de trabajo o equipo de salud, el individuo y la familia (Espinosa et al., 2016).

En consecuencia, la evaluación de la competencia y el desempeño profesional (laboral) de los profesionales de la salud ha estado en el centro de las publicaciones científicas mundiales desde la segunda mitad del pasado siglo XX y continúa presente por su importancia y relevancia en el mejoramiento de la calidad de la atención que se presta (Solís, 2016).

La labor profesional adecuada del defectólogo comunitario adquiere gran significación en los centros de salud, pues el mismo está llamado, mediante su trabajo, a contribuir a la integración a la sociedad de aquellas personas que manifiesten alguna discapacidad (Cortiñas et al., 2020).

A partir de la evaluación del desempeño profesional del defectólogo comunitario es posible determinar los cambios y transformaciones ocurridas durante su labor, así como identificar las potencialidades y limitaciones en este sentido, de manera que sea permitido introducir correcciones en favor del mejoramiento profesional.

Para el defectólogo comunitario en la atención a niños con discapacidad intelectual, en los momentos actuales, resulta de vital importancia el conocimiento que obtenga para mejorar su desempeño profesional.

El objetivo de este artículo es describir la autovaloración que realiza el defectólogo comunitario acerca de sus conocimientos, habilidades, valores, actividad científica investigativa y motivación en torno a la atención de niños con discapacidad intelectual severa.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el policlínico “Asdrúbal López Sabariego”, de la provincia de Guantánamo, Cuba, en el año 2023. De una población de 64 defectólogos comunitarios que laboran en las unidades asistenciales de la provincia y aceptaron participar en el estudio, se trabajó con una muestra de 40; seleccionada mediante un muestreo intencional por ser los que trabajan en centros asistenciales donde se atienden niños con discapacidad intelectual severa.

Se aplicó la técnica de la encuesta para precisar la autovaloración de los defectólogos comunitarios acerca de sus conocimientos, habilidades, valores, actividad científica investigativa y motivación en torno a la atención de niños con discapacidad intelectual severa. Para la

aplicación del Cuestionario para defectólogos comunitarios, como instrumento de esta técnica, se tuvo en cuenta la existencia de un ambiente propicio, el horario de la mañana, tiempo suficiente para responder y adecuadas condiciones de iluminación y ventilación.

Los datos obtenidos se depositaron en una base de datos creada a los efectos de este estudio y se procesaron mediante el programa computarizado Statistical Package for the Social Sciences (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) versión 21. La información se resumió en números absolutos y porcentajes.

Se solicitó autorización a la institución y la voluntariedad de los participantes, a los que se les pidió por escrito el consentimiento informado. La recogida de la información se realizó sin la presencia de personas no involucradas en el estudio, lo que garantizó la privacidad. La confiabilidad de los datos se garantizó porque sólo serán publicados en forma resumida y con fines científicos. Los investigadores poseen los conocimientos y experiencia suficientes para su desarrollo y estuvieron a cargo de la custodia de los datos. La información obtenida se utilizó solo para fines relacionados con la investigación. Los resultados identificados se pusieron a consideración del cliente, que es el policlínico “Asdrúbal López Sabariego”, de la provincia de Guantánamo, Cuba.

## RESULTADOS

A partir del instrumento aplicado, el análisis y valoración de la información obtenida, se plantean las características de los defectólogos comunitarios de la muestra estudiada, así como los resultados de la autovaloración acerca del dominio teórico práctico de los contenidos relacionados con la atención de niños con discapacidad intelectual severa, la actividad científica y la motivación por la preparación en torno a esta temática.

De los profesionales encuestados, 29 son del sexo femenino (72,5 %) y 11 masculinos (27,5 %). De ellos, 30 (75 %) se desempeñan en policlínicos y salas de rehabilitación con actividad puramente asistencial y 10 (25 %) en escenarios con función asistencial-docente. Los 40 licenciados llevan más de 10 años de experiencia en el perfil.

La categoría docente está representada por un profesor auxiliar, tres profesores asistentes y dos instructores; con respecto a la categoría científica, uno es Máster en Atención Integral al Niño y a la Mujer y cuatro en Longevidad Satisfactoria, los restantes no poseen estudios de maestría o especialidad.

El análisis de los datos de la encuesta aplicada revela que solo 5 (12,5 %) ha recibido alguna preparación profesional en la temática y 35 (87,5 %) alegan lo contrario.

En cuanto al nivel de conocimiento científico sobre el sistema teórico en la atención de niños con discapacidad intelectual severa, 37 (92,5 %) lo consideran poco adecuado y el 3 (7,5 %) como adecuado.

Referente al nivel de conocimiento sobre las características del paciente con discapacidad intelectual severa y su familia, solo 5 (12,5 %) de los defectólogos comunitarios se ubicaron en la categoría de adecuado, mientras que 35 (87,5 %) lo hizo en la de poco adecuado.

Con respecto a la adquisición de los conocimientos y habilidades requeridos para la atención de este trastorno, 35 de los encuestados (87,5 %) refirieron que es poco adecuada y declaran que los obtuvieron en los estudios de pregrado y 5 (12,5 %), respondieron que es adecuada, y que los han adquirido por conferencias especializadas en otras instituciones no propias de salud.

En relación con el nivel del desarrollo alcanzado en la actividad científico-investigativa por su participación en eventos científicos, en la producción intelectual y la aplicación de los resultados de la investigación en la atención de niños con discapacidad intelectual severa para elevar su preparación profesional, 31 (77,7 %) lo consideran poco adecuado y 9 defectólogos (22,5 %) se ubicaron en la categoría adecuada. Coinciden en plantear que no

en eventos científicos para actualizarse en temas sobre la atención de niños con discapacidad intelectual severa, no socializan los resultados de sus investigaciones como ponentes en estas actividades, no publican artículos científicos y tampoco aplican los resultados de la preparación profesional recibida ni los de la actividad científico-investigativa en la atención de niños con discapacidad intelectual severa.

En el nivel de disposición para transformar la dinámica interna de niños con discapacidad intelectual severa y sus familias, se identificó que 31 (77,5 %) lo consideraron adecuado, el resto, es decir 9 (22,5 %) manifestaron poca disposición.

En el análisis del nivel de motivación para la profundización y actualización de los conocimientos sobre la atención de niños con discapacidad intelectual severa para elevar su preparación profesional, se muestra que el 37 (92,5 %) lo consideran poco adecuado y los 3 restantes (7,5 %) lo evalúan de adecuado. Entre las causas citadas se encuentra la no planificación de actividades de preparación para estos profesionales, y sobre todo, en la temática.

Referente al nivel de los sentimientos, actitudes y valores para el desempeño profesional que le permita modificar favorablemente sus modos de actuación personal y profesional, se pudo comprobar

que 36 (90 %) defectólogos en estudio lo consideran poco adecuado, mientras que 4 (10 %) lo ubican en adecuado.

**Tabla 1. Autovaloración de los defectólogos comunitarios según sus conocimientos, habilidades, valores, actividad científica investigativa y motivación en torno a la atención de niños con discapacidad intelectual severa. Policlínico “Asdrúbal López Sabariego”, Guantánamo, Cuba, 2023**

Indicador	Muy adecuado		Adecuado		Poco adecuado	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conocimiento científico sobre el sistema teórico en la atención de niños con discapacidad intelectual severa	0	0	3	7,5	37	92,5
Conocimiento sobre las características del paciente con discapacidad intelectual severa y su familia	0	0	5	12,5	35	87,5
Adquisición de los conocimientos y habilidades requeridos para la atención a estas personas	0	0	5	12,5	35	87,5
Desarrollo alcanzado en la actividad científico-investigativa, por su participación en eventos científicos, en la producción intelectual y la aplicación de los resultados de la investigación	0	0	9	22,5	31	77,7
Disposición para transformar la dinámica interna de niños con discapacidad intelectual severa y sus familias	0	0	31	77,7	9	22,5
Motivación en la profundización y actualización de los conocimientos sobre la atención de niños con discapacidad intelectual severa para elevar su preparación profesional	0	0	3	7,5	37	92,5
Sentimientos, actitudes y valores para el desempeño profesional que le permite modificar favorablemente sus modos de actuación personal y profesional	0	0	4	10	36	90

## DISCUSIÓN

Cuba ha logrado un desarrollo sostenible en el ámbito de la educación y la salud, lo que ha propiciado dirigir acciones concretas para la atención a la población discapacitada en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. En el 2000 comienzan

los defectólogos comunitarios en los Policlínicos con el objetivo de contribuir a la elevación de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y su familia, mediante la integración de las acciones de salud y los recursos de la comunidad (Cortiñas et al., 2020).

Esta línea de dirección de los ministerios de salud pública y de educación de Cuba, han propiciado que el trabajo con los discapacitados se extienda de forma paulatina, con un carácter permanente y se perfecciona con las experiencias adquiridas, lo que precisa la preparación sistemática de los defectólogos comunitarios para que logren una labor profesional que les permita garantizar la calidad de la atención a las personas con discapacidad intelectual severa y sus familiares.

Resulta necesario realizar un diagnóstico permanente de los conocimientos, habilidades, valores, motivaciones y preparación investigativa que repercuten en el desempeño profesional del defectólogo comunitario, de manera que la preparación que se organice tenga en cuenta las potencialidades y limitaciones y, sobre todo, que sea contextualizada, ajustada a las necesidades de los implicados, flexible, dinámica y con un nivel de actualización que se corresponda con el desarrollo científico y tecnológico alcanzado.

Sin embargo, se ha demostrado que existen insuficiencias en las acciones de superación del defectólogo comunitario para el tratamiento de la discapacidad intelectual (Cortiñas et al., 2020), las que podrían estar relacionadas con la insuficiente motivación de estos profesionales para la participación en las actividades de superación profesional, carencias en la organización y atención del

defectólogo comunitario desde la estructura provincial y municipal, así como limitada bibliografía actualizada para la preparación orientada al tratamiento de la discapacidad intelectual.

La carencia de un sustento teórico-metodológico que oriente la superación profesional de los defectólogos comunitarios y del diseño de acciones de preparación que despierten el interés cognoscitivo de dicho profesional y propicien una actitud activa y creadora para la actualización y el perfeccionamiento de los conocimientos, habilidades y valores para la atención de niños con discapacidad intelectual severa, constituye una necesidad a atender desde la investigación científica.

Roca (2001), con quien se coincide, plantea que ante la creciente influencia de los resultados de la ciencia en su interacción con la tecnología y el cambiante ritmo de las exigencias sociales que impactan en el mundo del trabajo, se impone la necesidad de que los defectólogos comunitarios en la atención de niños con discapacidad intelectual severa, requieran de una transformación cognoscitiva para asumir nuevas demandas de formación, aprendizaje y socialización orientadas a lograr mejores resultados en su esfera laboral.

El resultado identificado en la encuesta aplicada con respecto a la actividad científico-investigativa, por su participación

en eventos científicos, en la producción intelectual y la aplicación de los resultados de la investigación en la atención de niños con discapacidad intelectual severa como forma para elevar su preparación profesional, permite inferir que es insuficiente la participación de los defectólogos comunitarios en eventos científicos como ponentes, la aplicación de métodos científicos para contribuir a la solución de los problemas de salud, la publicación de artículos científicos y la aplicación los resultados de la preparación de la actividad científico-investigativa en la atención de niños con discapacidad intelectual severa.

Se coincide con el estudio de Falcón (2017), al expresar que los profesionales muestran desinterés y dificultades para involucrarse de manera activa y entusiasta a las actividades de superación, y se puede añadir que a las actividades investigativas, pues las consideran poco productivas para aprender desempeñarse de forma profesional al no responder a sus intereses cognoscitivos.

Los defectólogos del estudio manifiestan insuficiente motivación e importancia de la preparación como vía que les permita la profundización y actualización de los conocimientos para ejercer con calidad sus funciones laborales. Por tanto, se desprende que no existe sistematización de acciones teóricas y metodológicas que logren la

manifestación de los sentimientos, actitudes y valores para la preparación profesional en aras de modificar favorablemente sus modos de actuación personal y profesional.

Según Añorga (1995, citado por Torres et al., 2023), debe tomarse en cuenta que el desarrollo científico y tecnológico mundial actual conlleva a la necesidad de garantizar una educación continua, permanente, durante toda la vida laboral activa del profesional para asegurar que el desempeño profesional se mantenga e incremente cualitativamente, por lo que se deben eliminar las barreras que han existido entre la educación de pregrado, postgrado y la educación permanente.

La sociedad del siglo XXI se ha caracterizado por el acelerado desarrollo que han alcanzado las ciencias en el mundo, lo que exige asumir una actitud de superación constante, con el objetivo de mantener actualizados los conocimientos (Torres, 2023), por lo que estos profesionales no escapan de estas demandas sociales.

Desde la concepción de Santos (2008, citado por Torres et al., 2023), el desempeño profesional es el resultado del comportamiento del profesional y su actuación en el cumplimiento de las funciones, así como en los roles que asume en la ejecución de tareas propias de la profesión durante el desarrollo de la actividad profesional que realiza.

De igual forma, para Roca (2001), el desempeño profesional es la capacidad de un individuo para el cumplimiento de sus funciones, acciones y papeles propios de la actividad profesional, el logro de un mejoramiento profesional, institucional y social, evidenciado en su competencia para la transformación y producción de nuevos conocimientos y valores y la plena satisfacción individual al ejecutar sus tareas con gran cuidado, precisión, exactitud, profundidad, calidad y rapidez.

Desde esta perspectiva, se coincide con Casallas (2016) en que la superación profesional, como vía para la preparación del defectólogo comunitario para su adecuado desempeño profesional, no radica únicamente en detectar los errores y necesidades de aprendizaje, sino en lograr que las acciones diseñadas permitan una

retroalimentación permanente para que de forma estratégica se propicie la mejora continua (Culqui y Choctalin, 2019).

