

Memorias de las XVII Jornadas Científicas "Dr. Arnoldo Gabaldon" 2010

"Salud y Seguridad de los Trabajadores en el sector Salud"

Compiladores:
Dra. Milady Guevara y Dr. Manuel Amarista



**Memorias de las
XVII Jornadas Científicas
"Dr. Arnoldo Gabaldón" 2010**

**"La salud y la seguridad de los
trabajadores del sector salud"**

**Compiladores:
Dra. Milady Guevara y Dr. Manuel Amarista**

República Bolivariana de Venezuela
Ministerio del Poder Popular para la Salud

Cnela. Eugenia Sader Castellanos
Ministra del MPPS

Dr. Jesús Enrique Valero Chacín
Director Ejecutivo del Servicio Autónomo
Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón"

Lcdo. José Edgardo Morr
Director de Gestión de Información del Servicio Autónomo
Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón"

Noviembre 2011

Todos los derechos reservados.

©Sobre la presente edición: SA IAE "Dr. Arnoldo Gabaldón"

Compiladores: Dra. Milady Guevara y Dr. Manuel Amarista

Depósito Legal: If90420116131400

ISBN: 978-980-6778-30-6

Esta obra se puede reseñar, reproducir o traducir con fines de investigación o académico, pero no para la venta u otro uso comercial. En todo uso que se haga de esta información, se deberá indicar su fuente.

Corrección de estilo: Lcdo. Enrique Acosta Freites

Diseño gráfico: TSU Oswaldo Flores

www.iaes.edu.ve

RIF: G-20006221-5

Contenido

Presentación	05
Comités de las XVII Jornadas Científicas Dr. Arnoldo Gabaldón 2010 ...	07
Programa	09
Palabras de Apertura	11
Moderadores y Relatores	14
1. Conferencia Inaugural: "Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud: Hospitales seguros frente a desastres"	17
2. III Encuentro nacional de prevención de accidentes laborales por objetos punzocortantes en el sector salud	25
3. Conferencia: "Situación de la salud y seguridad laboral de los trabajadores en sector salud en américa latina y en Venezuela". - Relatoría	39
4. Foro: "Organización de los servicios de salud y seguridad laboral de los trabajadores en el sector salud en america latina". - Teleconferencia: "Factores de riesgo de los trabajadores en los servicios de salud". - Relatoría	45
5. Una mirada a la salud de los trabajadores desde la sociología del trabajo - Relatoría	51
6. Exposición a riesgos radiológicos y protección radiológica de los trabajadores - Relatoría	55
7. Foro: "Riesgos disergonómicos y psicosociales. Problemas de salud de los trabajadores" - Relatoría	61
8. Foro: "Riesgos biológicos: Hepatitis B, Hepatitis C y HIV en el sector salud" - Relatoría	79
9. Mesa Redonda: "El pueblo organizado en la atención al derecho a la salud"	83
10. Resúmenes de los Trabajos Científicos, Modalidad Oral	93
11. Resúmenes de los Trabajos Científicos, Modalidad Póster	117
12. II Simposio: Aportes de los centros de investigación del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón" para el control de enfermedades endémicas en Venezuela	143

13. Resúmenes	149
14. Cincuenta años del Boletín de Malariología y Salud Ambiental	167
15. Palabras de clausura	171
16. Índice de ponentes invitados, relatores y primeros autores de trabajos libres	175

PRESENTACIÓN

El Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” (IAE), ente adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), en su misión de ejecutar políticas integrales de formación de talento humano, de investigación y de interacción social en salud para la consolidación y fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), en respuesta a las necesidades sociales prioritarias de la población y en la búsqueda de la Suprema Felicidad Social, directriz del Plan Nacional Simón Bolívar¹, que plantea como uno de sus cinco objetivos atacar las raíces de la miseria y la pobreza a través de un estado social de justicia y derecho; tiene entre sus estrategias , profundizar la Atención Integral en Salud de forma universal y como política expandir y consolidar los servicios de salud en forma oportuna y gratuita. Para ello diseñó en esta edición de las XVII Jornadas Científicas, que llevan como epónimo el nombre de su fundador “Dr. Arnoldo Gabaldón”, un programa que persigue una reflexión colectiva sobre distintos aspectos relacionados con la defensa de la seguridad y la salud en el trabajo, haciendo énfasis en el Sector Salud. Igualmente abrir espacios para la promoción y divulgación del quehacer humanístico, científico y tecnológico que ha generado la institución durante el año académico 2010, para intercambiar ideas y vivencias con la comunidad científica nacional.

Este evento que se ha convertido, a través de los años, en un lugar de encuentro para profesionales, estudiantes, comunidades y servidores públicos, seleccionó en esta oportunidad, como Tema Central “**LA SALUD Y LA SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD**”, con el propósito de compartir saberes y conocimientos sobre aspectos relacionados con esta materia, para contribuir con el desarrollo de la política nacional, destinada al control de las condiciones y medio ambiente de trabajo, la promoción del trabajo seguro y saludable, la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, la restitución de la salud y la rehabilitación, desde la perspectiva de la organización y participación de los trabajadores para la identificación, evaluación y control de factores de riesgos que afectan su salud, como uno de los aspectos importantes a considerar en el

¹ República Bolivariana de Venezuela. Proyecto Nacional Simón Bolívar. Primer Plan Socialista. Desarrollo Económico y Social de la nación 2007-2013. Caracas, septiembre, 2007.

mejoramiento de su calidad de vida y de sus familiares. En atención a ello presentamos las memorias de lo acontecido, como documento que servirá de consulta para los interesados en el tema.

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Jesús Enrique Valero Chacín (Director Ejecutivo)
Dra. Milady Guevara de Sequeda (Coordinadora General)
Dr. Pedro Alcalá Afanador
Lcda. Zoraida Ruades
Ing. Leopoldo Yanes
Dra. María del Carmen Martínez
Dr. Benny Suárez
Dra. María Naranjo
Dr. Darío González
Ing. Juan Quintana
Lcda. Carmen Ríos
Sra. Haydee Mireles

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Manuel Amarista (Coordinador)
Lcda. Marlene Salazar
Dra. Wuilman Gómez
Dra. Gladys Mago
Prof. Julia Rattia

COMITÉ DE CULTURA

Lcdo. José Edgardo Morr
Lcda. Guillmery González
Ing. Ángel Castillo
Dr. Luis Valera

COMITÉ TÉCNICO Y OPERATIVO

Ing. Evelyn Machín
T.S.U. Aníbal Piñate
T.S.U. Oswaldo Flores
T.S.U. Nadia Duque
Lcda. Maria Carolina Heredia
Sra. Clementina Lucena

PROGRAMA

El programa desarrollado durante las XVII Jornadas Científicas, permitió compartir con 569 participantes que asistieron a 43 Ponencias integradas en Foros, Mesa Redonda y Presentación de Artículos Científicos, marco en el cual se llevó a cabo el III Encuentro Nacional de Prevención de Accidentes Laborales por Objetos Punzocortantes en el Sector Salud; el II Simposio sobre Aportes de los Centros de Investigación del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón" para el Control de las Enfermedades Endémicas y la Celebración de los Cincuenta años del Boletín de Malariología y Salud Ambiental. Dicho programa incorporó profesionales nacionales e internacionales invitados, para debatir sobre distintos aspectos de la temática central, donde destacó el uso de los medios tecnológicos de Información y Comunicación (TIC), que posee la institución, para la proyección de imágenes hacia los servicios de salud en el ámbito nacional, específicamente la transmisión de una teleconferencia desde Barcelona, España con la invitación del Dr. George Delclos y la proyección de un vídeo teniendo como invitado al Dr. Rafael González de Petróleos de Venezuela Sociedad Anónima (PDVSA) y la presentación de las experiencias exitosas del Proyecto de Accidentes Laborales por Objetos Punzocortantes.

Igualmente fue valiosa la presentación de los productos de investigación del SA IAE "Dr. Arnoldo Gabaldón" en el II Simposio que tuvo como propósito intercambiar ideas respecto de los Aportes presentados como productos de investigaciones que desde los Centros de Investigación del SA IAE "Dr. Arnoldo Gabaldón" han venido desarrollando investigadores de planta en los Centros e investigadores asociados y que permiten revisar las actividades de los programas para el Control de las Enfermedades Endémicas.

Para la presentación de artículos científicos, tanto para la Modalidad Oral como Póster, se desarrolló un proceso de arbitraje, doble ciego, realizado por el Comité Científico Técnico designado para las Jornadas, de acuerdo al documento de "Instrucciones para los Autores", el cual fue producto de la discusión y análisis de sus integrantes.

Capítulo aparte merece la celebración del Cincuenta Aniversario del Boletín de Malariología y Salud Ambiental, durante los cuales ha ido acumulando una cadena de éxitos, como es la evaluación meritória por FONACYT y más recientemente su incorporación en el Science Citation Index.

La ejecución de dicho programa contó con la participación de docentes investigadores que actuaron como moderadores y relatores de las 10 sesiones de trabajos, organizadas a lo largo de la semana, lo que le dió relevancia a los temas tratados.

Las Jornadas fueron instaladas por la Dra. Isabel Iturria, Vice ministra de Recursos e Insumos para la Salud del Ministerio del Poder Popular para la Salud, quien destacó la importancia del evento para el Despacho de Salud y para la población en general, y constituye una oportunidad de intercambio en relación a la Seguridad en las condiciones del medio ambiente de trabajo y la salud de todos y todas los y las trabajadores/as.

PROGRAMA, MODERADORES Y RELADORES

XVII Jornadas Científicas “Dr. Arnoldo Gabaldón” 2010

FECHA	MESA TEMÁTICA	MODERADOR	RELATOR
MARTES 30/11/2010 Mañana	Conferencia: Situación de la Salud y Seguridad Laboral en el Sector Salud en América Latina. Dr. Francisco González (UCLA)	Ing. Leopoldo Yanes	Dr. Benny Suárez TSU Yadira Salas
	Foro 1: Organización de los Servicios de Salud y Seguridad en el Sector Salud	Ing. Leopoldo Yanes	Dr. Benny Suárez
Tarde	III Encuentro Nacional de Prevención de Accidentes Laborales por Objetos Punzocortantes en el Sector Salud	Dr. Gustavo Parra	Dra. Gladys Mago
MIÉRCOLES 01/12/10 Mañana	Foro 2: Riesgos Disergonómicos y Psicosociales: Problemas de Salud de los Trabajadores	Ing. Marco Súnico	Lcda. Nelisa Miquelena
	Foro 3: Riesgos Biológicos: Hepatitis B, Hepatitis C y HIV en el Sector Salud	Dr. William Palomo	Dra. Fanny Dávila
Tarde	Presentación: Trabajos Libres	Comité Científico	
JUEVES 02/12/10 Mañana	Mesa Redonda: El Pueblo Organizado en la Atención al Derecho a la Salud	Dr. Darío González	Ing. Ángel Castillo
	Presentación: Trabajos Libres	Comité Científico	
VIERNES 03/12/10 Mañana	Conferencia: El Uso de Plaguicidas y la Salud de los Trabajadores del Sector Salud	Dra. Ana Soto	Prof. Enrique Pérez
	II Simposio: Aportes de los Centros de Investigación del Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” para el Control de Enfermedades Endémicas en Venezuela	Dr. Jesús Berti	
Tarde	Celebración de los 50 Años del Boletín de Malariología y Salud Ambiental	Dra. Wuilman Gómez	

PALABRAS DE APERTURA

Dr. Jesús Valero Chacín

Director Ejecutivo del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón"

Buenas tardes, compañeros del presidium, autoridades nacionales y regionales, invitados especiales que nos acompañan, participantes de los distintos programas de formación de la institución, servidores públicos, señoras y señores, amigos todos.

Reciban todos y todas una cordial bienvenida a nuestro Instituto, de parte del equipo de docentes-investigadores, profesionales, técnicos y obreros, que conforman el grupo de trabajo que me acompañan en esta gestión.

Se encuentran ustedes en la institución de cuarto nivel de Educación Universitaria del Ministerio del Poder Popular para la Salud, Institución que ha marcado hito en la Salud y la Educación en Venezuela.

Nuestro Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón" tiene la misión de ejecutar políticas integrales de formación del talento humano, investigaciones e interacción social en salud, para contribuir a la consolidación y fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud, respondiendo a las necesidades sociales prioritarias de la población, en la búsqueda de la Suprema Felicidad Social, directriz del Primer Plan Nacional Socialista Simón Bolívar; que plantea entre sus objetivos atacar las raíces de la miseria y la pobreza, a través de un estado social de justicia y derecho.

Esta orientación tiene entre sus estrategias políticas, profundizar la Atención Integral en Salud de forma universal como política, expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita. En atención a ello, hemos convocado a esta reunión anual que arriba a su décimo séptima edición, espacio que nos ha permitido a través de los años, compartir conocimientos y saberes sobre temas actuales relacionados con la salud, que nos competen a todos y a todas.

En esta oportunidad hemos seleccionado un tema de vital importancia como es La Salud y la Seguridad de los trabajadores del sector Salud, en momentos en los cuales estamos obligados a cumplir con

la Ley de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, para garantizar a trabajadores y trabajadoras condiciones de seguridad, salud y bienestar en un ambiente de trabajo adecuado y propicio para el ejercicio pleno de sus facultades físicas y mentales, mediante la promoción del trabajo seguro y saludable, prevención de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales y, promover el desarrollo de programas para la recreación, utilización del tiempo libre, según lo dispuesto en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en lo referente a regular los deberes y derechos de los trabajadores y trabajadoras, también de los empleadores, en relación con la seguridad y la salud, aspecto de nuestras vidas que están íntimamente ligados con el ambiente de trabajo.

Compartiremos, en base a ello, este programa científico con destacados profesionales venezolanos que se encuentran trabajando diferentes temáticas sobre la salud de los trabajadores y trabajadoras en el ámbito nacional, que sin duda enriquecerán nuestros conocimientos; igualmente tendremos una videoconferencia con un invitado internacional quien desde Barcelona, España nos permitirá mirar otras perspectivas de la organización de los servicios de salud y sus riesgos para el trabajador, que nosotros retransmitiremos hacia los servicios de salud en el resto del país.

Un momento especial estará dirigido a divulgar nuestros productos de investigación y a la celebración del 50° Aniversario del Boletín de Malariología y Salud Ambiental, publicación periódica que nos llena de orgullo por tener reconocimiento nacional e internacional y tenerse como órgano de consulta obligatoria para investigadores y estudiosos de las enfermedades endémicas y del saneamiento ambiental.

Toda esta programación se vislumbra como un momento propicio para repensar en el trabajo en un concepto amplio superando la visión economicista que hace referencia a toda actividad realizada por un individuo, aplicada a la producción de bienes y servicios, para obtener a cambio un salario o precio por el mismo, que favorece a los empleadores sin tener en cuenta las necesidades individuales y colectivas de los trabajadores.

Necesitamos llegar a conceptualizar el trabajo como un medio de desarrollo individual, que dignifique al hombre y a la mujer a través de la valorización de su esfuerzo, pero también para el desarrollo colectivo que nos permita mirarlo como proceso de intercambio, para buscar la eliminación de esa estructura jerárquica que nos limita y favorece la discriminación social. Estos elementos para la discusión permitirán ir delineando nuevos enfoques, para las estrategias que nos llevarán a combatir los determinantes de la pobreza, ante la disyuntiva en que nos

encontramos, de satisfacer las necesidades humanas o la producción de riqueza subordinada a la reproducción del capital, tal como es definido en las directrices del Proyecto Nacional Socialista Simón Bolívar, para el desarrollo económico y social de la nación. El propósito es que ustedes, egresados que inician sus labores como Especialistas, y nosotros todas y todos unidos, como pueblo-estado, podamos contribuir con la construcción colectiva de una sociedad más humana, orientaciones que tenemos expresadas en el preámbulo de nuestra Carta Magna: *"...establecer una sociedad democrática participativa y protagónica, multiétnica, pluricultural en un Estado de justicia, federal y descentralizado que consolide los valores de la libertad, la independencia, la paz, la solidaridad y el bien común..."*². muchas gracias y bienvenidos.

² Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999. Caracas.

MODERADORES Y RELADORES

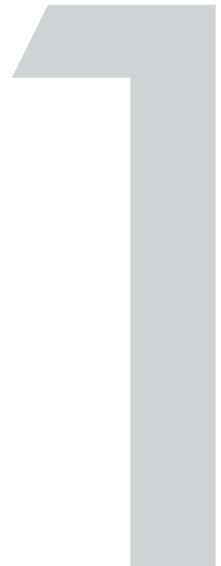
XVII Jornadas Científicas “Dr. Arnoldo Gabaldón” 2010

CONFERENCISTA	PROFESIÓN	INSTITUCIÓN
Dra. Xiomara Vidal	Médico Cirujano Magíster Scientiarum en Psiquiatría. Especialista en Salud Pública. Máster en Terapia de la Conducta y Sexología	Consultora para Emergencias y Desastres. Oficina Panamericana de la Salud. Caracas
Dr. Francisco González	Médico Cirujano. Especialista en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral	Director de Seguridad y Salud en el Trabajo. Universidad Centro- Occidental “Lisandro Alvarado”, Estado Lara
Dr. George Delclos	Médico Cirujano Especialista en Medicina Interna, Neumonología y Medicina del Trabajo Máster en Salud Pública Doctor en Salud y Ciencias Biológicas.	Profesor Asociado de la Universidad Pompeu Fabra en Barcelona, España e Investigador del Centro de Salud Laboral de la misma Universidad
Dra. Ligia Sánchez	Sociólogo Doctora en Sociología, Université Toulouse Le Mirail II, Francia.	Profesora Titular, Universidad de Carabobo-Campus La Morita. Coordinadora del Programa de Maestría en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral. Facultad Ciencias de la Salud-Sede Aragua. Universidad de Carabobo. Directora de la Revista Salud de los Trabajadores, Universidad de Carabobo
Dra. Miriam Escobar	Médico Cirujano Especialista en Salud Pública Maestría en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral Estudios de Protección Radiológica en la Universidad de Buenos Aires	Área de Protección Radiológica de la Dirección de Salud Ambiental de Barquisimeto, Lara
Dra. María del Carmen Martínez	Médico Cirujano e Internista Magíster en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral. Especialista en Epidemiología	Docente-Investigadora. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” del Ministerio del Poder Popular para la Salud
Dra. Evelin Escalona	Médico Cirujano. Magíster en Ciencias de la Salud Ph.D en Ciencias de la Salud	Profesora Titular del Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud-Sede Aragua. Coordinadora del Postgrado de Salud Ocupacional del Ambiente e Higiene del Ambiente Laboral. Universidad de Carabobo.
Dr. Rafael González	Especialista en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral. Doctor en Ergonomía, Francia	Líder de Proceso en Higiene, Ergonomía y Neurociencias del Trabajo, adscrito a la Agencia Corporativa de Seguridad Industrial, PDVSA, Caracas, Distrito, Dtto. Capital Venezuela

CONFERENCISTA	PROFESION	CARGO ACTUAL
Dra. Doris Acevedo	Licenciada en Educación Mención Orientación Vocacional Universidad de Carabobo Especialista en Salud Comunitaria y Magister en Artes en Ciencias de la Educación. Universidad de Montreal, Canadá Especialista en Género y Políticas Públicas. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Buenos Aires Argentina. Doctora en Ciencias del Desarrollo. Centro de Estudios del Desarrollo. UCV	Profesora Titular, Jubilada Activa. Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Carabobo, Núcleo Aragua
Dr. Luis Requena	Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional	Coordinador del Servicio de Salud Ocupacional del Hospital Patricio Alcalá , Maturín, Monagas
Dr. Pedro Villasana	Médico Cirujano Magister en Sistemología Interpretativa Doctor en Ciencias Médicas	Profesor Titular, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Núcleo Aragua
Dr. Pedro Rodríguez	Médico Cirujano. Especialista en Gerencia de Salud Pública. Integrante Red Venezolana de Humanización de Nacimiento	Coordinador Programa ITS-HIV-SIDA del Estado Aragua. CORPOSALUD ARAGUA
Dr. Carlos Pérez Pérez	Médico Cirujano Médico Internista Especialista en Salud Pública	Médico Infectólogo, Hospital Magallanes de Catia
Ing. Juan Quintana	Ingeniero Químico Especialista en Salud Pública. Maestría en Gerencia Ambiental	Coordinador de la Escuela de Nueva Ciudadanía. IAE
Ing. José Da Silva	Ingeniero en Sistemas Especialista en Sistema Nacional Abierto	Presidente de la Fundación Unidos contra Chagas, (UNICHAGAS) Caracas, Distrito. Capital
Mauricio Gutiérrez	Especialista en Derechos Humanos	Integrante de la Organización Acción Solidaria, Caracas, Distrito. Capital
Francisca García	Profesora en Ciencias Sociales Magister en Orientación de la Conducta	Docente de la Escuela Nueva Ciudadanía. IAE
Reinaldo Zambrano	Odontólogo	Dpto. Odontología Preventiva y Social. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes.
Ing. María Gisela Sanoja	Ingeniero Civil. Especialista en Malaria y Saneamiento Ambiental. Diplomada en Modelo de Prevención de Riesgos en Instituciones y Empresas. México	Jefe del Departamento de Contaminación Atmosférica, Coordinación de Ingeniería Sanitaria, Dirección de Salud Ambiental. Representante ante la Comisión Presidencia de Seguridad Química

CONFERENCISTA	PROFESIÓN	CARGO ACTUAL
Dr. Oscar Noya	Médico Cirujano PhD. Enfermedades Endémicas y Tropicales. University Louisiana State. USA	Coordinador del Centro de Estudios para Malaria del IAE. Profesor Titular UCV Jubilado Activo. Caracas, Distrito. Capital
Dr. Manuel Amarista	Profesor. Especialista en Biología Magíster en Entomología. Doctor en Ciencias	Docente Investigador IAE
Dra. Ana Soto Vivas	Profesora en Biología Magíster en Entomología Doctora en Ciencias	Docente Investigador IAE
Dr. Belkysolé Alarcón de Noya	Médico Cirujano PhD. Enfermedades Endémicas y Tropicales. University Louisiana State. USA	Jefe de la Sección de Inmunología del Instituto de Medicina Tropical, UCV. Caracas, Distrito. Capital
Dr. Jesús Berti Moser	Profesor en Biología. Doctor en Ciencias. Universidad Central de Venezuela	Docente Investigador IAE
Lcda. Lya Cárdenas	Licenciada en Biología. Universidad Central de Venezuela	Coordinadora de Proyectos. Asociación Venezolana para la Conservación de Áreas Naturales ACOANA.
Lcdo. Luis Figueroa Acosta	Bioanalista Magíster en Entomología en Salud Pública. UCV	Docente Investigador. IAE
Jorge Moreno	Profesor en Biología Magíster en Entomología en Salud Pública. UCV	Docente Investigador IAE
Dr. Leopoldo Villegas	Médico Cirujano. UCV Diploma en Enfermedades Tropicales. London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London UK Maestría en Enfermedades Tropicales y Salud. London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London UK Doctor en Salud Pública. London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London UK.	Asesor Internacional en Salud Pública. Surinam
Lcdo. Enrique Pérez Pinto	Licenciado en Bioanálisis Maestría en Entomología	Docente Investigador IAE
Lcda. Marlene Salazar Corredor	Licenciada en Biología Maestría en Entomología en Salud Pública	Docente Investigador IAE
José Romero Palmera	Médico Veterinario Magíster en Ciencias Patológicas Facultad de Ciencias Veterinarias, UCV.	Docente Investigador IAE

**Conferencia Inaugural:
"Salud y seguridad de los
trabajadores del sector salud:
Hospitales seguros frente a
desastres"**



Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud: Hospitales seguros frente a desastres

Dra. Xiomara Vidal

Organización Panamericana de la Salud-Venezuela
vidalxio@ven.ops-oms.org

El tema de la Salud y la Seguridad de los trabajadores es altamente valorado en la República Bolivariana de Venezuela, ocupando un espacio relevante en la normativa legal vigente. Así se evidencia en su consideración como Derecho Constitucional, establecido en el artículo 86 de nuestra Carta Magna; en la creación del Sistema de Seguridad Social cuyo régimen esta previsto en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSS) y en el contenido y alcances de la Ley Orgánica sobre Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT) y su Reglamento.

No hay duda entonces de que quienes trabajamos en Venezuela, contamos con un conjunto de instrumentos de carácter legal que nos garantiza toda *“...la protección y seguridad a la salud y a la vida contra todos los riesgos y procesos peligrosos que puedan afectar su (nuestra) salud física, mental y social...”* (Art. 12. Reglamento parcial de la LOPCYMAT).

Pero cuando hablamos de los trabajadores del sector salud, y de los riesgos a los que estos están expuestos, nos aproximamos a una situación en la cual deben abordarse aspectos que van más allá de las relaciones laborales y de la noción de seguridad en términos prestacionales. La salud de los trabajadores del sector salud adquiere una especial relevancia tanto por el tipo de labor que desempeñan como por sus características numéricas, habida cuenta de que en América Latina, y Estados Unidos, más de 20 millones de personas trabajan en el sector salud y por tanto la calidad de la atención médica que desde este se proporciona, se encuentra íntimamente vinculada con las condiciones de salud y seguridad en que laboran los médicos, enfermeras, bioanalistas, farmacéutas, técnicos y demás trabajadores sanitarios (OPS, 2005).

De manera que para abordar el tema de la salud y la seguridad de los trabajadores se hace necesario por un lado, identificar y reconocer con claridad cuáles son los determinantes sociales, laborales, económicos y de orden legal que repercuten profundamente en el individuo y que a su vez

determinan las condiciones de salud y seguridad en el ambiente de trabajo, y por ende en la salud de los trabajadores. Y por el otro evaluar los riesgos a los cuales están expuestos los trabajadores del sector salud, para lo cual es preciso ver más allá de los riesgos ocupacionales, objeto de atención de la normativa vigente ya señalada, debido a que los trabajadores sanitarios están expuestos a situaciones que superan el tema del ambiente laboral visto en función de relaciones interpersonales, la ergonomía, el tiempo libre y la recreación, resultando necesario que prestemos atención a aquellos riesgos emergentes que afectan a los trabajadores, y los cuales están vinculados no solo al uso de nanotecnologías, biotecnología, exposición a nuevos agentes biológicos y químicos o a aquellos derivados de los factores psicosociales del ambiente laboral (acoso laboral y el Síndrome de el quemado , entre ellos), sino que hoy día es necesario destacar la relevancia que poseen las emergencias y los desastres como riesgos cuyo impacto no es sólo para la comunidad en general, sino para el ámbito del trabajo y del trabajador de salud, en particular.

La razón de esto se deriva del hecho de que cada día son y serán más frecuentes, los eventos adversos y más devastadores sus efectos, como consecuencia de la influencia innegable del cambio climático y esos efectos se harán sentir también en la infraestructura sanitaria son preocupantes.

Al respecto y según la base de datos EMDAT del Centro de Estudios de Epidemiología en Desastres de la Universidad de Lovaina, durante el primer semestre de 2010, ocurrieron 162 desastres los cuales ocasionaron 229.474 muertes y 107.127.776 personas afectadas (CRED CRUNCH 21, 2010). En cada uno de ellos además de fallecidos, lesionados y damnificados, los daños a la infraestructura son cuantiosos y entre ellos, las estructuras sanitarias también resultan con daños. Como ejemplo tomaremos las dos situaciones que, durante este año, más nos han impactado por su cercanía geográfica. Ellos han sido el terremoto de Haití, ocurrido el 12 de enero de 2010 y el terremoto de Chile del 27 de febrero de 2010. En Haití, 8 de los catorce hospitales de Puerto Príncipe, quedaron inhabilitados, uno de ellos, totalmente destruido. En cuanto a Chile 130 hospitales sufrieron daños importantes. Solo en la zona de la catástrofe, 8 hospitales fueron destruidos y 10 más sufrieron daños que le impidieron seguir funcionando. De los siete hospitales existentes en la región de Maule, cuatro quedaron inutilizados. Esto es el 57,14% de la infraestructura hospitalaria de la zona.

Pero esto no ha ocurrido solo en estas dos ocasiones. Ya que según reportes de la Organización Panamericana de la Salud, entre 1973 y 1993, *“...más de 100 instalaciones hospitalarias que atienden una población estimada entre 10 y 12 millones de personas de 9 países de las Américas, han sido afectados por terremotos. Cerca de una quinta parte de*

estas instalaciones se han colapsado de manera catastrófica o tuvieron que ser demolidas como consecuencia de los daños sufridos por los desastres ocurridos. Esto ha representado pérdidas de vidas humanas irreparables y la desaparición de más de 10.000 camas hospitalarias cuyo valor de reposición a los costos actuales se eleva a más de 700 millones de dólares" (OPS,1993).

Así mismo, en América Latina y el Caribe, entre 1981 y 1996, un total de 93 hospitales y 538 unidades de salud resultaron severamente afectadas a consecuencia de desastres de origen natural, estimándose que como consecuencia de ello 24.000 camas hospitalarias quedaron inhabilitadas con el consecuente impacto sobre la economía de los países afectados (OPS ,2004) y en Venezuela, en el año 1999, se reportaron 70 hospitales y 251 ambulatorios afectados por efecto de las lluvias torrenciales (Grasses, 1999).

Estas situaciones, impactan de diferentes maneras a los trabajadores de salud, primero, en el número de trabajadores afectados, lesionados o fallecidos. Luego, en la destrucción del lugar de trabajo o, el estado de afectación en que estos quedan tanto estructural como funcionalmente. Y en tercer lugar, como trabajadores asistenciales se espera que a pesar del desastre y debido a el, continúen realizando su trabajo, proporcionando a tención a los que la necesiten, pero ahora en lugares y condiciones que no son las acostumbradas, durante una jornada que se prolonga más allá de lo deseado, y con la presión de una demanda de trabajo superior a la habitual y en la mayoría de los casos, debiendo proporcionar soporte emocional al sufrimiento del consultante.

Ante estas situaciones la responsabilidad debe ser asumida colectivamente. Cada sector social debe participar en el diseño y aplicación de medidas que conduzcan a la reducción del riesgo de desastres. Resulta imperativo tomar todas las medidas necesarias para proteger eficazmente la vida y salud de los trabajadores del sector salud, evaluando los riesgos e impulsando aquellas acciones que tiendan a garantizar la continuidad de los servicios y las condiciones adecuadas que les permitan estar y sentirse seguros.

Para ello, desde el año 2004, la Organización Panamericana de la Salud ha venido impulsando la estrategia "*Hospitales Seguros frente a Desastres*" la cual debe ser asumida por cada país como una Política Nacional de Reducción de Riesgos, en la cual se debe priorizar los componentes estructurales de los hospitales, pero que incluye los aspectos no estructurales y funcionales de la seguridad hospitalaria.

En el marco de esta estrategia un Hospital Seguro es "*un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y*

funcionando a su máxima capacidad instalada y en su misma infraestructura, inmediatamente después de un desastre a gran escala o situación de emergencia” y su meta debe ser garantizar el funcionamiento de las áreas críticas del centro hospitalario, para proporcionar adecuada atención médica a víctimas de desastres debiendo cumplir con tres niveles de protección: protección de la vida, protección de la inversión y protección de la función. El trabajo va orientado a reducir la vulnerabilidad de los establecimientos existentes mediante medidas de reforzamiento estructural y en el plano funcional, el diseño y aplicación medidas de preparación y mitigación en donde la organización y el planeamiento resultan cardinales, garantizar además la inclusión de criterios de protección en los nuevos proyectos de inversión. Desde junio de 2010, la República Bolivariana de Venezuela ha acogido esta iniciativa, habiéndose creado, mediante Resolución Ministerial 093 de fecha 3 de junio de 2010, el Programa Nacional de Hospitales Seguros frente a Desastres y la Comisión Nacional de Hospitales Seguros frente a desastres encargada de su formulación e implantación. Desde entonces se han realizado dos cursos nacionales con el resultado de 64 profesionales de diferentes disciplinas capacitados en la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria y este ha sido aplicado 8 hospitales de la Región Capital. Esperamos que, para el año 2010, tengamos un diagnóstico general de la situación de seguridad de la red asistencial que nos permita formular un Plan de Acción para la aplicación de medidas a corto, mediano y largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asamblea Nacional Constituyente (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela», Gaceta Oficial N° 36.860, Caracas, 30 de diciembre de 1999.

Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSS)

Ley Orgánica sobre Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT)

Manual Salud y Seguridad de los trabajadores del sector salud: Manual para Gerentes y Administradores. Washington DC. OPS 2005

Fundamentos para la mitigación de desastres en establecimientos de salud. OPS /OMS 2004

Mitigación de Desastres en las instalaciones de Salud Vol. 1.75 pág. OPS 1993.

Grasses, 1999 CSP27/12 27 Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington. 2007 OPS 2007

CRED CRUNCH. Centre of Research de Epidemiology of Disasters. Agosto 2010.

República Bolivariana de Venezuela. Tribunal Supremo de Justicia. Gaceta Oficial 39447 de fecha 16 de junio de 2010



III Encuentro nacional de prevención de accidentes laborales por objetos punzocortantes en el sector salud

2

Prevención de accidentes laborales por objetos punzo-cortantes y contacto con patógenos sanguíneos. Venezuela. 2007-2010

Informe final

Dra. María del Carmen Martínez

Docente Investigadora II. Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón"

INTRODUCCIÓN

Venezuela, a través del SA Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón" y con el apoyo técnico de OMS/ OPS y NIOSH, se incorpora al proceso de desarrollo de políticas a nivel Latinoamericano orientadas a promover la salud y seguridad de los trabajadores del sector salud, fundamentándose en la actividad docente y de investigación que desde los Postgrados de Salud Ocupacional y Gestión en Salud Pública (regionalizado en 22 estados del país), Diplomados, Cursos de actualización académica (Programa intensivo de formación y Jornadas Científicas anuales) se desarrollan en atención a la misión del Instituto, en la formación del talento humano para la construcción del Sistema Público Nacional de Salud. En este sentido, se plantea PROMOVER desde una Institución formadora del personal de Salud, *"La manipulación segura y disposición adecuada de objetos punzantes en los centros de trabajo del sector salud, para prevenir accidentes laborales y contacto con patógenos de la sangre, a través del desarrollo de actividades de prevención"*, proyecto que se viene desarrollando desde el año 2006.