## CONCLUSIONES

A partir del análisis de la autovaloración de los defectólogos comunitarios sobre el dominio teórico práctico de los contenidos relacionados con la atención de niños con discapacidad intelectual severa, la actividad científica y la motivación por la preparación en torno a esta temática, se evidencia que presentan insuficiencias que requieren ser atendidas desde la superación profesional como vía para su preparación en aras de su desempeño profesional eficiente.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses que impidan la publicación de este trabajo

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Casallas, D. F. (2016). Aplicación de la evaluación de desempeño 360° como herramienta para alcanzar el éxito profesional del recurso humano en las empresas. [Tesis de Diplomado, Universidad Militar Nueva Granada]. <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/14298/CASALLASTORRESDIEGOFERNANDO2016.pdf;sequence=2>
- Cortiñas Noy, A., Muñoz Ramírez, M., & Pérez Guerrero, M. (2020). Referentes teóricos del defectólogo comunitario en el tratamiento a la discapacidad intelectual. *Órbita Científica*, 26(113), 1-7. <http://revistas.ucpejv.edu.cu/index.php/rOrb/article/view/1356/1714>
- Culqui-Choctalin, M., & Vilcaluri-Matías, A. M. (2019). Evaluación de desempeño laboral y su impacto en el análisis de puesto en la empresa Mapfre Perú en el año 2018. [Tesis de Grado Académico, Universidad Tecnológica del Perú]. <https://repositorio.utp.edu.pe/handle/20.500.12867/5219>
- Espinosa Aguilar, A., Gibert Lamadrid, M. P., & Oria Saavedra, M. (2016). El desempeño de los profesionales de Enfermería. *Rev Cubana Enfermer*, 32(1), 87-97. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n1/enf10116.pdf>

- Falcón Torres, L. C. (2017). Una estrategia de superación para el mejoramiento del desempeño profesional de las funciones docentes e investigativas del tecnólogo en rehabilitación en salud. [Tesis de Doctorado, Instituto Central de Ciencias Pedagógicas].
- Henriquez Ritchie, P. (2023). Evaluación del desempeño docente durante la pandemia: opinión de estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 17(2), e1780. <http://www.scielo.org.pe/pdf/ridu/v17n2/2223-2516-ridu-17-02-e1780.pdf>
- Moure-Miró, M., Robas-Díaz, F. E., & Matos-Columbié, Z. D. (2023). Metodología para la preparación profesional del defectólogo comunitario. *Rev Inf Cient*, 102(0). <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4345>.
- Roca Serrano, A. (2001). *Modelo de mejoramiento del desempeño pedagógico profesional de los docentes que laboran en la Educación Técnica y Profesional*. [Tesis de Doctorado, Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero].
- Solís Solís, S. (2016). La evaluación del desempeño profesional y las funciones básicas del Licenciado en Higiene y Epidemiología. *Rev. Cub. Tecnol. Salud.*, 7(2), 48-57. <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/735/716>
- Torres Velázquez, R., Rabelo Valdivia, M., & Cardoso Camejo, L. (2023). La educación avanzada referente del desempeño pedagógico en la carrera de Educación Física en Angola. *Varona, Revista Científico-Metodológica*, (76), <http://scielo.sld.cu/pdf/vrcm/n76/1992-8238-vrcm-76-e1731.pdf>

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES:

*Conceptualización: Miriela Moure Miro, Lourdes Cristina Falcón Torres.*

*Curación de datos: Miriela Moure Miro, Lourdes Cristina Falcón Torres, Lilianne Gurri Falcón, Pedro Luis Santana Gálvez, Sailé González Salabarría.*

*Análisis formal: Miriela Moure Miro, Lourdes Cristina Falcón Torres.*

*Investigación: Miriela Moure Miro, Lourdes Cristina Falcón Torres, Lilianne Gurri Falcón.*

*Metodología: Miriela Moure Miro, Lourdes Cristina Falcón Torres, Pedro Luis Santana Gálvez, Sailé González Salabarría..*

*Administración del proyecto: Miriela Moure Miro.*

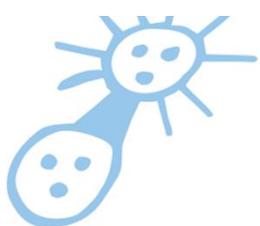
*Supervisión: Lourdes Cristina Falcón Torres.*

*Validación: Miriela Moure Miro, Lourdes Cristina Falcón Torres.*

*Visualización: Miriela Moure Miro, Lourdes Cristina Falcón Torres, Lilianne Gurri Falcón, Pedro Luis Santana Gálvez, Sailé González Salabarría.*

*Redacción – borrador original: Miriela Moure Miro, Lourdes Cristina Falcón Torres, Lilianne Gurri Falcón, Pedro Luis Santana Gálvez, Sailé González Salabarría.*

*Redacción – revisión y edición: Miriela Moure Miro, Lourdes Cristina Falcón Torres.*



**LA PROMOCIÓN DE SALUD EN EL SISTEMA PÚBLICO  
NACIONAL DE SALUD VENEZOLANO ENTRE 1999-2013**  
**Health promotion in the Venezuelan National  
Public Health System 1999-2013**

**AUTORA**

Amarylis Josefina Adrián Brazón <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Socióloga, Magister en Ciencias Gerenciales, Especialista en Gestión en Salud Pública, Especialista en Dinámicas de Grupo, Directora de Aplicación de la DGCASC de la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, Caracas, Venezuela, abrazon29ucs@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0007-5668-6004>

Autor para correspondencia: Amarylis Josefina Adrián Brazón, [abrazon29ucs@gmail.com](mailto:abrazon29ucs@gmail.com)

**RESUMEN**

Fundamentación: la promoción de salud centra sus fundamentos en otorgar autonomía individual y colectiva a la ciudadanía para el control de su proceso de salud-enfermedad, con capacidad de actuar sobre los determinantes sociales que inciden en sus condiciones de vida.

Objetivo: analizar la adopción de las prácticas de la promoción para la salud en el marco de la nueva institucionalidad del Sistema Público Nacional de Salud en el período comprendido entre 1999-2013.

Método: se procedió a la búsqueda de información, bibliografías en internet y a la revisión de documentos políticos y jurídicos. El método de análisis documental facilitó el estudio de la promoción de salud en los modelos de salud pública.

Resultados: se presenta un análisis del conjunto de procedimientos lógicos, tecno-operacionales

con los que se implementaron los diferentes modelos de salud desde el inicio del gobierno bolivariano a partir del año 1999 hasta el año 2013. En el proceso de construcción de la nueva institucionalidad sanitaria, a partir del año 1999, la promoción de salud presentó altibajos aun cuando estuvo presente en los diseños de la política de salud.

Conclusiones: el ministerio rector de salud realizó esfuerzos para priorizar en los diseños e implementación de los diferentes modelos de salud a la promoción de la salud como estrategia trascendental en el marco de la construcción de la política y como medio para impactar positivamente en las condiciones y calidad de vida de la población.

**Palabras clave:** Promoción de la salud, políticas de salud pública, modelos de atención de salud, determinantes sociales.

## ABSTRACT

Rationale: health promotion focuses its foundations on granting individual and collective autonomy to citizens to control their health-disease process, with the capacity to act on the social determinants that affect their living conditions.

Objective: to analyze the adoption of health promotion practices within the framework of the new institutional framework of the National Public Health System in the period 1999-2013.

Method: a search for information, bibliographies on the Internet and a review of political and legal documents were carried out. The documentary analysis method facilitated the study of health promotion in public health models.

Results: an analysis of the set of logical, technological procedures with which the different health models were implemented from the beginning of the Bolivarian government from 1999 to 2013 is presented. In the process of construction of the new health institutionalism, from 1999 onwards, health promotion presented ups and downs even though it was present in the designs of the health policy.

Conclusions: the Ministry of Health made efforts to prioritize health promotion in the design and implementation of the different health models as a transcendental strategy in the framework of the construction of the policy and as a means to positively impact the conditions and quality of life of the population.

**Key words:** Health promotion, public health policies, health care models, social determinants.

## INTRODUCCIÓN

El no haber alcanzado los resultados esperados en salud con la práctica médica biologicista, hizo que emergiese, aproximadamente a partir de los años 60 (siglo XX) y en varias partes del mundo occidental, un pensamiento crítico al modelo imperante, orientado hacia la revalorización de las dimensiones sociales y culturales determinantes del proceso salud-enfermedad, sobrepasando el enfoque exclusivo de combatir la enfermedad solamente después de su aparición (Carvalho & Marchiori, 2012).

Este pensamiento crítico tuvo su expresión más organizada en el llamado movimiento de la promoción de salud que, inspirado en la reforma del sistema canadiense a partir de los postulados establecidos por Lalonde (Expósito-Duque et al., 2024), logró consolidarse a partir de la 1ª Conferencia Internacional de Promoción de Salud, realizada en Ottawa, Canadá, en 1986 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1986).

En esta carta se establece que la promoción de salud es la preparación que tiene la comunidad para intervenir en la mejora de su calidad de vida y salud, al hacerse partícipe

en el control de ese proceso (Ministerio de Salud Brasil, 2021), y al destacar sus roles de defensa o abogacía de la causa de la salud, de la capacitación individual y social de esta y de la mediación entre los diversos sectores involucrados. Para ello, estableció cinco campos de acción: -la elaboración e implementación de políticas públicas saludables, -la creación de ambientes favorables a la salud, -el refuerzo de la acción comunitaria, -el desarrollo de habilidades personales y -la reorientación del sistema de salud (OMS, 1986).

La promoción de salud, entendida desde lo planteado en la Declaración de Alta Ata, 1978, como un principio para abordar y reivindicar el carácter anticipatorio y preventivo de la acción sanitaria y abogar por la desmedicalización de la salud pública (Organización Panamericana de la Salud, 1978), fue reafirmada y profundizada en la Carta de Ottawa del año 1986 (OMS, 1986). e incorporada paulatinamente en los sistemas de atención médica del mundo.

Particularmente, Venezuela, a partir de la aprobación en el año 1999 de la Constitución de la República, asume a la promoción de salud como una línea política de derecho social y, por lo tanto, obligación del Estado garantizarla y hacerla sostenible en el sistema de salud pública mediante su inclusión en los diferentes modelos de atención de salud, entre ellos: Plan de la Patria (Proyecto Simón Bolívar 2013-2019),

Modelo de Atención Integral (MAI), Plan Estratégico Social (PES), Misión Barrio Adentro (MBA); Plan de la Patria Salud (2008-2013-2019), reglamentos y resoluciones del máximo ente rector de la salud (MPPS) y como una manera de dar respuestas oportunas y eficientes en las áreas esenciales de la vida humana (educación, alimentación, ambientes saludables, servicios públicos de salud, justicia social y otros).

El siguiente artículo tiene como objetivo analizar la adopción de las prácticas de la promoción de salud en el marco de la nueva institucionalidad del Sistema Público Nacional de Salud en el período comprendido entre los años 1999 y 2013, con el objeto de examinar y contextualizar su relación e incorporación en el pensamiento político-estratégico de los diseños de la política de salud pública.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio cualitativo en el que se efectuaron búsquedas bibliográficas mediante buscadores especializados y con el uso de los descriptores de Ciencias de la Salud. La selección de los documentos utilizados no tuvo en cuenta la fecha de publicación, sino que aportaran información relevante acerca del tema objeto de estudio. Los métodos analítico-sintético, inductivo-deductivo y el histórico-lógico, así como el método empírico análisis documental,

permitieron el estudio de las prácticas de la promoción de salud en los modelos de salud pública durante la revisión de documentos políticos y jurídicos. Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos para este tipo de estudio.

## DESARROLLO

La salud se debe entender como una realidad social compleja y como un proceso social-político y no circunscrita solo a una atención médica reparativa (Aliaga, 2003). Esta consideración es clave y relevante al momento de iniciar el abordaje de lo que significa la promoción de salud, lo que supera su concepción de estado abstracto por la de un medio para llegar a un fin -como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva-. Así, la salud resulta un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida.

A partir de esta premisa, la salud, entendida como derecho social, no significa únicamente proveer de servicios asistenciales a la población, sino valorar lo social desde la acepción de derechos legítimos universalmente reconocidos, en los que la población tiene un papel protagónico, activo y es corresponsable en la toma de decisiones de las políticas públicas de su salud, la de su familia, la de su comunidad y la de su entorno. Entendida de esta manera, lograr salud significa haber alcanzado oportunidades equitativas de

calidad de vida, en alimentación, vestido, vivienda, educación y los demás derechos sociales fundamentales, por lo tanto, los ámbitos de la salud y la calidad de vida son complementarios y se superponen a los determinantes sociales, centros de atención de la promoción de la salud como estrategia de las políticas de salud.

Basada en las determinaciones sociales y culturales del proceso salud-enfermedad y en la necesidad de estrategias para mejorar la salud, asentadas en acciones más allá de las médico-asistenciales, permitió la adopción de nuevas prácticas, tanto en el campo de la intersectorialidad como en el campo de la educación y movilización por cambios de comportamientos. La promoción de salud como campo conceptual de prácticas y como estrategia política, se desarrolló en una secuencia de conferencias internacionales, por consiguiente, sus planteamientos fueron ampliamente divulgados y gradualmente asumidos por los gobiernos, formuladores y decisores de políticas públicas vinculados con el sector de salud.

Es así como la revisión y análisis de la promoción de salud desde la concepción y enfoque de los modelos de salud del gobierno bolivariano durante el período analizado (1999-2013) reveló limitadas referencias de estudio, sin embargo, entre los hallazgos se encontró que, un estudio sobre "Algunos apuntes de la historia de la

salud y educación médica venezolana”, realizado por Del Cerro y Cruz (2010) muestra las fases por las que ha atravesado la evolución de la Salud y Educación Médica Venezolana, desde la etapa pre-petrolera hasta la aprobación de la Constitución Bolivariana de la República de Venezuela en el año 1999 (Asamblea Nacional Constituyente, 1999). Con prevalencia de una concepción de salud sustentada en un modelo curativo hospitalario, en menoscabo de estrategias preventiva y de atención primaria.

De la misma forma, Bonvecchio et al. (2011) desarrollan una investigación en la que describen el Sistema de Salud de Venezuela desde la aprobación de la Constitución de 1999, en la que se plantean la creación de un Sistema Público Nacional de Salud cuya punta de lanza es el programa Barrio Adentro desde el que se contemplan acciones de promoción y prevención para toda la red de atención de salud: ambulatoria, diagnóstica, hospitalaria y de rehabilitación.

Por su parte, Flores (2009) realizó un estudio sobre el Plan Nacional de Salud y la Historia de la Salud Pública Venezolana, en el que resalta la importancia histórica de la salubridad en el siglo XIX y comienzo del XX. Sostiene que la salud pública venezolana se ha desarrollado históricamente sobre tres ejes de conflicto: a) La salud como derecho universal versus la salud como beneficencia

y asistencialismo, b) La atención de la salud como bien público y responsabilidad del Estado versus la atención de salud como bien privado y responsabilidad individual según las capacidades y c) La salud pública integral, que incluye promoción, prevención y recuperación de la salud versus las concepciones reduccionistas de la salud pública restringida a la prevención y control de algunos de los problemas sanitarios que relegan la recuperación a lo privado.

No obstante, en la indagación sobre la discusión de las actuaciones realizadas por el gobierno bolivariano con respecto a la promoción de salud, se encontró que las explicaciones sobre la causalidad de los fenómenos de la salud y sus formas de intervención se desplazan desde la perspectiva biologicista hacia modelos protectores de corte psico-social, económico y ecológico, que permiten explicar la presencia de formas específicas de vivir, de enfermar y de morir para cada sociedad. Junto a estos desplazamientos la promoción de salud ha venido ganando espacio, no sólo dentro del sector de la salud, sino en otras áreas de la actividad pública, en particular las de tipo social, por sus incidencias en el proceso salud-enfermedad y por la posibilidad que ofrecen de mantener y mejorar la salud.

Esta concepción de la promoción de salud apuesta a largo plazo por la construcción colectiva de una cultura de la

salud, orientada al desarrollo de una población organizada, empoderada con plena autonomía y capaz de ejercer control sobre los determinantes sociales que inciden en sus condiciones y calidad de vida. Este manifiesto se adhiere con los establecidos en la Carta Magna de la República Bolivariana de Venezuela, aprobada en año 1999 (Asamblea Nacional Constituyente, 1999), toda vez que establece los pilares para la creación de un sistema de salud sustentando en el diseño de una política enfocada a la promoción de salud en conjunto con la participación de la comunidad organizada, como pilar fundamental y con derecho a la toma de decisiones en la planificación, ejecución y control en las instituciones públicas de salud.

Con la Constitución de la República como máximo instrumento y código fundamental, el Estado venezolano asume el compromiso de garantizar condiciones favorables que aseguren el derecho a la vida y a la salud, cimentado en los principios de universalidad, equidad y resguardo de los derechos sociales, en el marco de un Estado democrático y social de derecho y de justicia. Es por ello que conocer las bases en las que se asienta la promoción de salud pasa por la comprensión de los planteamientos de los diferentes diseños políticos de salud emprendidos en el marco de la nueva institucionalidad sanitaria, generados durante el período analizado (1999-2013).

Los conceptos, preceptos y principios fundamentales de promoción de salud, desarrollados en las diferentes Conferencias Internacionales, permitió revisar y analizar la inserción de la promoción de salud desde las perspectivas de los diseños de políticas de salud llevadas a través del ente rector de la salud del país.

Al respecto, es importante destacar que los tiempos finales de la década de los años 90 representó para Venezuela el inicio de un nuevo orden. Se instauró un nuevo pensamiento estratégico en las políticas públicas, en particular en el sector de salud. La naciente Constitución sostiene aspectos fundamentales de la organización del Estado y la sociedad, la forma de relacionarse con los ciudadanos y el papel en el desarrollo de los derechos y deberes humanos y sociales, en particular en la promoción de salud, defensa y recuperación de la salud (Asamblea Nacional Constituyente, 1999).

Desde el año 1999 se instituyó en Venezuela un proceso de transición política, jurídica, económica y social, con el propósito de poner en marcha un nuevo modelo de desarrollo con el que se fortaleciera un sistema democrático de derechos y justicia social, y se consolidara una economía diversificada y eficiente en medio de la globalización. La transición política permitió la elaboración de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y el

inicio de la reestructuración del Estado (Informe Venezuela, 2002).

Sobre las bases de estas atribuciones, se consideró a la promoción de salud y la participación ciudadana fundamentales en la construcción del nuevo orden institucional y social. Con miras a responder a este referente, el ministerio de salud concibe como política un modelo de atención de salud, conocido como “Modelo de Atención Integral (MAI)”, el cual, se implementó en todo el territorio nacional (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2000). Este modelo contempló, como tema prioritario, las actividades relacionadas con la promoción de salud; sostuvo que en ella se incluye todo tipo de acciones educativas individuales y colectivas, el fomento de los factores protectores de la salud y la reducción de los factores de riesgos, así como la organización de grupos sociales de autoayuda y desarrollo comunitarios (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2001).

Sin embargo, la deuda sanitaria heredada junto el debilitamiento del sistema de salud por políticas desacertadas de décadas y gobiernos anteriores, requirió de respuestas concretas que satisficieran las necesidades de atención médica de la población. Esta situación provocó que el carácter de integralidad del MAI se resquebrara, y las acciones de promoción y hasta las de

prevención quedaron diluidas dentro del campus de atención médica.

Es así como las autoridades sanitarias se plantearon una nueva alternativa basada en una política más integral, que traspasara el límite de la reorganización de los servicios de salud y ofreciera a la población una atención holística que responda a sus necesidades de salud. En virtud de ello se inició el diseño de un nuevo pensamiento estratégico en aras de una política pública por la calidad de vida y la salud que diera repuestas y se adecuara a las nuevas realidades sociales del país y a los principios y disposiciones de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, aprobada en 1999.

A partir de este momento se estableció como instrumento de planificación de la política de salud, el Plan Estratégico Social (PES), dirigido a impactar en la calidad de vida desde una perspectiva de derechos y equidad (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2021; De Negri Filho, 2002). El PES sostuvo que la construcción de las políticas públicas de derechos y equidad en salud debe valorarse desde una perspectiva de calidad de vida que configure la promoción de salud, entendida como el “gran paraguas” bajo el cual confluyen las demás acciones de salud.

Se concibió la estrategia promocional de calidad de vida y salud como un concepto

integrador de las necesidades humanas que moviliza energías, recursos y esfuerzos efectivos y alcanzables en el futuro que rompe con las concepciones fragmentadas y parciales de la realidad social y desarrolla un enfoque continuo de vida y de sus determinaciones sociales en todas las etapas, procesos y contextos. Se pretende la construcción de una nueva institucionalidad pública comprometida con la transformación de los patrones de calidad de vida de la sociedad y que, permita generar respuestas regulares, suficientes, integrales y equitativas, a través de las redes públicas y solidaridad social.

De esta manera, la estrategia promocional se comporta como el “gran paraguas” que impacta en el reordenamiento de las acciones, lo que genera convergencia de respuestas dirigidas a combatir todas aquellas causas que comprometan, obstaculicen o provoquen pérdida de autonomía o de las potencialidades (De Negri Filho, 2002). En esta línea de pensamiento, se manejó una concepción de promoción de salud elevada en su justa dimensión, entendida como estrategia que reorienta y direcciona a cada uno de los sectores sociales; toda vez que se sustenta en el imperativo de la integralidad e intersectorialidad.

Con el PES se pretendió abordar el tema de la salud desde la configuración de los determinantes sociales, por lo que cada

sector con responsabilidad de ofrecer respuestas en los asuntos sociales requería del encuentro institucional para mancomunar esfuerzos, recursos y establecer agendas comunes de actuación.

Respondía este imperativo con lo establecido en la Carta de Ottawa del año 1986 (Organización Mundial de la Salud, 1986), cuya prerrogativa sostiene que el sector salud debe estar en contacto permanente y de calidad con los diferentes sectores, en particular relación con los hacedores de las políticas públicas. Posición que fue reafirmada años más tarde en la Carta de Adelaida del año 1988, (Organización Mundial de la Salud, Gobierno del Sur de Australia, 1988) en la que se estableció los compromisos políticos con la salud en todos los sectores y, posteriormente, en la Declaración de Yakarta del año 1997 (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1997), con la priorización de la promoción, de la responsabilidad social por la salud y con la necesidad de expandir y consolidar alianzas por la salud.

Sin embargo, el PES, como pensamiento político, requirió de tiempo para su asimilación, difusión e implementación en todos los niveles de la organización sanitaria. Su aplicación ameritó de voluntades técnicos-políticos y cognitivas, por cuanto, la aceptación, manejo e

implementación de la salud desde la concepción de la promoción de salud y calidad de vida no fue tarea fácil en una organización sanitaria que privilegió el enfoque médico-biologicista por décadas. Se aúna a ello los acontecimientos de orden político-partidista que ocurrieron en el país y que exigían respuestas más concretas en materia de atención médica sanitaria.

Efectivamente, la realidad política imperante en el país causó que este pensamiento estratégico no llegara a concretarse y quedó sólo en la fase de formulación y capacitación del talento humano a nivel nacional. Venezuela vivió momentos convulsionados, de fuerte conflictividad política. Las circunstancias, confrontaciones y adversidades al nuevo sistema político-social condujeron a un Golpe de Estado, lo que en un primer momento provocó una parálisis en la ejecución de todas las políticas públicas, lo que incluyó las de salud, y generó un giro vertiginoso en su accionar.

Deviene la necesidad de tomar medidas más puntuales y absolutas que ofrezcan respuestas a las necesidades de atención médica a la población, por lo que se asume la implantación de "Barrio Adentro" como política de salud pública y como una forma de garantizar la salud de manera integral -asistencial, curativa, prevención, promoción y rehabilitación- e inmediata a las y los ciudadanos, las familias y las comunidades.

En este sentido, en diciembre del año 2003, el presidente de la República Bolivariana Hugo Chávez Frías crea la Comisión Presidencial "Misión Barrio Adentro" (Presidencia de la República, 2004) y queda formalmente constituido un modelo de salud cimentado en los principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación protagónica de la comunidad organizada.

Establecida en misión, Barrio Adentro se convirtió en una iniciativa sin precedentes en Venezuela, mediante la cual los sectores sociales más pobres podían disponer de asistencia médica ambulatoria desde sus propios territorios sociales. El mencionado modelo se implantó por medio de convenio con la República de Cuba, quien facilitó personal de salud: médicos, médicas y colaboradores de áreas esenciales de salud como ópticas, odontólogos y enfermería. Como misión, Barrio Adentro, buscó el ejercicio de la medicina bajo los principios de gratuidad, universalidad, integralidad y accesibilidad, lo que rompe con el principio y la concepción mercantilista de la medicina predominantes para la época que consideraba al enfermo como un cliente y a la salud como una mercancía.

Con Barrio Adentro como política de salud, emerge en el país la concepción de una nueva forma de entender la participación comunitaria y educación en

salud. Las comunidades asumen el rol protagónico de participación directa en la resolución de sus problemas prioritarios de salud. Bajo la figura de Comités de Salud, se incorporó en la implantación de Barrio Adentro, facilitando el acceso a sus territorios sociales, sus viviendas familiares para la instalación del consultorio popular y residencia del médico y, su funcionamiento en un espacio social de aproximadamente 500 familias y 3000 habitantes aproximadamente.

Se implantó Barrio Adentro como medida para saldar la deuda en atención médica que por décadas se tenía con la población y como una manera de garantizar su derecho a la salud, dando con ello cumplimiento al mandato constitucional. Seguidamente, y entendido como política, Barrio Adentro se extiende desde el primer nivel a los demás niveles de atención de salud, contando, además de Barrio Adentro I (consultorios populares, ambulatorios rurales I y II y urbanos tipo I), con Barrio Adentro II (clínicas populares, centros de diagnóstico integral, salas de rehabilitación integral y centros de alta tecnología), Barrio Adentro III (hospitales generales) y Barrio Adentro IV (hospitales especializados).

No obstante, con el desarrollo de Barrio Adentro como eje fundamental de la política de salud, los esfuerzos para el fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud se centraron en la edificación y

remodelación de estructuras físicas, contratación y formación de talento humano, adquisición de equipos, materiales e insumos médicos quirúrgicos y compra de medicamentos. La prioridad se ajustó en ofrecer servicios médicos las 24 horas del día a los ciudadanos y comunidades más vulnerables, buscando saldar la deuda social heredada de períodos anteriores. Las acciones de promoción de salud se centraron en visitas comunitarias y detección de casos de salud, quedando minimizada su concepción.

Avanza por consiguiente Barrio Adentro aportando cifras estadísticas de número de casos atendidos, vidas salvadas, consultorios construidos y equipados, número de médicos y otro talento humano, etc., superponiéndose a lo establecido en Bangkok en el año 2005 (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2005). En esta Declaración se identificaron los desafíos principales para abordar los determinantes de la salud, se abogó por una mayor coherencia en las políticas para que la promoción de salud fuera una mayor responsabilidad de los gobiernos, haciendo de ella una buena práctica corporativa y objetivo principal de las actividades de la comunidad y la sociedad civil.

En paralelo con el contexto internacional durante este período, Venezuela entró en un proceso de retrospección en materia de

promoción de salud, apartándose de los nuevos llamamientos que hicieran los órganos internacionales a los gobiernos para que dieran cumplimiento al imperativo de promoción de salud en atención a las nuevas realidades sociales, ambientales, políticas y económicas (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2005).

Sigue el Ministerio de Salud en la búsqueda reiterada de nuevas formas de adecuarse y responder a las necesidades de atención y promoción de salud de la población y en enero del año 2011 acuerda un convenio con la República de Cuba para el asesoramiento y elaboración de una Propuesta de Creación de Estructura Organizativa y Funcional de Promoción de Salud. Una vez concluida la propuesta se sometió a consideración y aprobación de la máxima autoridad de entonces, contando con un silencio técnico-político por parte de las máximas autoridades, por lo que, no se logró la expectativa deseada.

Esta situación llamó la atención, en particular, cuando en la celebración de la Séptima Conferencia Internacional de Promoción de Salud en Nairobi, en el año 2009 (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2009), se hizo una invocación a los gobiernos para que trabajaran intersectorialmente y en alianza con los ciudadanos para reafirmar los valores, los

principios y las estrategias de acción de promoción de salud, que implica entre otras cosas, integrar sus principios en la agenda política y de desarrollo, además de construir una infraestructura sustentable en todos los niveles para la promoción de salud.

Persiste el ministerio rector de salud y en el año 2007, a través de la Dirección General de Programas de Salud (DGPS), adscrita al Viceministerio Redes de Salud Colectiva, se planteó como prioridad una “Dirección de Participación para el Poder Popular en la Salud” más funcional que estructural. Bajo esta nueva figura se llevó a cabo un acercamiento con las organizaciones de bases sociales que hacían vida en las áreas de salud: consejos comunales, comités de salud, mesas técnicas de salud, entre otras, a fin de establecer los mecanismos para su vinculación en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas, programas, planes y proyectos de salud. Esta iniciativa se desvaneció con la llegada de nuevas autoridades a la organización.

Posteriormente, esta misma dirección asume la promoción de salud con un enfoque educativo/formativo para la construcción colectiva del conocimiento y la gestión de la democracia participativa y protagónica en la constitución del poder popular, mediante la implementación del “Diplomado para Formación de Formadores en Promoción de Salud para la Construcción del Poder Popular” (DGPS, 2008-2009),

dirigido al talento humano adscritos a los centros de salud nacional y estatal vinculados con las organizaciones comunales. El Diplomado fue pensado como una estrategia permanente de formación, sin embargo, los cambios políticos y de autoridad ministerial y la poca sustentabilidad de este hizo que feneciera, lográndose sólo una primera cohorte de graduandos.

Para finales del año 2010, las autoridades del ministerio mantuvieron su constancia en la promoción de Salud. En este sentido, iniciaron las coordinaciones para la conformación de un equipo de trabajo que, desde los programas de salud, establecieran las líneas políticas para elevar una propuesta de estructura organizativa de promoción de salud.

De esta manera, una vez más, la DGPS en aras de afianzar la promoción de salud como eje transversal de todos los programas a su adscripción y en el marco de su proceso de reestructuración interna, en el año 2011 propuso la creación de una “Dirección de Línea de Promoción de Salud y Calidad de Vida”. Esta iniciativa se concretó dos años después, en julio de 2013, e inició con una fase de organización interna que incluyó la elaboración de manuales de normas, procedimientos y funcionamiento y entró en operatividad a partir del año 2014, cuando fue incluida en el Plan Operativo Anual de la Nación.

La formulación e implementación de los diferentes modelos de salud guardaron estrecha correspondencia con lo establecido en el primer Plan de la Patria 2008-2013 (República Bolivariana de Venezuela, 2008) que sostuvo bajo su lineamiento estratégico “La Suprema Felicidad Social”, con el que se pretende profundizar la atención integral en salud de forma universal mediante la construcción de una estructura social incluyente, formando una nueva sociedad de incluidos y un nuevo modelo social productivo.

Mientras que el segundo Plan de la Patria (2013-2019) (República Bolivariana de Venezuela, 2013) consideró el tema de salud y con ella, la promoción de salud como el Segundo de sus Cincos Objetivos Históricos que establece “Asegurar la salud de la población, a través de la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud, sobre la base de la profundización de Barrio Adentro, el poder popular y la articulación de todos los niveles y ámbitos del sistema de protección, promoción, prevención atención integral y rehabilitación a la salud individual y colectiva.” Así como “Asegurar la participación protagónica del Poder Popular en los espacios de articulación intersectorial y en las instancias para la promoción de la calidad de vida y salud”.

En consecuencia, el MPPS, en correspondencia y para dar cumplimiento a estos lineamientos presentó, en diciembre

del año 2012, el Plan de la Patria en Salud 2013-2019. Este plan comprende líneas, propósitos y metas para ser alcanzadas a través de la ejecución de un conjunto de proyectos, entre ellos, profundizar el impulso de la participación protagónica del poder popular en la ejecución y seguimiento de las políticas públicas de promoción de la calidad de vida y salud en los territorios sociales (Objetivo N°3), así como la necesidad de promover la intersectorialidad de las políticas públicas para incentivar la información, educación y promoción de la salud (Objetivo N°4) (República Bolivariana de Venezuela, 2013).

## CONCLUSIONES

En el proceso de construcción de la nueva institucionalidad sanitaria a partir de la aprobación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela desde el año 1999 hasta el año 2013, la promoción de salud presentó diferentes altibajos. Si bien es cierto que, desde la concepción de los diseños de las políticas de salud, la promoción de salud estuvo presente en el pensamiento de autoridades, planificadores y decisores-políticos, por lo menos en reconocerla como línea fundamental de estas, en la práctica y en la realidad, las condiciones económicas y escenarios de fuertes conflictividad socio-política que confrontó el país durante el período analizado, contribuyó y dificultó

significativamente en la implementación eficaz y eficiente de las concepciones, referentes y principios de la promoción de salud.

Sin dejar de reconocer que el ministerio rector de salud realizó esfuerzos para priorizar en los diseños e implementación de los diferentes modelos de salud a la promoción de salud como estrategia trascendental en el marco de la construcción de la políticas y como medio para impactar positivamente en las condiciones y calidad de vida de la población, la realidad sanitaria de entonces, caracterizada en principio por una fenomenal deuda social y por demandas de atención médica por parte de la población procedentes de tiempos y gobiernos anteriores, produjo que la promoción de salud se descaminara dando nuevos cursos a acciones de salud con un fuerte predominio médico-biológico, debido a que la población requirió de asistencia médica en otros niveles de actuación (curación, hospitalización, rehabilitación).