Para su factibilidad en el país, se identificaron como fortalezas: El marco legal vigente establecido en la Ley Orgánica de Prevención Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, la cual contempla la organización y participación activa de los trabajadores y empleadores (de todos los sectores), organización de los comités paritarios, desarrollo de Programas de Prevención y vigilancia epidemiológica de accidentes y enfermedades de origen ocupacional.

- a) El Programa Nacional de ITS/SIDA, el cual cuenta con el protocolo de reporte de accidentes laborales por objetos punzocortantes e incluye el suministro gratuito de tratamiento profiláctico post exposición (antirretrovirales).
- b) El suministro gratuito de la vacuna contra la hepatitis B y de carácter obligatorio en el personal de salud, y

- c) La normativa para la disposición inicial, transporte y disposición final de desechos punzocortantes.

METODOLOGÍA

Mediante la aplicación de una metodología de participación activa, con la identificación y apoyo de líderes regionales (cursantes de los postgrados), se realizaron talleres de formación de formadores y sensibilización de los trabajadores del sector. Los líderes y los trabajadores sensibilizados promovieron el desarrollo de prácticas seguras de trabajo (uso de contenedores de plástico improvisados) para la disposición adecuada de objetos punzocortantes, vacunación contra hepatitis B, e impulsaron la organización de Comités y Servicios de Salud de los Trabajadores.

Para el desarrollo de las actividades, se consideró trabajador de la salud, a todo aquel que realizara actividad laboral en un centro de atención de la salud, tanto pública como privada, adscrito o no al Ministerio de la Salud. Fue el caso de los centros de salud adscritos al Ministerio del Trabajo (Instituto Venezolano de los Seguros Sociales/IVSS), Ministerio de Educación, Empresas Básicas y Petrolera, etc. Se estimó que la población laboral del sector a nivel nacional alcanza a 1.300.000 trabajadores.

Se inicia el desarrollo del proyecto con la realización de un diagnóstico situacional de accidentes laborales por objetos punzo-cortantes (aplicación de encuesta anónima de OMS/CIE) e investigación sobre la cobertura de vacunación anti hepatitis B, en 16 centros de salud de 4 estados del país (con población de 20.000 trabajadores de la salud y muestra del 10%), donde entre el 2006 y 2007 el 48% de los encuestados refirió haber sufrido lesión por objeto punzo-cortante, con un promedio de lesiones de 1,8. Donde el 80% no lo reportó (indicando la gravedad del sub-registro), implicando que no recibiera atención médica, tratamiento profiláctico ni seguimiento serológico. Entre la causas para no reportarlo se encontró: “no fue importante”, “no sabía donde reportarlo”, “temor “. La cobertura de vacunación contra hepatitis B no superaba el 65% y las prácticas de trabajo más frecuentes vinculadas con los accidentes fueron: el reencapuchado de las agujas y la disposición inadecuada de los desechos punzo cortantes.

RESULTADOS

Se inicia como proyecto la PROMOCIÓN para la “Prevención de los accidentes por objetos punzocortantes y contacto con patógenos de la sangre”, donde hasta noviembre del 2010, el IAE tiene registrado la formación de 3680 facilitadores (certificados entregados), quienes a su vez han sensibilizado y capacitado a 6900 trabajadores en 752 centros de

salud en 20 de los 23 estados de país, en los diferentes niveles de atención de salud: atención primaria, red ambulatoria, red hospitalaria; centros de salud del sector privado y servicios médicos de empresas.

Con el apoyo de OPS/OMS y NIOSH fueron organizados dos Encuentros Nacionales, para la evaluación de la metodología y los avances del "Proyecto", además se organizó el Primer Encuentro Latinoamericano y del Caribe (con la participación de 13 países) para la promover el modelo y actividades en la región. Los mismos permitieron el desarrollo de Talleres y Cursos de capacitación para la vigilancia epidemiológica de los accidentes (EPI-Net), selección de equipos punzocortantes o contenedores con dispositivos de seguridad, así como talleres para el desarrollo de Políticas en materia de Salud y Seguridad para los trabajadores del sector. En los Encuentros han participado un aproximado de 1000 trabajadores y representantes de las Direcciones Regionales de Salud y autoridades del Ministerio de Salud, IVSS, e Instituto Nacional de Prevención Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL).

Este proyecto ha permitido el desarrollo de 10 trabajos especiales de grado en los diferentes postgrados, y 3 a nivel de pre-grado con los estudiantes de medicina de la Escuela José María Vargas de la Universidad Central de Venezuela.

Como indicadores positivos de avance del proyecto se tiene: 1) incremento en la notificación de los accidentes en un 50%, con atención y seguimiento al 100% de los trabajadores. 2) Reducción de los accidentes entre el 2009 y 2010 cercano al 50%, donde hay centros de salud con "cero accidentes" en los 2 últimos años. 3) e Incremento en la cobertura de vacunación contra Hepatitis B al 70%.

Se continua trabajando en el proyecto, creando vínculos y alianzas estratégicas con los distintos niveles del Ministerio de la Salud para el desarrollo de una política a nivel nacional, con las Universidades para la incorporación en las carreras vinculadas con el sector salud, contenidos programáticos sobre "condiciones y medio ambiente de trabajo y los elementos para la prevención"; el Ministerio del Trabajo a través del Instituto Nacional de Prevención Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL), quien formuló la Guía Técnica para el Desarrollo e Implementación del Programa de Prevención de Accidentes por el uso de Instrumentos Médico Quirúrgicos Punzantes y Cortantes (de obligatorio cumplimiento en todo centro de trabajo del sector salud), Ministerio de Ciencia y Tecnología para que junto con PEQUIVEN (como empresa social), se desarrolle modelo de caja de seguridad para la disposición de desechos punzantes, y equipo punzante con dispositivo de seguridad, el cual debería ser adquirido por los

centros de salud o el Ministerio para su distribución y uso a nivel nacional, considerando que serían productos con un menor costo, y con el Ministerio del Ambiente, para la revisión de normas y adquisición para los centros de salud de equipos de incineración de los desechos.

RESOLUCIÓN DEL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

Propuesta

En el marco de las XVII Jornadas Científicas “Dr. Arnoldo Gabaldón” realizadas durante los días 29 de noviembre al 03 de diciembre de 2010, participantes en el III Encuentro Nacional de Accidentes Laborales por Objetos Punzocortantes en el Sector Salud, una vez presentado el Informe Final del Proyecto Prevención de Accidentes Laborales por Objetos Punzocortantes en el Sector Salud, se acordó presentar UNA PROPUESTA DE RESOLUCION para elevarla a las autoridades del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y que se tome como parte de la política de salud en materia de Prevención y Control de Accidentes Laborales, teniendo como base el Reglamento de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y medio Ambiente de Trabajo, publicado en la Gaceta Oficial N° 38596 del día miércoles 03 de enero de 2007. El propósito es:

Aprobar y apoyar una Política en el sector salud para la prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral, partiendo del desarrollo de un Programa Nacional de *“Prevención de Accidentes Laborales por Objetos Punzocortantes y exposición potencial a Patógenos de la Sangre”* .

CONSIDERANDO

1. Que el sector salud emplea en Venezuela a un aproximado de 1.100.000* trabajadores, de los cuales un alto porcentaje están expuestos a diversidad de factores de riesgo en el desempeño de sus actividades laborales, entre los que destaca la manipulación de objetos punzocortantes y contacto potencial con patógenos de la sangre.

* Esta cifra es un estimado tomando como referencia que el sector salud representa el 9% de la población ocupada, teniendo como denominador a 12.000.000 de trabajadores ocupados (INE,2010) y apoyado con la información que suministra el INPSASEL en el boletín Epidemiológico del 2007, donde de acuerdo al INE en el 2006 los Servicios Comunales, Sociales y Personales, que representan básicamente los sectores de salud y educación, son de aproximadamente el 31,2% de la población ocupada por actividad económica, con una cifra de 3.394.086 trabajadores.

2. Que el número de lesiones y enfermedades ocupacionales sufridas por los trabajadores del sector salud (TSS) va en aumento en la última década. Esta carga de enfermedades y lesiones ocupacionales necesita atención urgente con medidas preventivas y tratamiento oportuno. La

exposición ocupacional a riesgos biológicos, particularmente a agentes patógenos de la sangre (Hepatitis B, Hepatitis C y VIH/SIDA, entre otros) requiere estas intervenciones de manera prioritaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) reportó que 2 millones de trabajadores del sector salud (TSS) alrededor del mundo han experimentado exposición percutánea a enfermedades infecciosas anualmente. Las lesiones percutáneas constituyen la causa más común de exposición ocupacional a sangre y la principal causa de transmisión de agentes patógenos de la sangre. Alrededor del 90% de las exposiciones ocupacionales ocurren en países en desarrollo, y causan enfermedad severa y muerte en TSS.

3. Que Venezuela cuenta con Políticas y normativas generales y específicas para la protección de la salud y las condiciones y medio ambiente de trabajo de los trabajadores, de todos los sectores incluidos los de la salud. Dichas políticas y normativas nacionales para la prevención de accidentes de origen laboral competen tanto al Ministerio del Poder Popular para el Trabajo, a través de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT) y su Reglamento, como al Ministerio del Poder Popular para la Salud a través de los Programas de VIH/SIDA y Epidemiología.

La LOPCYMAT y su reglamento norman, entre otros aspectos: el reporte obligatorio de accidentes de trabajo, la elección de delegados de prevención en los centros de trabajo, la organización de los Comité Paritarios, la creación de los Servicios de Seguridad y Salud de los Trabajadores (SSST), y la Vigilancia Epidemiológica de los mismos.

El Ministerio de Salud estableció el año 2002 como parte del protocolo, en el Programa de ITS/SIDA, las Normas de Profilaxis Post-exposición, incluyendo un protocolo de administración de terapia antirretroviral. En casos de accidentes reportados este protocolo indica la administración de terapia a todos los trabajadores de salud que sufren y reportan lesiones percutáneas con agujas, el reposo médico en caso de presentar efectos secundarios de las drogas y estudio de serología del paciente fuente y del trabajador. La ficha ITS / SIDA incluye datos ocupacionales y forma parte de los registros del programa.

El Programa Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud, establece las pautas para el suministro gratuito de siete vacunas para el personal de salud del sector público y privado, donde se incluye la vacuna contra la Hepatitis B.

4. Que es política del Poder Ejecutivo Venezolano, que a nivel nacional y regional, se realice el proceso de capacitación y actualización de los trabajadores de los centros de trabajo.

RESUELVE

En el corto plazo:

1. Presentación de punto de cuenta al Ministro/a del MPPS el presente documento para su análisis, aprobación y presentación al Gabinete Social y obtener los recursos para el desarrollo de dicha política.
2. Conformar un grupo de trabajo interinstitucional para la elaboración del Programa de Prevención de Accidentes Laborales por Objetos Punzocortantes.
3. Desarrollar una campaña Nacional de Promoción del Programa.
4. Concentrar y apoyar las acciones que desarrolla el Ministerio de la Salud desde los diferentes Programas para la atención de los trabajadores accidentados por objetos punzocortantes y exposición a patógenos de la sangre.
5. Apoyar y realizar desde el nivel central el desarrollo de actividades de prevención de accidentes laborales por objetos punzocortantes: según control por jerarquía.
 - 5.1. Campaña de vacunación Nacional anti-hepatitis B, dirigido a:
 - Profesionales, Trabajadores y estudiantes de enfermería.
 - Profesionales, Trabajadores y estudiantes de medicina.
 - Profesionales, trabajadores y estudiantes de Odontología
 - Profesionales, Trabajadores y estudiantes de Bioanálisis
 - Trabajadores de laboratorios y bancos de sangre.
 - Trabajadores de mantenimiento y limpieza.
 - 5.2. Adquisición y distribución de envases de bioseguridad para la disposición adecuada de objetos punzocortantes.
 - 5.3. Adquisición y distribución en centros pilotos de inyectoras con Aguja retráctil y demás dispositivos de seguridad.
 - 5.4 Promover la conformación y funcionamiento de los “Comité de Pinchazos” en los centros de salud, como elemento, fundamento de participación de los trabajadores

En el mediano plazo:

1. Desarrollo de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de accidentes laborales.
2. Promover la elección de los Delegados de Prevención (LOPCYMAT, art. 41)
3. Organización de los comité de Seguridad y Salud Laboral (LOPCYMAT, art.46)
4. Desarrollar la estructura y funcionamiento de los SSST (LOPCYMAT, art. 3)
5. Construcción del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo a la Norma Técnica NT-001-08

En Maracay, a los tres días del mes de diciembre del año 2010. Se acompaña de firmas de los participantes.

RELATORÍA

III Encuentro nacional de prevención de accidentes laborales por objetos punzo cortantes en el sector salud

Relatora: Dra. Gladys Mago

En este evento científico, realizado en el marco de las XVII Jornadas Científicas “Dr. Arnoldo Gabaldón”, se presentaron 7 experiencias exitosas relacionadas con la implementación del Programa de Prevención de Accidentes Laborales por Objetos punzo cortantes y contacto con fluidos corporales en trabajadores del sector salud provenientes de los Estados Mérida, Lara, Miranda, Falcón, Aragua (CORPOSALUD), Barinas y Distrito Capital a través de SOCIVESO (Sociedad Científica Venezolana de Enfermería en Salud Ocupacional). Igualmente se presentó el Informe del Proyecto: Prevención de Accidentes Laborales por Objetos Punzo cortantes en el sector Salud, así como la propuesta ante el Ministerio del Poder Popular para la Salud, para la intervención ante esta problemática.

Los 5 indicadores principales de efectividad establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para este programa son: 1) Capacitación, 2) Vacunación contra Hepatitis B, 3) Registro de Accidentes, 4) Atención al paciente y 5) Creación del Comité de Pinchazo. Tomando en cuenta estos indicadores y sobre la base de lo expuesto por cada uno de los ponentes se tiene lo siguiente:

- El promedio de accidentes laborales por objetos punzo-cortantes en el personal de salud en el último año en algunos centros de salud de algunos estados del país ha descendido, como es el caso de los estados Falcón, Miranda y Lara, pero en otros se mantienen iguales o ha aumentado como en Aragua, Mérida y Barinas.
- A pesar de existir un incremento del 50% del registro de estos accidentes en Venezuela, sigue existiendo un subregistro porque continúan generándose lesiones por pinchazos que no son reportadas principalmente porque no lo consideran un riesgo, tal como lo demuestran las estadísticas presentadas por el estado Falcón donde el 22% de los trabajadores no reportaron su lesión por este motivo, coincidiendo con una de las dos primeras causas para no notificar o reportar el accidente determinadas durante el diagnóstico inicial de este proyecto por su Coordinadora Nacional, como es el “no considerarlo importante”.
- A pesar del aumento de la cobertura de inmunización contra la Hepatitis B demostrada en los estados Barinas (90%) y Aragua (80%), ésta sigue siendo baja en casi todos los estados.

- Continúa identificándose como prácticas y procedimientos peligrosos la técnica del reencapuchado con las dos manos y disposición inadecuada de desechos. En consecuencia, los trabajadores resaltan la importancia de disponer de envases adecuados para la disposición inicial de las inyectoras, porque su ausencia lleva a la técnica de reencapuchado.
- Las experiencias demuestran que el 100% de los trabajadores lesionados han recibido el tratamiento profiláctico post exposición y han recibido atención médica de seguimiento y asesorías tal como lo dictamina el protocolo de atención establecido por la OPS/OMS.
- Todos destacan la importancia de la formación en esta materia, no obstante, a pesar de la cantidad de talleres realizados, la cantidad de facilitadores formados por el IAE (2.130), cantidad de trabajadores capacitados por líderes y facilitadores del proyecto (6.758) y la cantidad de participantes de los postgrados capacitados entre los años 2006-2010 (1.690), tomando en cuenta la población objeto (el total de los trabajadores del sector salud) sin olvidar los nuevos ingresos, es evidente que aún falta mucho trabajo por hacer en este componente vital de todo programa de prevención como es la Educación. Por ello, el trabajo realizado en esta materia en cada uno de los estados es significativo, así como el trabajo de SOCIVESO (Sociedad Científica Venezolana de Enfermería en Salud Ocupacional) quienes se han ocupado de sensibilizar a personal de salud en diversas regiones del país: Nueva Esparta (240 trabajadores), Estado Sucre (200 trabajadores), Falcón (80 trabajadores) y Miranda (50 trabajadores).
- Ha aumentado la conformación de los Comités de Pinchazos sobre todo en los estados Mérida y Barinas los cuales presentan la mayor cantidad de estos Comités (un total de 13 y 28 Comités respectivamente), lo cual de entrada resulta contradictorio porque son los Estados que tienen mayor cantidad de lesiones reportadas por pinchazos, pero esto quizás sea el resultado, no precisamente de mayor producción de lesiones sino porque se están reportando y registrando mayor cantidad de las mismas debido a la existencia y buen funcionamiento de estos Comités. El Estado Aragua tiene conformado un Comité de Pinchazo y dos están conformados en el Estado Miranda. El estado Falcón no ha conformado su Comité de Pinchazo y el estado Lara, aunque lo tiene conformado, aún no está en funcionamiento. Quizás, estas situaciones presentadas en estos dos últimos estados (Falcón y Lara), sea la causa en el bajo registro de accidentes por contacto con objeto punzo cortantes en los mismos, por lo tanto, la realidad pudiera ser que no exista un verdadero descenso en la producción de accidentes, sino que simplemente el registro no es adecuado por no existir los órganos donde realizar dicho reporte.
- Igualmente, se aprecia la escasa conformación en casi todos los estados de los Comités de Seguridad y Salud Laboral (CSSL) y los Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo (SSST), excepto los estados Aragua y

Miranda que tienen ambos órganos constituidos y el estado Lara que tiene conformado un SSST pero no así el CSSL.

- De forma similar, todos coinciden en la importancia de seguir trabajando para implementar Equipos de Protección Personal (EPP) adecuados y dispositivos de seguridad (inyectoras con agujas retráctiles, cajas o recipientes que permitan la disposición segura de las agujas desechadas). Sin embargo, hay que destacar la capacidad de respuesta que tienen los trabajadores del sector salud ante la falta de suministro de estos equipos, lo cual se evidencia por medio del diseño de sistemas de seguridad para el reencapuchado de las agujas y su disposición inicial como los presentados por los trabajadores del estado Aragua.
- Finalmente, es importante destacar algunos otros avances de este proyecto, tales como:
 1. Introducción del componente de Trabajo, Seguridad y Salud en el sector Salud en el Contenido Curricular de:
 - Postgrados: Gerencia de la Salud, Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, Epidemiología, Control de Enfermedades Metaxenicas, Medicina General Integral, Odontología General Integral.
 - Pregrado: Medicina, Enfermería, Odontología, Bioanálisis.
 - Cursos y Diplomados en Salud Ocupacional
 2. Se han incorporados en Venezuela 21 estados al programa faltando por cubrir los estados: Portuguesa, Sucre, Monagas y Delta Amacuro.
 3. Se han agregado al programa 725 centros de salud en Venezuela correspondientes al: Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Instituto Nacional de Prevención, Seguridad y Salud Laborales (INPSASEL), Cruz Roja Venezolana, Petroquímica de Venezuela S.A. (PEQUIVEN), Petróleos de Venezuela (PDVSA), Sociedad Científica Venezolana de Enfermería en Salud Ocupacional (SOCIVESO), Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio de Educación (IPASME), Universidad de Los Andes (ULA), Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV), Universidad de Carabobo (UC), Universidad José Antonio Páez (UJAP) y la Universidad Nacional Experimental Politécnica de la Fuerza Armada Nacional (UNEFA).

En consecuencia, se recomienda:

1. Incorporar los 4 estados de Venezuela que faltan para la implementación de este programa.
2. Continuar con el proceso de Formación y seguimiento para las mejoras de las prácticas y procedimientos de trabajo seguros (evitar el reencapuchado, uso de inyectoras con dispositivos de seguridad y contenedores para el desecho seguro de las inyectoras usadas),

así como también hacer énfasis en formación sobre medidas de bioseguridad.

3. Garantizar este proceso de capacitación en todas en las escuelas de formación de los diferentes profesionales del área de la salud y así poder dar cumplimiento con lo establecido en el Artículo 14 del Convenio 155 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la Seguridad y Salud de los Trabajadores que data de 1.981.
4. Mantener asegurado en cada centro de salud, como se ha hecho hasta la fecha, el tratamiento profiláctico post exposición, así como la atención, seguimiento y asesorías a los lesionados.
5. Garantizar el esquema de vacunación completo contra la Hepatitis B al personal de salud, por lo tanto, hay que trabajar en el aumento de la cobertura, y si es posible, colocar con carácter obligatorio, que todo estudiante en las diversas áreas de la salud, antes de ingresar formalmente al trabajo, y más aún antes de su ingreso a actividades de pasantías, deben tener el esquema de inmunización completo contra la Hepatitis B, por lo que se requiere de un compromiso y esfuerzo en conjunto entre el Ministerio del Poder Popular para la Educación y el Ministerio del Poder Popular para la Salud para el alcance de este objetivo.
6. Continuar con la conformación de los Comités de Pinchazo como órgano encargado de vigilar el cumplimiento de este programa de prevención, asimismo se debe vigilar el buen funcionamiento de los mismos.
7. Mejorar el registro de los accidentes por objetos punzo cortantes y contacto con fluidos corporales a través del uso de las fichas del programa EPINET de la OPS/OMS.
8. Fortalecer las alianzas estratégicas con el Ministerio del Poder Popular para el Trabajo, Ciencia y Tecnología, Educación, Ambiente y sector privado para el desarrollo de las políticas de salud en esta materia.
9. Aprender de las experiencias de otros países en cuanto a investigaciones realizadas en el área hospitalaria o sector salud y continuar desarrollando nuestras propias investigaciones.
10. Continuar el trabajo para la conformación de los Comités de Seguridad y Salud Laboral (CSSL), como órgano de seguridad laboral paritario y colegiado de participación, que tiene por objeto la consulta regular y periódica de las políticas, programas y actuaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo, dando así cumplimiento con lo establecido en el Artículo 46 de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT) y el Artículo 67 del Reglamento Parcial de la misma Ley.
11. Crear los Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo (SSST), como órgano conformado de manera multidisciplinaria y de carácter esencialmente preventivo de la empresa, institución o cooperativa, que tiene como objetivos la promoción, prevención y vigilancia en materia

de seguridad, salud, condiciones y medio ambiente de trabajo, para proteger los derechos humanos a la vida, a la salud e integridad personal de los trabajadores. (Artículo 39 de la LOPCYMAT).

Reflexiones:

- Con referencia a lo anterior, es importante resaltar que según cifras de la OPS (2005) el sector salud emplea a más de 20 millones de trabajadores en Latinoamérica y Estados Unidos con un gran peso social y económico que representa más del 5% de la población económicamente activa y el 7% en promedio del Producto Interno Bruto. Pero, se observa como la salud ocupacional ha sido largamente olvidada por organizaciones gremiales, sindicales, administrativas y Gobiernos de diferentes países por el concepto erróneo de que la industria de la salud es "limpia" y sin riesgos; y sin entender que la calidad de atención que recibe un paciente está íntimamente vinculada con las condiciones de salud y seguridad en que labora su personal.
- En efecto, frente a este problema se observa que el personal directivo y trabajadores de la salud parecen convivir con preocupación, pero sin acción contundente, con esta situación generadora de riesgos para la salud tanto del personal como de los pacientes que acuden a recibir asistencia sanitaria, así como también para el ambiente.
- En este sentido, resulta oportuno recordar que este programa responde a la iniciativa global de la OMS de expansión de políticas de salud en el trabajo para los trabajadores del sector salud, y por ende, en Venezuela resulta imperiosa la necesidad de instar al Ministerio del Poder Popular para la Salud para la dotación, a corto plazo, de equipos de protección personal, jeringas con dispositivos de seguridad y contenedores para la disposición inicial segura de estos desechos en todos los centros de salud; cumplimiento con carácter obligatorio para todo el personal de salud del esquema de inmunización completo (3 dosis) contra la Hepatitis B, así como reforzar este programa con la Creación de los Comités de Pinchazos. Igualmente, exhortar a dicho Ministerio, para la implementación de las Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidas en el Artículo 10 de la LOPCYMAT y el Artículo 80 del Reglamento Parcial de la misma Ley, con la elección de los Delegados de Prevención (representantes de los trabajadores ante el CSSL), la constitución de los Comités de Seguridad y Salud Laboral (CSSL) y la creación de los Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo (SSST) en todos los centros dispensadores de salud.
- Sobre la base de las consideraciones anteriores, se observa claramente que la salud de los trabajadores del sector salud adquiere una especial relevancia. Se exponen diariamente a múltiples riesgos ocupacionales, muchos de los cuales son nuevos y su prevención representa un desafío para los trabajadores, empleadores, profesionales de la salud ocupacional y el estado. Y es por ello, que estamos en la obligación

de impulsar el estudio, la organización y la defensa de la salud de los trabajadores de la salud, puesto que no hay máquina que por si sola de salud, siempre se necesita del contacto humano, porque no hay salud, sin los trabajadores de la salud.

CONFERENCIA:
**“Situación de la salud y seguridad
laboral de los trabajadores en
sector salud en américa latina y en
Venezuela”**

RELATORÍA

3

Situación de la salud y seguridad laboral de los trabajadores en sector salud en América Latina y en Venezuela

**Dr. Francisco González. Universidad Centro Occidental
Lisandro Alvarado. Barquisimeto, Venezuela**

Moderador: Ing. Leopoldo Yanes

Relatores: Dr. Benny Suárez y TSU Yadira Salas

La presentación fue iniciada realizando un breve recorrido histórico sobre los orígenes de la Salud Ocupacional a partir del trabajo desarrollado por el padre de la medicina del trabajo Bernardino Ramazzini, quien escribió "*De Morbis Artificum*" (Tratado de las Enfermedades de los Artesanos) (1713) el cual según explica el ponente consistió en un estudio sistemático de las diferentes enfermedades que contraían los trabajadores como consecuencia del desarrollo de su oficio.

Refiere que en el mundo hay muchos héroes, entre ellos Horace Wells, William Green Morton, Twillier Cólera, Lazaer, Dutton, Ricketts y Prowsavets y plantea que la situación actual según la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y se producen: 337 millones de accidentes de trabajo y 190 millones de enfermedades de trabajo al año. Además, esta es un área que no es una prioridad porque el modelo es hegemónico, predominando las muertes en los trabajadores.

Venezuela, a principios de la década de los 50, logra formar el primer Médico Ocupacional, el Dr. Emigdio Cañizalez, quien es enviado por la Shell a estudiar en Inglaterra. Al regresar es despedido por asumir determinada posición política. Entre las décadas de los años 1970 y 2000 grupos profesionales unieron esfuerzos con el movimiento obrero, en Caracas con Claudio Cedeño y Eric Omaña; en Ciudad Guayana, Edwin Zambrano; en Maracay Oscar Feo, Leopoldo Yáñez, Carmela Martínez; en Lara, Pedro Abarca y mi persona entre otros para organizar estudios sobre la materia, tanto desde el punto de vista profesional y técnico como en el avance para una legislación nacional.

En 1984 Pedro Ortega Díaz rescata el proyecto de la Ley Orgánica de Prevención Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT), basado en el Convenio 155 de la OIT sobre Seguridad y Salud en el Trabajo,

la cual en 1986 es aprobada, 11 años después de haber sido introducida para su discusión y habrían de pasar 15 años más para la puesta en marcha del Instituto Nacional de Prevención Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL).

El ponente continúa su disertación expresando que según datos de la OMS, las enfermedades producto de accidentes del trabajo corresponden en un 40% a hepatitis B y 50% de las mismas son producto de pinchazos, de los cuales 90% ocurren en los países en vías de desarrollo y de ellos los pertenecientes a Latinoamérica tienen el índice más alto.

Refiere, así mismo, que la OMS publicó un Atlas Mundial sobre Accidentes Laborales, que se realizó gracias al aporte de datos de todos los países miembros de esta organización, sin embargo lamenta que Venezuela no envió información cuando le fue solicitada, por tanto la realidad de nuestros trabajadores de salud no se ve reflejada en el mismo. Esta información se encuentra discriminada por país, edad y sexos por año, en el cual compara a varios países (Honduras, Brasil, Costa Rica, Panamá, México y EEUU) y entre los datos más resaltantes figuran que las enfermeras y personal sanitario son los más expuestos a los riesgos laborales, y dependen del tipo de oficio, condición, organización y auto cuidado de los trabajadores.

Expresa el Dr. González que el número de lesiones y enfermedades ocupacionales sufridas por los Trabajadores del Sector Salud (TSS) ha venido incrementándose en la última década, por lo que la exposición ocupacional a riesgos biológicos, particularmente a agentes patógenos de la sangre, llama la atención de los propios trabajadores de la salud y por supuesto genera intervenciones de manera prioritaria.

Refiere que según datos de la OMS, para el año 2007, 2 millones de trabajadores del sector Salud, a nivel mundial, habían experimentado exposición percutánea a enfermedades infecciosas, por lo que este tipo de accidentes laborales constituyen la causa más común de exposición ocupacional y la principal causa de transmisión de agentes patógenos de la sangre. Alrededor de 90% de las exposiciones ocupacionales ocurren en países en desarrollo, y causan enfermedad severa y muerte en los TSS.

Latinoamérica tiene la prevalencia más elevada de transmisión por virus de la hepatitis B (VHB) en los trabajadores de la salud. El porcentaje de infecciones atribuible por causa ocupacional es de 50% para este virus, 65% para el virus de la hepatitis C (VHC) y 7% para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA).

Las lesiones percutáneas por agujas son las responsables de 40% de las infecciones por VHB, 45% de las infecciones por VHC y 25% por ciento de las

infecciones por VIH/SIDA, del total de carga de enfermedades ocupacionales. Los accidentes por pinchazos ocurren con mayor frecuencia (52%) en salas de cirugía y el 27% de los mismos por la manipulación de agujas en pacientes.

Desde el año 2003, la OMS en cooperación con el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH por sus siglas en inglés) desarrolla y pone en práctica un proyecto dirigido a la prevención de infecciones por transmisión sanguínea. Así, en el año 2005, la OMS, OPS y NIOSH iniciaron la adaptación e implantación de los instrumentos para los trabajadores del sector salud en Latinoamérica, en vista del panorama planteado. La primera edición en español en CD-ROM tiene por título "Prevención de lesiones por pinchazo de aguja", además del "Manual de Salud y Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud", que forman parte de la iniciativa de OMS/OPS para la generación de Entornos de Trabajo Saludables. Ambas publicaciones se encuentran disponibles desde las páginas de Internet de la OMS / OPS y el S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldón".

Venezuela, por contar con fortalezas y condiciones favorables para el desarrollo de este proyecto, fue seleccionada como país piloto en la región de Latinoamérica y el Caribe, con el propósito de evaluar estos instrumentos y preparar su divulgación a otros países de la Región.

El proyecto PINCHAZO, en Venezuela, es liderado por el área de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón", quien es el brazo ejecutor de la Política de Formación de Recursos Humanos en Salud y está adscrito al MPPS. A nivel local, los trabajadores de los centros de salud se organizan como Delegados de Prevención, Comités de Salud y Seguridad Laboral desempeñando un rol protagónico en la ejecución de las acciones preventivas; mientras que los Servicios de Seguridad y Salud en el trabajo (SST) integran elementos de otros programas para optimizar el uso de los recursos e identificar y evaluar la efectividad de las intervenciones preventivas.

La meta del proyecto Pinchazo es disminuir la exposición ocupacional a agentes patógenos transmitidos por sangre en trabajadores del sector salud, mediante la mejora e implantación de políticas para proteger a los trabajadores (a nivel nacional, estatal y local), y lograr la participación activa de trabajadores de salud, organizaciones, empleadores, instituciones educativas y gobierno en los programas de prevención. Así como a los objetivos que persigue este proyecto desde sus orígenes como son:

1. Impulsar políticas nacionales, estatales, y locales de protección de los trabajadores de salud contra agentes patógenos de la sangre.
2. Promover la participación activa de los trabajadores a través de los comités de seguridad y salud laboral.

3. Capacitar líderes en prevención de transmisión ocupacional de agentes patógenos de la sangre.
4. Promover la manipulación segura y disposición adecuada de objetos punzantes en los centros de trabajo del sector salud.

La OPS recientemente está desarrollando un curso *“Salud Ocupacional y Control de infecciones”*, en línea, es totalmente gratuito y se encuentra en la página Web de este ente.

Menciona que es importante conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos los trabajadores del sector salud, como son: los químicos, físicos, mecánicos, menciona, así mismo, algunos riesgos que no tienden a ser tomados en cuenta comúnmente como son los psicosociales, que afectan al personal de salud, y que este personal está entre los primeros lugares en suicidios, alcoholismo.

Son resaltantes y hablan de la importancia de los accidentes laborales los datos aportados por la OIT: según Informe del 2006, Seguridad y Salud en el trabajo de Ginebra en el cual se refleja que:

- 1.735 muertes por trabajo lo que equivale a 4,75 muertes diarias
- 5.298 muertes por enfermedades laborales lo que equivale a 14,5 muertes diarias, en total 19 muertes diarias productos del trabajo

En definitiva, con la creación del INPSASEL en el año 2002, bajo el artículo 87 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), se abre un camino promisorio, aunque aun en construcción para garantizar salud a nuestros trabajadores.

Finalmente, no se deben olvidar ciertas normas simples y baratas a fin de minimizar los riesgos como son: Implementar la obligatoriedad y las medidas universales de precaución, lavado de manos, el auto cuidado, el estilo de vida, inmunizaciones, vacunaciones, la jerarquía de los controles.

FORO:

“Organización de los servicios de salud y seguridad laboral de los trabajadores en el sector salud en america latina”

TELECONFERENCIA:

“Factores de riesgo de los trabajadores en los servicios de salud”

RELATORÍA



FORO: Organización de los servicios de salud y seguridad laboral de los trabajadores en el sector salud en america latina

TELECONFERENCIA: Factores de riesgo de los trabajadores en los servicios de salud

Dr. George Delclos. Universidad de Barcelona, España

(Presentación simultánea on line a través de ELLUMINATE con la sede del SIAIE Dr. Arnoldo Gabaldón ubicada en Maracay, estado Aragua).

Moderador: Ing. Leopoldo Yáñez

Relator: Dr. Benny Suárez

El Dr. Delclos hizo referencia a los riesgos del sector sanitario y de asistencia social, y mencionó que la mayoría de los datos que presenta corresponden a Estados Unidos, ya que su experiencia y práctica laboral en este campo corresponde mayormente a este país.

Reporta que más de 17 millones de trabajadores se encuentran ubicados en el sector salud, y que más del 80 % de los que sufren accidentes laborales en este sector corresponden a mujeres, mas del 50% de los accidentes ocurren en hospitales y el 75% ocurre en aquellos que están en contacto directo con pacientes. Los grupos de edad afectados han venido cambiando, por ejemplo en 1970 el grupo de edad mayormente afectado correspondió a 25-29 años y en el 2004 el rango de edad, mayormente afectada correspondió a 45-64 años.

Enfatiza que no todos los trabajadores del sector salud laboran en Hospitales y que hay una proporción importante de ellos que trabajan en Clínicas, Laboratorios, Geriátricos, prestando asistencia a domicilio, entre otros.

El sector sanitario, en general, ocupa el segundo en lesiones, después del sector manufacturero, con un estimado de 668.000 lesionados (esta información corresponde a USA). Todas las lesiones y enfermedades ocupacionales, se inclinan hacia el sector público en comparación, con el sector privado, y dentro de los profesionales del sector salud, las enfermeras son las que están mayormente expuestas a los accidentes. En el sector público, se incrementan las denominadas bajas del trabajador, producto de, en orden de prioridad: esguinces, dolores, contusiones, entre otras.

Los factores de riesgo ocupacionales siguen siendo los clásicos, y hace referencia a un estudio, en el cual se realizó encuestas a 4826 enfermeras donde se evidenció la presencia de efectos agudos y crónicos, exceso de trabajo y estrés, lumbalgias, infecciones adquiridas por condiciones inseguras laborales. Entre las situaciones generadoras de estrés encontraron que una de ellas corresponde en 66% del personal de salud es obligado a trabajar horas extras.

Este mismo estudio valoró el clima de seguridad en los ambientes de trabajo, a través de la percepción que tiene el trabajador sobre la salud y seguridad en su puesto de trabajo. Los resultados apuntan a una relación directa, encontrando que a mayor clima de seguridad, menores accidentes de trabajo; así mismo fue evaluado el cumplimiento de prácticas seguras de trabajo y encontraron los beneficios de contar con un buen clima de seguridad en la disminución de accidentes.

En relación a los riesgos biológicos, además de mencionar la transmisión del VIH, citó otros factores de exposición de un trabajador en un servicio de salud. Entre los riesgos destacó que los accidentes más frecuentes son los pinchazos por objetos punzocortante y que la hepatitis B ha tenido una caída dramática desde 1983 lo cual representa un éxito gracias a la implementación de la vacunación. En los últimos años, en EEUU los pinchazos con agujas tienen mayor probabilidad de transmitir virus de la hepatitis B en comparación con VIH.

Según el Sistema de Vigilancia del CDC de Atlanta (1997), la probabilidad de que un trabajador de la salud que se pincha con una aguja contaminada con sangre de un paciente con VIH/SIDA desarrolle la enfermedad, es 1 por cada 300. A partir del año 2006, 86% de los casos documentados han ocurrido por exposiciones percutáneas y el personal más expuesto son las enfermeras. Además existen otros factores entre ellos: la profundidad de la herida (OR = 15), la sangre invisible en la aguja (OR= 6,2), la elevada carga viral del paciente con VIH/SIDA (OR = 5,6) Cabe destacar que la hepatitis B ha tenido un aumento significativo de transmisión ocupacional.

Según refiere el ponente existe mayor riesgo de contraer Hepatitis B que VIH, y que es importante mencionar que se cuenta con la vacuna para prevenirla y reducir en consecuencia el contagio ocupacional. Sin embargo, no se debe olvidar las precauciones universales, que es un tema importante, porque si no pocos beneficios tendrá el trabajador. El cumplimiento de estas precauciones se encuentra entre 30 a 38% sobre todo en los médicos más jóvenes; es decir que mientras más temprano se inicie la formación en los profesionales sobre este aspecto, mayor es la

probabilidad de que las tengan en cuenta para su protección y las de sus pacientes.

La mejor manera de evitar accidentes relacionados con el trabajo en el sector salud es mediante la implementación de controles en el uso de equipos, (conectores sin agujas, cánula roma), como los sistemas de administración vía endovenosa sin aguja, los cuales han permitido evitar accidentes lo que nos lleva a pasar de un estudio inicialmente cuantitativo a uno cualitativo con el fin de indagar sobre otros factores que se encuentran involucrados en la persistencia de este tipo de accidentes, muchos de los cuales hacen referencia al hecho de estar asociados con el dominio de viejas prácticas.

La tuberculosis después de una reducción evidente de su prevalencia, ha manifestado un repunte debido a la llegada de los emigrantes, por lo que se ha tenido que desarrollar programas de vigilancia. Por otra parte en Texas, se ha observado la aparición de episodios asmáticos en el personal de salud y particularmente en el personal de enfermería que supera 73% de la tasa de morbilidad.

Los riesgos psicosociales que están presentes en esta población son: Depresión, abuso de drogas, estrés, trabajo por turnos, despidos, acoso sexual, mobbing de los cuales existen pocos datos y mucha inferencia. Los profesionales médicos más conservadores son muy cerrados y esto dificulta obtener información.

Otra patología que ha venido en aumento es la alergia por el uso del látex en los equipos médicos; a fin de verificar porque están sensibilizados los trabajadores al látex, se realizó un estudio a 300 personas a quienes se les aplicó un cuestionario; los datos obtenidos reportaron que un 10% tiene sensibilización al mismo (3 de cada 1); esta información ha permitido implementar políticas emanadas de la OSHA. El asma laboral producida por productos de limpieza y uso de guantes de látex con talco ha aumentado el doble entre los años 1992 al 2000, después del 2000 ha ido disminuyendo.

También están presentes los riesgos físicos y ergonómicos, patologías músculo esquelética-lumbalgias. Las enfermeras y camilleros son los más propensos a padecer estas enfermedades (lumbalgia); 1 de cada 15 enfermeras resulta discapacitada, encontrándose que las tasas más altas se encuentran en aquellos trabajadores/as asignadas a residencias y asilos. Esto ha generado un incremento de más de los 50% en indemnizaciones laborales a trabajadores/as lesionados, ocasionando mayor déficit de personal de enfermería.

La violencia que incluye desde amenazas y abuso verbal hasta la propia agresión física, en EEUU más del 60% de los actos de violencia reportados, correspondieron al sector salud. Hay muchos subregistro. Los lugares donde se registra mayor violencia corresponden a las farmacias, hospitales psiquiátricos, entre otros.

En resumen, la proporción más grande de la población laboral así como la de mayor crecimiento y demanda en EEUU, corresponde al sector salud, el cual va en vías de envejecimiento. Por su parte los riesgos abarcan el espectro total de los clásicos conocidos para el área de la salud ocupacional, siendo los riesgos músculo esquelético y psicosociales los que van en aumento; el éxito de la prevención primaria, depende de un diseño integral y participativo.



**Una mirada a la salud de los
trabajadores desde la sociología
del trabajo**

RELATORÍA

5

Una mirada a la salud de los trabajadores desde la sociología del trabajo

Dra. Ligia Sánchez Tovar. Universidad de Carabobo. Núcleo Aragua.

Relatores: Dr. Benny Suárez y TSU Yadira Salas.

En una breve reseña histórica menciona que la sociología nace en el siglo XIX y la Salud Ocupacional en los años 50, menciona a Fiedmann y Naville ambos muy relacionados con la materia, y destaca la necesidad de entender el significado que tiene el proceso del trabajo y sus relaciones.

El concepto de trabajo incluye "...*actividad física y mental...*" elemento clave de la vida del ser humano, y determinante de la salud; su evolución epistemológica y elemento a considerar para el abordaje de la salud.

También alude al concepto de salud donde destaca "...*bienestar físico, mental y social...*" (Salleras, Sanmarti, 1985). En tanto que cuando refiere a la Salud Ocupacional destaca que según la OMS está "...*dirigida a promover y proteger la salud del trabajador mediante la prevención y el control de enfermedades...*". Su propósito hace énfasis a espacio seguro y sano. Se ocupa de tomar los aspectos positivos del trabajo y mantenimiento de las capacidades del trabajador.

Esta disciplina toma en cuenta elementos de disciplinas como: antropología, ergonomía, psicología, derecho, epidemiología, entre otras áreas. La sociología del trabajo orientada al estudio de las relaciones laborales (Wisner, 1976).

Los aportes han venido de dos grandes vertientes:

1. El movimiento Italiano (Odoone) referente a:
 - Socialización y asunción por los propios asuntos.
 - Tendencialmente los trabajadores son sus propios sociólogos.
 - Se descubre y privilegia la científicidad de la experiencia breve.
2. El movimiento francés referido a:
 - Análisis, no como un elemento aislado, sino dentro del proceso histórico.
 - Determinantes de la salud de los trabajadores.

Transformaciones de mutaciones tecnológicas (trabajo manual y trabajo tecnológico).

Investigación cualitativa.

- Percepción de los trabajadores.
- Lo que sucede en el centro de trabajo, sirve para entender la línea de evolución.
- Orientan los estudios a la situación del trabajo para su historia.
- Atención a las formas de adaptación.
- “Huellas de trabajo” en la vida cotidiana y familiar, los cambios culturales.

También hay aportes de la sociología del trabajo latinoamericano con Julio Neffa, Irene Vasilachis, Martha Novick.

Asimismo, la sociología del trabajo se ocupa de toda la colectividad de trabajo con ciertos rasgos mínimos de estabilidad, donde exista una relación laboral.

Los retos que se plantean están relacionados con los conceptos: justo a tiempo, trabajo parcial, eventual, subcontrato.

El Impacto en la salud ocupacional e higiene del ambiente laboral, ha logrado desarrollar investigación de diferente índole, que van dirigidos a distintos grupos caracterizados por edades y calidad de vida (jóvenes, artesanos y familia), encontrando artículos científicos publicados en diferentes revistas como la revista Salud de los Trabajadores que están orientados a la sociología del trabajo y a la higiene ocupacional, según estudios realizado en el años 2005.

Las cuentas pendientes por parte de la sociología del trabajo, están enfocadas a elementos que afectan al trabajador (trabajo, familia y salud, trabajo calidad de vida y salud, trabajo artístico y salud) (tercerización y salud de los trabajadores entre otros). Es necesario dirigir la atención hacia cada uno de estos fenómenos para generar nuevos conocimientos que permitan mejorar la prevención de accidentes y la promoción de la salud del trabajador.

Exposición a riesgos radiológicos y protección radiológica de los trabajadores

RELATORÍA



Exposición a riesgos radiológicos y protección radiológica de los trabajadores

Dra. Miryam Escobar. Programa de Salud Radiológica. Hospital Anticanceroso de Barquisimeto, Venezuela.

Relatores: Dr. Benny Suárez y TSU Yadira Salas

La exposición radiológica, se inicia con el descubrimiento de los rayos X en 1895 y la primera persona que voluntariamente se expuso a la experimentación fue la señora Curie, quien junto a su esposo estudiaron elementos radioactivos y así apareció el elemento llamado Polonio. Más adelante se descubrieron otros elementos como el Uranio y el Radio, que se desintegraban en energía; sin embargo, la humanidad siempre ha estado expuesta a radiaciones que provienen del espacio a través de los rayos cósmicos y de la superficie terrestre como las rocas y el mar; son procesos de radiación natural y radiación artificial, que recibimos a través de diversas fuentes debido a exposiciones por diferentes motivos. Nuestro cuerpo también está compuesto por elementos radioactivos y además consumimos diariamente alimentos con elementos radioactivos. Es decir, todos los seres humanos estamos permanentemente recibiendo radioactividad. De esta manera podemos decir que recibimos aproximadamente uno 1,18.meq al año de radiaciones naturales. Para protegernos necesitamos conocer los riesgos de exposición. Las radiaciones emiten energía que se propaga en forma de ondas, y estas pueden ser de dos tipos: ionizantes y no ionizantes.

Las radiaciones ionizantes, son aquellas que interactúan con la materia rompiendo el enlace y se distinguen dos tipos: las protónicas y las corpusculares o pesadas (alfas, betas). Las alfas son muy pesadas y tienen un poder de desplazamiento en centímetros y la podemos detener con cualquier objeto, por eso se utiliza en tratamiento de tumores, cavidades y procesos internos. Las betas son más livianas tienen desplazamiento mayor que las alfas y las podemos detener con una barrera de cobre no así las gammas y los rayos X, para las cuales se están haciendo cálculos para determinar barreras entre el ser humano y la energía para disminuir su penetración.

Estos elementos tipos alfa y beta tienen una vida media, es decir tienden a estabilizarse y van perdiendo energía hasta decaer, quienes al interactuar excitan los elementos que están alrededor de la materia

produciendo alteraciones físicas y químicas hasta producir eventos biológicos en el ser humano. Las alteraciones celulares se producen en el núcleo desplazando el cromosoma de las estructuras contra las cuales actúan pero los rayos gamma y los rayos X actúan externamente o en el citoplasma, con moléculas de agua generando radicales activos. Sus efectos biológicos dependen de las dosis de exposición, de la calidad de radiación, volumen irradiado, jerarquía vital del volumen y del tipo de tejido irradiado.

Esto lo podemos ejemplarizar así: Si un ser humano se expone, va a sufrir un daño celular, que puede producir un mecanismo de reparación que si es adecuada la célula no se altera. En caso contrario la célula se modifica y traería como consecuencia una serie de sucesos y efectos celulares determinísticos que dependerán de la dosis de exposición.

A nivel de piel la exposición comienza con un enrojecimiento que progresa y se convierte en úlceras y puede llegar a producir necrosis del tejido de la zona afectada. Este riesgo desarrolla un proceso que no permite oler ni sentir en el momento del contacto, pues su efecto de latencia puede llevar horas, días y meses, es lenta, por ello no la relacionamos con las radiaciones ionizantes.

No obstante, a pesar de los daños a la salud, que pueden provocar las radiaciones también se puede regular su uso para producir beneficios, tiene aplicación en la medicina, industria, en el ámbito militar, industria alimentaria e investigación. En medicina la usamos para efectos curativos y también para diagnóstico mediante diferentes equipos (Equipos de Rayos X, Mamógrafos). En medicina nuclear a diferencia del radiodiagnóstico, el técnico no utiliza fuentes cerradas sino que manipula el material nuclear para colocárselo al paciente, quien se constituye en una fuente de riesgo. Al comprender los riesgos de exposición que tenía el personal, se inicio el estudio para establecer medidas de seguridad y protección radiológicas y a regular el número de dosis para el personal técnico y así nace la protección radiológica para aquellas personas expuestas.

La protección radiológica, consiste en prevenir y proteger a las personas expuestas a las radiaciones ionizantes. Es una rama de la salud ocupacional que persigue minimizar los efectos de las radiaciones.

Está basado en el principio de: Justificación, optimización y limitación. Todo estudio radiológico debe estar justificado para la salvación de la vida de los pacientes por tanto debe darse en espacios donde se garantice que no habrá sobre exposición del paciente lo cual se logra controlando la calidad de los equipos.

Los tipos de exposiciones, ocupacional relacionada con la persona que manipula, del público o familiares de pacientes, público que se expone accidentalmente y médica que es la que se recibe cuando nos sometemos a un estudio.

En todo sitio donde se manejen riesgos, todo el personal debe conocer los parámetros de seguridad y cada uno debe cumplir la seguridad radiológica garantizando el servicio con calidad.

El equipamiento debe estar colocado adecuadamente, teniendo presente las áreas que estarán alrededor de ellos, es decir las barreras primarias (consultorio, reten de niños etc). Las áreas deben estar clasificadas en Controladas donde están colocados los equipos que tienen ciertas normas estrictas a cumplir y el área supervisada o también la consola donde está ubicado el técnico. Para esta señalización se pueden usar colores que permitan identificar las zonas que están en funcionamiento y restringir el paso. La vigilancia radiológica del lugar y monitoreo de la zona, se realiza mediante aparatos de monitoreo individual como dosímetro de película o dosímetro termoluminiscente, cada uno de los cuales deben ser usados únicamente por la persona a quien fue asignado y en el lugar de cuerpo adecuado, para el perfecto historial de registro del trabajador, lo cual permitirá evaluar su perfil. Asimismo, deben tenerse presente los medios de protección personal como; delantales con plomo, protección de tiroides, protección para ojos, guantes, también deben considerarse los dispositivos protectores para las zonas de trabajo.

La protección de los trabajadores en el área radiológica es una prioridad por la gran exposición de riesgo, de allí que debe disponer de equipos de protección adecuados, limpieza del sitio, vigilancia médica. Tomar en cuenta: tiempo, distancia y el blindaje para disminuir la penetración de rayos

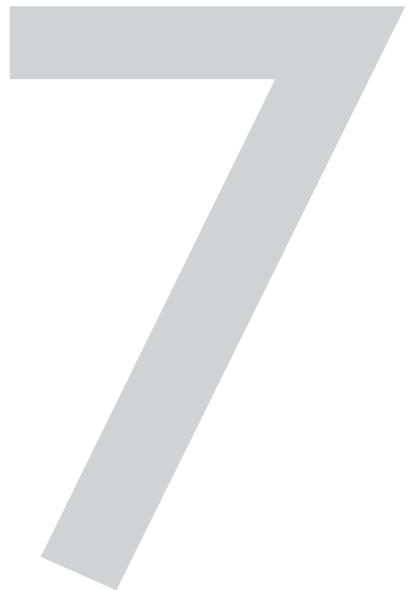
Cuando manejamos fuentes abiertas, como las de medicina nuclear tenemos dos fuentes de exposición; la irradiación y la contaminación, esta última por manipulación. Para ello debemos tener una limpieza del sitio, adecuada ventilación y atención médica. A menor tiempo en contacto con la fuente disminuye la contaminación.

Finalmente, la protección radiológica es un área de la salud ocupacional y sigue las normas de protección del trabajador.



FORO:
**“Riesgos disergonómicos y
psicosociales. Problemas de salud
de los trabajadores”**

RELATORÍA



FORO: "Riesgos disergonómicos y psicosociales. Problemas de salud de los trabajadores"

1. Ponencia: La ergonomía y la neurociencia

Dr. Rafael González. PDVSA (correo: 8038ra@gmail.com)

Relatora: Lcda. Nelisa Miquelena

El estudio de la neurociencia aplicada está vinculado con la mejora de la interacción de hombres y mujeres con máquinas e instrumentos de trabajo en el sector salud, para contribuir a evitar estados de fatiga, distracciones o emociones negativas durante la ejecución de tareas en espacios de trabajo peligrosos.

En esta ponencia fueron consideradas las razones por las que ha disminuido la calidad de atención de hombres y mujeres en diferentes centros de trabajo, asociado a las condiciones y el medio ambiente de Trabajo y su relación con la Neurociencia.

Expresó el ponente, que la situación comienza con un círculo vicioso entre quienes se quedan trabajando y que asumen la carga de los que están ausentes, bien sea por reposo prenatal, postnatal, por accidentes de trabajo u otros, generando una carga no equitativa, desde el punto de vista físico o mental, lo que produce a su vez que estos mismos egresen por reposo. Igualmente, implica un ciclo repetitivo que está generando como impacto una disminución de la calidad de atención de hombres y mujeres así como de la seguridad y salud de los trabajadores y las trabajadoras.

(Proyección de video)

Para evidenciar estas situaciones, a través de un video se muestran un caso real de las consecuencias que genera la disminución de la calidad de atención de hombres y mujeres en un centro de atención médica, que se desarrolla en los espacios de un Laboratorio Clínico con un promedio de atención de 400 personas por día. El estudio se realizó debido a que un paciente al recibir un resultado positivo y errado de VIH, tomó la decisión de suicidarse.

Al escuchar los diálogos del video, se pudo comprender la relación existente entre la emisión de un resultado erróneo, con las condiciones y medio ambiente de trabajo que desencadenaron un suicidio; pero que también generaron malestar en otras personas que igualmente recibieron un diagnóstico distinto al que les correspondía.

La presentación de estos diálogos evidencian una desproporción entre la cantidad de pacientes que asistían a este centro, el número de trabajadores que recibían, procesaban y transcribían la información relativa a las muestras y las condiciones de trabajo, tanto físicas, organizacionales y de ruido que pudieron ocasionar una equivocación en cadena de la emisión de los resultados en, al menos, 20 pacientes y como de manera indirecta esta situación provocó el fallecimiento de un paciente.

En este sentido se exponen herramientas y explicaciones teóricas y prácticas para mejorar estas condiciones y medio ambiente en el trabajo, que pueden ser aplicables a este o a otros ambientes del sector salud:

- Son muy importantes tener presente las fallas del sistema, ya que constituyen las causas profundas que pueden dar origen a este tipo de problemas mientras que las condiciones de trabajo son los factores que facilitan los actos seguros y disminuyen la probabilidad de estos errores.
- En ocasiones el estudio y análisis de los factores y errores cometidos por el sector salud, no son consideradas, mientras se realiza la inspección sanitaria y la supervisión de las fallas pasivas que son las del sistema administrativo.
- En ambientes de trabajos ordenados con las condiciones apropiadas para una actividad asistencial no ocurrirían este tipo de fallas; pero como sabemos nuestro sistema de salud no cumple con estas condiciones lo que ha generado que el personal se adapte a este entorno imperfecto de trabajo de una manera muy frecuente, asumiendo que son propias de su función y razón de ser en la profesión del profesional de salud como tal. En este sentido hay estudios que sugieren ajustes del horario de trabajo, difusión de guías clínicas para determinados procedimientos y reducir la incidencia de este tipo de errores.

Para contribuir con la mejora de estas condiciones de trabajo y garantizar el derecho a la salud el ponente propone las siguientes herramientas:

- Para la disminución y control de esos procesos de error que están lesionando tanto a los pacientes como a los trabajadores y trabajadoras del sector salud, es necesario contar con un Sistema de Notificación que permita su registro de manera sistemática, seria y responsable por parte de la institución. Las características de este sistema podrían ser las siguientes: No punitivo para incentivar la notificación; Confidencial e independiente, que permita la posibilidad de que sea evaluado por

- expertos; Ágil, sensible y capaz de difundir informaciones para consensuar sobre todo las actuaciones con las organizaciones implicadas.
- La segunda herramienta se refiere a la comprensión, para dimensionar el suceso o situación; en este sentido, se proponen los Estudios Epidemiológicos transversales y prospectivos que permitan cuantificar su frecuencia e identificar áreas prioritarias de actuación y retrospectivos que faciliten su adaptación a las dinámicas habituales de trabajo. Igualmente establecer un Control de Riesgos donde se busque mejorar el conocimiento en los trabajadores de salud y se desarrolle el entrenamiento respectivo del personal, es decir se fomente un cambio cultural en la organización de salud donde participen los pacientes y los trabajadores y trabajadoras del centro en la toma de decisiones.
 - La tercera herramienta sería la mejora de los conocimientos con la divulgación de buenas prácticas, el mejoramiento de las condiciones de trabajo vinculadas con jornadas adecuadas y que estén alineadas con la normativa legal vigente así como la formación, donde se profundice el conocimiento de aptitudes, habilidades y que sean reflejadas en guías clínicas y de protocolo que permitan dar una mejor atención a los pacientes y una mejor seguridad en el momento de cualquier contingencia. En fin, promover un cambio cultural incorporando a los pacientes en la toma de decisiones, dando cuenta una vez más a lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, donde se señala la participación del pueblo y además la contraloría social en todos los ámbitos de las políticas públicas.

Y como mensaje final, la máxima seguridad de los pacientes de los trabajadores y trabajadoras se alcanza con conocimiento, con programas eficientes de prevención y con la solidaridad como principio bolivariano fundamental, bajo la tutela de la consigna “*ciencia, paciencia y conciencia*” que invita a que se continúe con la lucha por la seguridad y la salud de nuestro pueblo.

2. Ponencia: Evaluación ergonómica y prevención de lesiones músculo-esqueléticas en el personal de salud

Dra. Evelin Escalona. Universidad de Carabobo. Núcleo-Aragua.

En la exposición de las bases teóricas que acompañaron esta ponencia, se hizo énfasis en la relación trabajo-ser humano, como noción de ergonomía, mediante la cual se considera en la evaluación integral del trabajo, los diferentes elementos que lo integran: las personas, los equipos, las actividades, las herramientas de trabajo, los espacios y el entorno; también se debe considerar la vivencia, es decir cómo vive la persona, lo que hace en su puesto y como lo percibe igualmente su experiencia y la manera

como logra los objetivos de las tareas encomendadas, con las dificultades que pueda tener. Luego se considera necesaria la multidisciplinariedad, pues el que trabaja ergonomía, trabaja con un equipo donde se incluyen ingenieros, médicos, abogados, profesionales en el área de recursos humanos, para un abordaje integral.

De igual manera refiere otro aspecto importante para la ergonomía, como es la Participación, donde este involucrado tanto el trabajador que se está estudiando, como el supervisor y el jefe de la línea para la búsqueda de soluciones adaptadas a las personas y al usuario, donde todos estén en conocimiento de la situación problema y de las soluciones generadas por el estudio, para permitir el cambio y la transformación del puesto de trabajo, y adaptar el cargo al ser humano y que no sea lo contrario, el ser humano adaptado al trabajo.

Partiendo de lo anterior la ponente comenta, que la solicitud del perfil del puesto de trabajo es contrario a la ergonomía, pues desde esta perspectiva es el puesto de trabajo quien establece por quien será desempeñado, donde se cuidan ciertas y determinadas características físicas y sociales específicas en la persona, cuando más bien se busca el confort y la satisfacción en el lugar de trabajo y proteger la salud y la vida de los trabajadores y las trabajadoras.

Desde esta perspectiva la ponente afirma que, tenemos que transformar el trabajo, para preservar la salud y dignificar la eficiencia laboral de los trabajadores y las trabajadoras.

En tal sentido se realizan algunas consideraciones en relación a los servicios sanitarios; y uno de los elementos que tienen que ver con la ergonomía y la prevención, es la arquitectura física de las Edificaciones asignadas a los establecimientos de salud. Una buena parte son verticales y hay recomendaciones para hacer edificios modulares de pocas plantas donde se evite el uso de ascensores, lo que mejoraría los procesos para trasladar los pacientes.

Otro aspecto señalado en relación a la arquitectura y ergonomía de los centros de salud venezolanos, es que las construcciones se realizan en terrenos que se encuentran en zonas de vulnerabilidad. Igualmente se deben considerar las vías de circulación de personas y de vehículos; las zonas destinadas a estacionamientos temporales, a zonas de descargas de materiales de desechos; además facilitar el desplazamiento de enfermos y el tránsito permanente de trabajadores y usuarios, de manera que se permita ese flujo de personas en forma rápida.

Luego señala que en el diseño de las estructuras físicas también se debe considerar la disposición de espacios necesarios, para el desplazamiento y las movilizaciones de personas en sillas de ruedas o camillas. Otro aspecto a tener en cuenta en la organización de las tareas propias de un establecimiento de salud son los espacios dedicados a la permanencia de los usuarios mientras esperan atención.

Por otro lado merece especial mención, los puestos de mantenimiento que ocupan los trabajadores que realizan esas labores en las instalaciones sanitarias, ya que por lo general se destinan espacios temporales sin tomar en cuenta la organización de este tipo de trabajo.

El espacio para el descanso del personal, es otra área de atención, pues se necesita proteger la salud de todos los trabajadores. Se requiere disponer de un lugar donde efectivamente ese momento pausa, se haga con comodidad y confort.

Los lugares para los acompañantes de los pacientes, también deben ser estudiados según la ponente, ya que se debería ofrecer una zona de información y señalización general y de seguridad, para que proporcione tranquilidad al usuario, porque de la manera que está organizada la información interna es la que en ocasiones no permite que el usuario llegue rápidamente al sitio que necesite, sobre todo si tiene una dolencia.

Una vez realizadas estas consideraciones, la ponente estableció una vinculación con los trastornos músculo esquelético y expone lo siguiente: los trastornos van a ser causados por traumatismos o lesiones foráneas de tejidos corporales que se han ido desarrollando con el paso del tiempo, estas lesiones no aparecen intempestivamente, ellas son un acumulado de efectos que van ocurriendo, fundamentalmente asociados con músculos, tendones y nervios; también incluyen otra variedad de lesiones ubicadas por ejemplo en la columna vertebral donde los miembros superiores son los más afectados. Dentro de estas lesiones hay una gran variedad, que son el resultado de realizar tareas repetidas durante un largo tiempo; los efectos están asociados a las posturas corporales; en el caso del sector salud está referido a la descarga de energía en los movimientos al halar, empujar camas, trasladar pacientes, movilizar personas que son pesadas y están desvanecidas, esto hace que el personal de salud este más expuesto, además de eso hay muchas otras situaciones que requieren del esfuerzo físico del personal en los puestos de trabajo donde se incluyen el personal de limpieza y mantenimiento.

Las posturas estáticas del trabajo es un tema que está presente en todos los trabajadores y trabajadoras de la salud; esto se puede ver

en las personas que pasan muchas horas de pie, ejemplo de ello, son las labores de odontología o con equipos eco gráficos, cuyos operadores deben mantener siempre el cuerpo en una misma posición para tratar de captar imágenes. Es decir hay una cantidad de trabajos que se han estado analizando a través de trabajos de grado y en investigaciones, que se han ido desarrollando desde el Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” y desde la Universidad de Carabobo.

Los trastornos músculo-esqueléticos también se pueden generar producto de movimientos repetitivos en trabajadores del sector administrativo; como por ejemplo los que están en las áreas de las dependencias que participan en la movilización de enfermos a través de pantallas de visualización de datos.

Otro riesgo que puede estar vinculado con estos trastornos, son las situaciones de estrés, particularmente en las emergencias, estas condiciones generan trastornos músculo esqueléticas, porque los músculos no se relajan adecuadamente. Estas condiciones generan la necesidad de indicar reposo si las jornadas son muy extensas, lo que solventaría en parte la problemática.

En este tipo de trastorno, se ubica la fisioterapia, ya que al trabajar con las manos y el cuerpo sobre el paciente para buscar el alivio, hace necesario también las pausas activas y sus reposos. Como ilustración refiere a un estudio de Hernaza y Paz, donde se expone que estos profesionales presentan dolor en zona baja de cuello, espalda, hombros, manos, rodillas, pies y caderas, lo que evidencia el necesario reposo y descanso.

En este sentido también refiere a las auxiliares de enfermería, citando un estudio de López y Cantero, donde plantean lesiones músculo esqueléticas en espalda y extremidades, y su incidencia en las mujeres trabajadoras de clínicas, centros de rehabilitación y residencias de tercera edad, donde desempeñan tareas de movilización del enfermo. Estudios realizados en un geriátrico del estado Aragua para medir la carga de trabajo y las lesiones que puedan generarse en los trabajadores, se logró registrar los problemas de agresión que ocurren en el sector salud por parte de las personas que se encuentran en estado senil, además de la dificultad que tienen para movilizarlos para la higiene y la alimentación.

Otro aspecto tratado, es la movilización de los pacientes y las técnicas a ser empleadas, las cuales deben proteger la espalda de los trabajadores tratando de mantenerla lo mas recta posible, doblar las rodillas y que el peso del cuerpo sea sobre todo soportado por los miembros inferiores y no sobre la espalda, de manera que si flexionamos los miembros

inferiores vamos hacer más esfuerzo con los grandes músculos y no con los músculos de la espalda y también hacer las maniobras de traslado de dichos pacientes, de forma adecuada y segura. No obstante, señala que existen otros tipos de ayudas para el desplazamiento de pacientes, como es el uso de grúas para llevarlo desde la cama a la silla de ruedas y viceversa.

Finalmente concluye que:

- Los trastornos músculo esqueléticos de origen laboral en el sector salud constituyen un problema de salud pública, y los trabajadores están expuestos a múltiples condiciones peligrosas y de gran magnitud. Sin embargo, los registros disponibles son aquellos reportados por INPSASEL, donde se evidencia que a nivel nacional este tipo de trastorno aparecen en primer lugar, sin discriminar por tipo de trabajador.
- El diseño no ergonómico del puesto de trabajo potencia la posibilidad de la ocurrencia de estos trastornos en el personal de salud y se trata de un problema prevenible y evitable, por tanto es necesario su control para disminuir los costos asociados por enfermedad del trabajador.
- La solicitud de "Perfiles de Puesto de Trabajo" es lo contrario a lo que busca en la Ergonomía, pues su fin es preservar la salud, el trabajo digno y la eficiencia de los trabajadores y trabajadoras.

3. Ponencia: La violencia laboral y su impacto de la salud

Dra. Doris Acevedo (UC-ARAGUA)

El estudio de esta temática y ha sido motivo de preocupación; no obstante es un problema de larga data, desde que el trabajo es trabajo y con presencia universal. Más concretamente es desde la primera década del presente siglo XXI, cuando se están generando políticas públicas para su atención.

Los resultados que presenta la ponente constituyen productos iniciales de la línea de investigación Salud y Trabajo en la Universidad de Carabobo, que se comenzó como área de estudio desde el año 2006, en la subarea Género y Violencia en el trabajo, lo cual ha permitido incorporarla en los programas de formación, investigación, divulgación y como asesorías para la formulación de políticas públicas, específicamente en la Ley Orgánica para el Derecho a una Vida Libre de Violencia durante el año 2006, donde fueron convocados, el Centro de Salud de los Trabajadores para que expusieran la experiencia en cuanto a la violencia en el trabajo, desarrollando luego investigaciones referentes al hostigamiento y al acoso sexual en el trabajo, e investigaciones conjuntas con otras organizaciones, para crear espacios de sensibilización hacia el tema así como la motivación por su estudio desde este centro.

A partir de allí fue conformado un grupo de trabajo constituido por tesis de la Universidad de Carabobo, S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” y la Escuela de Formación Obrera, quienes han venido participando en foros en diferentes lugares del estado Aragua, constituyéndose en pioneros para impulsar estudios sobre este tema.

Producto de estas experiencias la ponente explica acerca del origen de la violencia laboral la cual se gesta en la dinámica de las relaciones de trabajo, que están mediadas por otro tipo de relaciones sociales: de clase, de género, entre otras. Son situaciones que se generan en las relaciones humanas, que se establecen en el trabajo, influenciadas en muchos casos por relaciones étnicas o de clase que están permeadas allí, y que tratan también de las formas de organizar la producción; por ejemplo, la violencia en el sistema esclavista, el trabajador podía perder hasta la vida, era considerado normal la forma que se utilizaba para obtener productividad de los trabajadores. Actualmente el pleno siglo XXI, se siguen observando diversas formas y estilos de tratamiento en el trabajo, que tiene que ver con las relaciones humanas y la valoración que tenemos del ser humano y la otredad.