Evidentemente, durante el período analizado, el MPPS formalizó importantes intentos e invirtió en recursos materiales, humanos, presupuestarios y financiación para cumplir con el imperativo ético y derecho constitucional de la salud, materializado en la edificación de nuevas y complejas estructuras sanitarias, adecuación de los servicios con tecnologías punta, dotación y equipamiento de

materiales médicos quirúrgicos, formación del talento humano y distribución de medicamentos, como una forma de retribuir y minimizar la deuda social. Solo que estos esfuerzos se realizaron desde la óptica de salud-enfermedad, lo que dejó de lado el alcance de la orientación de la promoción de salud como estrategia esencial para la preservación de las autonomías individuales y colectivas y como una forma de incidir en las determinaciones sociales de salud, siendo necesario su redimensión y adecuación ante las presentes y futuras realidades sociales.

Los diferentes instrumentos, disposiciones y documentos políticos-técnicos y estratégicos en los que se expresó el espíritu y razón de las políticas de salud como el Plan Simón Bolívar 2007-2013, Plan de la salud 2008-2013-2018,

Plan Estratégico Social, y Barrio Adentro, entre otros y en los que de manera manifiesta se reconoció la importancia fundamental de la promoción de salud no fueron suficientes para asumir medidas que favorecieran su implementación, por lo que sus preceptos no trascendieron más allá de los pergaminos y discursos, con prevalencia de una concepción de salud sustentada en un modelo curativo hospitalario en detrimento de una praxis médica preventiva y de atención primaria; esto dentro de una lógica aditiva y declarativa que no ha logrado revertir la configuración de un sistema hospital céntrico.

#### CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, A. I., & Buss, P. M. (2012). Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. En L. Giovanella, S. EscoreL, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. Carvalho (Eds), *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (pp. 121-142) .Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0007>
- Expósito-Duque, V., Torres-Tejera, M. E, & Domínguez Domínguez, J. A. (2024). Determinantes sociales de la ansiedad en el siglo XXI. *Atención Primaria Práctica*, 6, 100192. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-pdf-S2605073024000026>

- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. OMS. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (1978). *Declaración de Alma-Ata* Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Aliaga Huidobro, E. (2003). *Políticas de promoción de la salud en el Perú: retos y perspectivas*. ForoSalud. [http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/1002\\_CIES3.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/1002_CIES3.pdf)
- Del Cerro, Y., & Cruz, M. (2010). Algunos apuntes sobre la historia de la salud y educación médica venezolana. *Contribuciones a las Ciencias*. <https://www.eumed.net/rev/cccsc/10/cccc.htm>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1999). Constitución de la República Boliviana de Venezuela. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, (36.860). [https://mppp.gob.ve/wp-content/uploads/2023/07/GO-36860\\_constitucion.pdf](https://mppp.gob.ve/wp-content/uploads/2023/07/GO-36860_constitucion.pdf)
- Bonvecchio, A., Becerril-Montekio, V., Carriedo-Lutzenkirchen, A., & Landaeta-Jiménez, M. (2011). Sistema de salud de Venezuela. *Salud pública de México*, 53, suplemento 2. <http://www.eumed.net/rev/cccsc/10/cccc.htm>
- Flores, M. (2009). *El plan de salud y la historia de la salud pública venezolana. Consultores y asesores en gestión pública*. <http://maiquiflores.over-blog.es/article-31207549.html>
- Informe de Venezuela. (2002). *Logros en promoción de salud con respecto a los compromisos asumidos en la declaración de México*. OPS/División de Promoción y Protección de la Salud.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2000). Resolución Número 016. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, (36.876). <https://mega.nz/file/6ZkVUKZY#reK7spmZWvKfvPXp6TLblReqOahS8fJ3MLcoypYZF>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2001). *Documento base sobre el modelo de atención integral de salud en Venezuela. 7ma. versión preliminar*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

De Negri Filho, A. (2002). *El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y la salud. Módulo I*. Caracas- Venezuela. Instituto de Altos Estudio “Dr. Arnoldo Gabaldon”.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2021). *Plan estratégico social 2001-2007*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Organización Mundial de la Salud, Gobierno del Sur de Australia. (1988). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar* Segunda Conferencia Internacional de Promoción de Salud, Adelaida, Australia. OPS.  
[https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/3\\_recomendaciones\\_de\\_Adelaide.pdf](https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf)

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI* Cuarta conferencia internacional sobre promoción de la salud, Yakarta, Indonesia. OPS.  
[https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/5\\_Declaracion\\_de\\_Yakarta.pdf](https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf)  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10209/5\\_Declaracion\\_de\\_Yakarta.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10209/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf)

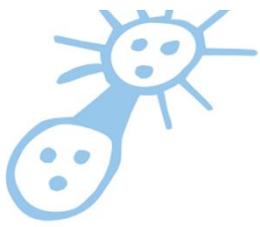
Presidencia de la República (2004). Decreto N° 2.745. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, (37.865). <https://www.gacetaoficial.io/venezuela/2004-01-26-gaceta-oficial-37865>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2005). *Carta de Bangkok* VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Bangkok. OPS.  
[https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/Bangkok\\_es.pdf](https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/Bangkok_es.pdf)

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2009). *Declaración de Nairobi* VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Nairobi, Kenya. OPS.  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10212/Nairobi\\_2009\\_sp.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10212/Nairobi_2009_sp.pdf)

República Bolivariana de Venezuela (2013). Plan de la Patria. Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación, 2013-2019.  
<https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/VenezuelaPlanlaPatria20132019.pdf>

República Bolivariana de Venezuela (2008). Plan de la Patria. Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación, 2008-2013.



## ARTÍCULOS DE POSICIÓN

# LA HABILIDAD DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICO DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN EL CURRÍCULO DE MEDICINA INTEGRAL COMUNITARIA

## Diagnostic Imaging Skill of Chest Radiography in the Curriculum of Integral Community Medicine

### AUTORES

Agustín Sánchez Mengana <sup>1</sup>

Pedro Miguel Milián Vázquez <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Doctor en Medicina. Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Misión Médica Cubana en Venezuela. Universidad de las Ciencias de la Salud de Venezuela, [sanchez871009@gmail.com](mailto:sanchez871009@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0001-8973-9677>

<sup>2</sup> Doctor en Medicina. Especialista de I y II Grado en Farmacología. Máster en Educación Médica. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Profesor Honorario de la Universidad de las Ciencias de la Salud de Venezuela, [pedromiguelmilian@gmail.com](mailto:pedromiguelmilian@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0003-0750-1847>

Autor para correspondencia: Agustín Sánchez Mengana, [sanchez871009@gmail.com](mailto:sanchez871009@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** Los planes de estudio responderán a las demandas sociales y permitirán concebir la enseñanza desde posiciones pedagógicas contemporáneas.

**Objetivo:** analizar el plan de estudio del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria en torno a la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax.

**Métodos:** estudio cualitativo realizado durante el primer trimestre del año 2024. Se utilizaron métodos teóricos como el analítico sintético y el inductivo deductivo, así como el análisis documental como método empírico. La

investigación cumplió con las declaraciones éticas para estos estudios.

**Resultados:** el plan de estudio declara que una de las competencias que debe poseer el profesional es la diagnóstica y para ello aplicará los métodos clínico y epidemiológico con un enfoque sociocomunitario y dominará los contenidos necesarios para el uso científico y ético de los medios diagnósticos, como la radiografía de tórax, lo que advierte la necesidad de la adecuada formación de la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax. Incluye los contenidos requeridos para ello en diferentes unidades curriculares, legitima la práctica docente como principal forma de

organización de la enseñanza, el uso de métodos activos de enseñanza como la enseñanza basada en problemas y el empleo de la lógica de los métodos de la profesión como métodos de enseñanza, así como un sistema de evaluación que reconoce las fortalezas de la formativa.

Conclusiones: el plan de estudio evidencia potencialidades para la formación de la habilidad y para ello se precisa de una adecuada gestión curricular

**Palabras claves:** plan de estudio, programas de estudio, unidades curriculares, formación de habilidades, habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax.

## ABSTRAC

Introduction: The study plans will respond to social demands and will allow teaching to be conceived from contemporary pedagogical positions.

Objective: to analyze the study plan of the National Training Program in Integral Community Medicine around the diagnostic imaging skill of chest x-ray.

Methods: qualitative study carried out during the first quarter of 2024. Theoretical methods such as synthetic analytical and inductive-deductive methods were used, as well as documentary analysis as an empirical method. The research complied with the ethical statements for these studies.

Results: the study plan states that one of the competencies that the professional must possess

is diagnosis and for that reason, they will apply clinical and epidemiological methods with a socio-community approach and master the necessary contents for the scientific and ethical use of diagnostic means, such as chest x-ray, which indicates the need for adequate skill training. It includes the content required for that matter in different curricular units, legitimizes teaching practice as the main form of teaching organization, the use of active teaching methods such as problem-based teaching and the use of the logic of the profession's methods as teaching methods, as well as an evaluation system that recognizes the strengths of the training.

Conclusions: the study plan shows potential for the development of the skill and for doing that, an adequate curricular management is required

**Keywords:** study plan, study programs, curricular units, skills training, diagnostic imaging skill of chest radiography.

## INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria forma parte de la política del Estado de la República Bolivariana de Venezuela en materia de

formación de talento humano para la salud, concebido para el cumplimiento de lo establecido en la Constitución del país en cuanto a garantizar la salud integral de la población como derecho fundamental. De

igual forma, responde a las políticas de municipalización y universalización de la educación universitaria, que permiten incluir a quienes tengan vocación de servicio, a través de los mecanismos de territorialización para que toda la geografía nacional se convierta en espacio de formación permanente, con pertinencia social y contextualización, en el marco de la transformación universitaria (Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, 2017).

Inicia en el año 2005 en los escenarios de la Misión Barrio Adentro, convertidos estos en una innovadora “Universidad Barrio Adentro”; luego, en el año 2008, se aprueba el Programa de manera oficial por el Ministerio del Poder Popular para Educación Universitaria, Ciencia y Tecnología. Durante este período el Programa lo gestionaba la Misión Médica Cubana en Venezuela y realizaban la titulación siete universidades del país autorizadas para ello. A partir del mes de julio del año 2016, se le transfiere la gestión y la titulación de sus egresados, en todo el territorio nacional, a la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (Borroto & Salas, 2008; (Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, 2017).

Este programa de formación tiene como objetivo el desarrollo del talento humano para brindar atención integral en salud, a la persona, la familia y la comunidad y legítima

que los egresados serán profesionales con alta sensibilidad humana y ética, de elevada capacidad científica-tecnológica para promover la salud, prevenir las enfermedades y competencias diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación e investigativas, elevado compromiso social, gran sensibilidad para el trabajo y con potencialidades para la utilización durante su desempeño los métodos clínico y epidemiológico, con un adecuado enfoque social y la tecnología disponible de forma juiciosa (Hernández-Pérez et al., 2023).

En este sentido, en el plan de estudio del Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria se declara que una de las competencias que debe poseer dicho profesional al egresar es la diagnóstica y, para ello, se explicitan dos habilidades esenciales que debe dominar, una es la “aplicación del método clínico en el abordaje y solución de los problemas individuales de la salud” y la otra es la “verificación del diagnóstico mediante el empleo de estudios de laboratorio e imagenológicos” (Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, 2017).

Barrera (2018) define el diagnóstico imagenológico como un proceso instrumental, conformado por un sistema de acciones teóricas y prácticas que dominadas en forma consciente por el médico general, y apoyado en los saberes cognoscitivos y

procedimentales que posee relacionados con la imagenología, le permiten la selección de los medios diagnósticos imagenológicos, la identificación e interpretación de las imágenes y los resultados de su aplicación concretado en un diagnóstico imagenológico, en función del diagnóstico médico del problema de salud del paciente.

De modo particular, la radiografía constituye un instrumento de diagnóstico imagenológico cotidiano en la atención médica que brinda información puntual, de ahí la importancia de su adecuado análisis e interpretación (Auloge et al., 2020; Sebastian et al., 2021; Aguilar-Viveros et al., 2022; Seyyed, 2023). Según datos de la Organización Mundial de la Salud, el 80 % de las decisiones médicas se toman en base a pruebas radiológicas, a pesar que en el 30 % de los casos son innecesarias (López et al., 2021).

Estudios realizados ratifican esta aseveración e informa que la radiografía de tórax es uno de los contenidos que los docentes de medicina consideran deben dominar los estudiantes respecto al diagnóstico imagenológico y deben incluirse en los planes de estudio de las universidades, de modo que le permita realizar un diagnóstico imagenológico adecuado como parte del proceso de atención integral al paciente (Chew & O'Dwyer, 2020; Chew et al., 2021; Sebastian

et al., 2021; European Society of Radiology, 2023).

Lo antes descrito justifica la importancia que tiene el dominio de la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax por el médico integral comunitario, para lograr un desempeño eficiente durante su práctica profesional. Por tanto, el objetivo de este artículo es analizar el plan de estudio del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria en torno a la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax.

## **METODOLOGÍA**

Estudio cualitativo realizado en el primer trimestre del año 2024. Se efectuó una indagación en internet de artículos científicos sobre análisis de planes de estudio, con énfasis en los que se tratara de forma específica la formación o desarrollo de habilidades. Se utilizaron buscadores especializados en medicina en idioma inglés y español como National Library of Medicine, Medscape, Elsevier (libros y revistas de medicina y ciencias de la salud), Access Medicina (Mc Graw Hill), Colección Wolters Kluwer (OvidEspañol), Fistera y Medline Plus. También se usaron las bases de datos CUMED, PUBMED (MedLine), EBSCO, LILACS, Scielo Public Health y la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de Cuba.

Para facilitar la búsqueda se usaron los Descriptores en Ciencias de Salud y fueron seleccionados artículos de revistas publicados en los últimos cinco años o que por su relevancia mantuvieran vigencia. La intención de la búsqueda bibliográfica fue establecer los criterios para el análisis del plan de estudio en torno a la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax, los que se organizaron sobre la lógica de la relación entre los componentes no personales del proceso de enseñanza aprendizaje.

Para el análisis del plan de estudio y de los programas de las unidades curriculares del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria se utilizaron métodos teóricos como el analítico sintético y el inductivo deductivo, así como el análisis documental como método empírico. La investigación cumplió con las declaraciones éticas para este tipo de estudio.

## DESARROLLO

Los planes de estudio de las carreras universitarias deben responder al desarrollo de las disciplinas, a un posicionamiento epistemológico determinado, a las demandas sociales y al contexto, así como serán innovadores y flexibles para que puedan modificarse en función de las exigencias de un mundo en permanente transformación (Hurtado, 2020; Chaves et al., 2023). Por su parte, los programas de

estudio que los conforman constituyen documentos relevantes que tienen un carácter político-pedagógico e importancia para concebir la enseñanza desde posiciones pedagógicas contemporáneas (Garita-González et al., 2021; Zavaro, 2022). El Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria incluye 49 unidades curriculares que se insertan en seis años de formación, los dos primeros constituyen el ciclo básico, de tercero a quinto años el ciclo clínico y el último año se dedica a la práctica preprofesional. Cada una de las unidades curriculares forman parte de tres grandes grupos de disciplinas que, aunque no se declaran como tal en el plan de estudio, se asumen durante la gestión curricular: las ciencias básicas, las ciencias clínicas y las sociomédicas (Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, 2017).

Según establece el Programa, resulta esencial que durante el proceso de enseñanza aprendizaje los estudiantes construyan de forma activa, creativa e independiente los conocimientos, habilidades profesionales y valores establecidos, en los diferentes escenarios de formación, para la identificación y solución de los principales problemas de salud de la población de su territorio.

En este sentido, se declara de forma explícita como objetivos instructivos del Programa que el estudiante será capaz de

“Aplicar los métodos clínico, epidemiológico y sociocomunitario para el diagnóstico y solución de los problemas de salud del individuo (...); así como en la búsqueda y recolección activa de la información y su análisis, tanto en el ejercicio cotidiano de su profesión, como en la ejecución de investigaciones en su área de trabajo”, e “(...) indicar los exámenes paraclínicos necesarios para obtener más información sobre el problema de salud de la persona (...)”, de modo que pueda “Prestar atención médica integral a la población en las diferentes etapas del ciclo de vida (...)”, lo que precisa de conocimientos, habilidades y valores que le permitan cumplir estos objetivos (Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, 2017).