También esto tiene que ver con consideraciones cívicas, con el derecho a la vida y al trabajo, con una regulación de las relaciones entre las personas, con las formas de organización del trabajo. Por ejemplo en el modelo capitalista el primer valor es en la organización del trabajo, es la disciplina y esto se suele ver como un eslogan en muchas empresas, lo que a su vez colinda con la obediencia y con las relaciones de subordinación o con las relaciones de cooperación y autonomía.

La ponente plantea que se debe tomar en cuenta el sentir del trabajador y la percepción del mismo, lo cual evidencia con la presentación de algunos testimonios: *“me quitó el bono de producción por no haber hecho sobre tiempo”*; *“ella me decía, tú tienes que atenderme a mi cuando yo esté aquí, no tienes que atender a mas nadie”*; *“es que yo tenía un jefe mujer, ella me trataba muy mal me agredía, me gritaba, pero verbalmente. Ella era fuerte”*; *“ella aquí maltrata a todo el mundo y no era malo que ella me tratara así”*. Se puede observar como los trabajadores interpretan este tipo de situación, y se acostumbran a que lo traten mal, porque aparentemente la característica del jefe es que este tiene que ser agresivo; bajo este esquema el trabajador piensa que lo que hace no tiene valor, ya que considera que se le proporcionó ayuda a través del empleo, y tiene que aguantar pasivamente cualquier situación.

El concepto de violencia laboral, está referido a toda manifestación de agresión verbal, física, psicológica y sexual que afecta la tranquilidad y

dignidad de las personas, su salud y sus posibilidades de tener acceso al trabajo. Esta orientación se originan, según la ponente, de los resultados obtenidos de sus investigaciones que refieren al hostigamiento moral, término que ha recibido diferentes denominaciones. Al respecto, Mobbing se refiere al encadenamiento de agresiones dirigidas a una o varias personas de manera cotidiana durante un largo periodo, generalmente mayor a tres meses. Bullying lo refiere a las repetidas agresiones por desempeño en el trabajo.

No obstante, se puede entender al hostigamiento moral, como toda conducta agresiva y repetida que puede ser interna o externa, que tiene por objeto agredir a la persona en su dignidad e integridad física y síquica, en un ambiente intimidante humillante y ofensivo. El componente moral se incluye porque la persona va quedando parcialmente anulada sin posibilidad de responder ante la agresión que se está generando hacia a ella, tal como se le denomina en Francia.

Asimismo, el hostigamiento laboral repetido, tiene una duración en el tiempo y tiende a banalizarse. Esto es una conducta no deseada que atenta contra la dignidad de la persona que la sufre y con amenaza expresa a ocasionarle un mal en su desempeño y expectativas en el ambiente del trabajo. Los recursos que se utilizan son el abuso de poder, la relación de subordinación, con consecuencias psicológicas, físicas, sociales, morales y económicas que puede afectar la vida de la persona y se caracteriza por ser intencional.

Las expresiones de violencia y su tipificación, están asociadas a golpes, heridas, ataques con armas, aislamiento, y homicidio. Las manifestaciones de tipo verbal o gestual están identificadas como burlas y gestos que deterioran la salud de las personas y las sexuales, desde la discriminación por acoso sexual, basada en las relaciones de poder y en los estilos de dirección con estrategias de rentabilidad, y que también pueden ser internas y externas. Por otra parte, se mencionan ejemplos de discriminación de géneros, tales como: pedir pruebas de embarazo, limitar o impedir el acceso de las mujeres al trabajo o exigir a las mujeres buena presencia; una de estas características en nuestro país, es la exigencia de un sexo específico para determinada ocupación y la desigualdad salarial por género.

La ponente finalmente hizo referencia a que se han venido desarrollando políticas, acuerdos y tratados internacionales en torno al tema, porque se ha conseguido que el problema es relevante e importante de abordar por su impacto sobre la salud.

4. Ponencia: Violencia laboral externa en el sector salud

Dr. Luis Requena

Según la Organización Nacional del Trabajo la violencia no es propia de un país y no obedece a fronteras, ni a género, ni a territorios, ni a profesiones, ni a clases sociales; se manifiesta por igual en todos los espacios de la vida humana.

En los Estados Unidos, según informa el ponente, más de 5 millones de trabajadores están expuestos a distintas formas de violencia, incluyendo al homicidio, con una tasa de 8.3 por cada diez mil habitantes; La violencia en el sector salud alcanza a una cuarta parte del total de lo expresado para los ambientes laborales en general, es decir 1 de 4 trabajadores agredidos en su trabajo pertenecen al sector salud.

En relación a estos indicadores de elevados índices de violencia el ponente hace referencia a las características propias del sector salud que tienen que ver con elementos que originan las manifestaciones de hechos violentos; una de estas características es que los trabajadores de la salud creen que desde el portero del establecimiento hasta el director son médicos y que pueden curar, lo cual contribuye a que la magnitud del problema sea ignorada y la mayoría no informa lo que le está pasando; Los servicios de salud no tienen programas para la recolección de información, es decir que las autoridades desconocen la magnitud del problema existente.

Otras de las características que explican estos hechos violentos, es la falta de políticas y programas preventivos. En efecto algunos estudios plantean que no se tiene claro, el significado de una agresión en los establecimientos de salud, reportándose que los permisos o reposos por estas causas, son más frecuentes en enfermeras que en agentes policiales, con esto queda en evidencia que la violencia en los establecimientos de salud es grave.

El trabajo con carencias de insumos y largas jornadas, propician el estrés laboral en las personas que presentan alteraciones de salud aunado a que atienden personas que vienen enfermas y que también vienen estresados. Esto facilita la generación de violencia y obliga a proporcionar información sobre la temática de la violencia, para su prevención.

Los tipos de Violencias, pueden ser clasificados de la siguiente forma:

- **Violencia Única:** se presenta cuando el agresor no tiene ningún tipo de relación con el trabajador a quien se agrede.

- **Violencia Múltiple:** cuando el agresor tiene relación con el paciente, los familiares del paciente o quienes usan el servicio de salud.
- **Violencia Organizacional:** es una forma de violencia entre colegas o entre jefes de una misma institución. Es una violencia interna y se expresa principalmente de dos formas, física, que es a través de armas de fuego o de otro tipo, y la no física que comprende el comportamiento abusivo verbal o psicológico en el trabajador.

Las organizaciones más propensas a presentar violencia son aquellas que no tienen programas de prevención, así como también aquellas organizaciones que tienen gerencias con formas autoritarias, personalistas e intimidatorias, es decir, hay una clara jerarquía para la toma de decisiones y cadena de mando.

Estas organizaciones que tienen estilo gerencial vertical, por lo general presentan relaciones interpersonales deficientes porque el jefe es repudiado; la violencia emerge fácilmente cuando son ofertadas expectativas de un excelente servicio a los usuarios de los establecimientos que no son satisfechas generando detonantes de violencia.

Otras de las características comentadas por el ponente que suelen estar presente para que surjan situaciones de violencia en las organizaciones son en aquellos establecimientos pequeños y aislados, es decir que tienen sistemas de comunicación deficientes, con esta característica se identificó a los ambulatorios pequeños, donde no hay teléfonos y no hay formas de comunicarse con el exterior, por lo general están ubicados en una localidad de alta peligrosidad.

Al respecto se han manifestado pronunciamientos realizados por la Federación Médica Venezolana, ante los cuales el ponente fija posición, al hacer referencia a estudios realizados por esta organización, calificándolos de análisis simplistas, pues la violencia en los centros de salud no es la mera transmisión de afuera hacia adentro. No se trata de decir que los delincuentes ingresaron al establecimiento y agredieron al personal de salud, esto es simplista y que tampoco comparte que se diga que la violencia en los centros de salud se debe a la instigación de líderes por lenguaje coloquial fuerte y soez.

El ponente explica como se ha hecho presente en los centros de salud la violencia, exponiendo que la mayor agresividad se ha observado en aquellos establecimientos con escasos recursos tanto materiales como de personal, lo que conlleva a que en cualquier momento se haga presente situaciones violentas. Igualmente las presiones por reformas,

despidos de personal y las modificaciones internas que se realizan ante la inseguridad del momento, también son causas de estrés que facilitan el desencadenamiento de hechos violentos.

En el contexto venezolano, se han dado repuntes de violencia por cambios repetidos en cuanto a las políticas de salud, y el impacto que tendrá en la población.

Otro factor de riesgo es el inadecuado diseño del ambiente de trabajo; los establecimientos de salud resultan incómodos, bien porque son estrechos u oscuros, o porque tienen poca vigilancia y gran circulación de personas sin restricción.

Las víctimas objeto de violencia, son en general de sexo femenino, jóvenes inexpertas, que pertenecen a grupos minoritarios; las altas exigencias, la insatisfacción laboral y el escaso poder decisorio les genera estrés y violencia, mientras que los agresores en su mayoría son de sexo masculino jóvenes, con altas expectativas de servicio, unido al consumo de alcohol y drogas o que padecen de alguna enfermedad mental.

La violencia trae a los establecimientos de salud, deterioro en la calidad y en la eficacia, en las comunidades niega el acceso a la atención a la salud y en las personas trae consecuencias físicas y psicológicas, limitando el derecho constitucional a la salud y a la vida, lo que hace necesario, en los centros de salud la violencia sea estudiada y prevenida como actividad prioritaria.

En este mismo orden de ideas, en aras de evidenciar como se manifiesta y se va gestando la violencia en los centros de salud, presenta una experiencia propia del Ambulatorio Urbano “La Llanada”, que está ubicado en Cumaná Estado Sucre, con una población de 26.150 habitantes, según censo del mismo ambulatorio, que tiene una alta criminalidad, donde frecuentemente ocurren homicidios y secuestros, es decir que reúne todas las características para tener un alto riesgo de violencia.

En este Ambulatorio de la Llanada, se realizaron los análisis en cuanto a la distribución de los trabajadores por cargo y sexo, donde se encontró que la mayor parte del personal de salud con alto riesgo de violencia, es de sexo femenino características predominantes en las víctimas por agresión.

Durante este estudio el personal afirmó, con una frecuencia de 7 a 10 médicos, que habían sido agredidos de alguna forma, física en 5 y combinadas en 2 de ellos. En las enfermeras 57% dijo haber sido agredidas,

y analistas, odontólogos y auxiliares de enfermería y de laboratorios 50%; 72.7% de las agresiones fueron en contra de mujeres.

Por otro lado se hizo mención de la inexperiencia, que es un hecho importante de considerar para prevenir la violencia, pues se han observado en personas que tienen de uno a cinco años de experiencia que 39.4% fueron agredidas y de seis a diez años de experiencia 36.4%, lo que indica que un 70% de las personas agredidas son personas con menos de 10 años de experiencia. Se pudo constatar en este estudio, con respecto al lugar donde se producen las agresiones, que 58% de ellas se ocurren en la emergencia del establecimiento y que las agresiones fueron efectuadas por pacientes o familiares en 73%.

Finalmente la ponente, sugiere recomendaciones para intervenir en contra de la violencia:

- La violencia en el trabajo debe ser considerada como un riesgo ocupacional y por lo tanto debe ser enfrentado como se hace con los demás riesgos ocupacionales, es decir a través del establecimiento de programas de prevención y la instalación de mesas de diálogo.
- Es necesario tener políticas y programas de seguridad y salud en el trabajo de manera obligatoria.
- Deben existir programas de prevención y establecer un sistema de reportes y de denuncias relacionados a la violencia, esto proporcionaría instrumentos y herramientas para el personal que toma decisiones y que se conozca la magnitud de la problemática, porque en el total desconocimiento estará realizando esfuerzos inútiles.
- Se puede disminuir la violencia cuando se comienza a reconocer los elementos que propician y generan la violencia.
- Los espacios idóneos y adecuados para realizar las actividades del personal de salud también son factores que contribuyen a disminuir los niveles de violencia.

5. Ponencia: Proyecto para el diseño y construcción de programas de formación en el área de pre-grado y postgrado con enfoque de diversidad de género

Dr. Pedro Villasana

Unidad de Investigación Estudios en Salud Pública Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua

El ponente presentó un estudio, desarrollado por profesores y estudiantes de la Escuela de Medicina "Witremundo Torrealba" de la Universidad de Carabobo. Dicho proyecto nace de las inquietudes que están aportando al diseño y construcción de programas de formación en el área de pre-grado y postgrado y también de programas de atención,

actualmente inexistentes en nuestros sistemas de salud, con enfoque de diversidad de género.

Refiere que la magnitud y el origen de la violencia laboral en este estudio, parte de la Declaración de las Naciones Unidas (2008), que se pronuncia en apoyo de la relación constituida por lesbianas, gay, transexuales, e intersexuales y que contó con el apoyo de 66 países, donde se defienden los derechos de todos los seres humanos independientemente de su orientación sexual o de equidad de género y además condena la violencia de género en la población constituida por estos grupos de la población.

Realiza reflexiones acerca de la dimensión del problema, de acuerdo a estudios realizados por la Organización Europea, quienes han determinado que 6 millones de trabajadores, fueron objeto de violencia física, 2 millones de ellos sufrieron acoso sexual y 1 millón de ellos fueron víctimas de intimidación y hostigamiento. Asimismo cita otros estudios realizados por organizaciones mundiales que han arrojado datos relevantes acerca del fuerte incremento de índices de violencia en diferentes ámbitos y espacios laborales, donde no se identifican bajo ningún renglón la violencia hacia transexuales, gay, lesbianas entre otras, y pareciera que se desea invisibilizar el problema.

Igualmente, estudios realizados en Estados Unidos exponen que el hecho de solo comportarse diferente provoca agresiones por partes de otras personas, y cita que 43% de personas que han sido entrevistadas han afirmado ser objeto de episodios violentos relacionados directamente con su orientación sexual.

Los antecedentes de diversidad sexual, partiendo obligatoriamente del término género, que se refiere a la relación sexual y de sexo entre hombre y mujer, con relación a la orientación sexual; establece una relación erótica como una manifestación del sujeto en su sexualidad, hacia quien nos sentimos atraídos y se han identificado diferentes tipos:

- Heterosexual cuando la atracción es hacia el sexo opuesto.
- Homosexual cuando la atracción se da hacia el mismo sexo.
- Bisexual cuando la atracción se da hacia ambos sexos.
- Asexual cuando carece de orientación sexual.
- Pansexual cuando la atracción se hace hacia todo o hacia todos.

En este orden de ideas, resalta la necesidad de estudiar otros términos, tal es el caso de la Diversidad de Género, que se refiere a diversos comportamientos percibidos en sujetos de sexo femenino o masculino en un grupo a sistema social dado y la Diversidad Sexual que se

refiere a cualquier práctica y orientación, discurso o ideología asociada a la sexualidad alternativa que sea distinta a la hegemonía heterosexual, y que se contraponga a la ideología antropocéntrica y heterosexista.

Otros de los términos que deben ser estudiados, es la Homofobia, la opofobia y la transfobia muy utilizados actualmente, los tres se refieren a odio rechazo o desvalorización que se expresa a través de discriminación violencia y por ende a la violación de los derechos de estas personas, expresados desde la burla y el desprecio y la exclusión, hasta la agresión que puede culminar en el crimen de odio.

En este sentido es interesante observar la posición asumida por algunos países ante dicha problemática, como ocurrió en Perú cuando se publicó un artículo en prensa de circulación nacional, titulado "*soy una chica trans y una persona como las demás*". En este artículo se puede ver como una patología, la situación de la persona donde se expresa que "*se está ante interpretaciones equivocadas por comportamientos claramente patológicos*". En esta nota se puede ver claramente como una orientación sexual diferente no es aceptada, y es vinculada esta condición diferente a la clara existencia de enfermedades de VIH /SIDA cuando esta es una enfermedad a la que todos estamos expuestos, sin importar la orientación sexual.

Otros países han avanzado al respecto, como por ejemplo en Venezuela que existe una organización llamada Contranatura de la Universidad Central de Venezuela, constituida por estudiantes que se centra en el estudio de la diversidad sexual humana y en Cuba también existe una iniciativa de la reforma legal, que busca incluir y aceptar legalmente la unión entre homosexuales buscando siempre disminuir la discriminación.

Sin embargo existen otras posturas sociales como es el caso de la Iglesia; para hablar de ello se hace referencia a pasajes de la Biblia que expresan "*no te echarás con varón con hombre como mujer esto es abominación, si alguno se juntara con varón como mujer es abominación y fiero ambos deben ser muertos y sobre ellos yacerá su sangre*", es decir ¿qué ni los afeminados, ni los que se echan, con varones que se conoce como sodomitas, no debe ir al cielo? es una interrogante que surge ante esta problemática.

En cuanto al marco legal que ha acompañado a la problemática, explica que los diferentes marcos legales, normas, convenios y tratados internacionales, han ido configurando nuestra vida en sociedad y la de estos grupos aparentemente minoritarios.

En América Latina, existen países donde ya es permitido el matrimonio homosexual y en otros países existen penas menores o cadena perpetua; y a nivel mundial hay pena de muerte en algunos países ante este comportamiento sexual homosexual.

El marco legal venezolano tiene contradicciones, a pesar de los aparentes avances en la materia al normar y reconocer derechos a las personas en cuanto al respeto a la diversidad y la no discriminación por sexo, raza, credo, condición social y etnia, cuando en articulados de la carta magna relativos a la familia, solo se brinda la protección al matrimonio entre hombre y mujer, también se defiende la igualdad y la equidad pero entre hombres y mujeres.

Este análisis permite finalmente concluir que:

- Se han generado muchos discursos entorno a esta temática y que en la actualidad no existe aval científico que compruebe que la homosexualidad es una enfermedad, pero la homofobia si puede ser catalogada o tipificada como una enfermedad y es la que se transforma en un problema de violencia y de salud pública.
- Las contraposiciones entre la ética, la moralidad y los de decencia pública que parecieran gobernar la vida de todos, desde la invisibilización y la omisión, pareciera que no es conveniente saber de qué tamaño es el closet, lo escondemos, lo negamos y si no se puede esconder se criminaliza y se pena con muerte u otras mayores agresiones o se patologiza, tal como lo piensa el gremio médico *“ante la duda amputar”*. Si no lo conoce o no lo podemos explicar, lo ignoramos o lo eliminamos, esto lleva a la exclusión y la discriminación materializándose todas expresiones en manifestaciones de violencia.
- El gremio médico conoce los órganos sexuales, pero no conoce de la sexualidad humana, desconoce que la sexualidad está en el cerebro y que se da en el cerebro.
- Se han experimentado avances en propuestas de leyes hacia la lucha contra la discriminación de género y equidad de género en diferentes países de América.

FORO:
**“Riesgos biológicos: Hepatitis B,
Hepatitis C y HIV en el sector salud”**

RELATORÍA



FORO:

Riesgos biológicos: Hepatitis B, Hepatitis C y HIV en el sector salud

Ponencia:

Experiencias profesionales del ambiente médico-hospitalario

Dr. Carlos Pérez Pérez. Hospital Los Magallanes de Catia; Dr. Pedro Rodríguez Coordinador del Programa ITS-HIV-SIDA Aragua.

Relatoría: Dra. Fanny Dávila

El Dr. Pérez comenzó su ponencia describiendo magistralmente algunos casos de contaminación por HIV en trabajadores de la salud en Venezuela y los elementos a resaltar para que realmente sea considerado un accidente laboral. Sustenta su ponencia con la mención de estudios recientes realizados en hospitales de otros países como Polonia y Estados Unidos, para llegar a la experiencia del Hospital General del Oeste en Caracas, donde se desempeña como Médico Infectólogo.

En su presentación destaco la importancia de la Capacitación del Personal de salud en el conocimiento, prevención y manejo de los riesgos Biológicos a los que se expone como trabajador del área.

Seguidamente, el Dr. Pedro Rodríguez, refirió que se estaba celebrando el Día Internacional de Repuesta al VIH y describió la situación epidemiológica del HIV / SIDA en el mundo, en Venezuela y finalmente en nuestro estado Aragua. En concordancia con el ponente anterior destacó la importancia de que todos y todas las /los trabajadores del sector salud, conozcan que hacer en caso de una exposición y probable contaminación por HIV, Hepatitis B o C, y demás riesgos biológicos a los que están expuestos dicho personal.

Finalmente interviene la Dra. María del Carmen Martínez, Docente-Investigadora del IAE y quien tiene bajo su responsabilidad el Proyecto Pinchazo, para exponer aspectos importantes de la exposición laboral al virus de la Hepatitis y la actualización del Programa de Prevención y Cobertura de Vacunas frente a los riesgos biológicos del personal de salud.



MESA REDONDA:
**“El pueblo organizado en la
atención al derecho a la salud”**

9

MESA REDONDA:

“El pueblo organizado en la atención al derecho a la salud”

Moderador: Dr. Darío González

Relator: Ing. Ángel Castillo

1. Ponencia: “La formación del trabajador en salud y la seguridad laboral: Experiencia institucional”

Ponente: Ing. Juan Quintana

La primera ponencia correspondió a la sistematización del proceso de formación de personal, relacionado con la salud y seguridad del trabajador de salud, en función del cumplimiento de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT). Fue desarrollado por la Escuela de Nueva Ciudadanía (ENC) en el Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” y en los Hospitales de San Juan de Los Morros, Valle de La Pascua, Zaraza, Santa María de Ipire y Calabozo del estado Guárico. La exposición permitió hacer un recorrido para describir cómo se intercambiaron los saberes entre los participantes desde enero hasta octubre 2010.

El proceso vivido se basó en tres aspectos fundamentales: expectativas de los participantes, descubrir y darse cuenta, y la aplicación y usos de estos saberes:

- a) Las expectativas de los participantes fueron orientadas a la necesidad de aprender acerca de la salud y seguridad en el trabajo, adquirir herramientas para aplicarlas posteriormente y conocer sobre procesos peligrosos en los sitios de trabajo.
- b) Descubrir y darse cuenta: En este aspecto se identificó la necesidad de organizarse para la exigencia de los derechos así como la corresponsabilidad de los propios trabajadores, velar por el cumplimiento de los derechos, sobre la realidad y condiciones actuales de los ambientes de trabajo; la importancia de participar, y el cumplimiento de los deberes según los estamentos legales y con apego a la ley, y comprender que los empleados también deben ser formados en la materia.
- c) Aplicación y uso de estos saberes: Activar los procesos de elección de los delegados, establecer controles con INPSASEL, organizar los Comités de Salud y Seguridad en el Trabajo, describir los procesos peligrosos, el derecho al trabajo digno, aplicación de medidas de control, participación

en la gestión de salud y seguridad en el trabajo, la tercerización de los trabajos y denuncia de casos y la necesidad de nuevos aprendizajes.

Esta experiencia propicio una reflexión profunda sobre lo vivido y los resultados alcanzados, además de ser un proceso pionero dentro del Ministerio del Poder Popular para la Salud y la confrontación con otras experiencias, como por ejemplo, las de INPSASEL, las cuales más que todo van orientadas hacia lineamientos para el sector privado.

Los nuevos aprendizajes y la elaboración de productos, constituyó un punto de partida para nuevos saberes, lo cual permitió diseñar, cursos presenciales y un programa de adiestramiento a distancia.

Este proceso educativo facilitó en los participantes la complementación y elaboración de conocimiento, destacando entre otros aspectos:

- Que debemos impulsar lo práctico desde la cotidianidad
- La realidad de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) se descubre con el diálogo.
- El reconocimiento a la heterogeneidad y el contexto laboral
- La puesta de manifiesto de valores y la necesidad que tiene todo trabajador de ser formado.

Una vez terminada la exposición fueron formuladas algunas interrogantes, que fueron aclaradas.

- ¿Está la ENC formando al personal de acuerdo al Artículo 11 de la LOPCYMAT?
- ¿Cómo hacer con el intercambio de saberes con las comunidades, si es algo tan difícil de acuerdo a sus costumbres y patrones culturales?
- ¿Qué paralelismo existe entre la ENC e INPSASEL?
- ¿Desde la Experiencia de la ENC, cómo debe ser la participación de los patronos y de los trabajadores?
- La ENC comenzó a formar a los trabajadores del IAE “Dr. Arnoldo Gabaldón” previa aprobación del Director Ejecutivo, pero no obedece a una política nacional de formación a todos los trabajadores de la Administración Pública. Estamos conscientes que se debería implementar una política para cumplir con la LOPCYMAT.
- Hay que abrirse a las comunidades para vencer la resistencia a cambiar algunas conductas, para ello debemos utilizar los recursos que tenemos como educadores populares; respetar el contexto y las condiciones de cada quien. El secreto está en la cotidianidad.
- La ENC es una institución dispuesta a atender a ciudadanos y ciudadanas, para formarlos en la defensa y garantías de sus derechos humanos y derechos constitucionales. En cambio INPSASEL, es una institución de

regulación de la normativa legal, que cumple una función formativa; más sin embargo, tenemos coincidencias en varios aspectos.

- La participación de los trabajadores está garantizada de acuerdo a la LOPCYMAT, pero la instrumentación de la misma es a través de la creación del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, donde se incluye el representante del patrono.

2. Ponencia: La cultura del trabajador frente a la enfermedad de Chagas

Ponente: Ing. José Da Silva Gómez

El Ing. Da Silva es uno de los fundadores de la Asociación Civil, sin fines de lucro, UNICHAGAS, la cual fue creada a raíz de la experiencia vivida con el brote de la enfermedad de Chagas en el Municipio Chacao. La problemática vivida involucró a personas y vecinos de la localidad, que los llevó a crear esta ONG, como mecanismo para sensibilizar y cambiar la cultura ante futuros brotes de esta enfermedad. El eslogan de esta ONG es: *"Abracemos a la vida, luchemos contra el Chagas"*.

En términos generales el ponente se refirió a explicar los siguientes aspectos:

1. Principio Fundamental. Esta basado en los derechos humanos promulgados por la ONU en 1948. El derecho a la salud, el derecho a la información y a la educación de los ciudadanos con respecto a la enfermedad de Chagas. Explicó que UNICHAGAS, fue creada para promover la concientización y sensibilización de los ciudadanos ante la enfermedad de Chagas.
2. Objetivo General. Impulsar mecanismos que permitan dar respuestas al grave problema de salud que representa esta enfermedad, sobre todo en la población más susceptible, como son los niños.
3. Objetivos específicos:
 - Crear planes de servicio social voluntario
 - Facilitar a los familiares la información necesaria en el manejo, diagnóstico, sintomatología y demás aspectos relacionados con la enfermedad.
- Organizar y movilizar a los ciudadanos y ciudadanas así como a las comunidades ante situaciones de brotes.

La enfermedad de Chagas como enfermedad metaxénica, está ligada a los estilos de vida y la cultura de la población; no obstante se presenta en forma invisible sin el reconocimiento colectivo, particularmente en las zonas periurbanas y urbanas. Esto requiere informar a la comunidad en temas como:

- El ciclo biológico del *Tripanosoma cruzi*
- Epidemiología de la enfermedad
- Clínica
- Diagnóstico de laboratorio
- Tratamiento terapéutico
- Medidas preventivas.

Igualmente destacó la participación ciudadana, para la búsqueda de mecanismos de sensibilización, concientización y de la cultura que se tenga de la enfermedad. Las comunidades organizadas y sus ciudadanos y ciudadanas pueden aportar mucho en la exigencia del derecho a la salud. El caso de Chacao es un ejemplo palpable de lo que se puede hacer.

3. Ponencia: Vivir con Sida

Ponente: Sr. Mauricio Gutiérrez

Como miembro de la Organización Acción Solidaria, comenzó su ponencia describiendo lo terrible que es vivir con SIDA, declaro que era portador del virus y vivía con esta enfermedad, pero de igual manera tenía salud.

Manifestó que, cualquier persona puede vivir con VIH y por muchos años, con excelente calidad de vida, porque primero está la dignificación de la vida. Destacó que una persona por el solo hecho de tener VIH no significa estar enferma, ni incapacitada, lo más importante es protegerse y proteger a los demás, sobre todo en hábitos de salud. El segundo aspecto, es el respeto a la persona. Una persona con VIH tiene todos sus derechos humanos garantizados. Por eso existe una propuesta de Normativa para INPSASEL para que prohíba en los ámbitos de trabajo las pruebas de VIH porque es discriminatoria.

¿Cómo es posible, que un patrono no sepa lo que significa VIH? Una persona con preservativos no transmite la enfermedad. Tampoco se transmite con el sudor ni la saliva. En cambio SIDA es igual a muerte casi inmediato. El que tiene VIH y contrae hepatitis, se puede agravar y morir en más corto tiempo. En caso de pinchazos existe tratamiento profiláctico para evitar contaminaciones, sólo hay que seguir el protocolo.

Durante su explicación destaco que el SIDA es una etapa más avanzada de una persona con VIH y ante las dudas de algunos participantes, resalto lo siguiente:

- Se puede salir embarazada y se puede cuidar al bebé para que no contraiga la enfermedad. No debe darle leche materna. Al momento del parto, se debe practicar cesárea, tomando las previsiones para evitar contagio. Hay que cumplir con la normativa del Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- En la boca se reflejan los síntomas iniciales del VIH, por lo tanto los odontólogos deben tomar las previsiones y protección debida.
- Existen grandes deficiencias para el diagnóstico en el país, a pesar de tener cerca de 600 Centros de Diagnósticos Integrales de Barrio Adentro, sin embargo en ninguno realizan pruebas para VIH, ni tampoco en los Ambulatorios de la Red convencional.

4. Ponencia: Los Servidores Públicos y la Asistencia en el Sector Salud

Ponente: Prof. Francisca García

Comenzó su intervención con una reflexión relacionada con la atención que la sociedad les da a las personas con VIH/SIDA, partiendo de la premisa que los servidores públicos desde que asumen su responsabilidad laboral, deben entender que es un compromiso de por vida. Proyectó una imagen con personas de diferentes razas y preguntó por la diferencia que había entre ellos. Evidentemente que desde el punto de vista orgánico no había ninguna, pero en lo que respecta a la garantía de los derechos humanos si es evidente que hay diferencias. Lo resaltante es que los derechos no se pierden, por la presencia de determinadas enfermedades, entonces aunque tengas VIH, tienes derechos.

El VIH/SIDA, además de constituir un problema de salud pública es también un problema de derechos humanos mundialmente reconocido, pero las personas enfermas enfrentan múltiples formas de intolerancia y discriminación que van desde las más sutiles hasta las más crudas y evidentes, entre ellas la negación de los servicios de salud o acceso a los medicamentos, pérdida de sus empleos, hogares y su posición social, así como el rechazo de familiares y amigos.

Por estas razones se requiere de cambios profundos en las actitudes y conductas del personal de salud para atender a los enfermos con VIH/SIDA. Es necesario emprender campañas de prevención y promoción para incentivar valores como la solidaridad, la empatía, el respeto, así como un compromiso ético y político que permita la construcción de una ciudadanía crítica y reflexiva que permita fortalecer la inclusión con justicia, igualdad y equidad social y garantice una mejor calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA.

La ONU posee instrumentos jurídicos para proteger y garantizar los derechos humanos y fundamentales de las personas enfermas con VIH/SIDA. El personal de salud debe familiarizarse con ellos para asegurar los derechos humanos de estas personas y velar porque se cumplan y sean atendidos en base al código de ética. Entre estos derechos tenemos:

- Derecho al trabajo
- Derecho a la educación
- Derecho al nivel más alto posible de salud física y mental
- Derecho a la libertad y a la seguridad de la persona

Pero para esto, necesitamos contar con buenos SERVIDORES PÚBLICOS. ¿Cómo deben ser o deben actuar estos Servidores Públicos? Ellos deben ser:

- *Honestos*. Reconociendo durante su actuación pública, que la ciudadanía es lo más importante.
- *Eficaces*. Para que su trabajo sea efectivo y bien realizado.
- *Equitativos*. Donde no haya ningún tipo de preferencias y sólo en razón del mérito, la legalidad, motivaciones objetivas y sin distinción de género, religión, etnia, posición social, económica u otras características.
- *Con vocación de servicio*. Que implica disposición de dar oportuna y esmerada atención a los requerimientos y trabajos encomendados.
- *Actuar con transparencia*. Ejecución diáfana de los actos del servicio prestado.
- *Responsabilidad*. Disposición y diligencia en el cumplimiento de las com-petencias, funciones y tareas encomendadas, disposición a rendir cuenta y a asumir las consecuencias de la conducta o actuación pública.
- *Disciplina*. No asumir posiciones que contradigan las órdenes emanadas de los superiores en el cumplimiento del deber o asumir conductas indecorosas.
- *Actuar con decoro*. Respeto para así mismo y para los ciudadanos y ciudadanas que recurran en solicitud de atención o demanda de servicio.
- *Respeto*. Respetar la dignidad y autonomía de sus pacientes. Discreción en el lenguaje y manera de conducirse en la atención de sus pacientes.
- *Compromiso*. Comprometido con la causa y tratar a todos sus pacientes sin discriminación y prejuicios. Apoyar para reducir la vulnerabilidad de la mujer a contraer VIH/SIDA.
- *Leales*. Aplicar la lealtad con la institucionalidad de salud pública, a sus principios y valores, pero también con sus compañeros de trabajo, tanto los iguales a él, como a los superiores y subalternos.

¿Cómo logramos cambiar la conducta con respecto a VIH/SIDA dentro de la administración pública?

- Dando continuidad a los programas
- Fortaleciendo o haciendo cumplir las leyes
- Exigiendo al Estado la elaboración y la implementación de políticas de salud y políticas saludables.
- Denunciando todo acto discriminatorio en base a prejuicios.
- Emprendiendo campañas de prevención desde las instituciones de salud, educativas, Consejos Comunales y ciudadanía en general.

En nuestro país todavía no hemos alcanzado ese nivel de sensibilización y concientización sobre esta enfermedad, por tanto desde el punto de vista educativo tenemos mucho que aprender. Los organismos internacionales que trabajan en la promoción y defensa de los derechos humanos, son los pioneros en este tipo de actividades.

No hay ninguna técnica educativa especialmente diseñada para estos casos, es más bien algo de comprensión profunda de la situación y de aplicación de los valores y derechos humanos. Hoy no dialogamos con nuestros comunes, con nuestros colegas. Se perdió el espíritu de compartir con el otro, la solidaridad, el amor, la comprensión.



**RESÚMENES DE LOS TRABAJOS
CIENTÍFICOS**

MODALIDAD ORAL

10

ÁREA TEMÁTICA: SALUD OCUPACIONAL

SO-1

Condiciones peligrosas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital "Dr. Miguel Oraa" - Guanare, estado Portuguesa

Alfredo González Graterol

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Programa de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral. Correo: alfredogonzalezg13@hotmail.com

OBJETIVO: Identificar las condiciones peligrosas a los cuales está expuesto el personal que labora en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital "Dr. Miguel Oraa" del municipio Guanare, Estado Portuguesa. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo y de campo en la modalidad de investigación de tipo proyecto evaluativo; la población estuvo conformada por trece (13) personas que laboran en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital "Dr. Miguel Oraa" municipio Guanare estado Portuguesa. La técnica de recolección de datos la constituyó la encuesta y como instrumento se empleó un cuestionario de preguntas dicotómicas, con veintiún (21) interrogantes. Los resultados se tabularon y se analizaron mediante la utilización de las técnicas de la estadística descriptiva, **RESULTADOS:** Más del 70% se encuentra expuestos a condiciones peligrosas de tipo físico; más del 30% a biológicos; 69% a químicos; todos los encuestados manifestaron que no existe apropiada provisión de equipos de protección, un 38% de los trabajadores padecieron algún tipo de lesión y en 100% no se realizan medidas de control. **DISCUSIÓN:** Los resultados obtenidos concuerdan con lo expresado por Olivera, Peralta y Torbello (2004), quienes determinaron factores de riesgos laborales y aplicabilidad de las normas de bioseguridad en el personal de la Unidad de Anatomía Patológica "Dr. Hans R. Doehner", Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" de Barquisimeto. Julio - Noviembre 2004, Biológicos 76%, Físicos 72%, Químicos 43%, Psicosociales 49% y Ergonómicos 41%. Con respecto a las normas de bioseguridad se evidenció que el 81% posee conocimientos y el 62% las aplica. **CONCLUSIONES:** Los trabajadores se encuentran expuestos a restos de origen humano, como sangre y secreciones, biopsias y desechos biológicos, como heces u orinas, los cuales representan focos de infección

y de transmisión de enfermedades representando este hecho un riesgo para su salud. De igual manera, se exponen a sustancias químicas, como ácidos reactivos, o formaldehído, y los equipos de protección suministrados al personal no son los adecuados para proteger su integridad física y su salud en general.

Palabras clave: Condiciones peligrosas, anatomía patológica, riesgos laborales.

SO-2

Impacto económico generado por los costos de accidentes y enfermedades ocupacionales en una empresa metalmeccánica. Año 2008-2009.

Cesmagly Martínez, Ismary Arocha & Fabricio Guzmán
Universidad de Carabobo, Centro de Estudios en Salud de los Trabajadores.
Correo: cesmagly@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: Dentro de los costos que se incurren en una empresa se pueden encontrar los relacionados a los accidentes y enfermedades ocupacionales. Esto representa un problema de interés a nivel mundial, dado el número de personas afectadas por dichas causas. **OBJETIVO:** analizar el impacto económico de los costos por accidentes y enfermedades ocupacionales generados a una empresa metalmeccánica, en el ejercicio 2008-2009, con la finalidad de presentar a la empresa información valiosa para la toma de decisiones en lo referente a la prevención de situaciones de riesgo en el proceso de trabajo, que pudieran estar afectando la salud y accidentabilidad de los trabajadores y trabajadoras. **METODOLOGIA:** Se consideró para el estudio 73 casos de trabajadores que se reportaron en los registros de morbilidad de la empresa bien por enfermedad ocupacional o por accidente laboral, durante el ejercicio económico 2008-2009. Para la recolección de los datos se recurrió a la revisión documental, la observación no participante y a una guía para el sistema de costos. **RESULTADOS:** Se encontró que para la empresa es de gran importancia el control de los costos por accidentes y enfermedades ocupacionales, debido a que para el año 2008 y 2009 el total de costos generados por accidentes de trabajo fue de Bs.F. 9.437,29 y para las enfermedades ocupacionales llegó a alcanzar un monto de Bs.F. 134.291,43. **DISCUSIÓN:** Los países en desarrollo pagan un precio especialmente alto en muertes y lesiones, pues un gran número de personas están empleadas en actividades peligrosas como agricultura, construcción, industria maderera, pesca y minería. Como se pudo evidenciar en el caso de estudio de unas empresas metalmeccánica

donde los índices de incidencia y enfermedad son elevados y acarrearán grandes costos a la organización. **CONCLUSIÓN:** para la gerencia es muy importante conocer los montos exactos que estos generan para la toma de decisiones correspondientes, con lo cual se recomienda la implementación del sistema de costos para los años siguientes, el registro de accidentes y enfermedades ocupacionales por mes y la implementación de programas de rotación de puestos de trabajo y pausas activas.

Palabras clave: Costos, accidentes laborales, enfermedades ocupacionales

SO-3

Levantamiento de cargas, trabajo repetitivo y lesiones musculoesqueléticas en una empresa productora de colados de la región central del país

Lucía Yanes Escalona¹, Ronald Sandía¹ & Evelin Escalona^{1,2}

¹ Ergonómica C.A.; Correo: luciyanesescalona@hotmail.com

² Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua. Departamento de Salud Pública.

INTRODUCCIÓN: los movimientos repetitivos y el levantamiento de cargas son uno de los factores predominantes ante la presencia de trastornos músculo esqueléticos, el presente trabajo se realizó por la demanda de la empresa y sus delegados de prevención ante los cambios sufridos en el puesto de trabajo. **OBJETIVO:** Realizar una evaluación ergonómica del puesto de trabajo de paletizado del área de producción de colados en una empresa en la región central de Venezuela. **MÉTODOLOGIA:** Se realizó un estudio descriptivo con Observación de la actividad, entrevista colectiva (DEPARIS), el esquema corporal, Método REBA, Método de evaluación de levantamiento y descenso de cargas (INSHT). **RESULTADOS:** El trabajo es desempeñado por hombres. La tarea paletizar cajas. Cuentan con sistemas de elevación de planos de trabajo. 4 trabajadores paletizan, otro coloca la paleta y releva al trabajador que tome una pausa, y otro recibe frascos de vidrio. Rotan al culminar cada paleta. El ciclo dura 360seg. Cuestionario Individual: les molesta el ritmo de trabajo. Problemas por restos de vidrio, ritmo acelerado, falta de mantenimiento de herramienta elevadora de planos. Proponen para mejorar el puesto la disminución del ruido del ambiente para poder comunicarse fácilmente, sillas de descanso y mantenimiento de herramientas. Esquema corporal: dolores en región cervical y lumbar, brazos y piernas, relacionados con repetitividad de movimientos y posturas adoptadas. El plano vertical varía (7 cm/camada) de 80-152 cm considerándose adecuados hasta la 9^o camada (115 cm). Plano horizontal: los movimientos se ubican en las zonas puntual, aceptable y confortable. La postura es de pie, tronco erguido, brazos en flexión de 60°, y antebrazo 90°. **CONCLUSIONES:** Levantamiento, el

método arrojó que el riesgo de levantamiento es inaceptable, ya que el peso total transportado/día supera los 10000kg. Repetitividad el trabajo requiere realizar movimientos repetitivos de miembros superiores (frecuencia 32 veces/minuto), REBA de 6 posturas analizadas 2 presentan riesgo medio, 3 alto y 1 muy alto de padecer TME a nivel lumbar. Los planos de trabajo son aceptables de la camada 1-9 e inadecuados de la 9-15.

Palabras clave: Trastornos músculo esqueléticos, ergonomía, salud ocupacional.

SO-4

Análisis del trabajo y determinación de fatiga y estrés laboral en personal militar con funciones de seguridad y custodia. Caracas-Venezuela

Zoranyi Salazar Maldonado*

*Oficial Médico. Armada Bolivariana de Venezuela. Correo: salazarmaldonado@gmail.com

INTRODUCCIÓN: El personal militar no está exento de la exposición a diferentes riesgos laborales que afectan la salud y el desempeño profesional. Aún cuando en Venezuela no son objeto de la normativa vigente en materia de salud y seguridad ocupacional, se planteó evaluar afectaciones a la salud en un grupo de ellos. **OBJETIVO:** Analizar el trabajo, los niveles de fatiga, estrés laboral y exposición a riesgos psicosociales en el personal militar de Tropa Alistada, que se desempeña en el Servicio de Seguridad y Control de Acceso a las instalaciones en un cuartel militar. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo que permitió utilizar como instrumentos, el Método del Esquema Corporal, la Prueba de Síntomas Subjetivos de Fatiga de Yoshitake, la Escala de Medición de Estrés de Seppo Aro y el cuestionario de Riesgos Psicosociales de ISTAS21. Estas pruebas fueron aplicadas a una muestra no probabilística e intencional de 30 individuos de un universo de 906 soldados, al concluir su faena laboral. **RESULTADOS:** En el análisis de los datos se evidenció un mayor porcentaje de fatiga por exigencias físicas (70%), asociada con las deficiencias ergonómicas y condiciones de trabajo que se manifiestan en los resultados de las zonas corporales con dolor o fatiga: pies (100%), región lumbosacra (97%), tobillos (90%), rodillas (80%), y hombros (73%). Con respecto al estrés, sólo un 17% fue calificado como “estresados” y un 83% como “no estresados”. En relación a los niveles de exposición a riesgos psicosociales, se observó un predominio de “exposición más desfavorable para la salud” en las dimensiones de Exigencias Psicológicas (70%), Inseguridad (83%), y Estima (46,7%). **CONCLUSIONES:** Se estima que la edad, el ejercicio y la motivación del personal militar de Tropa Alistada son factores de protección ante la

fatiga y el estrés laboral. Aún cuando existen caracterizaciones laborales y normativas propias del ámbito militar que limitan las modificaciones en la organización del trabajo, es evidente la importancia en la formación y concientización de las nuevas generaciones de relevo en la importancia del bienestar en la relación hombre-trabajo y las implicaciones productivas que esto conlleva.

Palabras clave: Fatiga, estrés, riesgos psicosociales y militares

SO-5

Morbilidad, factores personales y laborales en trabajadores de la Dirección de Salud. José Félix Ribas, Aragua 2008

Teresa Pérez Caraballo*

*Dirección Municipal de Salud José Félix Ribas, estado Aragua.

Correo: tperezcaraballo@yahoo.es

INTRODUCCIÓN: El creciente número de casos reportados por enfermedades de carácter ocupacional genera interés y la posibilidad de acciones preventivas, en especial para trabajadores de la salud. **OBJETIVO:** Describir la morbilidad, factores personales y laborales en las trabajadoras y trabajadores de la Dirección de Salud planteada. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo con diseño de campo transversal y muestra censal de 85 trabajadores asistentes en el 2008 a consulta de Salud Laboral, obteniéndose los datos individuales de las historias médicas, organizándose a los fines de la investigación con una Matriz de Análisis según Códigos CIE-10, procesada en Excel y SPSS para el cálculo de frecuencias. **RESULTADOS:** Entre los factores personales y laborales: El 83% de la población estudiada eran mujeres, la edad promedio del grupo 45 años, media de 12 años de antigüedad labora. El 74% de la población estudiada presenta índices de masa corporal (IMC) superiores a los valores normales, los mayores valores porcentuales correspondieron al personal de enfermería. En cuanto a las patologías circulatorias, la hipertensión arterial predominó en el personal asistencial alcanzando un 73% en los médicos, con un 33% en obreros, mientras que las varices en miembros inferiores predominaron en el personal de enfermería y obrero, en los otros empleados asistenciales se diagnosticó várices en miembros inferiores, además de HTA y obesidad. **DISCUSIÓN:** Se presentó coincidencia con lo expuesto por Pérez y Corveas (2005), con relación al Sistema Circulatorio en el personal de enfermería, así como los resultados totales coinciden con lo expuesto por Nogales y otros (2003), en ocupaciones que permanecen en posturas inmóviles o se ven en la necesidad de posturas prolongadas presentaron enfermedades del sistema osteomuscular, con causales posibles además de la conocida fuerza física, la postura en el puesto de trabajo. **CONCLUSIÓN:** Las patologías

endocrinas, nutricionales y metabólicas ocuparon el primer lugar como causa de morbilidad, seguidas de las circulatorias. Se destaca que los resultados generales van a facilitar la labor de los médicos laborales que atienden a esta población; recomendándose mantener un sistema de vigilancia epidemiológica en las diferentes enfermedades que presentan los trabajadores estudiados y profundizar acerca de las mismas, entre otros elementos planteados.

Palabras clave: Salud laboral, morbilidad, enfermedades ocupacionales.

SO-6

Vacunación contra Hepatitis B al personal de salud. Red Ambulatoria y Dirección Municipal de Salud. Municipio Zamora. Estado Aragua, Junio -Agosto 2010.

Gilberto Márquez¹, Marylín Hernández¹, Karina Rodríguez¹ & María del Carmen Martínez^{1,2}

¹ Escuela de Medicina “José María Vargas”. Cátedra de Salud Pública. UCV

Correo: gilbmarquez83@hotmail.com

² Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Programa de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral.

INTRODUCCIÓN: El Virus de la Hepatitis B (VHB) es el causante de la hepatitis crónica que provoca alto riesgo de muerte por cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular, representando un verdadero problema de salud pública mundial. América Latina tiene la prevalencia más elevada de transmisión por VHB en el personal de salud, donde se estima en un 52% las infecciones de este virus por causa ocupacional. Existe el agravante de que sólo entre un 31.1% y 51% de los trabajadores del sector salud están vacunados contra la hepatitis B. El Departamento de Epidemiología de la Dirección Municipal de Salud del Municipio Zamora, registra esquema de vacunación contra Hepatitis B para enero de 2010 en el personal de salud que labora en la red ambulatoria del municipio y en la Dirección Municipal de Salud (DMS) de 58,8%, lo que corresponde a una cobertura muy baja y no aceptada por la OMS. **OBJETIVO:** Se planteó aumentar la cobertura de vacunación contra Hepatitis B, en el personal de salud de la red ambulatoria y DMS. **METODOLOGÍA:** Se realizó una investigación epidemiológica de campo de tipo descriptiva, donde el grupo de estudio está conformado por el total de 263 trabajadores de 19 ambulatorios y de la DMS. Se revisaron los cuadernos de registro de inmunizaciones y tarjetas de vacunación del personal para constatar esquema de vacunación y aplicar la dosis vaccinal correspondiente. **RESULTADOS:** El 14% no tenía ninguna dosis, el 21% poseía una dosis, el 32% dos dosis, y el 33% tenía cobertura contra VHB (3 dosis). Previa a la vacunación se realizaron 19 charlas de sensibilización a 136 trabajadores (34 horas-hombre formación). Se aplicaron 137 dosis: 77 terceras dosis, lo que representa el 92% de las 84 personas que tenían

dos dosis, logrando un aumento de cobertura del 29,27%, a 62,34% ($p=0,0001$). Alcanzando 100% de cobertura en 5 ambulatorios. Además 11 primeras dosis y 49 segundas dosis. Conclusiones: hay resistencia a la vacunación en el personal de salud, se deben estudiar las causas. A pesar de ser una cobertura todavía baja (OMS estima en 85%) se logró aumentarla de manera significativa.

Palabras clave: Hepatitis B, cobertura de vacunación, personal de salud.

SO-7

Propuesta organización y funcionamiento del servicio seguridad y salud en el trabajo. Dirección General de Salud Ambiental, 2010

Francis Figuera¹ & Evelin Escalona²

¹ Dirección General de Salud Ambiental. Correo: francislizmer80@gmail.com

² Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Maracay - Aragua.

INTRODUCCIÓN: En busca de establecer los criterios y acciones mínimas necesarias para constituir y funcionar adecuadamente el Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo existente en la Dirección General de Salud Ambiental en Maracay, Estado Aragua, y garantizar con ello a todos sus trabajadores y trabajadoras sus derechos en materia de seguridad y salud laboral. **OBJETIVO:** Se trazó como objetivo general elaborar una propuesta de organización y funcionamiento del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección General de Salud Ambiental, Maracay, Estado Aragua, de acuerdo a lo establecido en las normas jurídicas vigentes. **METODOLOGÍA:** En primer lugar se evaluaron las características del centro laboral, organización, población y construcción de una matriz FODA para diagnosticar la situación actual de Servicio, en segundo lugar se realizó un estudio de costos, para determinar la factibilidad financiera y técnica de la propuesta, y en tercer lugar se elaboró la propuesta. Para la recolección de la información se solicitó al enlace de Recursos Humanos, Departamento de Planificación y Presupuesto y al Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo toda la información referida. **RESULTADOS:** La Dirección General cuenta con una población de 965 trabajadores y trabajadoras, distribuidos en las cuatro direcciones, coordinaciones y departamentos. Se evidenció que actualmente el Servicio carece de recursos humanos y materiales indispensables, así como estructura que establezca las directrices de funcionamiento. En cuanto a la determinación de la factibilidad técnica, resultó ser viable, por contar la Dirección General con los recursos humanos y materiales para apoyar la organización y buen funcionamiento del servicio. En cuanto a la factibilidad financiera, se evidenció la necesidad de obtener la asignación presupuestaria para implementar la presente

propuesta. Finalmente, se elaboró la propuesta y establecer con ello, la estructura y pautas específicas que se deben llevar a cabo, de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento jurídico vigente. **CONCLUSIÓN:** Se concluyó que existe la factibilidad técnica y financiera en la Institución para la realización y puesta en funcionamiento de la propuesta, por lo que se recomienda la inmediata implementación.

Palabras clave: Salud, servicio, y condiciones de trabajo

SO-8

Creación de un comité de prevención de accidentes con objetos punzo cortantes y contacto con agentes patógenos de la sangre para el personal de las emergencias del Hospital “Dr. Pablo Acosta Ortiz” de San Fernando de Apure, Año 2010.

Fátima Godoy¹ & Neris Villalobos

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Programa de Especialización en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral.

Correo: fatycat32@hotmail.com

INTRODUCCION: A partir de la necesidad planteada de crear un Comité de Prevención de Accidentes con Objetos Punzo-Cortantes y Contacto con Patógenos de la Sangre para el Personal de las Emergencias del Hospital Dr. Pablo Acosta Ortíz de San Fernando de Apure se planteó el presente estudio. **OBJETIVO:** Proponer la creación de un comité de prevención de accidentes con objetos punzo-cortantes y contacto con agentes patógenos de la sangre para el personal de las emergencias del Hospital “Dr. Pablo Acosta Ortíz” de San Fernando de Apure. **METODOLOGIA:** Se realizó bajo la modalidad de un proyecto factible con nivel descriptivo y diseño de campo. **RESULTADOS:** Se pudo identificar que el riesgo de padecer pinchazos por objetos punzo cortantes que tiene esta población, es bastante alto, además, se concluye que la profesión u ocupación de la población objeto de estudio es variada, destacándose que todo el personal de los servicios de emergencia del Hospital “Dr. Pablo Acosta Ortiz”, se encuentran sometidos a riesgos de recibir pinchazos en el desarrollo de sus actividades laborales. En lo que respecta al número de lesiones se apreció que existe una alta tasa por pinchazos durante los últimos doce meses, sin embargo, no se reportaron en su totalidad, considerándose que esto puede ocasionar otros tipos de riesgos. En este sentido se recomienda llevar a la práctica esta propuesta de creación de un comité de prevención de accidentes con objetos punzo cortantes y contacto con agentes patógenos de la sangre para el personal de las emergencias del Hospital “Dr. Pablo Acosta Ortiz” de San Fernando de

Apure, lo cual se sitúa como un aporte de este trabajo de investigación en función de una mejor prestación de servicio.

Palabras clave: Agentes, comité de prevención, accidentes, objetos punzo cortantes, contacto, patógenos, sangre, personal, emergencias.

SO-9

Diagnóstico del proceso de recolección y disposición final de los desechos que genera el Servicio de Laboratorio Clínico del Centro Ambulatorio del IVSS "Dr. Luís Richard Díaz", La Victoria - Aragua, Venezuela (2010)

Yordy Pereira & Marcos Súnico¹

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Programa de Especialización en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral.

Correo: yordyopin131@hotmail.com

INTRODUCCION: La inadecuada recolección y disposición final de los desechos que genera un laboratorio clínico puede provocar daños en la salud de sus trabajadores, ya que está considerado como uno de los principales factores de riesgo ocupacional, fundamentalmente por el carácter infeccioso de los desechos Tipo B, C y D. **OBJETIVO:** Analizar y Diagnosticar el proceso de recolección y disposición final de los desechos que genera el Servicio de Laboratorio Clínico del Centro Ambulatorio del IVSS "Dr. Luís Richard Díaz", La Victoria, Estado Aragua.". **METODOLOGÍA:** Se realizó una Investigación de Campo, con Nivel Descriptivo Cualitativo; con una muestra no Probabilística e Intencional. Las Técnicas de Recolección de Datos fueron: Encuesta, Entrevista, Observación Directa y Toma de Fotografía. **RESULTADOS:** Se evidenció incumplimiento (100%) del Decreto 2.218 (Norma para la Clasificación y Manejo de Desechos en los Establecimientos de Salud); el personal (100%) no ha recibido capacitación para el manejo de los desechos peligrosos e infecto-contagiosos. **CONCLUSIÓN:** La Producción, Almacenamiento Primario, Transporte Interno, Almacenamiento Secundario, Transporte Externo, Tratamiento y Disposición final es Incorrecto según la Norma. Se propone Crear un Sistema de Gestión Integral de residuos y desechos y un Programa de Formación y Capacitación con la finalidad de garantizar seguridad en el trabajo y protección en la salud de los trabajadores.

Palabras clave: Desechos de laboratorio clínico, Tipo (B, C y D), recolección y disposición final, riesgo ocupacional.

SO-10

Bajadores. Servicio de Emergencia de Adultos. Hospital Israel Ranuárez Balza. Estado Guárico. 2009.

Arieli Carpio¹ & María del Carmen Martínez²

¹ Hospital Israel Ranuárez Balza. Correo: lacachi66@hotmail.com

² Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Programa de Especialización en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral.

Correo: carmelamar715@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: Se plantea como problema que los centros de salud son sedes de trabajo “limpios y sin condiciones de trabajo que atentan contra la salud de sus trabajadores”. Los trabajadores y empleadores del sector no se identifican como tales, lo que se traduce en una ausencia en la cultura de la seguridad para la protección de los trabajadores y trabajadoras, y poca atención de las autoridades gubernamentales al respecto, a pesar del marco legal vigente. **OBJETIVOS:** Determinar las condiciones y medio ambiente de trabajo, caracterizar la población laboral de acuerdo a variables sociodemográficas y ocupacionales, evaluación de los peligros y descripción de las condiciones y medio ambiente de trabajo. **METODOLOGÍA:** Se realizó una Investigación descriptiva, de campo, teniendo como Población a 78 trabajadores de los cuales fue seleccionada una Muestra aleatoria simple, constituida por 09 trabajadores. Se aplicaron las herramientas 09,11,12 y 14 del Manual Salud y Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud (OMS, OPS Y NIOSH, 2005), constituidas por preguntas dicotómicas, politómicas y abiertas. **Técnicas:** observación del área, entrevista a los trabajadores y construcción colectiva de mapa de riesgos. **RESULTADOS:** el 58,96 % del grupo es menor a 34 años con una media de 35 años (DS+ 9 años); el 61,3 % son del sexo femenino, 66,66 % con nivel de instrucción superior, los empleados prevalecen con un 66,66 % y el 63 % tienen una antigüedad de 5 ó menos años de servicios. Las condiciones de trabajo en salud y seguridad: no hay instancias de Salud y Seguridad Ocupacional. La evaluación cuantitativa de lo resultados arrojó que los trabajadores presentan serios peligros vinculados a la exposición a los riesgos biológicos, disergonómicos, ausencia de salidas de emergencia, ausencia de señalización, no utilización de equipos y medios de protección personal, manipulación de cilindros de gases, manipulación de objetos punzocortantes, y los procedimientos para el control de pacientes violentos. **Efectos a la salud:** lesiones de la espalda u otras lesiones músculo-esqueléticas, infecciones por: CMV, VIH, virus de Hepatitis B y TBC, estrés. **CONCLUSIONES:** Necesidad de organizar el Servicio de Salud de los Trabajadores, requiriendo acciones correctivas que deben tomarse de inmediato.

Palabras clave: Condiciones de trabajo, trabajadores de la salud, factores de riesgo.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

EP-1

Análisis de Situación de Salud, parroquia El Jarillo, Municipio Guacaipuro, Estado Miranda

Evelin Arráez¹, Isabel Ortiz¹, Valentina Ortiz¹, Shirley Hernández² & Wuilman Gómez³

¹ Instituto de Altos Estudios de Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldón": Postgrado Regionalizado Gestión de Salud Pública. Dirección Estatal de Salud, Miranda. Correo: evelinarraez@hotmail.com

² Distrito Sanitario N°1. Dirección Estatal de Salud, Miranda.

³ Servicio Autónomo. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón".

INTRODUCCIÓN: El análisis de situación de salud es una herramienta de la salud pública para generar alternativas de solución a los problemas detectados por la propia comunidad, es un instrumento para la toma de decisiones. **OBJETIVO:** Analizar la Situación de Salud en la Parroquia el Jarillo. **METODOLOGIA:** Se desarrolló una investigación cuali-cuantitativa. Como fuentes de información se utilizaron: la observación, encuesta, entrevista a Servicios de Epidemiología, así como, reuniones y asambleas con actores comunitarios. El desarrollo de la investigación se inició con la caracterización general de la Parroquia y priorizó las necesidades de salud con los pobladores a través de la Técnica de Ranqueo; con la cual se evaluó los parámetros de Tendencia, Frecuencia y Gravedad, Disponibilidad de los Recursos, Vulnerabilidad y Coherencia con la misión del que planifica. **RESULTADOS:** Las causas de Morbilidad son parecidas a los de países desarrollados encabezadas por Infección Respiratoria Aguda y enfermedades crónicas como son las cardiovasculares, cáncer y diabetes. Los cinco problemas priorizados de salud en la Parroquia El Jarillo pueden atribuirse a determinantes que tienen que ver con el medio ambiente, con el modo, condiciones y estilo de vida. **DISCUSION:** Es necesario el ejercicio de ciudadanía orientado hacia la corresponsabilidad en beneficio de la salud colectiva así como la implementación de la contraloría social con fines de seguimiento a los planes propuestos por los parroquianos lo que impactará de manera favorable en la población (Añez y colaboradores, 2010). **CONCLUSIONES:** Los cinco problemas encontrados fueron: Fallas en recolección de basura, mal funcionamiento en centros de salud, elevada morbilidad parasitaria y respiratoria, contaminación de aguas con pesticidas y fallas en servicio de aguas servidas. A todos los problemas encontrados se les diseñaron planes de acción basado en el enfoque intersectorial, en

la búsqueda de la disminución de la brecha social existente. Se recomienda que los entes gubernamentales respondan a las demandas comunitarias garantizando así el derecho a la salud.

Palabras clave: Análisis de situación de salud, determinantes sociales, Miranda-Venezuela, y salud pública.

EP-2

Caracterización epidemiológica de la enfermedad de Chagas en las comunidades de Las Piedras y 5 de Julio, municipio Roscio, estado Guárico, Octubre 2010

Rosa Cordero¹, Gloria Díaz^{1*}, Franchis García¹, Hector Solorzano¹, Jhoninett Montenegro¹, Dalyger Zerpa¹, Lourdes Sánchez¹, Gilfredo Polanco¹, Judelis Suárez¹, Anives Hernández¹, Bladimir Rojas¹, Carlos González¹ & Francisco Vidao¹

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Especialidad de Epidemiología

*Correo: gloriadiazmacero1@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad de Chagas es una infección tropical, endémica Latinoamérica presente en 21 países, cuya población a riesgo es de 100 millones, siendo afectados 18 a 20 millones, con promedio anual 1 millón de los cuales del 10-40% presentan manifestaciones clínicas, además de ocupar el cuarto lugar como causa de discapacidad en latinoamericana. **OBJETIVO:** Caracterización Epidemiológica de la Enfermedad de Chagas en dos comunidades, una rural y otra urbana. **METODOLOGÍA:** Estudio Epidemiológico Descriptivo de corte Transversal. La población estuvo representada por 233 personas en la comunidad rural de Las Piedras y 274 en la comunidad urbana de 5 de Julio. La muestra quedó conformada por 193 y 204 personas respectivamente, siendo el criterio de inclusión todas aquellas personas que aceptaron realizar el estudio previo consentimiento informado del jefe de familia, la encuesta se le aplicó a 54 jefes de familia en el área rural y 53 en la urbana, evaluándosele los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad de Chagas. **RESULTADOS:** Con respecto al conocimiento encontramos que el 78% resultó conocer la enfermedad en el área rural y en el área urbana fue de un 69,8%, en referencia a la transmisión el 57% del área rural conocen cómo se transmite y en la urbana 60,4%. En referencia a la fauna triatomínica se logró la captura e identificación de un ejemplar de *Pastrongylus geniculatus*, en una vivienda de la comunidad 5 de Julio, resultando negativo a *Trypanosoma cruzi*. Se practicó el estudio de dos nidos de aves en la comunidad rural, solo uno de los nidos contenía numerosos ejemplares de *Psammolestes arthuri* con predominio del estadio adulto. De las 193 personas evaluadas, 11 resultaron positivas a la enfermedad, lo que representa el 5,7%, siendo el grupo etario más afectado los mayores de 50

años, lo que evidencia que no existe transmisión activa. **CONCLUSIÓN:** En vista de los resultados es necesario implementar medidas de vigilancia sobre la transmisión vectorial de la enfermedad en las dos comunidades, así como la participación comunitaria en la vigilancia entomológica.

Palabras clave: Chagas, conocimiento de la enfermedad, vector, transmisión vectorial.

EP-3

Caracterización epidemiológica de las parasitosis intestinales en las comunidades Las Piedras y 5 De Julio, municipio Roscio, estado Guárico - Octubre 2010

Franchis García¹, Rosa Cordero¹, Gloria Díaz¹, Carlos González¹, Anives Hernández¹, Jhoninett Montenegro¹, Gilfredo Polanco¹, Bladimir Rojas¹, Sánchez Lourdes Sánchez¹, Héctor¹, Suárez Judelis Solórzano¹, José Francisco Vidao¹, Beathriz Zambrano¹ & Dalyger Zerpa¹
fran_bio18@hotmail.com

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Especialidad de Epidemiología

INTRODUCCIÓN: Las parasitosis intestinales constituyen un grupo de afecciones muy frecuentes en la población mundial. Su prevalencia es variable según la edad del individuo, condiciones higiénico-sanitarias y la zona geográfica considerada como un problema de salud pública. **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de las parasitosis intestinales en las comunidades Las Piedras y 5 de Julio, municipio Roscio Estado Guárico, Octubre 2010. **METODOLOGÍA:** El estudio epidemiológico es de tipo descriptivo, la población está representada por las muestras de heces recolectadas en la comunidad rural Las Piedras 139 y en la comunidad 5 de Julio 107 utilizando el método directo (solución salina y Lugol) y Kato. **RESULTADOS:** La prevalencia de parasitosis intestinal en la comunidad rural Las Piedras para Octubre 2010 fue de 49,6%, género infectados por protozoarios (hombres 49%, mujer 51%), grupos etarios más afectados comprendidos entre 5-9, 10-14 y 25-39 años de edad y el protozoario de mayor incidencia fue *Blastocystis hominis* (46%) mientras que para la comunidad 5 de Julio la prevalencia fue de 30,8% género infectados por protozoarios (hombres 58%, mujer 42%), protozoario de mayor incidencia *B. hominis* (51%). **CONCLUSIÓN:** Se puede evidenciar un gran porcentaje de *B. hominis* en ambas comunidades lo que infiere un déficit de medidas higiénicas adecuadas, consumo de agua no potable, entre otros.

Palabras clave: Parásitos, protozoarios, parasitosis intestinales.



ÁREA TEMÁTICA: MEDICINA GENERAL INTEGRAL

MGI-1

La medicalización de la vida cotidiana en tiempos de revolución

Maryluz Núñez Pacheco^{1*}, Angel Alberto Oroño García¹ & María Márquez Gómez¹

¹ Universidad Bolivariana de Venezuela, Eje Zulia-Trujillo-Mérida-Maracaibo. Venezuela

*Correo: maryluznp@gmail.com

INTRODUCCIÓN: Ante los inminentes cambios sociales que nuestra América Latina y el Caribe viven, en pleno cambio climático y las grandes tecnologías, el consumo de energía y la escases de agua, las preguntas reflexivas giran en torno a por qué Enfermamos. Se han invertido muchos esfuerzos para tratar de interpretar desde el punto de vista filosófico, cuáles han sido las pautas o esquemas que caracterizan al capitalismo salvaje, sin embargo, todavía convivimos plegados a las prácticas que fortalecen las grandes trasnacionales del mercado farmacéutico. Dependemos de una "pastilla" para estar bien y desconocemos como transformar espacios para mejorar nuestra calidad de vida y/o el buen vivir. **OBJETIVO:** En estas líneas hacemos el esfuerzo para identificar lo que significa el concepto de Medicalización desde el discurso médico-filosófico y las formas como ha impregnado en el convivir de usuarios y usuarias de servicios médicos públicos y privados. **METODOLOGÍA:** Esta exploración etnográfica nos lleva al análisis del discurso de los beneficiarios de servicios médicos, escogidos al azar en instituciones públicas y privadas. **DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN:** En este acercamiento, algunas teorías filosóficas nos han permitido describir, cómo la vida cotidiana se convirtió en un descriptor de los decálogos de la medicina, en qué momento dejamos de tener autoridad sobre nuestro cuerpo y cómo se lo dejamos a las ciencias médicas "actuales" que responden al discurso del capital.

Palabras clave: Medicalización, vida cotidiana, cuerpo, capitalismo.



ÁREA TEMÁTICA: GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

GPS-1

Creencias y valores culturales de los indígenas (Pumé) de la comunidad "Los Médanos" en relación al tratamiento para la Tuberculosis, municipio Achaguas, estado Apure. Enero-Julio 2010

Wilmer Mermejo^{1*} & María Aguilar¹

¹ Servicio Autónomo. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Especialidad de Salud Pública.