Desde esta perspectiva, el diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax se convierte en una habilidad profesional que el médico integral comunitario debe adquirir y dominar durante su formación. Por tanto, se coincide con Barrera (2016) en que es necesario que el estudiante de medicina domine los contenidos que permitan realizar el diagnóstico imagenológico y, desde la opinión de los autores, del diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax por ser un complementario esencial y frecuente que durante la práctica médica sirve de sustento para plantear o refutar un diagnóstico definitivo del problema de salud del paciente.

En este orden de ideas, los contenidos relacionados con la formación de la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax no se concretan dentro del Programa en una unidad curricular en particular, sino que se insertan en el currículo como parte de las diversas unidades curriculares. Por tanto, la formación de dicha habilidad precisa del dominio y aplicación de los contenidos de las unidades curriculares que tributan a ello. Sin embargo, desde lo que se declara en el plan de estudio, en algunas de ellas recae el énfasis de la responsabilidad curricular desde los objetivos formativos que este documento propone.

En ese sentido, la unidad curricular Morfofisiología Humana IV, plantea como objetivo instructivo que el estudiante debe “explicar las características morfofuncionales de los órganos del sistema respiratorio atendiendo a (...) las particularidades macroscópicas (...), la interrelación funcional de sus componentes, así como las etapas del proceso respiratorio (...)”. Por tanto, los estudiantes deben apropiarse de los saberes relacionados con las características anatómicas de las estructuras que forman parte del sistema respiratorio y de la fisiología de este, para que puedan aplicar dichos contenidos durante la interpretación de la radiografía de tórax y al integrarlos al resto de los contenidos necesarios que aportan otras

unidades curriculares, pueda realizar el diagnóstico imagenológico de este complementario.

Por su parte, la unidad curricular Morfofisiopatología Humana II establece el nexo entre las ciencias básicas y las clínicas a partir de un enfoque clínico básico de su diseño temático. Aporta los elementos esenciales para interpretar los resultados de los exámenes complementarios como evidencias diagnósticas de los procesos patológicos, útiles para el diagnóstico, la evolución y la pesquisa activa, así como relacionarlos con la fisiopatología y las alteraciones morfofuncionales que los caracterizan. Un objetivo recurrente en los diversos temas que incluye es “Interpretar la utilidad de los métodos de estudios imagenológicos y de laboratorio, en la obtención de evidencias para el diagnóstico (...)” (Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, 2017).

Las unidades curriculares Clínica I, II, III y IV, correspondientes al tercer año, período en el que inicia el ciclo clínico de formación, están orientadas a la preparación de los estudiantes para la realización del interrogatorio y examen físico, la fundamentación de los mecanismos de producción de síntomas, signos y síndromes, así como la interpretación de las evidencias diagnósticas, imagenológicas, de laboratorio clínico, electrocardiográficas, anatomopatológicas y microbiológicas, al

considerar la sintomatología y los síndromes, de modo que puedan llegar a la formulación de hipótesis diagnósticas, etiológicas y topográficas, en función del perfil profesional (Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, 2017).

En la unidad curricular Clínica I se declara la intencionalidad curricular del aprendizaje de los contenidos relacionados con el método clínico, como método de la profesión y que pueda describir la semiología imagenológica del tórax normal mediante el uso de radiografías en la práctica médica. Además, en la unidad curricular Clínica III, se abordan los contenidos relacionados con las enfermedades de los sistemas respiratorio y cardiovascular, y se exponen como objetivos que los estudiantes puedan interpretar las principales evidencias diagnósticas imagenológicas, de laboratorio clínico y anatomopatológicas, teniendo en cuenta los procesos nosológicos y emitir juicios de diagnóstico presuntivo y diferencial para cada enfermedad (Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, 2017).

Por su parte, la unidad curricular Atención Integral al Adulto, perteneciente al sexto año, ciclo profesional de la formación, tiene como objeto de estudio al ser humano enfermo como unidad biopsicosocial en los diferentes ámbitos en que se desarrolla su vida y contribuye a la formación y

consolidación de conocimientos, habilidades y valores para la atención integral al adulto en los diferentes escenarios de la profesión, lo que permite la formación de un médico capaz de contribuir a garantizar el cumplimiento de una de las grandes funciones del perfil del egresado, la atención médica integral.

Declara entre sus objetivos instructivos “Interpretar las evidencias diagnósticas, teniendo en cuenta la sintomatología del adulto atendido en los diferentes escenarios de la profesión, que le permitan arribar a diagnósticos definitivos de los problemas de salud, en función del perfil de egresado”, lo que incluye la formación de la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax (Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, 2017).

Además, se advierte la exigencia que el estudiante emplee los métodos de la profesión durante su formación y adquisición de conocimientos, habilidades y valores cuando el programa de la unidad curricular expresa que este debe “Aplicar el método clínico y epidemiológico a la solución de los problemas de salud, a partir de las definiciones correctas del diagnóstico, evolución, complicaciones, pronóstico, prevención y tratamiento integral, mediante el adecuado uso de la tecnología apropiada, en los diferentes escenarios de la profesión” (Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, 2017).

El Programa plantea que se utilizarán métodos activos de enseñanza aprendizaje, en especial el método de solución de problemas que se refuerza con el uso de todos los recursos disponibles para el aprendizaje, tales como la interacción con el individuo sano o enfermo, la familia, la comunidad y el medio ambiente; los medios de diagnóstico de laboratorio e imagenológicos, así como los medios audiovisuales, con la introducción y desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación.

Además, declara que se favorezca la formación del estudiante mediante el desarrollo de tareas que permitan la integración docente-asistencial-investigativa según las particularidades de cada escenario, en las que se enfatice en el carácter activo del estudiante en su autoformación.

Por tanto, para la formación de la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax se requiere una orientación formativa hacia la integración básico-clínica-comunitaria, que exige la identificación de los contenidos esenciales que le permitan al futuro galeno la ejecución de la habilidad en los escenarios formativos en los que se enfatizará su concreción desde una orientación científica, tecnológica y social para su aplicación en la práctica médica.

El Programa declara que el proceso formativo se desarrollará en los escenarios de futuro desempeño profesional, con una estrecha interrelación teoría-práctica-investigación y de los contenidos de las unidades curriculares de las disciplinas ciencias básicas biomédicas, ciencias clínicas y sociomédicas, a partir de un abordaje interdisciplinario y transdisciplinario (Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, 2017), lo que constituye una potencialidad para la formación de la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax.

Las principales formas de organización de la enseñanza que se describen en el Programa son el encuentro docente, en el que se incluyen la actividad orientadora, seminario, clase taller y la clase teórico práctica; la práctica docente, que comprende la consulta médica, la visita de terreno, el pase de visita, la discusión de caso clínico, la guardia médica, entre otras; el trabajo independiente del estudiante; la actividad científica estudiantil; la consulta docente-estudiantil y la práctica profesional (Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, 2017).

Se legitima que la práctica docente es la principal forma organizativa de la enseñanza, es un espacio formativo eminentemente integrador de conocimientos, habilidades, métodos y actitudes profesionales que contribuye

tempranamente, dentro del proceso docente, a crear en el estudiante el compromiso con su futuro escenario y con su rol en el cuidado de la salud del individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente. Se coincide con Milián y Romero (2020) cuando aseveran que constituye la forma de organización de la enseñanza de mayor relevancia en la formación del médico integral comunitario, que posibilita la vinculación básico-clínica y teoría-práctica-investigación, así como la aplicación de los métodos de la profesión.

El proceso formativo se desarrolla bajo la tutoría y control de los docentes y se lleva a efecto en la comunidad y en el consultorio popular, que es el escenario central de la formación en Medicina Integral Comunitaria, así como en los centros de diagnóstico integral, salas de rehabilitación integral, centros diagnósticos de alta tecnología, hospitales y otras instituciones del Sistema Público Nacional de Salud (Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, 2017).

Es evidente que el tratamiento del contenido necesario para la formación de la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax en el Programa de Medicina Integral Comunitaria debe trascender los espacios áulicos para fomentar la práctica docente y el trabajo científico estudiantil, para garantizar la adquisición de los modos profesionales de

actuación. Se infiere así la responsabilidad de los docentes en la formación de la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax desde los componentes académico, laboral/asistencial e investigativo, tanto mediante el contenido, como a través de los métodos de enseñanza que se utilicen y las tareas que se asignen a los estudiantes.

Tal condición presupone que durante la formación de la habilidad diagnóstico imagenológico se promueva el aprendizaje activo, caracterizado por la solución de tareas docentes que propicien el aprendizaje independiente del estudiante. Esta situación se corresponde con lo legitimado en el Programa de formación, en el que se declara la necesidad de utilizar métodos activos y medios de enseñanza en los que se favorezca el intercambio teoría-práctica, que promuevan el papel activo del estudiante de manera que sea protagonista de su propio aprendizaje y desarrollo (Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, 2017).

Desde esta perspectiva se justifica que la formación de la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax se valore como una oportunidad de aprender a tomar decisiones de manera científica, que favorezca la adquisición del razonamiento clínico y la utilización de un enfoque holístico para el manejo de las situaciones de salud y con ello garantizar el aprendizaje

autodirigido, así como la capacidad para el trabajo en equipo, la adquisición de la habilidad para escuchar, responder y participar en discusiones relevantes desde una proyección de educación continua a lo largo de la vida.

En este sentido, el Programa orienta la pertinencia de utilizar la enseñanza basada en problemas para la formación de las habilidades en los estudiantes. Tal posición se explica al comprender que este método permite desarrollar en el estudiante el razonamiento y el juicio crítico, al enfrentarlo a una situación y darle una tarea o un reto como fuente de aprendizaje, pues el estudiante va descubriendo, elaborando, reconstruyendo, reinventando y haciendo suyo el conocimiento mientras que el docente cumple con el rol de estimulador, facilitador y orientador permanente. Esta verdadera enseñanza promueve un aprendizaje continuo y significativo (Benítez-Chavira et al., 2023).

Por otra parte, se identifican las potencialidades de utilizar el método clínico-epidemiológico con enfoque social en la formación de la habilidad, pues constituyen los métodos de la profesión. Por tanto, al asumirlos como métodos de enseñanza en el desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje en las unidades curriculares de la profesión, presupone la integración de los contenidos en función de preparar al médico integral comunitario para que, al aplicar el

método clínico-epidemiológico en situaciones simuladas o reales, pueda realizar el diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax cuando corresponda.

Este análisis sugiere no asumir una u otra posición, pues puede resultar restrictiva. De lo que se trata es de considerar una concepción integral de estos en la secuenciación de las prácticas de enseñanza y aprendizaje. Esta consideración se explica al concebir la interrelación entre los métodos de la enseñanza problémica y los métodos clínico, epidemiológico con enfoque social; sin embargo, su utilización dependerá de la graduación que se establezca por el docente, según el año académico, la naturaleza epistémica de la unidad curricular y sobre todo del espacio curricular en que se utilizan.

El Programa concibe la evaluación del aprendizaje desde la combinación de la evaluación formativa con la sumativa (Universidad de las Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías", 2017). Por tanto, no solo se valoriza el resultado sino el proceso para alcanzar los objetivos propuestos. Se consideran las potencialidades que ofrece la autoevaluación y la coevaluación para el

desarrollo metacognitivo de los estudiantes de medicina integral comunitaria.

En ese sentido, durante el proceso de formación de la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax, se requiere que la evaluación no se limite a medir el cumplimiento de este objetivo, sino que trascenderá hasta permitir reflexionar, redireccionar, contrastar, propiciar un pensamiento crítico y creativo, favorecer un trabajo colaborativo eficiente, de modo que la propia evaluación contribuya a que el estudiante logre esta y otras metas deseadas y que el docente pueda dirigir las estrategias pedagógicas precisas que apunten hacia una calidad en la formación de dicha habilidad (Araujo & Mesino, 2022; Cuéllar et al, 2024).

## CONCLUSIONES

El plan de estudio evidencia potencialidades para la formación de la habilidad diagnóstico imagenológico de la radiografía de tórax y para ello se precisa de una adecuada gestión curricular.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses que impidan la publicación de este trabajo

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar-Viveros, B., Zamora-Ramos, M., Martínez-Martínez, B. E., y Thomé-Ortiz, L. P. (2022). Radiografía de tórax en pediatría. Una interpretación sistematizada. *Neumología y Cirugía de Torax*, 81(3), 183-189. <https://doi.org/10.35366/111089>
- Araujo Iglesias, J., & Mesino Mosquera, L. (2022). Evaluación formativa para el desarrollo de las habilidades de pensamiento. [Tesis de Maestría, Universidad de la Costa]. [https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/9118/Evaluaci%  
c3%b3n%20formativa%20para%20el%20desarrollo%20de%20las%20habilidades%20de%20pensamiento.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/9118/Evaluaci%c3%b3n%20formativa%20para%20el%20desarrollo%20de%20las%20habilidades%20de%20pensamiento.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Auloge, P., Garnon, J., Robinson J. M., Dbouk, S. Sabilia, J., Braun, M., Vanpee, D., Koch, G., Cazzato, R. L., & Gangi, A. (2020). Interventional radiology and artificial intelligence in radiology: Is it time to enhance the vision of our medical students? *Insights Imaging*, 11, 127. <https://doi.org/10.1186/s13244-020-00942-y>
- Barrera, Jay, Z. L. (2023). *Una metodología para el desarrollo de la habilidad diagnóstico imagenológico en el estudiante de la carrera de medicina*. [Tesis Doctoral. Universidad de Guantánamo]. <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=484>
- Benítez-Chavira, L. A., Zárate-Grajales, R. A., Moreno-Monsiváis, M. G., Vite-Rodríguez, C. J., Hernández-Rosales, C. M., & Brito-Carbajal, C. E. (2023). Efecto del Aprendizaje Basado en Problemas en habilidades de Gestión del Cuidado: Estudio cuasiexperimental. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 31:e3866. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/r6ZMBBX8j3jzc7FcBqZ55CK/?format=pdf&lang=es>
- Borroto Cruz, E. R., & Salas Perea, R. S. (2008). Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria, Venezuela. *Medicina Social*, 3(4), 285-298. <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/261>
- Chaves Salas, A. L., Cárdenas Leitón, H., Castro Bonilla, J., Olivas Gómez, C. & Gómez Acuña, Y. (2023). Los planes de estudio de las carreras de formación docente que imparten las universidades públicas y privadas y su coherencia con las políticas educativas en Costa Rica. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 23(1), 1-32. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/54180/55397>
- Chew, C., & O'Dwyer, P. J. (2020). Undergraduate medical education: a national survey of consultant radiologists. *Br J Radiol*, 93, 20200380. <https://doi.org/10.1259/bjr.20200380>