*Correo: wilmermejo@hotmail.com

INTRODUCCION: Esta investigación tiene como propósito: Conocer a través de las vivencias de las personas entrevistadas, las creencias y valores culturales de los Indígenas, en relación a la continuidad del tratamiento para la tuberculosis en la Comunidad de Los Médanos del Municipio Achaguas, Estado Apure. **METODOLOGIA:** Se asumió el paradigma de investigación cualitativa, bajo el método fenomenológico, el cual permitió registrar los hechos a partir de la realidad ya que la misma ha consistido en prácticas sociales y religiosas, donde se puede evidenciar el comportamiento de esta cultura particular como pueblos indígenas. Se utilizó la entrevista semiestructurada y la observación participante como técnicas de recolección de información, con 6 informantes claves, de tal manera que las categorías emergentes, se organizaron y se estructuraron para contrastarlas con las teorías referenciales del estudio, lo que dió paso a las **REFLEXIONES FINALES** en lo que se destacó, que las creencias y valores culturales que poseen los indígenas de esta comunidad de forma arraigada, les impide seguir el tratamiento médico; alegan que la medicina tiene mal sabor y les causa dolores de estomago, ello unido a una inadecuada alimentación, además del consumo de alcohol, de ahí que debe existir un compromiso por parte de los entes de salud para que se aboquen al problema existente en esta comunidad y crear estrategias, con el objeto de lograr que las personas puedan continuar con los tratamientos médicos, a fin de que se eliminen las enfermedades con una planificación sistemática en cada caso.

Palabras clave: Tuberculosis, tratamiento, creencias y valores, cultura indígena.

GPS-2

Evaluación de la calidad del componente atención prenatal del Programa Salud Sexual y Reproductiva, Ambulatorio Urbano Tipo II Blanca de Pérez, municipio Ezequiel Zamora. Estado Cojedes, Año 2010

Marianela Hernández^{1*} & María Naranjo²

¹ Dirección de Salud, Eestado Cojedes.

² Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Especialidad de Salud Pública / *Correo: mariaher1155_7@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El control prenatal tiene como propósito atender a la mujer durante el embarazo, a objeto de reducir las complicaciones materno-fetales a su mínima expresión. Para ello, se deben seguir normas y procedimientos que permitan un adecuado control de la evolución del embarazo, tanto para la madre, como para el producto de la gestación. **OBJETIVO:** Evaluar la calidad del componente Atención Prenatal del Programa Salud Sexual y Reproductiva en el Ambulatorio Urbano Tipo II Blanca de Pérez del Municipio Ezequiel Zamora. Estado Cojedes Año 2010. **METODOLOGÍA:** El estudio se enmarcó dentro del tipo investigación transversal descriptiva. La muestra se conformó por 29 embarazadas, utilizando la técnica de la encuesta, se usó un cuestionario dirigido a las embarazadas, elaborado por Naranjo en el año 2007 conformado por 20 preguntas. El análisis de los resultados se hizo en base en la estadística descriptiva. **RESULTADOS:** Se encontraron barreras inherentes al acceso oportuno; en relación a la evaluación del riesgo obstétrico hubo limitaciones en pesquisa de infección urinaria e información dirigida a educar a la prenatal; el mayor porcentaje de referencias fue a la consulta de alto riesgo obstétrico; en el control de riesgos prevenibles (citología y toxoide tetánico) hubo déficit, lo que coloca la calidad de control prenatal en este aspecto en debilidades por la evidencia de oportunidades perdidas; se detectaron fallas en el suministro de hierro, ácido fólico, calcio y polivitamínicos; con la oferta de exámenes complementarios se evidenció el cumplimiento de ellos en la totalidad de las embarazadas, observándose fallas en la disponibilidad para realizárselo en forma gratuita. **CONCLUSIONES:** Los resultados evidenciaron que aun cuando existen indicadores de calidad óptima, según la metodología aplicada, también se presentan, debilidades en otras dimensiones de calidad como dificultades para el acceso oportuno, déficit en el diagnóstico y control de riesgos prevenibles, por lo que se hace necesario reforzar algunas estrategias contempladas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva, así como diseñar actividades educativas dirigidas al equipo de salud, a la embarazada y su entorno familiar que ayuden a prevenir los riesgos obstétricos.

Palabras clave: Evaluación, Mortalidad Materna, Programa Salud Sexual y Reproductiva.

GPS-3

Análisis de Situación de Salud comunidad Santa Eulalia Municipio Guacaipuro estado Miranda, año 2010

Dalimer Riobueno¹, Carmen Andrade¹ & Milagros Pérez¹

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Postgrado Regionalizado de Salud Pública. Distrito Sanitario N° 1 Miranda.

*Correo: dalimerzu@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El Análisis de Situación de Salud es una herramienta de Salud Pública que permite detectar, observar, analizar, canalizar los problemas de una comunidad a través de la toma de decisiones. **OBJETIVO:** Analizar la Situación de salud en la Comunidad de Santa Eulalia. **METODOLOGIA:** Se estableció una investigación de campo descriptiva. Como fuente de información se utilizaron: la observación, entrevista, encuesta, asamblea de ciudadanos con los líderes de la comunidad. El desarrollo de la investigación presentó la caracterización general de la comunidad involucrando sus determinantes sociales, se priorizaron los problemas junto a sus habitantes utilizando la Técnica de Ranqueo, y realizando los planes de acción. **RESULTADOS:** La morbilidad viene dada en primer lugar por las enfermedades respiratorias, producto de la quema indiscriminada de basura. Los cinco problemas priorizados de salud en la comunidad de Santa Eulalia son atribuidos a determinantes de salud que tienen que ver con el medio ambiente, los estilos de vida, servicios. **DISCUSION:** Es primordial impulsar planes y programas de adecuación ambiental que contribuyan a la continuidad del servicio de aseo urbano y que generen un impacto social en la comunidad. **CONCLUSIONES:** Los cinco problemas encontrados son: Déficit de recolección de basura, Suministro de agua no apta para el consumo humano, Deslizamiento de tierra por terrenos inestables, Disposición inadecuada de aguas servidas en las calles, Inseguridad por falta de vigilancia policial. A estos problemas se les trazaron un plan de acción que responde a las necesidades y disminuye la brecha social evidente. Se recomienda a los entes gubernamentales asumir su compromiso con la comunidad.

Palabras clave: Análisis de situación de salud, determinantes sociales, plan de acción.



ÁREA TEMÁTICA: SANEAMIENTO AMBIENTAL

SA-1

Estrategias de gestión para el saneamiento de Las Playas Círculo Militar, Mamo y Weenke, Estado Vargas, 2010.

José Gregorio Guzmán¹* & Julia Varela¹

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Postgrado Regionalizado de Gestión en Salud Pública Vargas 2008-2010-M.

*Correo: jdobleg@yahoo.es

INTRODUCCIÓN: la contaminación fecal es un peligro de origen antrópico que amenaza la zona costera fundamentalmente. Una de las principales debilidades ambientales del estado Vargas, es la falta de saneamiento, como un servicio de procura existencial, mediante un adecuado sistema de tratamiento de las aguas residuales que caen directamente en las playas. **OBJETIVO:** Esta investigación se planteó diseñar un plan de estrategias de gestión para el saneamiento del recurso natural y mitigar el problema de contaminación fecal que es un factor de riesgo para la salud de los temporadistas, turistas y la comunidad en general. **METODOLOGÍA:** El estudio se apoyó en una investigación de campo tipo descriptiva, porque el problema surge de un contexto real. A lo largo del estudio, la información recolectada se obtuvo directamente de ella; es decir, por un lado la información recolectada en los sectores de Mamo el Desagüe, Mamo Arriba, Marapa Piache, las Tunitas, Weenke, la Quinta Loma y el complejo habitacional Nuevo Milenio de la parroquia Catia la Mar, donde se encuestaron a los habitantes y, por otra parte, a los organismos e instituciones de salud y ambiente del gobierno local, que tienen competencia directa sobre el problema de contaminación de las playas Círculo Militar, Mamo y Weenke. **RESULTADOS:** El 100% de los habitantes encuestados, opinó que las principales causas de la contaminación de las playas, se debe a las descargas de aguas residuales de los diferentes sectores que caen directamente a las playas, la falta de saneamiento de las quebradas y canales, la inexistencia de una red de infraestructura para la recolección y disposición final de las aguas residuales. Además se evidenció que los organismos e instituciones de salud y ambiente del estado Vargas, no ejecutan proyectos, programas y planes de estrategias de gestión con fines de abordar intersectorialmente la problemática de la contaminación de las playas en estudio. **DISCUSIÓN:** El resultado de la evaluación bacteriológica

de la playa Círculo Militar para el 2010, realizada por el Ministerio del Poder Popular para el Ambiente, cuando avala que la condición sanitaria de la playa es apta para el contacto humano. **CONCLUSIÓN:** Las playas en estudio no son aptas, para el contacto humano. No se puede mejorar la calidad de los cuerpos de agua de las playas, si primero no se avanza hacia la sostenibilidad local, con la participación plena de las autoridades del estado Vargas y la comunidad organizada (los consejos comunales y las comunas).

Palabras clave: Estrategias de gestión, Saneamiento de Playas, Saneamiento Ambiental.

RESÚMENES DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS

MODALIDAD PÓSTER



ÁREA TEMÁTICA: GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

GPS-1

Análisis de Situación de Salud del sector "Central" parroquia Boca de Tocuyo municipio Monseñor Iturriza del estado Falcón. Marzo-Septiembre 2010

Rahel López Urquía^{1*} & Oriana Martínez Balbuena^{1**}

¹ Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM)

Correos: rahelopez_20@hotmail.com*; ori27_86@hotmail.com**

INTRODUCCION: El Análisis de Situación de Salud es un instrumento Metodológico, Científico, Aplicativo, que permite la identificación, priorización y solución de problemas de salud pública existente, y las deficiencias presentes en determinadas poblaciones. Los Ambulatorios constituyen un factor importante dentro de la sociedad, en ser la fase inicial del nivel de atención primaria de salud, permitiendo la atención inmediata del paciente con el fin de satisfacer sus necesidades, garantizar su óptimo bienestar y evitar complicaciones futuras. **OBJETIVO:** Desarrollar un Análisis de Situación de Salud para diseñar un proyecto de Mejoras en el Mantenimiento y Dotación oportuna de los Servicios del ARII Boca de Tocuyo Parroquia Boca de Tocuyo Municipio Monseñor Iturriza. Estado Falcón. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio Cuanti-Cualitativo, utilizando la técnica de lluvias de ideas aportadas por el principal actor social "Comunidad" para la identificación del problema, priorizados por la técnica de ranqueo, y como fuente de información la técnica de observación, entrevistas a líderes sociales y actores de la comunidad. **RESULTADOS:** Se realizó un proyecto de intervención utilizando la estrategias de Promoción, prevención y Rehabilitación y solicitando la ayuda directa de instituciones Públicas y Privadas dispuestas a contribuir en la solución del problema en estudio. Concluyendo Conformación de Comité de Salud, Instalación y funcionamiento de la Planta eléctrica, Reparación de aires acondicionados, dotación de insumos y productos de limpieza, Pintura de la Fachada del Ambulatorio. **CONCLUSIONES:** El logro inmediato de este estudio es el aporte concatenado entre el Equipo de Salud y la Comunidad en el rescate del centro de salud, donde el trabajo desinteresado y con aras de mejorar la calidad de vida de los habitantes de la población fue la clave en el marco del desarrollo de esta investigación.

Palabras clave: Mantenimiento, dotación, comunidad, y ambulatorio.

GPS-2

Evaluación de estrategias educativas dirigidas al usuario diabético adulto que participa en el Programa Endocrinometabólico del municipio Sucre, estado Aragua.

Raiza Serrano

Servicio Autónomo. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”.

Correo: raizaserranom@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La Diabetes Mellitus (DM) es un desorden metabólico caracterizado por una hiperglucemia crónica debida a la resistencia periférica a la insulina, a la disfunción secretora de esta hormona o ambas, lo cual produce alteraciones de los carbohidratos, lípidos y proteínas, en un plazo variable, lesiones micro y macro vasculares. **PROPÓSITO:** Evaluar las estrategias educativas dirigidas al usuario diabético adulto participante en el programa endocrino metabólico que desarrolla la Corporación de Salud en el Municipio Sucre del Estado Aragua año 2010. **ENFOQUE EPISTÉMICO Y MÉTODOS:** La problemática motivo de estudio se abordó desde el paradigma cualitativo, asumiendo una investigación orientada hacia la modalidad etnográfica. La unidad de análisis estuvo integrada por usuarios diabéticos adultos que participan en el programa. La información fue recogida por la técnica de entrevista en profundidad. La validez y confiabilidad fue dada por la coherencia interpretativa entre los sujetos informantes, el investigador y la teoría que subyace en el estudio (triangulación). La información se categorizó en conocimiento de la enfermedad, cuidados de control, estrategias educativas, calidad de vida y asumir la diabetes. **RESULTADOS:** Los informantes refirieron que no tenían claro el concepto de DM y lo relacionaban con algo malo que les había sucedido, pero que al acudir a la consulta y participar en el club de Diabéticos son controlados y reciben las orientaciones necesarias para su cuidado. Ninguno mencionó complicaciones agudas como hipo o hiperglucemia ni metas de indicadores bioquímicos que permitirían una autogestión. **CONSIDERACIONES FINALES:** la educación del paciente es un instrumento eficaz en el tratamiento y control de la DM ya que requiere conocimiento de metas e indicadores bioquímicos para la prevención de complicaciones agudas y crónicas. Esta debe ser capaz de mejorar los resultados y la calidad de vida clínicamente por lo menos en un corto plazo.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, estrategias educativas, programa de Diabetes.

GPS-3

Análisis de Situación de Salud sector San Felipe Neri, comunidad El Vigía, Los Teques, municipio Guaicaipuro del estado Miranda

Humberlys Villarroel¹, Silvana Acosta¹ & Laura Rojas¹

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Postgrado Regionalizado Gestión en Salud Pública. Dirección Estatal de Salud del Estado Miranda.

Correo: humberlysv@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El análisis de situación de salud es una función esencial de la salud pública, que permite solucionar los problemas evidenciados por la comunidad y fortalecer la toma de decisiones, para mejorar la calidad de vida de la población. **OBJETIVO:** Analizar la situación de salud en el Sector San Felipe Neri del estado Miranda. **METODOLOGÍA:** Comprende una investigación cuali-cuantitativa. La recolección de la información se realizó a través de las siguientes fuentes: observación, entrevistas al talento humano de los centros de salud y a algunos integrantes de la comunidad (líderes, consejo comunal, comité de salud), estadísticas de Servicio de Epidemiología, Centros de Salud y Registro Civil. Además, se efectuaron reuniones y una asamblea con los actores sociales involucrados. El desarrollo de la investigación correspondió a la caracterización general del Sector, evaluación de las necesidades de salud y la priorización de las mismas, a través de la Técnica del Ranqueo, tomando en cuenta criterios como Tendencia, Frecuencia, Gravedad, Disponibilidad de los Recursos, Vulnerabilidad y Coherencia con la misión del que planifica. **RESULTADOS:** Las principales causas de morbilidad son infecciones respiratorias agudas, síndrome viral y diarreas. Los cinco problemas de salud priorizados se relacionan con determinantes como: modo, condiciones y estilos de vida; medio ambiente y; organización de los servicios de salud. **DISCUSIÓN:** Es evidente la necesidad de que la comunidad, conjuntamente con los entes gubernamentales, se responsabilice en el control de los planes diseñados para la solución de los problemas. **CONCLUSIONES:** Los cinco problemas priorizados fueron proliferación de zancudos, falta de conciencia sobre la limpieza, disposición y recolección inadecuadas de la basura, exceso de maleza y la presencia de roedores. A cada problema, se le formuló su plan de acción. Se recomendó promover la participación comunitaria activa y la integración del consejo comunal y de la comunidad, así como también que los entes gubernamentales se avoquen a las demandas establecidas por la comunidad.

Palabras clave: Análisis de situación de salud, determinantes sociales, salud pública, y Miranda.

GPS-4

Diagnóstico de la accidentalidad por objetos punzocortantes en el personal de enfermería de la red ambulatoria del municipio San Carlos, estado Cojedes, durante el período Junio-2009, Junio-2010

María Solange Abreu B.¹ & María del Carmen Martínez²

¹ Dirección Regional de Salud. Edo. Cojedes.

² Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”

Correo: rasasol1@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El personal de enfermeras y enfermeros, son uno de los grupos de trabajadores del sector salud de mayor exposición a la manipulación de objetos punzocortantes, debido a tareas y procedimientos que desarrollan como son: vacunación, aplicación de tratamiento, etc.; esto trae como consecuencia riesgo de contacto con patógenos sanguíneos y alto riesgo de desarrollar enfermedades como la hepatitis B. **OBJETIVO:** Se plantea establecer un diagnóstico sobre la accidentalidad laboral por objetos punzocortantes en el personal de enfermería de la red ambulatoria urbana del Municipio San Carlos. **METODOLOGIA:** Investigación descriptiva, de campo con un enfoque epidemiológico. Población: 66 trabajadores de enfermería, muestra conformada por 62 enfermeras y enfermeros activos para el momento de la investigación, y que aceptaron participar (93% de la población). Técnica de recolección de datos: encuesta anónima. Instrumento: encuesta de la OMS/CEI para el reporte de accidentes por pinchazos (OPS, 2006). **RESULTADOS:** Frecuencia de accidentes en el último año de 9,6% (06 accidentes), cifra significativamente menor a la reportada en otros centros de salud del estado Cojedes en el año 2008, el cual alcanzó al 30% (Martínez y col., 2009). Porcentaje de notificación del 20%, por lo que el subregistro alcanza el 80%, lo que implica que no recibieron atención médica, profilaxis post-exposición, ni seguimiento serológico. El 56% de los lesionados, desconocen las pautas de actuación en caso de sufrir accidente. En cuanto a la cobertura de vacunación contra la hepatitis B, como elemento de prevención al contacto con patógenos de la sangre, se encontró que solo el 37% tiene el esquema completo. Indicando que el personal de enfermería no le da importancia a la vacunación, o existe desconocimiento en cuanto a la exposición y riesgo. **CONCLUSIONES:** 1) Un elevado número de accidentes laborales sufridos por el personal de enfermería no son reportados, ya que desconocen el protocolo a seguir. 2) La cobertura de vacunación contra hepatitis B es muy baja. **Recomendaciones:** Desarrollar programa de capacitación al personal, implementar medidas de prevención, entre las que se da importancia a la vacunación contra hepatitis B, incentivar el reporte de accidentes. Proponer la creación del Servicio de Salud y Seguridad de los Trabajadores, tal como lo establece la legislación laboral vigente en la LOPCYMAT.

Palabras clave: Accidente laboral por objetos punzocortantes.

GPS-5

Accidentes laborales por objetos punzo cortantes en el personal de salud del Hospital "Dr. Jose Maria Vargas". Municipio Sucre. Estado Aragua 2007-2008.

Evelys Miraglia^{1,2*} & María del Carmen Martínez^{2**}

¹ Dirección Municipal de Salud Sucre. Estado Aragua.

² Servicio Autónomo. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón".

Correo: rasantol1@hotmail.com*; carmelamar715@hotmail.com**

INTRODUCCIÓN: El número de lesiones y enfermedades ocupacionales sufridas por los Trabajadores del Sector Salud (TSS) se ha incrementado en la última década en el mundo; su atención representa un desafío al requerir un abordaje preventivo y medidas de tratamiento oportuno. **OBJETIVO:** Caracterizar los accidentes laborales con objetos punzo cortantes sufridos por el equipo de salud del Hospital "Dr. José María Vargas" Cagua, Municipio Sucre del Estado Aragua durante el período marzo 2007-marzo 2008. **METODOLOGÍA:** Está enmarcada dentro de la línea de investigación de Prevención de Accidentes Laborales por Objetos Punzocortantes y Contacto con Patógenos de la Sangre, desarrollada en la modalidad de campo, dentro del paradigma cuantitativo y de tipo descriptivo. **Población:** los 30 trabajadores de la salud que sufrieron accidente laboral con objetos punzo cortantes en el período estudiado. Los datos personales fueron tomados de la ficha de registro de accidente ocupacional y no ocupacional del programa de VIH – SIDA; en cuanto a la descripción de los accidentes y factores intervinientes se desarrolló, probó y aplicó una encuesta de 10 preguntas cerradas. **RESULTADOS:** el 83% de los trabajadores de la salud que sufrieron accidente laboral con objetos punzo-cortantes son del sexo femenino, con edades comprendidas entre 26 a 47 años (54%) y con antigüedad mayor a cinco años en el 53% de los casos. La mayor cantidad de accidentes es debido al uso de las agujas en sus diferentes presentaciones, y dentro de ellas las agujas huecas, la parte del cuerpo mayormente afectada son los dedos (67%). El horario de ocurrencia de los accidentes es más frecuente en la mañana (77%). El 67% de los accidentes ocurrieron debido inadecuado de los procedimientos de trabajo o violaciones a las reglas de seguridad, así como por exceso de trabajo o insuficiente personal. **CONCLUSIONES:** Los trabajadores de la salud deben considerar la magnitud del riesgo ocupacional a que sus prácticas, procedimientos y usos de instrumentos punzo-cortantes conllevan, así como la necesidad de ser capacitados para la prevención de la exposición.

Palabras clave: Accidente laboral, objetos punzo-cortantes, hospital

GPS-6

Estudio del programa de control y erradicación de la Malaria, estado Carabobo, 2003-2007

Claudia Pérez Seijas¹ & Benny Suárez¹

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Especialidad de Salud Pública / Correo: claudiaperezseijas@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: En el estado Carabobo se planteó conocer la distribución de los casos de malaria de acuerdo a edad, género y especie identificada, la distribución de los casos de acuerdo al lugar probable de origen, determinar el índice anual de exámenes de sangre (IAE), y el índice de láminas positivas (ILP), para conocer el desempeño del Programa para el Control y Erradicación de la Malaria en el Estado Carabobo durante los años 2003-2007. **OBJETIVO:** Estudiar el programa de malaria en el estado Carabobo, 2003-2007. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo documental. La muestra estuvo conformada por las láminas examinadas de los pacientes que asistieron al laboratorio regional durante el período de estudio. Se utilizó como instrumento las fichas correspondientes a la notificación obligatoria de malaria, del informe semanal de los casos de malaria y del reporte de láminas tomadas y positivas en el estado, según tipo de búsqueda y especie parasitaria. **RESULTADOS:** El grupo de edad más afectado es de 20-39 años con 32,29%. El 87,6% son del Estado Bolívar. 63,5% género masculino para el 2007. El parásito de mayor importancia fue *Plasmodium vivax*. **Discusión:** El grupo de edad más afectado es de 20-39 años, coincidiendo con Suárez (2005). Los casos fueron importados, provenientes en su mayoría del estado Bolívar reflejando la alta incidencia en ese estado y la tendencia a nivel nacional. De acuerdo a la especie identificada se determinó que el patógeno de mayor importancia en este estado fue *Plasmodium vivax*, coincidiendo con la investigación realizada por Diéguez y colaboradores (2005). **CONCLUSIONES:** Se determinó que el grupo de edad más afectado fue de 20 – 39 años, en su mayoría del género masculino. El parásito mayormente identificado *Plasmodium vivax*. El IAES fue de valores por encima del 10%, mostrando que el desempeño del programa ha sido adecuado. El ILP calculado para los diferentes años mostró la nula incidencia de casos infectados localmente; y que los casos son importados.

Palabras clave: Control y Erradicación; Malaria; Paludismo

ÁREA TEMÁTICA: SALUD OCUPACIONAL

SO-1

Programa preventivo de accidentes laborales por objetos punzocortantes en personal de salud. Cruz Roja Aragua. 2007- 2009

Doris Ledezma^{1,2*} & María del Carmen Martínez²

¹ Universidad de Carabobo - Campus La Morita. Facultad de Ciencias de la Salud. Postgrado de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral.

² Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Especialidad de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral / Correo: dlezma@yahoo.es

INTRODUCCIÓN: Los trabajadores de la salud utilizan como herramienta de trabajo objetos punzocortantes, el uso inadecuado, mala disposición y otros factores generan accidentes, y en un alto porcentaje contacto con patógenos de la sangre, generando el riesgo de contraer enfermedades como la Hepatitis B, Hepatitis C y/o HIV. **OBJETIVO:** Desarrollar Programas de Prevención de Accidentes por objetos punzocortantes y exposición ocupacional a patógenos de la sangre para los trabajadores del Hospital de la Cruz Roja Seccional Aragua. **METODOLÓGIA:** El estudio corresponde con un proyecto factible, donde la primera fase es diagnosticar, de carácter descriptivo. La población constituida por 66 trabajadores. La muestra se seleccionó considerando los siguientes criterios: a) que pertenecieran a la nómina de personal, b) que fuesen trabajadores activos. La muestra quedó constituida por 31 trabajadores (46,96% de la población). Se aplicó encuesta anónima (OMS/CIE, 2005), para el reporte de lesiones por objetos punzocortantes, y lista de verificación para la evaluación del centro de salud. Se elaboró propuesta de Programa para el Centro de Salud, con los componentes de la guía técnica establecida por el INPSASEL. **RESULTADOS:** 6 trabajadores (19,35%) habían sufrido lesiones en el último año. Notificación y atención médica oportuna en el 100% de los casos. **Desarrollo del Programa:** a) Se conformó el comité de seguridad y salud laboral, inscrita en el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL) bajo el N° ARA 03 N° 8512- 001445. b) Plan de formación a los trabajadores en cuanto a medidas de seguridad y prevención de accidentes, se dictaron talleres y cursos para un total de 300 horas hombre- formación c) Se organizó la disposición inicial e intermedia de objetos punzocortantes, con la adquisición de recipientes adecuados y ubicación en áreas de riesgo. d) Aplicación de precauciones universales. e) Aumento de la cobertura de inmunización contra hepatitis

B a un 100%, utilizando el esquema de 0, 1 y 6 meses. **CONCLUSIÓN:** El desarrollo del Programa fue posible al marco legal vigente, el apoyo de las autoridades del centro de salud, la participación de los trabajadores y la adopción de diferentes medidas de control de riesgo.

Palabras clave: Lesiones por pinchazos, programa de prevención, comité de seguridad y salud laboral.

SO-2

Diagnóstico de salud del Servicio Médico Ocupacional de la Dirección Municipal de Salud Santiago Mariño CORPOSALUD Aragua

Carlos Arcay^{1*} & Diana Vivas¹

¹ Corporación de Salud del Estado Aragua (Corposalud) / Correo: cja069@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El siguiente trabajo de investigación surge como respuesta a la interrogante ¿De qué se nos enferman los trabajadores del sector salud pertenecientes a Corposalud Aragua del Municipio “Santiago Mariño” para conocer con mayor profundidad y extensión la relación entre las condiciones y medio ambiente de trabajo con la salud de los trabajadores de la salud, basándonos en la morbilidad registrada por el Servicio Médico Ocupacional desde el inicio de sus funciones **OBJETIVO:** Conocer la morbilidad y sus causas en la población de trabajadores de Corposalud Aragua del municipio “Santiago Mariño”. **METODOLOGIA:** Se realizó un diseño de tabla donde existan las principales características que debemos conocer en una morbilidad para un servicio médico ocupacional, estos datos fueron recogidos en la consulta médica realizada a diario por el servicio médico ocupacional con lo cual fue alimentada una base de datos y a través de paquetes estadísticos se obtuvieron informes descriptivos de frecuencia y de cruce de tabulaciones. **RESULTADOS:** de 2770 consultas realizadas el 60% aproximadamente fueron del tipo curativa, contra un 40% de consultas del tipo preventivo de las cuales la primera causa de morbilidad son las relacionadas con el sistema circulatorio como lo es la Hipertensión arterial el cual su mayor incidencia es en el personal de camareras, profesionales de la enfermería y médicos especialista. En segundo lugar tenemos las patologías que afectan al sistema osteomuscular como son las lumbalgias, neuralgias y patologías de la columna vertebral las cuales tienen su mayor incidencia en personal de enfermería, camareras, médicos y personal administrativo. Se registraron 30 heridas punzo cortantes como accidente laboral con mayor incidencia en pasantes, enfermeras, médicos y camareras en orden de frecuencia. **DISCUSION:** Las primeras causas de morbilidad en los trabajadores es la hipertensión arterial y las lumbalgias confirmado por Galíndez y

Rodríguez (2007), pero estos afirman que la primera es la lumbalgia, también confirmado por Dalto (2007). **CONCLUSION:** La primera causa de morbilidad en los trabajadores de la salud en el municipio S. Mariño es la hipertensión arterial seguida de las lumbalgias, estos datos no llevan a realizar la correlación de los riesgos de trabajo a lo que están expuesto y así realizar el sistema de vigilancia epidemiológica.

Palabras clave: Morbilidad, causas de morbilidad, trabajadores de salud.

SO-3

Evaluación ergonómica del puesto de trabajo de lavandería en el ambulatorio "Don Felipe Ponte". Lara, 2010.

Sabina Guédez Aponte¹* & Evelin Escalona¹

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón"

Correo: sabinaguedez29@hotmail.com

INTRODUCCION: En los centros de salud a nivel nacional no se toma interés en los factores de riesgo laborales que existen en el área de Lavandería de dichos establecimientos, lo que motiva realizar esta investigación. **OBJETIVO:** Evaluación ergonómica de un puesto de trabajo de Lavandería en el Ambulatorio "Don Felipe Ponte", Estado Lara, Junio-Octubre 2010. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo observacional con enfoque ergonómico, con población de tres trabajadoras, cuya muestra no probabilística fue una trabajadora de 38 años de edad; técnica de recolección de datos: la entrevista y la observación estructurada no participante. Instrumentos: DEPARIS, REBA y Tabla Antropométrica. **RESULTADOS:** Se destacaron los factores de riesgos químicos, biológicos y disergonómicos, todos con escala de valoración Alto. Según el método REBA, posturas que adopta la trabajadora durante el enjuagado de la ropa, el nivel de riesgo es Bajo (puntuación 2); cuando saca la ropa de la lavadora, nivel de riesgo Medio (puntuación 7); y en la postura que adopta al encender la secadora por posición disergonómicos, se obtuvo riesgo Alto (puntuación 9). Según Evaluación Ergonómica para el Manejo Manual de Carga, al desplazarse a distancia de dos metros se obtuvo un riesgo de 2, por humedad del piso. Igual puntuación de riesgo para el levantamiento de carga. **DISCUSION:** Los resultados obtenidos en esta investigación se relacionan con los encontrados a nivel internacional por Montiel *et al.* (2006), quien utilizó el método REBA para la valoración postural de cuerpo entero; Kruger (2006) realizó estudios en área hospitalaria con igual resultado en cuanto a los factores de riesgo antes expuestos; por otra parte, Sánchez *et al.* (2006) realizó una investigación de análisis de puesto en Lavandería de un complejo hospitalario donde evaluó las diferentes posturas de las trabajadoras. **CONCLUSION:** En el área de

Lavandería evaluada existen condiciones peligrosas que ponen en riesgo al personal que labora en esos puestos de trabajo por la manipulación de ropa contaminada, posturas, y movimientos, desplazamientos de la trabajadora durante el proceso, repetitividad del trabajo, diseño disergonómico y medidas antropométricas no acorde.

Palabras clave: Evaluación, ergonomía, puesto de trabajo

SO-4

Programa de salud de los trabajadores del Distrito Sanitario N° 1, municipio Guacaipuro, estado Miranda

Dalimer Riobueno¹ & Carmen Andrade¹

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Postgrado Regionalizado de Salud Pública. Distrito Sanitario N° 1 Miranda.

Correo: dalimerzu@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El Programa de Salud Ocupacional, esta integrado por un conjunto de acciones y recursos dirigidos a garantizar la salud individual y colectiva de los trabajadores. **OBJETIVO:** Identificar y controlar los factores de riesgos presentes en el puesto de trabajo del Servicio de ITS. **METODOLOGÍA:** Se estableció una investigación descriptiva. Como fuente de información se utilizaron: la observación, entrevista con el personal que labora en el Servicio de ITS, las estadísticas del Departamento de Epidemiología. El desarrollo de la investigación presentó la descripción general del Distrito Sanitario N°1 y el Servicio de ITS, involucrando las condiciones o situaciones peligrosas de acuerdo al proceso de trabajo en el servicio, se clasificó los factores de riesgos para dar paso a la implementación del programa. **RESULTADOS:** La morbilidad viene dada en primer lugar por cervialgias, producto de la postura, movimientos repetitivos del trabajador, además influye el aspecto dimensional del puesto de trabajo. **DISCUSIÓN:** Es necesario desarrollar el Programa de Salud Ocupacional para velar por el completo bienestar físico, mental y social de los trabajadores. **CONCLUSIONES:** Se desarrolló un Programa de Salud Ocupacional que integra las acciones preventivas, legales y de control a los trabajadores del Servicio de ITS, para garantizar un lugar de trabajo seguro y adecuado, minimizando la ocurrencia de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales en beneficio de los trabajadores y la institución.

Palabras clave: Programa de Salud Ocupacional, situaciones peligrosas, servicio de ITS.

SO-5

Propuestas de mejoras basadas en la evaluación de estrategias ergonómicas dirigidas a la línea de ensamblaje de la empresa Motorvenca

Andrés Molina¹ & Evelin Escalona²

¹ Universidad de Carabobo. Facultad de Ingeniería. Escuela de Ingeniería Industrial

² Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón"

Correo: molina_andres@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: los trastornos músculo-esqueléticos constituyen un problema de importancia en los centros de trabajo y la instrumentación de mejoras ergonómicas es una necesidad. **objetivos:** se realizó el presente trabajo cuyo **OBJETIVO** fue proponer mejoras de diseño en la línea rev del área de ensamblaje de la empresa motorvenca, basadas en el análisis de las estrategias de rotación y pausas activas implementadas. **METODOLOGIA:** se diseñó un estudio de intervención ergonómica. los métodos utilizados fueron reba y ocrá, la revisión documental (morbilidad), entrevistas y observaciones. **RESULTADOS:** se identificaron problemas de diseño de los puestos de trabajo, la carga postural mostró entre medio y alto riesgo en un 64% de los puestos, la rotación laboral instrumentada en la empresa en la línea estudiada resultó ser inadecuada por las características del trabajo realizado. el programa de pausas activas resultó ser beneficioso reduciendo la frecuencia de trastornos músculo esquelético en 75%. Se realizan propuestas de mejoras en relación al mobiliario de trabajo (mesas, sillas, posapies), así como el espacio disponible para trabajar en relación a la organización del trabajo se plantea incluir nuevas pausas a las existentes. **CONCLUSIÓN:** el programa de pausas activas contribuyó en la reducción de las lesiones músculo-esqueléticas en los trabajadores y ha sido bien aceptado, la estrategia de rotación de puestos de trabajo no contribuyó en mejorar el bienestar de los trabajadores debido a las similitudes de las tareas y exigencias en los puestos y por el contrario en varios casos incrementó el riesgo de padecer lesiones músculo esqueléticas.