- Chew, C., O'Dwyer, P. J., & Young, D. (2021). Radiology and the medical student: do increased hours of teaching translate to more radiologists? *BJR|Open*, 3(1). <https://doi.org/10.1259/bjro.20210074>
- Cuéllar Garnica, F. J., Contreras Cruz, I., & Pérez Hernández, A. M. (2024). La evaluación formativa y el desarrollo de habilidades cognitivas en el alumno de nivel secundaria. *Emergentes - Revista Científica*, 4(1), 411–423. <https://doi.org/10.60112/erc.v4i1.121>
- European Society of Radiology (ESR). (2023). Undergraduate radiology education in Europe in 2022: a survey from the European Society of Radiology (ESR). *Insights Imaging*, 14, 37. <https://doi.org/10.1186/s13244-023-01388-8>
- Garita-González, G., Villalobos-Murillo, J., Cordero-Esquivel, C., & Cabrera-Alzate, S. (2021). Referentes internacionales para el rediseño de un plan de estudios: competencias para una carrera en Informática. *Uniciencia*, 35(1), 169-189. <http://dx.doi.org/10.15359/ru.35-1.11>
- Hernández-Pérez, A., Cabrera-Cruz, J., Colina-Marrufo, Y., Pérez-Hechavarría, G., & Garcell-Vega, A. (2023). Formación de los estudiantes de Medicina Integral Comunitaria durante el enfrentamiento a la COVID-19. *Humanidades Médicas*, 23(1), e2443. <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/2443>
- Hurtado Talavera, F. J. (2020). Planificación y evaluación curricular elementos: fundamentales en el proceso educativo. *Dissertare Revista De Investigación En Ciencias Sociales*, 5(2), 1-18. <https://revistas.uclave.org/index.php/dissertare/article/view/2928>
- López, J., Barrera, L., Hidalgo, F., Párraga, M., Zambrano, N., & Christian, V. (2021). Análisis de costo-beneficio de las radiografías simples innecesarias realizadas en los pacientes atendidos en el hospital general del IESS de Manta, Ecuador. *REDIELUZ*, 11(1), 68-75. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/redielluz/article/view/36924>
- Milián-Vázquez, P. M. & Romero-Sánchez, M. C. (2020). Contribuciones de la Universidad de las Ciencias de la Salud en Venezuela a la Educación Médica. *Medisur*, 18(6), [aprox. 3p.]. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4564>
- Sebastian, B., Keshava, S. N., & Lakshminarayan, R. (2021). The Status of Interventional Radiology as a Specialty among Medical Students in India-Knowledge, Interest, and Exposure. *Indian J Radiol Imaging*, 31, 259–264. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1733813>

- Seyyed, M. H., Boroujeni, P. T., Dalil, D., Siyanaki, M. R. H., Golestanha, S. A., & Gity, M. (2023). Worldwide Knowledge About Interventional Radiology Among Medical Students: Findings of a Comprehensive Review. *Cardiovasc Intervent Radiol.*, 46(11), 1641-1654. doi: 10.1007/s00270-023-03558-z
- Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”. (2017). *Diseño Curricular del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria* 2ed. Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”
- Zavaro Pérez, C. (2022). Reflexiones sobre los Programas de Estudio en la gestión del Currículo Universitario. *Revista de Educación*, (27.1), 73-94. [https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/r\\_educ/article/view/6411](https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/r_educ/article/view/6411)

#### **CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES:**

*Conceptualización: Agustín Sánchez Mengana, Pedro Miguel Milián Vázquez.*

*Curación de datos: Agustín Sánchez Mengana, Pedro Miguel Milián Vázquez.*

*Análisis formal: Agustín Sánchez Mengana, Pedro Miguel Milián Vázquez.*

*Investigación: Agustín Sánchez Mengana, Pedro Miguel Milián Vázquez.*

*Administración del proyecto: Agustín Sánchez Mengana.*

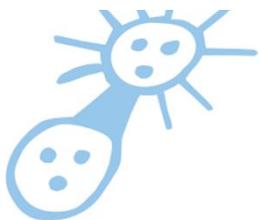
*Supervisión: Pedro Miguel Milián Vázquez.*

*Validación: Agustín Sánchez Mengana, Pedro Miguel Milián Vázquez.*

*Visualización: Agustín Sánchez Mengana, Pedro Miguel Milián Vázquez.*

*Redacción – borrador original: Agustín Sánchez Mengana, Pedro Miguel Milián Vázquez.*

*Redacción – revisión y edición: Agustín Sánchez Mengana, Pedro Miguel Milián Vázquez*



**RESULTADOS DEL USO DEL HEBERPROT-P® EN EL TRATAMIENTO DEL PIE  
DIABÉTICO EN VENEZUELA, AÑO 2023**

**Results of the use of Heberprot-P® in the Treatment of the Diabetic Foot in  
Venezuela, Year 2023**

**AUTORES**

Tatiana González Estévez <sup>1</sup>

Yoelkys Pérez Valido <sup>2</sup>

Bárbara Leonor Figueredo Quesada <sup>3</sup>

Pedro Miguel Milián Vázquez <sup>4</sup>

Lester Marrero Molina <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Ingeniera Industrial. Máster en Calidad Total. Tecnólogo de Primer Nivel. Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología. Coordinadora Nacional del Programa Buen Vivir para el Diabético en Venezuela, [tatigonzalez6659@gmail.com](mailto:tatigonzalez6659@gmail.com). <https://orcid.org/0009-0005-6979-7067>

<sup>2</sup> Doctor en Medicina. Especialista en I Grado en Angiología y Cirugía Vasculuar. Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández, Ciego de Ávila, Cuba. [perezvalidoy@gmail.com](mailto:perezvalidoy@gmail.com). <https://orcid.org/0009-0006-3100-2035>.

<sup>3</sup> Doctora en Medicina. Especialista en I Grado Angiología y Cirugía Vasculuar. Hospital Carlos Manuel de Céspedes, Granma, Cuba. [bfigueredoquesada@gamil.com](mailto:bfigueredoquesada@gamil.com). <https://orcid.org/0009-0008-1621-2629>

<sup>4</sup> Doctor en Medicina. Especialista de I y II Grado en Farmacología. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Profesor Honorario de la Universidad de las Ciencias de la Salud, Venezuela, [pedromiguelmilian@gmail.com](mailto:pedromiguelmilian@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0003-0750-1847>

<sup>5</sup> Doctor en Medicina. Máster en Ciencias. Director de Docencia de la Misión Médica Cubana en Venezuela. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba. [lmarrerocmw@gmail.com](mailto:lmarrerocmw@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-9013-3901>

Autor para correspondencia: Tatiana González Estévez, [tatigonzalez6659@gmail.com](mailto:tatigonzalez6659@gmail.com)

## RESUMEN

Fundamentación: Evitar la amputación de los miembros inferiores en pacientes con Pie Diabético constituye una prioridad sanitaria contemporánea. El Programa Buen Vivir para el Diabético en Venezuela representa una estrategia dirigida a esta intención, en el cual se ha incluido el uso del Heberprot-P®.

Objetivo: describir los resultados de la ampliación del uso del Heberprot-P® a otras unidades asistenciales del territorio nacional venezolano en el año 2023.

Métodos: se realizó un estudio cualitativo en el que se empleó como método empírico el análisis documental que permitió, junto al método teórico analítico sintético, cumplir el objetivo. Se tuvieron en cuenta los principios éticos que exige este tipo de investigación.

Resultados: se identificaron cuatro resultados: formación de talento humano especializado en la atención integral al paciente con Pie Diabético y su tratamiento con HEBERPROT-P®, desarrollo de la actividad científica en torno a la enfermedad, pesquisa activa de úlceras de pie diabético en Barrio Adentro y la reducción de la amputación de miembros inferiores a pacientes con úlceras complejas.

Conclusiones: la extensión de uso del Heberprot-P® evitó la amputación de miembros inferiores a pacientes con úlceras complejas y de modo consustancial implicó el desarrollo de pesquisas activas desde la Atención Primaria y el fortalecimiento de la formación académica e investigativa del talento humano para el Sistema Público Nacional de Salud.

**Palabras clave:** Programas de salud, Buen vivir, Pie diabético, resultados, Heberprot-P®

## ABSTRACT

Rationale: Avoiding lower limb amputation in patients with Diabetic Foot constitutes a contemporary health priority. The Good Living Program for patients with Diabetic Foot in Venezuela represents a strategy aimed at this intention, in which the use of Heberprot-P® has been included.

Objective: to describe the results of the extension of the use of Heberprot-P® to other health care units of the Venezuelan national territory in the year 2023.

Methods: a qualitative study was carried out in which documentary analysis was used as an empirical method, which allowed, together with the synthetic analytical theoretical method, to fulfill the objective. The ethical principles required by this type of research were taken into account.

Results: four results were identified: training of human talent specialized in the integral attention to the patient with diabetic foot and its treatment with HEBERPROT-P®, development of scientific activity around the disease, active research of diabetic foot ulcers in Barrio Adentro and reduction of lower limb amputation in patients with complex ulcers.

Conclusions: the extension of the use of Heberprot-P prevented the amputation of lower limbs in patients with complex ulcers and, consequently, implied the development of active research from Primary Care and the strengthening of academic and research training of human talent for the National Public Health System.

**Keywords:** Health programs, Good living, Diabetic foot, results, Heberprot-P®

## INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus ha constituido desde décadas una preocupación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) debido a que constituye un serio problema de salud. Tal es así que en el año 1957 se establecieron relaciones oficiales entre esta institución de salud y la Federación Internacional de la Diabetes y en el año 1989, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución que marcó un hito en la prevención y el control de la diabetes mellitus, debido a que por primera vez se emitía un mandato oficial para la actuación conjunta de gobiernos, proveedores de atención de salud y representantes de personas aquejadas de diabetes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994).

La Organización Mundial de la Salud reporta que aproximadamente 422 millones de personas en el mundo padecen de diabetes mellitus tipo 2, de las que 62 millones pertenecen a la región de las Américas y se estima que alcanzará la marca de 109 millones para el 2040 e informa que 1,5 millones de las muertes en el mundo en el año 2019 se debieron a la enfermedad, de las cuales 244 084 ocurren en las Américas (OMS, 2023). Se consideró entre las diez causas principales de muerte en el mundo en el año 2019 (OMS, 2020) y la sexta en la región (OMS, 2023).

En Venezuela se estima una prevalencia de la enfermedad en un 6,5 %, pero algunos expertos señalan que puede llegar a afectar al 10 % de la población (Méndez, 2021) y en el año 2019 se reportaron en el país 14 969 muertes por diabetes mellitus (OMS, 2023). Además, representa la segunda causa principal de Años de vida ajustados por discapacidad, lo que refleja las complicaciones limitantes que sufren las personas con diabetes a lo largo de su vida (OMS, 2023a).

Una de estas complicaciones es el “Pie Diabético”, relacionado con el daño que causa la hiperglucemia en los vasos sanguíneos y en los nervios periféricos de los miembros inferiores. El Pie Diabético se caracteriza por presentar lesiones o ulceraciones de origen infeccioso o isquémico en el pie. Su prevalencia oscila entre el 3 y 6 % de los pacientes con enfermedad y alrededor del 20 % de estos padecerá un evento de este tipo a lo largo de su vida (Méndez, 2021).

Investigadores venezolanos advierten que el Pie Diabético es una de las principales causas de hospitalización, de asistencia a centros de curas ambulatorios (Calles et al., 2020) y la causa más frecuente de amputaciones no traumáticas en pacientes diabéticos menores de 65 años (Méndez, 2021), así como que representa una situación sanitaria que genera elevados

costos económicos y sociales (Calles et al., 2020).

Especialistas en temas de salud coinciden en la necesidad de establecer programas dirigidos a la educación y prevención con el objetivo de minimizar las complicaciones de la enfermedad Calles et al., 2020; Méndez, 2021). Los programas de salud se orientan a elevar el estado de salud, sobre todo de los grupos más vulnerables, a partir de su aplicación en cada nivel de atención de forma continuada y coordinada, con la introducción de la tecnología más avanzada para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas con diferentes condiciones (Valenti, 2015; Falcón, et al., 2022).

En el año 2008 se firma, en el Marco del acuerdo Bilateral del Convenio Cuba-Venezuela, por la Dirección General de Programas de Salud Colectiva del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), el Programa Buen Vivir para el Diabético, con el objetivo de mejorar el buen vivir, disminuir las discapacidades y la mortalidad temprana de las personas con esta enfermedad, a través de acciones de prevención, pesquisa, diagnóstico oportuno, tratamiento integral (médico, local, quirúrgico, ortopédico) y rehabilitación del pie diabético. En este proceso de atención integral se introduce la administración de Heberprot-P® (CIGB, s/f; Toledo, 2015), distribuido en la Red Tradicional y en Barrio Adentro II, para evitar

la amputación de la extremidad por esta causa (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2018).

En el contexto del programa, la administración de Heberprot-P® ha tenido resultados positivos en Venezuela, al evitarse la amputación del miembro inferior a 275 280 pacientes desde el año 2008 hasta diciembre del año 2023. A finales de octubre del año 2022, el Ministerio del Poder Popular para la Salud reimpulsó el Programa con la adquisición del producto, lo cual también facilitó su extensión a otros espacios asistenciales y territorios del país.

El objetivo de este artículo es describir los resultados de la ampliación del uso del Heberprot-P® a otras unidades asistenciales del territorio venezolano en el año 2023.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo durante el primer trimestre del año 2022 en Venezuela. Se utilizó el método empírico de análisis documental, mediante el que se revisaron los registros estadísticos de la Coordinación Nacional del Programa del Buen Vivir para el Diabético, de la Misión Médica Cubana y de los departamentos del Programas Nacionales de Salud Cardiovascular, Renal, Endocrino-Metabólica, Oncología y Anti tabáquico (CAREMT) de cada Estado para obtener las categorías de análisis que permitieron el análisis de los datos y establecer los

resultados en cuanto a las pesquisas, la atención a los pacientes y los egresados de la actividad de formación permanente realizada. Del mismo modo, se consultó la Base de Datos de la Dirección Nacional de Docencia de la Misión Médica Cubana en Venezuela para las categorías relacionadas con la actividad científica. Se tuvieron en cuenta las normas éticas para el desarrollo de la investigación.

## DESARROLLO

La Organización Mundial de la Salud declara que mediante una estrategia de atención de salud integrada se puede prevenir o reducir al mínimo las úlceras de los pies en los pacientes con neuropatía; prevenir o reducir al mínimo la gangrena isquémica en pacientes con vasculopatía y, de esta manera, prevenir por lo menos 75 % de las amputaciones de cualquier parte de un pie o pierna neurótico (OMS, 1994).

Del mismo modo declara que es esencial que para realizar las acciones inherentes a esta estrategia se requieren equipos de salud preparados para comprender y poner en práctica los principios de atención integral, en los que la prevención constituye la piedra angular, pero también deberán dominar las acciones terapéuticas más avanzadas que permitan evitar la pérdida del miembro inferior del paciente (OMS, 1994).

En este orden de ideas, la ampliación del Programa del Buen Vivir para el Diabético a

un mayor número de instituciones de salud en Venezuela generó resultados que responden a las políticas de salud antes declaradas, los cuales se describen a continuación:

### ***Formación de talento humano especializado en la atención integral al paciente con Pie Diabético y su tratamiento con HEBERPROT-P®***

La coordinación Regional del programa en el Estado Anzoátegui presentó en julio 2021 a la Universidad de Ciencias de la Salud, el Diplomado del Manejo Integral del paciente con úlcera del Pie Diabético, el cual fue aprobado por el Consejo Universitario N° 65, realizado el 07/06/2022, según Resolución N° 2022-065-CUOP-04. El plan temático del diplomado estuvo formado por siete módulos: Módulo I. Sociopolítica, Módulo II. Diabetes mellitus, Módulo III. Angiopatía periférica, Módulo IV. Manejo integral del Pie Diabético, Módulo V. Espro Nepider (Heberprot-P®). Prácticas de su uso, Módulo VI. Promoción en Diabetes y Modulo VII. Taller para la elaboración de tesina.

El trabajo conjunto de la dirección nacional del Programa por las partes cubana y venezolana, con el de Programas Nacionales de Salud Cardiovascular, Renal, Endocrino-Metabólica, Oncología y Anti tabáquico del MPPS y con la UCS, permitió iniciar el proceso formativo en el año 2022, que incluyó clases teóricas y prácticas, junto

a un entrenamiento en las unidades de curas, lo que propició la formación de 301 diplomados en la atención integral a pacientes con úlceras de Pie Diabético.

Estos graduados pertenecen a 14 estados, Monagas (8), Trujillo (30), Miranda (8), Táchira (13), Bolívar (22), Guárico (33), La Guaira (12), Anzoátegui (25), Carabobo (13), Lara (33), Aragua (46), Cojedes (16) y Mérida (28) y proceden de varias especialidades como: médicos especialistas en Medicina General Integral (167), médicos integrales comunitarios (32), médicos cirujanos (7), especialista en Medicina Interna (1), especialista en Medicina Intensiva (3), médicos residentes (4), médicos fisiatras (3), psicólogos (1), licenciados en Enfermería (47), asistentes de Enfermería (5), técnico superior de Enfermería (3), licenciados en Podología (22, de ellos 16 de la Misión Médica Cubana y 6 profesionales venezolanos, así como otros perfiles, entre ellos nutriólogos (1),

analistas (1) y paramédicos (2).

En el momento de la elaboración de este artículo, en junio del año 2024, está iniciando la segunda edición del diplomado en los estados, con el objetivo de egresar personal preparados en el tema, de modo que puedan captar a tiempo a los pacientes para que no transiten a una lesión de úlcera de pie diabético compleja.

### ***Desarrollo de la actividad científica en torno a la enfermedad***

Se incrementó la actividad científica en los servicios asistenciales, sobre todo de Barrio Adentro II, con la ejecución de trabajos de investigación que versaron en las diferentes aristas de la atención al paciente diabético y al que padece de Pie Diabético, que fueron presentados en las jornadas científicas efectuadas en las áreas de salud integrales comunitarias y en los estados durante el año 2023, en las que varios de ellos resultaron premiados (Tabla 1) (Dirección Nacional de Docencia, 2023).

**Tabla 1. Trabajos científicos relacionados úlceras de pie diabético presentados en los eventos científicos del año 2023 en Venezuela**

Estado	Título	Evento de presentación
Miranda	Salvamento de extremidades a pacientes que tenían programada una amputación mayor. Presentación de casos.	Jornada Científica y Seminario Científico Metodológico por el XX Aniversario de Barrio Adentro a nivel de Estado. Abril 2023.
Distrito Capital	Comportamiento del pie diabético en la Clínica Popular del Valle desde enero hasta diciembre del año 2022.	Jornada Científica y Seminario Científico Metodológico por el XX Aniversario de Barrio Adentro a nivel de Estado. Abril 2023.
Distrito Capital	Presentación de un caso clínico de pie diabético en la clínica popular El Valle del Municipio Libertador, Distrito Capital.	Jornada Científica de Enfermería. Mayo 2023.
Distrito Capital	Presentación de un caso clínico sobre los beneficios de la aplicación del tratamiento con Heberprot-P en lesiones de pie diabético.	Jornada Científica de Enfermería. Mayo 2023.
Distrito Capital	Impacto social de la terapia del Heberprot-P® en pacientes con úlcera de pie diabético en Venezuela.	Feria Internacional de Salud de Venezuela (FISVEN)/2023.
Distrito Capital	Aplicación de la ozonoterapia en pacientes con úlceras varicosas infectadas. Presentación de casos.	Jornada de Ciencia Nacional de Ozonoterapia. 28 de enero de 2023.
Portuguesa	Intervención educativa sobre factores de riesgo y complicaciones en pacientes diabéticos del Centro de Diagnóstico Integral (CDI) Los Baraures.	Jornada de Ciencia Nacional por el día de la Ciencia Cubana. 13 de enero de 2023.
Yaracuy	Ozonoterapia en pie diabético. Presentación de un caso.	Jornada de Ciencia Nacional por el día de la Ciencia Cubana. 13 de enero de 2023.
Carabobo	Beneficios del tratamiento con ozonoterapia en los pacientes con pie diabético en el CDI La Trigaleña 2022-2023.	Jornada de Ciencia Nacional de Ozonoterapia. 28 de enero de 2023.
Cojedes	Heberprot-P y ozonoterapia en el adulto mayor con úlceras del pie diabético.	Jornada de Ciencia Nacional de Ozonoterapia. 28 de enero de 2023.
Delta Amacuro	Ozonoterapia. Uso en lesiones ulcerosas de miembros inferiores en pacientes que asisten a consulta de la Sala de Rehabilitación Integral (SRI) "Aristides Lira". Estudio de caso.	Jornada de Ciencia Nacional de Ozonoterapia. 28 de enero de 2023.
Trujillo	Ventajas del uso de la ozonoterapia en los pacientes con úlcera del Pie Diabético.	Jornada de Ciencia Nacional de Ozonoterapia. 28 de enero de 2023.
Amazonas	Atención de enfermería en la prevención de cuidados en pacientes con pie diabético.	Jornada de Ciencia Nacional de Enfermería. 12 de mayo de 2023.
Miranda	Manejo de los cuidados de enfermería en un paciente con pie diabético. Presentación de caso.	Jornada de Ciencia Nacional de Enfermería. 12 de mayo de 2023.
Apure	Intervención educativa para aumentar el nivel de conocimiento y autocuidados en pacientes con pie diabético. Comunidad 28 de febrero, enero-abril 2023.	Jornada de Ciencia Nacional de Atención Primaria de Salud (APS). 17 de mayo de 2023.
Distrito Capital	Intervención comunitaria para favorecer el autocuidado de pacientes diabéticos tipo II en la comunidad La Sosa, parroquia Macarao, Municipio Libertador, Estado Distrito Capital. Julio-diciembre 2023.	Jornada de Ciencia Nacional de APS. 17 de mayo de 2023.
Nueva Esparta	Prevención de las complicaciones de la diabetes mellitus en el consultorio El Cardón, enero-marzo 2023.	Jornada de Ciencia Nacional de APS. 17 de mayo de 2023.
Yaracuy	El pie diabético: estrategia educativa para prevenirlo en diabéticos del consultorio popular Ruiz Pineda Aristides de Bastidas.	Jornada de Ciencia Nacional de APS. 17 de mayo de 2023.

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de los datos de la referencia Dirección Nacional de Docencia (2023)

### ***Pesquisa activa de úlceras de pie diabético en Barrio Adentro***

La misión Barrio Adentro en la República Bolivariana de Venezuela desempeña un papel importante para el apoyo e implementación del Programa Buen Vivir para el Diabético en todos los estados. En los escenarios de la Atención Primaria de Salud se realizaron 57 042 pesquisas y diagnósticos preventivos de diabéticos con clasificación de Wagner (grado: 0,1, 2, 3, 4 y 5), los que se refirieron a los centros de diagnóstico Integrales, a los centros del Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS), a los del Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio de Educación (IPASME) y a los hospitales públicos, en los que se ofrece el servicio asistencial especializado, para luego culminar la ruta de atención de los pacientes en la rehabilitación en el área de salud integral comunitaria.

Existen varias acciones que realiza el equipo básico de salud del consultorio popular, sustentadas en la dispensarización de su población. Se planifica una pesquisa previamente avisada a la comunidad, en la que los pacientes se deben presentar en ayunas para la determinación de la glicemia, parámetros físicos como peso y talla y su relación con el índice de masa corporal. En el caso de los pacientes diabéticos se realiza una revisión exhaustiva de los pies, examen neurológico, examen vascular, identificación

de presencia o no de lesiones, en caso de no tener lesiones se trabaja en la prevención, y en el caso de presentar lesiones se procede a identificar el tipo de daño vascular para aplicar protocolo de actuación y valorar si requiere o no el tratamiento con el Heberprot-P®.

### ***Reducción de la amputación de miembros inferiores a pacientes con úlceras complejas***

A finales del año 2022, el MPPS realizó la distribución del medicamento en 70 unidades de curas de pie diabético de la Red Tradicional y Barrio Adentro II (tabla 1), a partir del levantamiento realizado a nivel de país de pacientes que necesitaban tratamiento con el Heberprot-P®, debido a úlceras de Pie Diabético. En estas unidades de cura de pie diabético fueron atendidos 159 003 pacientes y beneficiados 2 089 pacientes con un esquema terapéuticos entre siete y ocho bulbos por paciente, lo que generó un consumo de 16 500 bulbos en el año 2023. En el servicio asistencial de curas ambulatorias predominaron los pacientes atendidos en Barrio Adentro II (54,29 %) aunque hubo otro por ciento considerable beneficiados por los servicios de la Red Tradicional (45,71 %).

**Tabla 2. Distribución de centros asistenciales de curas de úlceras de pie diabético en Venezuela que recibieron el Heberprot-P® en el año 2023**

Centros asistenciales para la atención a las úlceras de pie diabético	Número de consultas	%
CDI-ASIC	38	54,3
IVSS-Ambulatorios Clínicas Populares	21	30,0
Hospitales	10	14,3
IPASME	1	1,4
Total	70	100,0

De los 2 089 pacientes atendidos en el año 2023, el 51,07 % presentó úlceras Wagner grado 1 y 2 y un 48,92 % tuvieron úlceras de alto riesgo de amputación, Wagner 3, 4 y 5, a los que la terapia con Heberprot-P® les evitó la amputación mayor de la extremidad (Tabla 3). Hubo un predominio del sexo masculino (1 068 pacientes) con respecto al femenino (1021 pacientes), fue más afectado el miembro inferior derecho (1107 miembros inferiores derechos) que en el miembro inferior izquierdo (982 miembros inferiores izquierdos), con una alta incidencia diabetes mellitus tipo 2 (1952 pacientes) respecto a tipo 1 (137 pacientes).

**Tabla 3. Pacientes que recibieron terapia con Heberprot-P® según la clasificación de Wagner, Venezuela, 2023**

Clasificación de Wagner	No. de pacientes	%
Wagner 1	167	7,9
Wagner 2	900	43,1
Wagner 3	741	35,5
Wagner 4	246	11,8
Wagner 5	35	1,7
Total	2 089	100

## CONCLUSIONES

La extensión de uso del Heberprot-P® a 70 unidades de curas de pie diabético, por el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela, en el año 2023, evitó la amputación de miembros inferiores a pacientes con úlceras complejas con alto riesgo de amputación (Wagner 3, 4 y 5), lo que propició una reducción de las intervenciones quirúrgicas por esta causa, la disminución del consumo de insumos y medicamentos que se necesitarían en el tratamiento debido a la rápida cicatrización de los pacientes, así como reducción de las estadías hospitalarias y la frecuencia de asistencia a las curas ambulatorias.

Las pesquisas activas realizadas ratificaron la intención de Programa de propiciar el diagnóstico oportuno de la diabetes mellitus y evitar las complicaciones como el Pie Diabético, tal como lo orientan los mandamientos de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a las acciones que se deben ejecutar y fortalecer en la Atención Primaria de Salud.

Como parte consustancial se fortaleció la formación académica e investigativa del talento humano para el Sistema Público Nacional de Salud, lo que repercute en la calidad de la atención al paciente y en la generación de nuevos conocimientos para la comunidad científica del país y la internacional con respecto a la diabetes mellitus y de modo particular al tratamiento

con Heberprot-P® de la úlcera del Pie Diabético.

## AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración del equipo del Programa de Atención Integral a los pacientes de pie diabético a nivel Nacional, a la Misión Médica Cubana, a los CAREMT estadales y al Ministerio del Poder Popular para la Salud, específicamente a su

Viceministra de Redes de Atención Ambulatoria, Joicymar Rivas Quintana, por el asesoramiento, adquisición y entrega del medicamento en los Regionales de Salud y a la Directora del CAREMT del MPPS, Dra Juliana Pacheco Godoy.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses que impidan la publicación de este trabajo

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Calles, O., Sánchez, M., Miranda, T., Villalta, D., & Paoli, M. (2020). Factores de riesgo para el desarrollo de pie diabético. *Rev Venez Endocrinol Metab*, 18(2), 55-69. <https://www.svemonline.org/wp-content/uploads/2020/08/RVEM-Vol-18-No-2-Ano-2020.pdf>
- CIGB. (s/f). HEBERPROT-P. <https://www3.paho.org/cub/dmdocuments/BIO%20CIGB%20Heberprot%20P.pdf>
- Dirección Nacional de Docencia. (2023). *Base de datos de actividades científicas*. Misión Médica Cubana en Venezuela
- Falcón Fariñas, I. N., de Dios Martínez, A., & Macías Llanes, M. E. (2022). Fundamentos teórico-metodológicos sobre evaluación de programas de salud. *Humanidades Médicas*, 22(2), 233-256. <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v22n2/1727-8120-hmc-22-02-233.pdf>
- Méndez Verastegui, C. (2021). *El "Pie Diabético": Enfoque traumatológico*. Médicos venezolano online. <https://medicosvenezolanosonline.com/pie-diabetico/>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2018). Manual de pautas y procedimientos para el manejo del paciente con pie diabético. Ministerio del Popular para la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Prevención de la diabetes mellitus: informe de un grupo de estudio de la OMS*. OMS. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/41935/9243208446\\_es.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/41935/9243208446_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Las 10 principales causas de defunción*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Diabetes. Perfiles de países-carga enfermedad diabetes 2023*. OMS. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023 a). *Perfil de carga de enfermedad por diabetes 2023: República Bolivariana de Venezuela*. OMS. <https://www.paho.org/es/documentos/perfil-carga-enfermedad-por-diabetes-2023-republica-bolivariana-venezuela>

Ruiz Toledo, J. (2015). El HEBERPROT-P. *Revista Española de Podología*, XXVI (1), 12-14. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-podologia-224-pdf-X021012381550128X>

Valenti Pérez, C. (2015). *Los Programas de Salud como Políticas Públicas en Cuba*, Conferencia Convención Internacional de Salud, Ministerio de Salud Pública. <https://www.researchgate.net/publication/281097563>

#### **CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES:**

*Conceptualización: Tatiana González Estévez; Pedro Miguel Milián Vázquez*

*Curación de datos: Tatiana González Estévez; Pedro Miguel Milián Vázquez; Lester Marrero Molina.*

*Análisis formal: Tatiana González Estévez; Pedro Miguel Milián Vázquez.*

*Investigación: Tatiana González Estévez; Yoelkys Pérez Valido; Bárbara Leonor Figueredo Quesada.*

*Metodología: Tatiana González Estévez; Pedro Miguel Milián Vázquez*

*Administración del proyecto: Tatiana González Estévez; Yoelkys Pérez Valido;*

*Supervisión: Tatiana González Estévez.*

*Validación: Tatiana González Estévez; Yoelkys Pérez Valido; Bárbara Leonor Figueredo Quesada.*

*Visualización: Tatiana González Estévez; Pedro Miguel Milián Vázquez*

*Redacción – borrador original: Tatiana González Estévez; Yoelkys Pérez Valido; Bárbara Leonor Figueredo; Pedro Miguel Milián Vázquez.*

*Redacción – revisión y edición: Tatiana González Estévez; Pedro Miguel Milián Vázquez.*



---

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

- A. Los autores enviarán sus manuscritos a la Revista Salud Colectiva y Buen Vivir para su valoración mediante un sistema de gestión electrónica de manuscritos (<https://saludcolectivabv.ucs.gob.ve/index.php/scbv/about/submissions>). Al concluir el envío, el comité editorial revisará si cumple con las normas de publicación para el tipo de artículo específico. En caso que el manuscrito no satisfaga los requisitos, será devuelto al autor de correspondencia para su modificación antes de iniciar el proceso editorial. Una vez que cumpla los requisitos, se le asignará un editor y se le informa el número de manuscrito mediante el ingreso a la plataforma, comunicándole un estado editorial y ante cualquier reclamación o comunicación con la oficina editorial, será necesario conservar el número del envío y la fecha en la que fue subido el archivo.
- B. **Los trabajos se elaborarán siguiendo las Normas de la Asociación Americana de Psicólogos (APA)** en su versión más actualizada (séptima) y se considerará la siguiente forma para su presentación: el tamaño de página será Carta, entendido este como 21,59 cms x 29,7 cms. Márgenes superior, inferior, derecho e izquierdo de 2,54 cm; letra Times New Roman de 12 puntos, a 1.5 espacio; alineada a la izquierda y los párrafos con sangría de 5-7 espacios en la primera línea (sangría francesa). El número de página aparecerá 2,54 cm desde el borde derecho superior en la primera línea de cada página, con exclusión de la página Figuras. Este formato puede preestablecerse en la opción diseño de páginas: márgenes. Los títulos o apartados se colocarán centrados, en negritas y estableciendo solo la primera letra en mayúsculas. Los subtítulos se escribirán en cursivas y se alinearán a la izquierda.
- c. **Citas:** las citas textuales deben ir entrecomilladas cuando sean inferiores a 40 palabras y en ese caso deberán incorporarse al texto, si tienen más de 40 palabras irán sin entrecomillar, en formato de bloque y sangradas a cinco espacios por el margen izquierdo. Para las citas se usa el estilo parentético (Autor – Fecha) y según el énfasis dado

(Autor, Fecha o contenido) los datos variarán según el orden de aparición. En todos los casos de citas directas (textuales) largas o cortas deberá incluirse el número de la página de donde se extrajo. Por ejemplo: (Ramírez, 2009, p. 10). Las fuentes originales deberán ser documentadas en el cuerpo del artículo, citando los autores y fechas de publicación de las fuentes y esta se colocará completa en la lista de referencias al final del artículo. Cuando la fuente tiene dos autores, ambos autores se citan cada vez. Cuando se cita una fuente que tiene de tres a cinco autores, todos los autores se incluyen la primera vez que la fuente sea citada y en las citas subsiguientes se utiliza el apellido del primer autor y “et al.”. Si se cita un documento que posee seis o más autores se debe usar el apellido del primer autor y “et al.” la primera y cada vez subsiguiente que se cite.