Palabras clave: intervención, pausas activas, puestos de trabajo.

SO-6

Análisis ergonómico de los puestos de trabajo de la “Oficina de Recursos Humanos” del Instituto Universitario de Tecnología Cumaná extensión Punta de Mata

Luis V. Sánchez^{1*} & Evelin Escalona^{2**}

¹ Instituto Universitario de Tecnología Cumaná

² Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”

Correos: luisanchez66@hotmail.com*; evelinescalona@gmail.com**

El **OBJETIVO** de este estudio fue, realizar el análisis ergonómico de los puestos de trabajo de la “Oficina de Recursos Humanos” del Instituto Universitario de Tecnología Cumaná Extensión Punta de Mata. **METODOLOGIA:** La investigación es descriptiva, de campo con enfoque ergonómico; para ello se aplicaron la entrevista inestructurada, la observación directa, la encuesta colectiva (método DEPARIS), el registro y análisis de videos, las fotografías, el formato de segmentos corporales de Drilli y Contini, los softwares: aplicación informática e_Rula, desarrollada en el Departamento de Proyectos y basada en el método Rula; y Ergonautas.com. Los **RESULTADOS** arrojados por la observación y la encuesta colectiva aplicada por grupos homogéneos y heterogéneos de la institución, muestran que las áreas de trabajo y la organización técnica del puesto del trabajo son consideradas preocupantes y peligrosas por los grupos y por las trabajadoras de la oficina de recursos humanos por ser estas muy pequeñas, el acceso de circulación es incomodo, lo que impide la libre movilización dentro del mismo, no están dotados de los materiales necesarios, están expuestas a diferentes factores de riesgos, y los movimientos necesarios durante el trabajo son penosos, los sitios para la recreación, salones y comedor son considerados como no adecuados. Se evidenció que la responsable de recursos humanos, mantiene posturas prolongadas, la misma permanece la mayoría del tiempo sentada, por su parte la asistente de recursos humanos realiza varios movimientos forzados para realizar alguna acción inherente a sus actividades cuando adopta posición de inclinación, agachado, de pie, de alcance y levantamiento de carpetas, y también a desplazamientos dinámicos. Como **CONCLUSIÓN** general se evidencia que el trabajo que se realiza en la oficina de recursos humanos, es muy exigente por las malas condiciones del entorno físico, los problemas de la organización del trabajo, la inadecuación de equipos y herramientas para trabajar, situación que representa una pesada carga de trabajo para estas trabajadoras desde el punto de vista físico, psíquico y emotivo. Se requiere proporcionar un mayor espacio para que estas dos trabajadoras puedan realizar de manera más dinámica sus actividades.

Palabras clave: Condiciones de trabajo, ergonomía, participación, instituto universitario.

SO-7

Estudio de las condiciones ergonómicas del trabajo docente en el laboratorio de instrumentación, control y medida del Instituto Universitario Cumana, estado Monagas, 2010

Carolina Sifones¹ & Evelin Escalona¹

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón".

Correo: carsifontesq@hotmail.com

Se realizó un diseño de un estudio de campo descriptivo que aplica el enfoque de un método ergonómico. El OBJETIVO es estudiar las condiciones ergonómicas del trabajo docente en el laboratorio de instrumentación control y medida del Instituto Universitario de Tecnología Cumaná Estado Monagas. La población y muestra del estudio quedará conformada por nueve docentes, quienes son la totalidad de la población. En la METODOLOGÍA se utilizó la observación directa, el esquema corporal, entrevista individual, los métodos REBA, DEPARIS encuesta colectiva; Grupos de Exposición Homogéneos-Heterogéneos, y la ecuación de levantamiento de carga de la NIOSH. En los RESULTADOS los docentes manifiestan cansancio visual, lumbalgias, cefalea, dolor en la mano derecha, dolor en la pierna derecha. Con la aplicación del método REBA en los docentes se observaron las diferentes posturas que adoptan en el laboratorio esto indica que el nivel de riesgo es alto y es necesario una modificación rápida para poder reducir el nivel de riesgo. La encuesta deparis permitió observar en el área de trabajo que la iluminación es deficiente en el laboratorio, esta condición puede generar problemas de salud como: disminución de la visión y cefaleas debido a los esfuerzos que deben realizar los docentes que laboran en el ámbito de educación, al procesar información en pantalla de visualización de datos y en el manejo de información escrita. El índice de levantamiento asociado a la actividad es 2,28, lo que implica que las condiciones del levantamiento deberían modificarse. En el puesto de trabajo es necesario mejorar la distribución de los mesones y equipos de trabajo, las distancias entre pasillos es primordial para tener mejor vías de circulación, los mobiliarios deben adecuarse a las medidas antropométricas de los docentes.

Palabras clave: Estudio, condiciones ergonómicas, trabajo docente.

SO-8

Avances del proyecto de prevención de lesiones con objetos punzocortantes en contacto con patógenos de la sangre, PDVSA área metropolitana

Mirla Cabello¹

¹ Petróleos de Venezuela. Gerencia de Salud. Unidad de Salud Ocupacional Área Metropolitana.
Correo: cabellomz@pdvsa.com

INTRODUCCIÓN: La aplicación del Proyecto de Prevención de Lesiones con Objetos Punzocortantes en Contacto con Patógenos de la Sangre en el Personal de salud en PDVSA Área Metropolitana, dividiéndolo en componentes; facilita evaluar los avances de su aplicación y permite identificar y reforzar las áreas débiles que requieren mayor atención **OBJETIVO:** Evaluar los avances del Proyecto de Prevención de Lesiones con objetos punzocortantes en PDVSA Área Metropolitana desde el año 2008 al 2010. **METODOLOGIA:** La metodología que se aplicará será comparar los avances del Proyecto de Prevención de Lesiones con Objetos punzocortantes en contacto con patógenos de la sangre en el personal de salud en PDVSA Área Metropolitana desde el año 2008 al año 2010, por cada uno de sus componentes: formación y capacitación, inmunización, practicas seguras de trabajo, manejo y disposición de desechos biológicos, aplicación de protocolo en caso de pinchazo, notificación de accidentes, seguimiento y control. **RESULTADOS:** La evaluación de los avances del Proyecto de Prevención de Lesiones con Objetos Punzocortantes en el Personal de Salud de PDVSA Área Metropolitana, a través de sus componentes; .ha permitido fortalecer el Proyecto en PDVSA, propiciar las relaciones interinstitucionales con organismos del Estado y minimizar los costos generados de su aplicación. **DISCUSIÓN:** La aplicación del método de comparación por componentes, permite evaluar objetivamente los avances del Proyecto planteado por la OMS-OPS.

Palabras clave: Prevención de lesiones con objetos punzocortantes, personal de salud, componentes, evaluación.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

EPI-1

Manifestaciones orales de los pacientes con cáncer tratados con quimioterapia

Amanda Guzmán¹, Daniela Russo¹, Carlos Piñero¹ & Marlen González¹

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón"

Correo: guzman_amanda@hotmail.com

La presente investigación tuvo como **OBJETIVO**: identificar las manifestaciones bucales presentes en los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia en el área de oncología del Hospital Central de Maracay- Edo. Aragua, durante el periodo Agosto 2009. **METODOLOGIA**: El tipo de investigación utilizado fue No Experimental, apoyado en una modalidad de campo, con un nivel de profundidad descriptivo y un diseño Transeccional. La muestra seleccionada fue de 44 pacientes atendidos en dicho hospital, los cuales fueron escogidos al azar, considerándose una muestra probabilística. Se utilizó la observación como Técnica de Recolección de Datos analizándose los cuestionarios aplicados a cada paciente de la muestra de estudio con el objetivo de diagnosticar las lesiones orales que presentan o pudieron haber presentado dichos pacientes tras la aplicación de la terapia oncológica. En dicho análisis se estudio la frecuencia de aparición de las diferentes manifestaciones orales así como el grado de toxicidad de los diferentes tipos de fármacos citostáticos empleados en la quimioterapia contra el cáncer. Entre los **RESULTADOS** obtenidos se observa que la manifestación oral secundaria al tratamiento con quimioterapia que mayor incidencia de aparición tuvo entre los pacientes observados fue la mucositis, siendo el paladar el sitio más frecuente de aparición, seguida por la candidiasis la cual se presentó con mayor predilección en la mucosa oral de los carrillos. Con respecto a la xerostomía, esta fue la manifestación oral secundaria al tratamiento con quimioterapia que con menor frecuencia se presentó entre los pacientes observados. El fármaco citostático con mayor grado de toxicidad y por ende mayor número de efectos secundarios sobre los pacientes son los Cisplatinos. Seguido de estos encontramos los Taxanos con un grado de toxicidad relativamente igual.

Palabras clave: Mucositis, candidiasis, xerostomía, fármacos citostáticos.

EPI-2

Tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Estado Carabobo. Período 1995-2007

Magalys Maldonado^{1*}, Benny Suárez¹ & Eduardo Ortunio¹

¹Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Especialidad de Epidemiología / *Correo: maldonadomagalys@yahoo.es

INTRODUCCION: El cáncer de cuello uterino aún presenta cifras altas en su incidencia y mortalidad en los países de América Latina y el Caribe, a diferencia del descenso marcado que ha ocurrido en los países desarrollados. En Venezuela el cáncer ocupa la segunda causa de muerte representando 15,17 % de la mortalidad general; en el año 2007 ocurrieron en el país 19.254 muertes por cáncer, de las cuales 2.144 estaban localizados en los órganos genitales femeninos. **OBJETIVO:** Analizar la tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el estado Carabobo durante el periodo 1995-2007. **METODOLOGIA:** Se realizó una investigación epidemiológica descriptiva. Se estudió la totalidad de los registros de mortalidad por cáncer de cuello uterino (C53) y cáncer de otras partes y no especificadas de útero (C54-C55) del estado Carabobo durante el periodo de 1995 a 2007. La información se obtuvo del anuario de mortalidad del MPP para la Salud y del Instituto Carabobeño para la Salud (INSALUD). Entre los **RESULTADOS** que más destacan, se tiene que las tasas ajustadas de cáncer de cuello uterino se han mantenido estables durante el periodo estudiado, lo que coincide con la tendencia de Venezuela; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las tasas promedio de Venezuela y Carabobo. El 45 % de las muertes ocurrieron entre los 45 y 64 años, el 31 % entre 25 y 44 años y el 24 % en más de 65 años.

Palabras clave: Cáncer de cuello uterino, mortalidad por cáncer, y tendencias del cáncer.

EPI-3

Caracterización epidemiológica de la enfermedad de Chagas y conocimiento sobre Triatominos en el municipio Manuel Monge, estado Yaracuy 2009.

Ana Cárdenas^{1*} & Benny L. Suárez H.¹

¹ Servicio Autónomo. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Especialidad de Epidemiología en Enfermedades Metaxénicas

*Correo: Anabel1_8@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: Debido a la presencia de triatominos, la falta de datos epidemiológicos y con la finalidad contribuir al conocimiento de las

características epidemiológica de la enfermedad de Chagas. **OBJETIVOS:** se planteó determinar la prevalencia, identificar los factores relacionados a la presencia del *Trypanosoma cruzi* y el conocimiento de la población acerca de los vectores de la enfermedad de Chagas en las Comunidades de Los Lirios y El Lirial del municipio Manuel Monge, estado Yaracuy. **METODOLOGÍA:** estudio descriptivo transversal, se seleccionó la muestra utilizando criterios de inclusión y exclusión cuyo universo estuvo conformado por 41 viviendas encuestadas con una población de 146 habitantes. Se realizó una pesquisa serológica en humanos y entomológica a nivel del domicilio y peridomicilio, se aplicó una encuesta que indagó variables sociodemográficos, ambientales de vivienda, el conocimiento sobre la enfermedad y el vector. **RESULTADOS:** Obteniendo una seroprevalencia de 4,79%, no existe transmisión activa de la enfermedad, la seropositividad fue en mayor de 40 años, el índice de infestación general a lugar fue 100% y casa 12,19% (5/41). El índice de infestación general por especies a lugar y casas de *R. prolixus*, *T. maculata* y *E. mucronatus* es de 50% (1/2) y 2,4% (1/41) y a *P. geniculatus* de 100% (2/2) y 7,3% (3/41). En relación al aspecto cognoscitivo sobre la enfermedad de Chagas refieren conocer al insecto, lo han visto en domicilio, conocen la enfermedad y el daño que produce, sin embargo, no conocen como se transmite. **DISCUSIÓN:** La prevalencia obtenida difiere de la encontrada por Rojas *et al.*, (2008) donde obtuvo una prevalencia menor, se observó animales en el domicilio y peridomicilio que pudieran servir como reservorio manteniendo el ciclo de la transmisión señalado por Calderón *et al.* (2002). **CONCLUSIÓN:** el 7% de las casas donde se capturaron los triatominos eran casas de bloque, totalmente frizadas, techo de zinc, piso de cementos y poseen anexos a menos de 5 metros de las casas, no obstante, la presencia de animales dentro de la vivienda pueden ser responsables de la persistencia de focos de triatominos en áreas de estudio.

Palabras clave: Enfermedad de Chagas, *Trypanosoma cruzi*, triatominos.

EPI-4

Caracterización de la enfermedad de Chagas en comunidades Las Minas y San José, parroquia Bergantín, municipio Simón Bolívar, estado Anzoátegui, 2009

Raquel Bezara B.^{1*} & Benny L. Suárez H.¹

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Especialidad de Epidemiología en Enfermedades Metaxénicas

*Correo: rbezara99@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis Americana es una parasitosis exclusiva del continente americano, propia de zonas rurales

deprimidas. **OBJETIVO:** Se planteó como principal objetivo caracterizar la situación de la enfermedad de Chagas en dos comunidades rurales de la parroquia Bergantín, municipio Simón Bolívar, estado Anzoátegui “Las Minas” y “San José”. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio de prevalencia, la muestra determinada por criterios de inclusión y exclusión estuvo conformada por 35 viviendas con 194 habitantes; realizándose una pesquisa serológica en humanos y entomológica a nivel del domicilio-peridomicilio; aplicándose una encuesta que indagó por variables socio-demográficas y ambientales, incluyendo conocimiento y percepciones sobre la enfermedad y su vector. **RESULTADOS:** Seroprevalencia 3.09%, seropositividad solo en mayores de 50 años, descartándose transmisión activa al momento del estudio. Las especies de triatominos recolectadas fueron *Panstrongylus geniculatus* y *Triatoma maculata*, con Índice de infestación general a lugar 100% y a casa 17,1% (6/35), Índice de infección triatomínica a *T. cruzi* de 0%; mientras que el Índice de infestación general a casa por *P. geniculatus* fue 11,42% (4/35) y por *T. maculata* 5,7% (2/35). En relación al aspecto cognoscitivo sobre el vector; observamos que 83% de los jefes de familia encuestados conocen el insecto, considerando 77% de ellos que es problema para la familia, refiriendo 39% haberlo encontrado en su domicilio; en cuanto a la enfermedad de Chagas 85,7% no sabe cómo se trasmite, 80% no cree que sea problema en su comunidad; 48,5% no conoce la enfermedad y solo 37,5% sabe el daño que produce. **DISCUSIÓN:** En la presente investigación, el 57% de las viviendas poseían características tipo rancho, lo que coincide con estudios realizados por Travieso & Bonfante, (2004) en Caballito, Edo Lara. Según Botero y Restrepo, 1999, este tipo de vivienda favorece la presencia del vector transmisor de la enfermedad. **CONCLUSIÓN:** A pesar de que en su mayoría, la población conoce el insecto vector, muy pocos saben acerca de la enfermedad y el daño que produce; ante esta evidencia se hace necesario diseñar programas de promoción para la salud en torno a esta enfermedad.

Palabras clave: Conocimiento, Enfermedad de Chagas, *Panstrongylus geniculatus*.

EPI-5

Caracterización morfométrica de una cepa de *Triatoma maculata* (Erichson, 1848) (Hemiptera, Reduviidae) de ambientes domésticos y peridoméstico, estado Guárico, Venezuela

Beatriz A. Medina A.^{1*} & Ana Soto Vivas^{1**}

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Laboratorio de Biología de Vectores y Reservorios, Centro de Estudios en Enfermedades Endémicas y Salud Ambiental
Correos: bamedina@uc.edu.ve*; anasoto.vivas@gmail.com**

INTRODUCCIÓN: *Triatoma maculata* es considerado vector secundario de la enfermedad de Chagas en Venezuela dado que, normalmente,

su habitad se encuentra en el peridomicilio asociado a aves de corral y ocasionalmente se encuentra invadiendo el domicilio. Hasta la fecha, son pocos los reportes morfométricos realizados en esta especie. Objetivo: se caracterizó una cepa de *T. maculata* colectados en el domicilio y peridomicilio en localidades del estado Guárico. METODOLOGÍA: En 100 individuos (50♀ y 50♂) se seleccionaron PAR sobre las cabezas (14) y las alas (10) de acuerdo con los criterios definidos por Bookstein. Las imágenes se digitalizaron y a partir de las cuales se realizó el Análisis Generalizado de Procruster, para extraer el tamaño isométrico y las variables de conformación. Resultados: Se observó dimorfismo sexual marcado en la variable tamaño, (Kruskall-Wallis $p < 0,05$), tanto en alas (♀ = 10,55; ♂ = 9,81 mm) y cabezas (♀ = 4,65; ♂ = 4,31 mm). Los resultados de la conformación (MANOVA $p < 0,05$), mostraron diferencias tanto en las cabezas como en las alas. DISCUSIÓN: Los cambios morfométricos descritos pueden tener una importancia epidemiológica grande si están ligados a la eficacia biológica de las poblaciones. Nuestros resultados evidencian que las especies evaluadas forman parte de varias poblaciones, lo que difiere de estudios realizados a *T. maculata* perteneciente a varias localidades del estado Lara. CONCLUSIÓN: Se presume, que esta especie está desarrollando mecanismos adaptativos al domicilio. Es necesario ampliar estudios, bajo diseños experimentales confiables, porque quizá de esta manera podamos obtener marcadores morfométricos para el riesgo de invasión, los cuales tendrían el atractivo de su bajo costo. Financiamiento FONACYT Misión Ciencia proyecto 2008000911-6.

Palabras clave: *Triatoma maculata*, morfometría geométrica, dimorfismo sexual.

EPI-7

Propuesta para ampliar conocimientos acerca de las amebas de vida libre. Las Trincheras, municipio Naguanagua, Estado Carabobo, Venezuela. Año 2009

Omelys Guzmán^{1,2}, Ana Gisela Pérez² & Tulia Hernández²

¹ Instituto Carabobeño para la Salud (INSALUD). Dirección General de Epidemiología

² Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón"

Correo: omelys_guzman_a@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: Las Amibas de vida libre (AVL), son protozoarios de vida acuática, también aisladas en suelo. Las infecciones por AVL, han sido descritas desde 1840 en diferentes partes del mundo. El grupo de riesgo son individuos jóvenes que hacen uso recreacional de las fuentes de agua. En Venezuela se han registrado en cinco años, tres casos de Meningoencefalitis Amebiana Primaria por *Naegleria fowleri*, por lo que se

realiza esta investigación con el objetivo de determinar los conocimientos acerca de las enfermedades producidas por las AVL en la comunidad de Las Trincheras. **OBJETIVO:** Diseñar un plan educativo, para ampliar los conocimientos acerca de las AVL en la comunidad de Las Trincheras en el Municipio Naguanagua del estado Carabobo. **METODOLOGIA:** el estudio se realizó bajo la modalidad cuali-cuantitativa, inicialmente con un estudio descriptivo para determinar el nivel de conocimiento sobre las AVL y las enfermedades que producen, para lo que se aplicó una encuesta a una muestra escogida al azar, seguido de un proyecto factible para el diseño de la propuesta educativa. **RESULTADOS:** De 351 personas encuestadas, el 71% de los habitantes de la comunidad no conocen las AVL, 90% desconoce las enfermedades que producen, 86% no está en capacidad de identificar los factores de riesgo, el 91% está dispuesto a colaborar con la promoción y el 100% de los encuestados no ha recibido información acerca de las AVL. **CONCLUSIONES:** existe escaso conocimiento sobre las AVL en la comunidad, con una alta disposición para participar en actividades de capacitación a fin de obtener y transmitir conocimientos. **RECOMENDACIONES:** Presentar los resultados a las autoridades de Salud del estado Carabobo y comunidad de Las Trincheras, motivar el autocuidado, la corresponsabilidad en salud y desarrollar la propuesta educativa.

Palabras Clave: Amebas de vida libre, prevención, conocimientos de amebas.

EPI-8

Análisis de la tendencia de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el estado Falcón 1995 hasta 2007

Isidora Arcia^{1*}, Benny Suárez¹, Gallego Liliana², Letty González², Stella Gafanhao & María V. Benítez²

¹Corporación de Salud del Estado Falcon (CORPOFALCON)

²Servicio autónomo. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”

*Correo: lilianagallego444@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El cáncer cervicouterino constituye actualmente un problema importante de salud en la mujer, representando la segunda causa de muerte por neoplasia maligna en el género femenino. **OBJETIVO:** Determinar la distribución de mortalidad por municipios, la tasa de mortalidad en el estado, analizar la tendencia de mortalidad, comparar datos de registro del estado y el anuario del Ministerio de Salud. **METODOLOGÍA:** El estudio es de tipo descriptivo, La población está representada por la mortalidad por cáncer de cuello de útero en los diferentes municipios (25) en sus categorías (C53, C54, C55) para el Estado

Falcón durante 1995 – 2007. Los datos se obtuvieron de los anuarios de mortalidad y del Departamento de Epidemiología Regional. **RESULTADOS:** La tasa de mortalidad para cáncer de cuello uterino para el año 2007 fue de 6,2 por 100.000 mujeres y durante el periodo estudiado fue 1995 de 16,92 y para el 2007 fue 11,78 por 100.00 mujeres. Entre los grupos el más afectado, es de 75 años y más para 1995 con una tasa de mortalidad más del 100% (130,68) y para 2007 alcanzó (135,96) por 100.000 mujeres. Lo que evidencia un ascenso en progreso. Los dos municipios con mayor tasa de mortalidad son Federación (34.00 %), Falcón (28.49 %). **DISCUSIÓN:** Los resultados obtenidos difieren con los encontrados por Suárez & Koifman, en su análisis de Mortalidad de Cáncer de Cuello uterino en Venezuela, observaron que para Aragua y el Distrito Federal la mortalidad ha venido disminuyendo en todas sus categorías por grupos de edad, con una reducción de 43,23%. **CONCLUSIÓN:** En la comparación entre el Estado Falcón y los Anuarios del MPPS de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, se observa igualdad en los resultados de seis (6) años en las categorías C53 y en los 6 años restantes existe diferencias. El programa de cáncer de cuello uterino en el Estado Falcón debe ser revisado aplicando los correctivos necesarios para su buen funcionamiento y así contribuir en mejoras de la salud.

Palabras clave: Cáncer, mortalidad cervicouterino, tendencia de mortalidad.



ÁREA TEMÁTICA: MEDICINA GENERAL INTEGRAL

MGI-1

Comportamiento de parasitismo intestinal en preescolares del Barrio El Carmen, Junio a Diciembre, 2005

Yadira Josefina Colmenarez^{1*}

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Especialidad de Medicina General Integral / Correo: yadirajosefina@yahoo.ea

Se realizó un estudio descriptivo transversal prospectivo, con el objetivo de describir el comportamiento del parasitismo en preescolares asistentes a guarderías del Barrio El Carmen, desde junio hasta diciembre del 2005, además se identificaron los grupos de edades y sexo más afectados, determinándose los tipos de parásitos más frecuentes, relacionar el parasitismo con algunos factores de riesgo y determinar el estado nutrición al de los niños afectados. El universo estuvo constituido por el total de niños en edad preescolar (de 24 a 72 meses), 187 pertenecientes a esta comunidad, la muestra estuvo formada por los 104 niños que presentaron diagnóstico confirmado de parasitismo intestinal previa realización de examen de heces. El dato primario fue recogido en una encuesta que se les aplicó a los tutores de estos niños de forma individual así como la realización de examen de heces. La información se procesó y luego llevó a tablas de dos o más entradas, llegando a los siguientes resultados: La edad que predominó fue de 36 a 47 meses observándose 36.5%, el sexo femenino prevaleció sobre el masculino en 57.7 %, el parásito más frecuente es el blastocytis hominis en 31.7%, la escolaridad del tutor más representativa preuniversitario terminado en 45.2%, el nivel socioeconómico predominante fue el bueno en 60,6%, la cultura sanitaria más resaltante en 68,3% fue la regular, el agua filtrada representó 95,2 %, la disposición de residuales sólidos en tobos y bolsas tapadas representó 93,3%, entre los signos y síntomas más frecuentes anemia con 51% seguido de diarrea 46,2% y el estado nutricional normopeso en 59,6%; todos los resultados obtenidos se utilizarán en la creación e implementación de estrategias preventivas para lograr disminuir la incidencia de parasitosis en dicha comunidad.

Palabras clave: Parasitosis intestinal, factores de riesgo, prevalencia en preescolar.

MGI-2

Comportamiento epidemiológico de las muertes maternas en el estado Anzoátegui. 2000-2009.

Milagros Mago Díaz^{1*}

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Especialidad de Medicina General Integral. Fundación Misión Barrio Adentro Anzoátegui.

Correo: milagrosmago5@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: OMS define como la muerte de la mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, con independencia de la duración y localización de la gestación, debida a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por este o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Se clasifica como directas, indirecta y no relacionada con el embarazo. **OBJETIVO:** Caracterizar epidemiológicamente las muertes maternas en el Estado Anzoátegui en el periodo 2000-2009 **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo, tipo serie temporal o cronológica acerca del comportamiento de las muertes maternas **UNIVERSO:** Total de pacientes registradas como muertes maternas en el Estado Anzoátegui periodo 2000-2009. **RESULTADOS:** Se registraron 249 muertes maternas. Según grupos de edad 170 muertes entre 20- 34 años Según edad gestacional 172 en menores de 38 semanas. Según momento de la muerte: 130 en puerperio. Según procedencia: 138 del medio rural y 111 urbano. Según control: 160 sin control y 89 con control. Según el número de embarazo: 116 de 2 a 4 embarazos Según el tipo de muerte 212 por causa directa, 29 causa indirecta y 8 tipo violenta. **DISCUSIÓN** Los años 2002 y 2009 registraron la mayor tasa de mortalidad materna con 123,55 y 120,21 muertes. La mayoría procedían del medio rural y no tenían buen control prenatal. **CONCLUSIÓN:** 1. La tasa de mortalidad materna no presenta una tendencia bien definida. Se mantuvo alta en el periodo analizado con picos máximos en los años 2002 y 2009. Los años 2006 y 2007 fueron los de menor tasa de mortalidad materna registrada. 2. En el periodo analizado se registró el mayor número de muertes maternas en mujeres con edades entre 20 y 34 años de edad, con edad gestacional menor de 38 semanas, durante el puerperio, con vínculo marital estable, con grado de escolaridad bajo y con deficiente o ningún control prenatal. Entre las primigestas se verificó el menor número de muertes en el estado. 3.- Las tres primeras causas de muertes fueron: pre eclampsia-eclampsia, sepsis y shock hemorrágico

Palabras clave: Muerte materna, muerte materna directa, muerte materna indirecta.

**II SIMPOSIO:
Aportes de los centros de
investigación del Servicio
Autónomo Instituto de Altos
Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”
para el control de enfermedades
endémicas en Venezuela**

12

CONFERENCIA:

Uso de plaguicidas y la salud de los trabajadores del sector salud

Ing. María Gisela Sanoja

Dirección de Salud Ambiental. Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Correo: margi.sanoja@hotmail.com

Relator: Lcdo. Enrique Pérez Pinto

Es innegable el avance que se ha dado en los últimos años, en cuanto al compromiso mundial para proteger la salud humana y el ambiente de los efectos de las sustancias químicas, en lo que ha jugado un papel importante la orientación dada por los Capítulos 19 y 20 de la Agenda 21, el Principio 15 o Principio de Precaución de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y Desarrollo, y las metas convenidas en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sustentable en Johannesburgo en 2002, que se espera sean alcanzadas a más tardar en el 2020.

En ese sentido, la exposición a plaguicidas, no solo en el ámbito de la salud pública, sino también en la industria y muy particularmente en la agricultura, comprende uno de los desafíos más importantes que se plantea para la gestión de las sustancias químicas, como es el equilibrio entre producción y uso para promover el desarrollo social y económico, al tiempo que se reducen y se evitan los efectos nocivos de estos.

Si bien el uso de plaguicidas en salud pública, no es importante en cuanto a su contribución a la problemática sanitaria y ambiental que hoy día existe en muchos países, sí es importante desde el punto de vista ocupacional, especialmente si se considera que una buena parte de ese personal se expone durante un lapso de tiempo importante de su vida, aun cuando esto suceda con frecuencias variables.

Se requiere entonces sea de interés fundamental la protección y preservación de la salud de estos trabajadores, lo cual debe tener como punto de partida la información y la capacitación, que permita generar en ellos una conducta de autoprotección, que trascienda la necesidad de una supervisión permanente como única herramienta para asegurar que se acaten las normas y buenas prácticas que deben observarse antes, durante, y posterior a la realización de las actividades en las cuales se exponen a

los plaguicidas; este requerimiento de información y capacitación, debe acompañarse por supuesto con otros elementos, particularmente de carácter regulatorio, que en materia de vigilancia médica y de condiciones y medio ambiente de trabajo, le garanticen al trabajador la protección y preservación de su salud y su vida.

Importante considerar en esa información y capacitación, elementos que permitan conocer la sustancia utilizada en cuanto a sus características físico-químicas, su toxicidad, como y cuando puede darse la exposición y las variables de las cuales depende, posibles efectos en la salud, y de manera particular, como protegerse. Estos aspectos son significativos, tanto para los trabajadores, como para los responsables de proveerles condiciones y medio ambiente de trabajo adecuados, pues permite como acción preventiva o de control, impactar aquellas variables que puedan ser manejables, particularmente las referidas a las sustancias involucradas y al trabajador.

Sin duda, este requerimiento de información y capacitación debe acompañarse con otros elementos, particularmente de carácter técnico y regulatorio, que permitan formalizar la aplicación del conocimiento existente, entre otros, en materia de vigilancia médica y de condiciones y medio ambiente de trabajo.

Es importante entonces rescatar, como aspectos fundamentales en la prevención, la importancia que reviste:

- Un trabajador informado y capacitado, que no solo se protege a si mismo sino que protege a su familia, a su comunidad y al ambiente.
- La vigilancia de su salud, especialmente para evitar que se manifieste algún efecto adverso, o para darse cuenta a tiempo de que un trabajador está enfermando y poder actuar cuanto antes; para evaluar si las enfermedades de un grupo de trabajadores tienen relación con su trabajo; para comprobar si las medidas preventivas están siendo efectivas y evitan realmente la afectación de la salud de los trabajadores. Esta vigilancia debe incluir los respectivos controles biológicos o evaluaciones de la exposición.
- El cumplimiento de la normativa existente, aplicable en las diferentes etapas del ciclo de vida de los plaguicidas, particularmente aquella normativa involucrada con el uso de estas sustancias en salud pública, dirigida a la protección y preservación de la salud de los trabajadores.
- El desarrollo de investigaciones en diferentes áreas, dirigida entre otros, a la búsqueda de plaguicidas y métodos de aplicación alternativos que sean seguros y costo eficaces; al conocimiento de los efectos crónicos por la exposición a plaguicidas; a la identificación y reconocimiento de aspectos que requieran regulación; y a la formulación y promoción

de estrategias y directrices para la utilización selectiva y sensata de los plaguicidas en salud pública.

Por último, es importante hacer una consideración en el marco de todo lo antes señalado, y es que la aplicación de ello pasa, por el fortalecimiento de la Dependencia rectora o central de lucha contra los vectores en salud pública, para orientar, respaldar, supervisar y vigilar, las actividades relativas o asociadas a la lucha anti-vectorial en el país.

RESÚMENES

13

Alteraciones sistémicas y bucales asociadas al riesgo y niveles de intoxicaciones con plaguicidas organofosforados y carbamatos en saliva humana. Pueblo Llano, estado Mérida. Venezuela.

Reinaldo Zambrano¹; Ana Carlota Pereira^{2,3}; Jorge Uzcátegui⁴; Darjaniva Molina³; Daphne Carrillo¹; Ana Julia González⁶; Sorangel González⁴; Eduvigis Solórzano⁶; Damián Cloquell⁵; María León⁷

¹ Universidad de Los Andes. Grupo Multidisciplinario de Investigaciones Odontológicas. Dpto. Odontología Preventiva y Social. Facultad de Odontología.

² Universidad de Los Andes. Grupo de Investigaciones Comunitarias y Sociales. Facultad de Medicina.

³ Centro de Estudios de Enfermedades Endémicas y Salud Ambiental. Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón".

⁴ Universidad de Los Andes. Laboratorio de Investigación en Físico-Química Orgánica, Dpto. de Química, Facultad de Ciencias.

⁵ Ministerio del Poder Popular para la Salud. Misión Barrio Adentro.

⁶ Universidad de Los Andes, Facultad de odontología. Laboratorio Integrado de Biología Celular y Molecular. ⁷Universidad de Los Andes. Facultad de Odontología. Departamento de medicina Oral. Cátedra de Estomatología.