- B. **Declaración sobre conflicto de intereses:** los autores deberán incluir en la página de las conclusiones del escrito una declaración de independencia respecto a las instituciones de las cuales reciben financiamiento o apoyo. La detección de algún conflicto de intereses puede conllevar a la no consideración del manuscrito para su publicación. Los

editores revisarán igualmente los posibles conflictos de intereses que pudieren afectar la evaluación de los árbitros.

### **ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES, PAUTAS:**

Las condiciones establecidas para la presentación de artículos con un enfoque cuantitativo tendrán la siguiente estructura:

1. **Preliminares:** Datos de identificación del trabajo, Título del artículo: deberá ser representativo del contenido del trabajo, luego resumen del trabajo.

La publicación Salud Colectiva y Buen Vivir, usará el estilo de títulos descriptivos (reseña el contenido de la investigación sin ofrecer resultados). La longitud promedio del título será de un máximo de 15 palabras y al momento de su redacción deberá evitarse el uso de siglas, abreviaturas o frases poco informativas como: aspectos de, comentarios sobre, investigaciones de, estudio de, entre otras. Se recomienda utilizar una voz activa para la redacción del título. El título llevará mayúscula en la letra inicial, además de ir centrado en la página. Los subtítulos se escribirán en cursivas y se alinearán a la izquierda.

2. Autores, deberán aparecer identificados con: nombre, apellidos y adscripción institucional o lugar de trabajo para identificar la adscripción asociativa usar números superíndices. Los coautores o autores secundarios se colocan de acuerdo

al orden o importancia de su contribución, hasta seis.

3. Patrocinadores e Instituciones que otorgaron financiamiento: se indicará el nombre si los hubiere.

4. Resumen: cada artículo deberá estar precedido por un resumen informativo presentado en un solo párrafo que no deberá exceder de 250 palabras, ni contener menos de 150, en idioma español y una versión en alguno de los siguientes idiomas: portugués, francés e inglés. Su estructura deberá sintetizar el propósito del trabajo, el enfoque experimental (materiales y métodos), los nuevos resultados como datos cuantitativos y las conclusiones principales (discusión) en forma breve. Se redactará en tiempo pasado y no se usarán pie de páginas ni abreviaturas.

**1. Cuerpo del trabajo:** Deberá seguir el siguiente orden: introducción, metodología, resultados, discusión, conclusiones y referencias bibliográficas. Introducción: en ella se establecerá la importancia del tema a nivel internacional, el contexto de desarrollo, propósito de la investigación y el conocimiento actual del tema con una derivación pormenorizada del mismo desde lo general a lo particular, debiendo ir al final de la introducción.

**2. Metodología:** Se redacta en tiempo pasado y debe evitarse el uso de términos ambiguos tales como:

frecuentemente, regularmente, periódicamente. Se debe detallar qué se hizo, cuándo y cómo para que la investigación sea susceptible de repetirse, además de los software y las pruebas estadísticas utilizadas

**3. Resultados:** consiste en la interpretación de los resultados relacionarlos al conocimiento existente, deben presentarse de forma clara y concisa. Las tablas y figuras solo deben usarse cuando sea necesario para la comprensión efectiva de los datos, significando que de usarse tablas no deben de ubicarse gráficos o viceversa.

**4. Discusión:** comparar hallazgos con otros autores que han investigado sobre el tema en discusión. En esta sección se debe incluir juicios de valor de los autores, recomendaciones y sugerencias para investigaciones futuras. Se puede colocar la interpretación encima de la tabla y la comparación con otros autores y emisión de juicios de valor debajo de la misma.

5. Referencias bibliográficas: deben incluirse en el texto cuidando de ponerlas entrecomilladas o con una letra cursiva para distinguirlas del texto original y cada cita corresponderá a un solo documento, para efectos de la Revista se utilizarán las normas de la Asociación Americana de Psicólogos

(APA) en su versión más actualizada y se ordenan alfabéticamente al final en este acápite.

6. Conflicto de intereses: Los autores deberán declarar la existencia o no de Citas: se hacen generalmente de textos que apoyan una afirmación o calaran una hipótesis de trabajo, además de especificar el consentimiento del resto de los autores para entrar en proceso de arbitraje.

5. Abreviaturas: deben evitarse o usarse lo menos las definidas o desarrolladas cuando se mencionen por primera vez, además de incluirse referencias a documentos publicados, que contengan información relevante de los cuales el autor tenga conocimiento directo y que hayan sido discutidos o señalados en el texto independientemente de su soporte. Aclarar que para las revistas la actualización estará dentro de los últimos cinco años y para los libros diez.

Los criterios de referenciado:

Las normas APA séptima edición.

Las Ilustraciones y tablas: las ilustraciones deben presentarse numeradas consecutivamente usando números arábigos y agrupados después de la sección de referencias. Se deberá citar el origen de los datos que contienen e indicarse su posición en el texto del trabajo. Mapas y gráficos deberán presentarse en formato JPEG.

Las tablas y gráficos elaborados en formato doc o txt, podrán incluirse directamente en el texto sin necesidad de colocarlo en página aparte.

Figuras: Todas deben citarse en el cuerpo del documento, considerando en orden numérico e indicarse su posición en el cuerpo del trabajo. Cada una deberá tener una leyenda que explique claramente su contenido y desarrolle las abreviaturas y códigos.

6. Agradecimientos: Se colocarán al final del texto principal y deben incluir los nombres y adscripción institucional de aquellos a los que se agradece, así como el tipo de colaboración prestada.

7. Anexos: el material complementario pero esencial de un trabajo se recogerá en anexos. Estos se colocarán al final y no son obligatorios.

## ARTÍCULOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

1. **Título.** Debe ser corto y atractivo, anticipar el tema, ubicarlo en español e inglés, no más de 15 palabras.
2. **Autores.** Respecto a la cantidad de autores, hasta tres es lo usualmente aceptado. Si desean incluir más, deberán enviar una nota justificando el motivo por el cuál necesitaron más personas en el rol de autores.
3. **Introducción:** en este apartado se ofrece información general sobre el tema a tratar, contextualización del tema, para establecer el

punto de partida de la cuestión sobre la que se ha elegido investigar.

4. **Objetivo:** tendrán que comenzar siempre con un verbo en infinitivo y tiene que ir acorde con la finalidad que persigue el trabajo. Es preferible tener sólo uno a dos objetivos.

5. **Metodología:** en el caso que sea una revisión bibliográfica sistemática las principales bases de datos serán Google Académico, Pubmed, Scielo o Medline, puntualizando que deben referenciarse al menos 50 documentos.

6. **Resultados:** se trata del apartado más extenso, ya que es donde se aportarán los resultados descritos en los documentos encontrados.

7. **Conclusión:** se trata de realizar un resumen breve de todo lo leído y escrito en los apartados anteriores, aportando una reflexión sobre el tema en cuestión. Es beneficioso resaltar los puntos fuertes y débiles de la investigación, especificando para el caso de este apartado que no se reiterarán los resultados y que debe responder al objetivo inicialmente planteado.

8. **Referencias bibliográficas:** en la bibliografía tenemos que adjuntar la información de aquellos documentos de donde se ha extraído la información, se ordenarán alfabéticamente.

#### **PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS:**

**Título.** Debe ser corto y atractivo, anticipar el tema, con no más de 15 palabras.

**Autores.** Respecto a la cantidad de autores, hasta tres es lo usualmente aceptado. Si desean incluir más, deberán enviar una nota justificando el motivo por el cuál necesitaron más personas en el rol de autores.

**Filiación.** Hace referencia al lugar de vinculación de los autores. Si bien en algunas revistas científicas se solicita el grado académico, en ninguna se pide indicar el cargo (profesor, jefe, residente, etc.). Generalmente se aceptan hasta dos filiaciones por autor. Si alguno tiene más de dos lugares de filiación (por ejemplo, un hospital y un centro privado) se debe colocar en primer lugar la filiación que el autor considere de mayor relevancia para el trabajo que presenta.

**Autor responsable.** Si bien todos los coautores se hacen corresponsables tanto de los éxitos como de los fracasos, la interacción del comité editorial se hará siempre solo con el autor responsable (que es quien representa al resto). A su vez, se solicita al menos un correo electrónico y, frecuentemente, también dirección y teléfono de contacto para que aquellos lectores que lo deseen puedan expresar sus comentarios al autor responsable.

**Resumen.** Generalmente es de 150 palabras, aunque lo máximo es de 250 palabras, las palabras clave. Al menos

tres palabras o frases que permitan indexar el trabajo y facilitar su posicionamiento en futuras búsquedas electrónicas.

Es válido significar que el texto completo del trabajo. Generalmente, la extensión total, que va desde la introducción hasta el final de la discusión/conclusión, debe ser de 1500 a 2000 palabras. Debe estructurarse específicamente de tres apartados: introducción, caso clínico y discusión. Esta última debe finalizar con una conclusión explícita que, se solicita se exprese como un nuevo apartado. También hay que agregar: listado de referencias, agradecimientos y leyendas. A continuación se describirán los aspectos mínimos y fundamentales de cada uno.

### **Estructura del informe:**

- 1. Introducción.** Contar brevemente los antecedentes del tema. Debe justificar por qué se va a contar este caso, o sea, qué tiene de particular/original. Plantear el objetivo, que es *presentar un caso de...* Hacerlo en no más de 3 a 4 párrafos. Debe ser breve y concreta (más adelante, tendrá lugar para “Discutir” su caso).
- 2. Caso clínico.** Describir al máximo, sobre todo en el primer borrador que escriban y que luego podrán ir puliendo y depurando.

Estos detalles son los que siempre deben estar puesto que ayudarán a contextualizar correctamente el manuscrito, haciéndolo interesante e individualizado, independientemente que se proteja la identidad del paciente acorde a los principios éticos establecidos.

- 3. Discusión.** Se debe discutir sobre el caso presentado directamente. La discusión no es un repaso de la bibliografía, sino que es el momento y lugar donde los autores explican lo novedoso, curioso o atractivo del caso y lo comparan con lo que otros autores han publicado al respecto. También, es donde los autores pueden “opinar” sobre su caso. En este ítem también podrán resaltar lo más original del trabajo (será su fortaleza), contrastarlo respecto lo que hay en la literatura y expresar que le faltó a su caso, como por ejemplo una prueba más para poder establecer un diagnóstico de certeza (lo que será una potencial debilidad). Tras expresar las debilidades del presente trabajo, es de buena práctica que los autores expresen también cómo se podrían mejorar.
- 4. Conclusión.** Puede estar al final dentro del apartado *Discusión*, en un último párrafo que diga directamente “En conclusión...”. O directamente en un nuevo apartado llamado “Conclusiones”. Pero siempre debe

haber un cierre, por constituir el momento donde los autores expresan que dejó el caso expuesto. Es la recapitulación que los autores han elaborado tras haber presentado y posteriormente discutido el caso. Es el mensaje final que van a dejar a otros especialistas en el tema.

**Bibliografía:** es todo lo que el autor leyó en relación al caso, acotada en normas APA versión séptima. En tanto las referencias son los trabajos seleccionados entre toda esa bibliografía leída. Bibliografía y referencias no son lo mismo. Las referencias son esas lecturas que el autor señalará como prioritarias a los lectores colegas que desean profundizar sobre el tema. Es de buena práctica que se utilicen textos clásicos que abordan la temática, pero también que sean actuales, para los libros 10 años y para las revistas 5 años.

### **ARTÍCULOS DE POSICIÓN:**

El objetivo de escribir un artículo de posición es defender una postura sobre una cuestión determinada, se basa fundamentalmente en un texto argumentativo respecto a un tema.

Mediante este tipo de artículo, el autor proporciona evidencias que demuestran la idoneidad de su postura, teniendo

como propósito persuadir a la audiencia y, demostrar el conocimiento del autor sobre el tema.

Los autores de este tipo de artículos deben ofrecer el análisis de las posturas controversiales

Permiten definir estrategias y posibles acciones asociadas a la postura asumida.

Longitud por cada tema: Mínimo 500 palabras y máximo 800, para facilitar su lectura o distribución.

Estructura

1. Introducción: expone la importancia del tema y del debate. También incluye información preliminar para otorgar un contexto al lector.
2. Cuerpo o desarrollo: exposición de los argumentos. La exposición del argumento y la explicación basada en evidencias son clave.  
Cada párrafo debe tener una idea, y al menos una evidencia en la que se sostenga.
3. Conclusión: resume todos los puntos y repite la tesis. Es importante remarcar la posición asumida en el párrafo final
4. Referencias: son fundamentales para que el lector perciba transparencia y pueda verificar las informaciones que se proporcionan. Se redactarán según normas APA séptima edición.

### **RESEÑAS**

Estructura del informe:

El **título** incluye el título de la obra, el nombre del autor, ORCID, filiación institucional, lugar de edición, la fecha de publicación.

### Resumen

Descripción del elemento a reseñar ya sea documento, libro o personalidad, el autor, la obra y sus técnicas. Hay dos subcategorías obligatorias; el contenido y las fuentes.

**Introducción:** en ella se establecerá la importancia del tema a nivel internacional, el contexto de desarrollo, propósito de la experiencia en el contexto educativo.

En el caso de la reseña de un libro en el primer párrafo se declara el nombre del libro, el porqué es pertinente, importancia y estructura.

**Desarrollo:** se mencionan investigaciones que el autor llevó a cabo para elaborar esta obra, o los pasos que siguió para recopilar las ideas que originarían la obra descripción sintetizada de cada parte, se comentan los temas tratados en la obra, de forma descriptiva, breve y clara.

### Conclusiones:

Es una de las partes más importantes de la reseña, pues incluye la valoración personal del reseñador sobre los aciertos y limitaciones del tema que aborda.

Generalmente se hace una crítica positiva.

### Referencias

Es importante que la reseña incluya las referencias bibliográficas consultadas, a fin de darle validez al artículo y situar en el tiempo y el espacio la obra analizada.

## NOTAS CULTURALES

Un texto breve con aproximadamente entre 500 y 800 palabras que logre jerarquizar la información según su relevancia, centrando la atención de los lectores hacia la información importante que resume la noticia.

Se redacta sin declarar sus partes, es decir en bloque.

Su estructura es:

**El título:** debe ser preciso y conciso, no más de 15 palabras.

**La entrada:** conocida como *lead* (del inglés “guía”), un primer párrafo del texto, en el que se concentran los datos más relevantes de la noticia.

**El cuerpo:** donde ocurre el desarrollo y profundización de la entrada, y se avanza en la exposición de la noticia.

**El cierre o remate:** que no es más que una conclusión, en donde se añaden ideas secundarias o se brinda al lector información suplementaria.

### Bibliografía

Se debe declarar las fuentes de donde se extrajo la información.





**Sede de la Universidad de las Ciencias de la Salud  
Caracas, Venezuela**