En Venezuela los plaguicidas han sido comercializados y aplicados de manera indiscriminada por los agricultores que junto a la falta de evaluación y monitoreo de los casos de intoxicación, ha agravado la situación de salud de la población. Una estrategia importante para dar solución al problema, es disponer de un método de diagnóstico prematuro, de fácil administración, accesible económicamente y no invasivo al organismo. Este método permitirá informar al agricultor de su nivel de intoxicación promoviendo actividades preventivas ante el manejo de los plaguicidas o el tratamiento de las enfermedades asociadas, así como el desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica de los casos, todo lo cual podría estimular una política sanitaria y comercial para la administración pública de los plaguicidas. La investigación realizada de tipo experimental, transversal, con un componente analítico, de fuente viva o de campo, busca ofrecer a los trabajadores de la salud, los agricultores y la población en general, un método de diagnóstico para clasificar las alteraciones bucales y sistémicas en torno a los factores de riesgo de intoxicación y a una escala de estimación de plaguicidas organofosforados y carbamatos la cual es determinada mediante una prueba sialoquímica colorimétrica. Esta prueba permitirá valorar los niveles de inhibición de la enzima acetilcolinesterasa presente en saliva humana, el cual es un fenómeno asociado a la presencia de los plaguicidas en el organismo. La población analizada estuvo conformada por 12.500 personas, de las cuales se tomó una muestra estimada en 285 personas. A cada sujeto analizado

se le tomó muestras de saliva y sangre venosa y se le practicó un examen clínico general y bucal para detectar signos y síntomas de alteraciones o enfermedades de tipo nicotínicas, muscarínicas o neurológicas, así como alteraciones congénitas y enfermedades bucales prevalentes. Los resultados obtenidos permitió identificar a 177 individuos de los cuales 41 (23,2%) tenían edades menores de 20 años, 86 (48,6%) entre 21 y 40 años, 41 (23,2%) entre 41 y 60 años y 9 (5,08%) con edades mayor de 60 años. De ellos 91 (51,41%) individuos son del género masculino y 86 (48,59%) femenino. Existe una correlación significativa entre el promedio de alteraciones nicotínicas, muscarínicas y neurológicas encontradas con algunos de los niveles altos de la escala sialoquímica colorimétrica de intoxicación con plaguicidas. El contraste de independencia muestra que de manera global la presencia de algún síndrome sistémico y bucal es independiente de la intoxicación con plaguicidas.

Palabras clave: Intoxicación; Plaguicidas; Factores de riesgo; Saliva humana.

Actualización sobre las trematodiasis de interés médico en Venezuela y sus vectores

Oscar Noya González

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Centro para Estudios Sobre Malaria.

Tres trematodiasis de importancia médica son transmitidas por caracoles de agua dulce en Venezuela. Ellas son: esquistosomiasis, fascioliasis y paragonimiasis. Estas tres trematodiasis tienen una distribución geográfica particular, estando ubicada la primera de ellas, en la región centro-norte-costera del país (Edos. Carabobo, Aragua, Guárico, Miranda y Vargas) y un pequeño foco en Chabasquen en la confluencia de los estados, Portuguesa, Lara y Trujillo, mientras que la fascioliasis si bien se encuentra distribuida ampliamente en casi todos los estados del territorio nacional, se ubica preferentemente en los estados andinos; mientras que la paragonimiasis se encuentra distribuida en Sucre, Anzoátegui y Monagas en la región nororiental del país. La riqueza de ecosistemas en el que confluyen las regiones amazónica, andina y caribe favorecen una gran variedad de especies de caracoles vectores de estas tres trematodiasis. En el caso de esquistosomiasis que es una antroponosis estricta en Venezuela, es transmitida por tres especies que están distribuidas en el país: *Biomphalaria glabrata*, *B. straminea* y *B. prona*. Para fascioliasis, una zoonosis que afecta sobre todo al ganado bovino y ovino, es transmitida por 4 especies de caracoles: dos exclusivas de la región andina *Lymnaea truncatula* y *L. cousini* y dos presentes en diferentes regiones del país en un gran margen

de altitud *L. cubensis* y *L. columella*. La paragonimiasis, que es una zoonosis propia de animales silvestres como *Didelphis marsupialis* y que raramente afecta al humano y otras especies animales, tiene como hospederos al caracol *Aroapyrgus vivens* y al cangrejo *Eudaniela garmani*. La riqueza de ecosistemas que condiciona la riqueza de especies vectoras, hacen de Venezuela un país muy receptivo para esta y otras especies de trematodes de importancia médica y veterinaria.

Palabras clave: Trematodiasis, esquistosomiasis, fasciolosis; paragonimiasis, vectores.

Aspectos ecológicos e infección natural de *Biomphalaria glabrata* y *B. straminea* causada por *Schistosoma mansoni*, estado de Pernambuco-Brasil

Manuel Amarista^{1,2*}, Steffany Almeida Ferreira², Fábio I. Melo², Manoel Raimundo³ & Constança Simões Barbosa²

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudio "Dr. Arnoldo Gabaldón". Centro de Investigaciones de Enfermedades Endémicas. Laboratorio de Malacología

² Instituto Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Departamento de Parasitología.

³ Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Exatas e Naturais. Departamento de Estatística.

*Correo: amaristama@cantv.net

INTRODUCCIÓN: En Pernambuco recientemente se observó una expansión de la zona endémica para el litoral, como consecuencia del éxodo de la población rural, y se incriminó al *B. glabrata*, como responsable por la transmisión. **OBJETIVO:** actualizar la información sobre aspectos de la ecología e infección natural de las poblaciones de molusco del género *Biomphalaria*. **METODOLOGÍA:** seleccionamos 15 municipios (Itamaracá, Goiana, Itaquitinga, Timbaúba, Aliança, Itambé, Olinda, Paulista, Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca, Chã de Alegria, Cortês, Gameleira, e Garanhuns). Todos los criaderos y cursos de agua seleccionados fueron evaluados una vez entre mayo 2007 y mayo 2008. Identificamos las variables bióticas (otras especies de moluscos y los tipos de plantas más frecuentes) y abióticas (tipos de criaderos e substrato). La influencia de las variables ambientales (bióticas y abióticas) sobre a distribución de la abundancia relativa de las especies del género *Biomphalaria* fue analizada con ayuda del análisis de correlación canónico (ACC). **RESULTADOS:** 1.- identificamos las especies de importancia médica: *B. glabrata* e *B. straminea* (familia: Planorbidae) e *Lymnea collumela* (familia: Lymnaeidae). También identificamos: *Pomacea glauca* (familia: Ampularidae), *Thiara granifera* e *Melanoide tuberculata* (familia: Melanidae), *Physa marmorata* (familia: Physidae). Las otras especies de moluscos identificadas fueron: Planorbidae: *Depanotrema cimex* y *D.*

deprecissimum; 2.- Tasas de infección natural: para *B. straminea* (Janga: 0.89%) y *B. glabrata* (Pau Amarelo-1: 0.56%; Pau Amarelo-2: 10,34%; Jaboatão dos Guararapes: Dom Helder-1: 3,85%; Dom Helder-2: 3.39%; Sotave-1: 36,92%; Sotave-2: 33,05%; e Sotave-3: 4.05%); 3.- Los análisis multivariados (ACC) indican que para *B. glabrata*, las variables que muestran una asociación positiva y explican la presencia de ellos son: los tipos de sustrato (barro), la vegetação (*N. lotus*, *E. crassipes* e *P. estratioste*), y los hábitat típicos son canales y lagunas. Con relación a *B. straminea*, las variables que muestran asociación positiva fueron: el tipo de sustrato (arena, piedra, arcilla y barro), el tipo de vegetación (*N. spp.* y gramíneas) y los hábitat típicos fueron: riegos y represas de aguas. **CONCLUSIÓN:** Estos resultados muestran que existe una separación ecológica y geográfica entre *B. glabrata* e *B. straminea*. Por tanto, pensar en *B. straminea* como competidos de *B. glabrata* es un grave error. Tanto esta situación como las características eco-epidemiológicas evidenciadas indican la necesidad de implementar un control integrado para resolver esta problemática en éste Estado.

Palabras clave: Ecología, *Biomphalaria*, *Schistosoma mansoni*, e infección natural.

Nuevos registros de mosquitos (Diptera, Culicidae) para el estado Bolívar, Venezuela. Dos de ellos nuevos para el país

Jesús Bertí¹, Hernán Guzmán¹, Julio González¹, Jonathan Liria², Yaris Estrada¹, & Enrique Pérez¹

¹ Centro de Investigación en Enfermedades Endémicas. Laboratorio de Entomología, Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Maracay, Venezuela.

² Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias y Tecnología, Departamento de Biología, Valencia, Venezuela.

En el presente trabajo se hace referencia por primera vez para el estado Bolívar de 21 nuevas especies de mosquitos (Diptera, Culicidae), pertenecientes a diez géneros de las subfamilias Anophelinae y Culicinae. Dos de estas especies, son citadas por primera vez para Venezuela: *Chagasia bonneae* Root y *Chagasia ablusa* Harbach.

Se realizaron capturas de mosquitos y búsqueda de larvas en criaderos naturales y artificiales en las comunidades indígenas y la capital del municipio Gran Sabana (Santa Elena de Uairén). Se visitaron las siguientes comunidades: Santa Elena de Uairén, Manakrú, Maurak, Waramasen, San Antonio del Morichal, Kinok-Pon, Chiricayen, Waiparú, Betania, El Paujé y un campamento vacacional llamado El Paraíso.

Para la identificación de estas especies se utilizaron claves y descripciones de nuevas especies de los siguientes autores: Cova-García

(1961), Cova-García *et al.* (1966), Cova-García & Sutil (1977), Gorham *et al.* (1967), Foratini (1962), Harbach & Howard (2009), Lane (1953), Navarro (1996), Rubio-Palis (2000, 2005), Stojanovich *et al.* (1966 a, 1966 b), Wilkerson & Strickman (1990), Wilkerson & Peyon (1991) y Wilkerson *et al.* (1993). La actividad de campo desarrollada hasta ahora, mediante la recolección de muestras en estas localidades mencionadas, permite señalar 21 nuevos registros de especies de mosquitos que no habían sido citados anteriormente para el estado Bolívar, entre estas tenemos:

1. *Anopheles vargasi* Gabaldón Cova-García & López, 1941.
2. *Anopheles cruzii* Dyar & Knab, 1908.
3. *Anopheles cruzii* Dyar & Knab, 1908.
4. *Chagasia bonneae* Root, 1927.
5. *Chagasia ablusa* Harbach, 2009.
6. *Culex (Lutzia) bigoti* Bellardi, 1862.
7. *Aedes angustivittatus* Dyar & Knab, 1907.
8. *Mansonia pseudotitillans* Theobald, 1901.
9. *Mansonia titillans* (Walker, 1848).
10. *Coquilletidia juxtamansonia* (Chagas, 1907).
11. *Coquilletidia nigricans* (Coquillett, 1904).
12. *Coquilletidia venezuelensis* (Theobald, 1912).
13. *Uranotaenia typhlosomata* Dyar & Knab, 1907.
14. *Uranotaenia calosomata* Dyar & Knab, 1907.
15. *Uranotaenia nataliae* Arribalzaga, 1891.
16. *Uranotaenia leucoptera* Theobald, 1907.
17. *Psorophora ciliata* (Fabricius, 1794).
18. *Psorophora discrucians* (Walker, 1856).
19. *Limatus asulleptus* (Theobald, 1903).
20. *Wyeomyia celaenocephala* Dyar & Knab, 1906.
21. *Wyeomyia splendida* Bonne-Wepster & Bonne, 1919.

Asimismo, entre las nuevas especies citadas anteriormente para el estado Bolívar, tenemos dos que son señaladas por primera vez para Venezuela: *Chagasia bonneae* Root y *Chagasia ablusa* Harbach.

Palabras clave: Orden Diptera; Anofelinos, Culicinos, Registros entomológicos.

Distribución de triatominos en Venezuela. Implicaciones epidemiológicas

Ana Soto Vivas

Laboratorio de Biología de Vectores y Reservorios. Centro de Estudios de Enfermedades Endémicas y Salud Ambiental. Dirección de Investigación. Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Maracay, Venezuela.

La subfamilia Triatominae es clasificada dentro de la familia de los Reduviidae (Hemiptera), caracterizada por su hábito hematofágico y adaptaciones morfológicas asociadas a la alimentación con sangre. Hasta la fecha se han descrito 140 especies reconocidas (Schofield y Galvão, 2009). Estos insectos son conocidos como vectores de *Trypanosoma cruzi* (Chagas, 1909), agente causal de la Tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas, ésta es una de las parasitosis de mayor importancia médica en América Latina (Lent y Wygodzinski, 1979; World Bank, 1993).

Los triatómicos han logrado explotar un gran número de habitas (Lent & Wygodzinsky, 1979; Carcavallo *et al.*, 1998), los estudios ecológico han demostrado que hay especies que se han adaptado exclusivamente a sus ecotopos naturales, un ejemplo en *M. trinidadensis*, especie pequeña que se ha adaptado ha vivir en la hojarasca en los nidos de *Didelphys*; *P. lignarius* se mueve libremente sobre la superficie de los árboles amazónicos y su coloración se corresponde con la corteza de los árboles

Ahora bien, la mayoría de las especies de la subfamilia son de hábitat selváticos viviendo en palmas, nidos de aves, cuevas de roedores y sólo algunas especies han logrado colonizar las viviendas humanas, por lo cual son consideradas de mayor importancia vectorial; tal es el caso de *R. prolixus* vector principal de la enfermedad de Chagas en Venezuela, Colombia y parte de Centro América, mientras que *R. pallens* es vector en Panamá y el Atlántico de Colombia.

El texto ampliamente utilizado sobre distribución de triatominos de Venezuela fue realizado por Cova-García & Suárez (1959) y en esté se resumen los resultados de las búsquedas intradomiciliarias (y en algunos casos extradomiciliarias) para distintos centros poblados, agrupados por Entidad Federal (Estados). Posteriormente, luego de un vacío aproximado de diez años, en la década de los 70 se continúan los estudios faunísticos, biológicos y ecológicos en Triatominae, por parte del personal de la Organización Panamericana de Salud (Carcavallo *et al.*, 1977; Tonn *et al.*, 1976, 1982), incrementándose el número de registros para el país, aunque en la mayoría de los reportes no se especifica la localidad.

Según la bibliografía se reportan para Venezuela 22 especies de triatómicos, agrupadas en los géneros, *Alberprosenia* Martínez &

Carcacallo, 1977 (1 sp), Belminus Stål, 1859 (2 spp), Cavernicola Barber, 1937 (1 sp), Eratyrus, Stål, 1859 (2 spp), Microtriatoma Prosen y Martínez, 1952 (1 sp), Panstrongylus Berg, 1879 (4 spp), Psammolestes Bergroth, 1911 (1 sp), Rhodnius Stål, 1859 (6 spp) y Triatoma Laporte, 1832 (4 spp) (Cova-García & Suárez 1959; Lent & Wygodzinsky 1979; Torrealba *et al.*, 1985; Osuna 1984,1993; Carcavallo *et al.*, 1998; Galvão *et al.*, 2003; Schofield & Galvão 2009, Soto-Vivas 2009).

El mayor registro de presencia de triatomos en el país, se encuentra hacia el norte del Orinoco en las regiones biogeográficas de llanuras bajas (depresión de Maracaibo) y montañas (cordillera de la costa central), esto pudo ser debido a que en esta zona se encuentran los estados tradicionalmente chagasicos del país, y por ello el mayor esfuerzo de muestreo. Feliciangeli (2009) menciona que el área endémica inicial de 750.000km² se ha reducido a 365.000km², estando prácticamente confinada al piedemonte andino y la Serranía de la Costa. En estas zonas es necesario realizar estudios de estratificación de riesgo, considerando los constantes reportes de presencia de vectores selváticos invadiendo las viviendas.

Palabras clave: Triatomos; Distribución geográficas; Epidemiología

Transmisión oral de la enfermedad de Chagas en Venezuela

Belkisyolé Alarcón de Noya^{1,2} & Oscar Noya^{1,2,3}

¹ Sección de Inmunología del Instituto de Medicina Tropical

² Cátedra de Parasitología de la Escuela de Medicina Luis Razetti, de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela

³ Centro para Estudios sobre Malaria del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón".

En Venezuela se ha considerado la Enfermedad de Chagas (ECh) como una patología eminentemente rural y asociada a la transmisión vectorial. En los años 50 se contaban 10 afectados por 1.000 habitantes para pasar a 1 por 1.000 en los 80, con una distribución predominante en los llanos occidentales y los estados andinos (Feliciangeli y col., 2003). La reducción de su prevalencia se basó en un programa intensivo de construcción y mejoramiento de viviendas rurales, sumado a los rociamientos intradomiciliarios para el control de triatomos, que aunados a la migración de la población rural a las ciudades logró reducir la prevalencia de ésta y otras parasitosis. No obstante, se aprecia un incremento en las cifras de prevalencia por serología con 11,7% de positividad en 3.835 personas provenientes de diferentes lugares del país de los cuales 8,5% corresponde a menores de 10 años (Añez y col., 2004). En 2007 y 2008 se publican 10 casos agudos provenientes tanto del occidente como del

oriente venezolano (Añez y col., 2007; Morocoima y col., 2008) y en el área de la gran Caracas en los últimos 10 años, tenemos conocimiento del fallecimiento de tres niños (Losada y col., 2000; Alarcón de Noya y col., 2010a y 2010b).

Existen evidencias de la domiciliación de *Panstrongylus geniculatus* en la periferia de la ciudad capital (Pifano, 1986; Reyes & Rodríguez, 2000), su creciente hallazgo en viviendas de distintas zonas del país (Carrasco y col., 2005), así como de la presencia de roedores (*Rattus rattus*) y *Didelphys marsupialis* infectados con *T. cruzi*, en diferentes zonas de Caracas (Herrera & Urdaneta-Morales 1997).

En este contexto, en diciembre 2007, a partir de un caso de ECh en fase aguda, se inicia la investigación en una Escuela del Municipio de Chacao en Caracas. En esta escuela pública que atiende a un sector de clase media, ubicada al noreste de la ciudad, se examinaron 1.000 personas expuestas al riesgo, confirmándose la infección en 103. Todos resultaron con IgG anti-*T. cruzi* positiva por ensayo inmunoenzimático (ELISA) y hemaglutinación indirecta y la mayoría presentaron IgM específica positiva. Se evidenció presencia parasitaria en 43 personas, bien por visualización directa del fresco sanguíneo, extendidos coloreados, cultivos, inoculación en ratones ó en PCR. Fiebre alta y prolongada, cefalea, mialgias y decaimiento fueron manifestaciones comunes en los sintomáticos quienes de manera casi simultánea comenzaron las manifestaciones clínicas. Requirieron hospitalización 19% y falleció un escolar de 5 años. Se investigó la fuente de infección y se concluyó que fue debida a la ingestión de un jugo artesanal elaborado en una vivienda sin adecuadas condiciones sanitarias, cercana al Parque Nacional del Avila (PNA) y en la cual se capturaron *P. geniculatus* infectados con *T. cruzi*.

En mayo 2008, se diagnostica ECh en los tres integrantes de una familia de clase media baja. Al padre, referido para descartar malaria por fiebre y escalofríos con más de una semana de evolución, se le encontró tripomastigotes en sangre. La esposa presentaba edema facial y febrícula de igual tiempo de evolución y tanto a ella como a su hijo de tres años asintomático, se les logró aislar el parásito. No presentaban signos de puerta de entrada y dado que la sintomatología y aislamiento de parásitos ocurrió de forma simultánea se presume infección de una fuente común probablemente alimentaria. En su vivienda cercana al PNA, también se capturaron *P. geniculatus* infectados con *T. cruzi*.

En marzo 2009, un nuevo episodio escolar se desarrolló en un pueblo ubicado en la falda de la Cordillera de la Costa de la zona centro norte costera del litoral central, que afectó a 82 personas en su mayoría

niños. La sintomatología se presentó en 64,5% de los infectados, siendo el derrame pericárdico uno de los hallazgos más frecuentes. Fallecieron tres niños y un adulto. Es probable que la vía de transmisión haya sido oral a través de jugos artesanales. *P. geniculatus* fue capturado en viviendas de la población.

En mayo 2010, 21 personas en su mayoría niños provenientes de la Parroquia Antímano de Caracas desarrollaron simultáneamente fiebre, decaimiento, edema facial y algunos, derrame pericárdico. Anticuerpos IgM e IgG específicos se detectaron en todos y el parásito se visualizó directamente o por cultivo en 11 pacientes (52%). En noviembre 2010, la Dirección Regional de Epidemiología del Estado Táchira notificó seis personas con clínica de fiebre prolongada, tos, malestar general y alteraciones electrocardiográficas con diagnóstico serológico de infección aguda por *T. cruzi* al detectarse la presencia del parásito en sangre periférica y en órganos de uno de los pacientes quien falleció en el curso de una miocarditis severa. Escasos ejemplares de *P. geniculatus* fueron encontrados en el sector de procedencia.

Varios brotes de microepidemias de transmisión oral de *T. cruzi* han sido reportados en Brasil, siendo los dos brotes de escolares presentados en este trabajo los primeros diagnosticados en Venezuela y los más numerosos de Latinoamérica. Es posible que otros episodios de infección oral estén ocurriendo y no hayan sido detectados en las instituciones de salud. A nivel de los programas de control de la ECh, la transmisión oral demanda nuevas estrategias que incluyan el análisis de los cambios ecológicos causados por el hombre en detrimento de la naturaleza (incendios, deforestación, invasiones, cacería, etc.). La disminución de las fuentes de alimentación silvestre probablemente induce a que *P. geniculatus* se acerque a las viviendas y se facilite la domiciliación de este vector con baja capacidad vectorial pero que al contaminar con sus heces utensilios y alimentos, favorece la transmisión oral. En virtud de estos episodios es imprescindible la protección de la vivienda con tela mosquitero para prevenir la invasión y domiciliación de los triatominos, especialmente en los comedores escolares, donde se han producido al menos tres de los brotes de ECh de transmisión oral.

Palabras clave: Enfermedad de Chagas; Transmisión Oral; Microepidemias; Diagnóstico clínico.

Investigación y práctica de Ecosalud para la prevención y control de la Malaria en la región Guayana, Venezuela

Mariapia Bevilacqua^{1*}, Domingo Alberto Medina¹, Yasmin Rubio-Palis^{2,3}, Lya Cárdenas¹, Aline Philibert⁴, Luis Gonzalo Morales⁵, Ángela Martínez⁶ & Jorge Moreno⁷

¹ Asociación Venezolana para la Conservación de Áreas Naturales (ACOANA).

² Ministerio del Poder Popular para la Salud (Dirección de Salud Ambiental).

³ Universidad de Carabobo (BIOMED).

⁴ Université du Québec à Montréal.

⁵ Universidad Central de Venezuela (Instituto de Zoología y Ecología Tropical).

⁶ Instituto de Salud Pública del Estado Bolívar.

⁷ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” (Centro de Investigaciones de Campo “Francesco Vitanza”- Tumeremo).

*Correo: mariapia.bevilacqua@gmail.com

Datos epidemiológicos de poblaciones ribereñas en bosques húmedos de tierras bajas de la cuenca del río Caura, estado Bolívar, sugieren que comunidades con promedio mensual de casos de malaria más alto y mayor número de meses consecutivos con malaria, son aquellas con asentamientos más viejos, mayor población y presión sobre sus recursos forestales. Sin embargo, no se dispone de información sobre deforestación y su vinculación a la ocurrencia de malaria. Orientado por teorías que relacionan cambios ecológicos y enfermedades infecciosas (enfoque eco salud), el proyecto examinó la relación entre dinámica de cambio de cobertura boscosa, la ecología de anofelinos y factores ambientales y socioeconómicos involucrados con la malaria en comunidades indígenas y criollas ribereñas. Se discute la relación entre cobertura vegetal y ocurrencia de malaria, así como factores ambientales y socioeconómicos asociados a grupos vulnerables. Se interpretaron y validaron 5 imágenes satelitales para 26 comunidades. Se calculó el número de hectáreas y porcentaje de cada unidad de vegetación en 5 km de radio alrededor de las comunidades. Se realizaron perfiles de vegetación en 3 comunidades. Se calculó el índice parasitario anual (IPA) para análisis de correspondencia múltiple con las unidades de vegetación y variables socioeconómicas. Los resultados sugieren que valores de IPA altos se asocian con comunidades que tienen una cobertura alta de vegetación secundaria en sucesión temprana (abandono reciente de zonas agrícolas <2 años) y áreas agrícolas activas (cultivos o suelos con muy baja cobertura). Se describe la deforestación, la hidrodinámica fluvial y su relación con la abundancia de especies vectoras y otros factores de riesgo de malaria. Se presentan recomendaciones para la prevención y control de la malaria.

Palabras clave: Ecosalud; Prevención; Control; Malaria.

Resistencia a insecticidas organofosforados en *Anopheles aquasalis* de regiones endémicas de Malaria en Venezuela

Luisa Elena Figueroa Acosta^{1,2,3}, Andrea Mejías², Silvia Dupuy², Danny Bastidas^{1,2}, William Anaya¹, Víctor Sánchez¹, Luis Guerra¹ & Darjaniva Molina de Fernández¹

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Maracay, Venezuela.

² Universidad de Carabobo, Escuela de Bioanálisis.

³ Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Ciencias Biomédicas y Tecnológicas, Departamento de Ciencias Morfológicas y Forenses, Cátedra de Histología y Embriología. Campus Bárbula, edo. Carabobo.

Anopheles aquasalis es el principal vector de malaria en regiones costeras de Venezuela. Se realizó un estudio para caracterizar la resistencia a insecticidas en cepas de mosquitos adultos de Anzoátegui, Delta Amacuro, Monagas y Sucre, evaluándose la expresión de resistencia al insecticida organofosforado fenitrotión usado para su control, empleando el método de botellas del CDC. Además se identificaron mecanismos de resistencia metabólicos, a las cepas mencionadas por ensayo en microplacas y electroforésis en geles de poliacrilamida. Los resultados indicaron que todas las cepas evaluadas, resultaron resistentes al insecticida fenitrotión, presentando sinergismo con butóxido de piperonilo lo que sugiere mecanismos de resistencia basados en enzimas. La acetilcolinesterasa elevada se presentó solamente en la cepa de Monagas (0,42), sin embargo la acetilcolinesterasa insensible se presentó para todas las cepas evaluadas así como también las esterasas tipo alfa y beta. Mientras que las MFO se mostraron elevadas en Anzoátegui (0,65) y Sucre (0,58)., además se identificaron bandas de esterasas A4 y B2, confirmando mecanismo de resistencia por esterasas. Los datos sugieren que es necesario implementar una estrategia de manejo de insecticidas a fin de tratar de revertir la resistencia y de mantener a largo plazo la susceptibilidad. Este estudio constituye el primer reporte sobre la resistencia a insecticidas en esta especie de importancia médica, en tres de las regiones estudiadas y representa un aporte valioso para el monitoreo de las medidas de control químico dentro de un programa de manejo integrado de vectores.

Palabras clave: acetilcolinesterasa, *Anopheles aquasalis*, esterasas, oxidasas, resistencia a insecticidas.

Evaluación de la eficiencia de una formulación comercial de *Bacillus sphaericus* para control de Malaria en un área endémica del estado Bolívar, Venezuela

Jorge E. Moreno^{1*}, Ángela Martínez², Porfirio Acevedo², Víctor Sánchez¹ & Luis Petterson¹

¹ Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”, Centro de Investigaciones de Campo “Dr. Francesco Vitanza”, Tumeremo, Bolívar.

² Dirección de Salud Ambiental del Estado Bolívar, Servicio de Vigilancia Epidemiológica.

*Correo: jorermo@yahoo.com

El municipio Sifontes del estado Bolívar es la principal área endémica a malaria de Venezuela. Durante los últimos cinco años se ha reportado en este municipio un promedio anual de 14 mil casos, alcanzándose durante 2009 la cifra de 19.408, lo que constituye una situación de epidemia. En la búsqueda de estrategias de control alternativas al uso de insecticidas, se evaluó la eficiencia para el control de malaria de una formulación comercial de *Bacillus sphaericus* Neide (Vectolex CG 7,5%). El estudio fue realizado en una transecta de 15 km a lo largo de la carretera troncal 10, en la parroquia San Isidro de este municipio, en cuyos bordes habitan unas 980 personas en 270 viviendas agrupadas en pequeños caseríos. Entre mayo y noviembre de 2010 se identificaron todos los criaderos de *Anopheles darlingi*, *An. marajoara* y *An. nuneztovari* en el área, ubicados alrededor de las viviendas aplicándose biolarvicida en ellos con motomochila a dosis de 30-40 kg/ha a frecuencia mensual. Simultáneamente se hicieron colectas de anofelinos adultos con cebo humano y trampa de luz CDC. Después de 28 semanas del comienzo de la aplicación, la malaria se redujo en el área más de 88%, indicando, junto con la reducción de la densidad de larvas en los criaderos y de los mosquitos, que el biolarvicida es eficiente para controlar malaria en el área de estudio. Asimismo, el incremento en el tiempo de recuperación de los criaderos sugiere que la persistencia del producto aumenta con sucesivas aplicaciones. Es la primera vez que se evalúa la eficiencia de *B. sphaericus* para controlar malaria en Venezuela, considerándose estos resultados muy prometedores si el tratamiento selectivo de criaderos con biolarvicida es implementado de manera integral con otras estrategias de control de vectores.

Palabras clave: Malaria; endemia; Biolarvicida; Control biológico

Decisiones estratégicas para el control de la Malaria en Venezuela

Dr. Leopoldo Villegas, MD, DTM&H, MSc, DrPH¹

¹ International Public Health Adviser

La historia de la salud pública en Venezuela quedó marcada con el inicio de la campaña de control de la malaria en la década de 1930. El escenario epidemiológico malárico nacional cambió en los años 1940 con

focos remanentes de transmisión en el oriente, occidente y sur del país. Venezuela, conjuntamente con Haití y República Dominicana son los únicos países de las Américas que muestran incremento en el número de casos de malaria en los últimos años. El sistema de vigilancia epidemiológica de la malaria en Venezuela, es capaz de proveer información detallada semanal de casos confirmados, sin embargo, las acciones de control derivadas de dicha información es limitada. La información epidemiológica nacional muestra una mayor concentración de casos de malaria en el foco meridional y oriental, ambos con una intensa movilización poblacional relacionada con una actividad económica. En el caso de la malaria nacional, la principal actividad económica que representa un alto riesgo, es la minería ilegal en el estado Bolívar. En la actualidad no se están implementando de manera adecuada las estrategias operacionales en el control de la malaria, hay ausencia de monitoreo y evaluación de las intervenciones ejecutadas, lo cual no nos permite modificar o ajustar dichas estrategias. A pesar de tener un gran potencial técnico-operativo a nivel nacional, éste es subutilizado. Venezuela posee una de las mejores calificaciones de viabilidad técnica y operativa a nivel mundial para lograr eliminar la malaria. Ello requiere un plan estratégico nacional, compromiso político al más alto nivel nacional, regional y local.

Palabras clave: Malaria, Estrategias, Eliminación, Viabilidad técnica, Viabilidad operativa.

Resistencia cruzada a insecticidas piretroides en cepas de *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) de municipios del estado Aragua

Enrique E. Pérez Pinto¹ & Darjaniva Molina de Fernández²

¹ Dirección General de Salud Ambiental. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Maracay-Venezuela

² Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón" - MPPS. Maracay-Venezuela.

Se determinaron los niveles de resistencia a insecticidas piretroides (ciflutrina, lambdacihalotrina y deltametrina) y al DDT en larvas de *Aedes aegypti* de tres municipios del estado Aragua - Venezuela (Girardot, José Félix Rivas y Zamora), en comparación con una cepa susceptible (Rockefeller), a través del método de inmersión de la OMS. Se encontró resistencia variable para todas las cepas en todos los insecticidas evaluados (FR50 > 20x) a excepción de la ciflutrina donde se obtuvo en FR50 < 10 y deltametrina con FR50 < 10 en la cepa Zamora. Los distintos niveles de resistencia sugieren una naturaleza focal en el desarrollo de la misma y una resistencia incipiente en cuanto al uso de piretroides. Al evaluar "In Vivo" los mecanismos de resistencia basados en las enzimas oxidasas y esterasas, se encontró que ninguno de los mecanismos actúa como

mecanismo de resistencia al DDT en la cepa Girardot, mas no así en las otras cepas. Ambos mecanismos intervienen en el desarrollo de resistencia a Lambdacihalotrina en las tres cepas, mientras que las oxidasas intervienen en la resistencia a Deltametrina en la cepa Girardot. Se presume, sobre la base de los resultados obtenidos, que el gen Kdr, responsable de la resistencia al derribe, está manifestándose en la resistencia a los piretroides y al DDT.

Palabras clave: Insecticidas cruzada, Piretroides, *Aedes aegypti*.

Resistencia múltiple a insecticidas en *Culex quinquefasciatus* de regiones vulnerables a la entrada del virus del Nilo, en Venezuela

Marlene Salazar Corredor¹; Darjaniva Molina de Fernández¹ & Danny Bastidas¹

¹ Centro de Estudios de Enfermedades Endémicas y Salud Ambiental (CEEESA). Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Maracay-Venezuela.

Existe escasa información sobre la susceptibilidad de *Culex quinquefasciatus* en Venezuela. Se determinó la mortalidad de los mosquitos adultos expuestos a botellas tratadas (método CDC) con dosis diagnósticas para cuatro insecticidas, utilizando para ello la cepa USA como referencia. Los mecanismos de detoxificación presentes fueron determinados mediante la evaluación de la actividad enzimática de esterasas alfa y beta, glutatión S transferasa, oxidasas de función múltiple y acetilcolinesterasa inhibida. Se detectó multiresistencia a estos insecticidas en todas las cepas evaluadas. Fueron obtenidos niveles elevados de esterasas alfa y beta, en dos de las tres cepas evaluadas que pudiesen estar implicados en la resistencia encontrada a piretroides y organofosforados, el mecanismo glutatión S transferasa fue identificado sólo en la cepa Falcón y podría estar jugando un rol importante en la resistencia a piretroides, el mecanismo acetilcolinesterasa fue identificado en dos de las tres cepas evaluadas y pudieran estar involucrados en la resistencia al carbamato propoxur. Los resultados obtenidos permitirán el mejor uso de los insecticidas organosintéticos para el control de *Culex quinquefasciatus* dentro de un programa de manejo integrado de vectores en el país, en el momento que fuese necesario.

Palabras clave: Resistencia; Insecticidas; Virus del Nilo; Vulnerabilidad

Comportamiento epidemiológico de leishmaniasis canina en el estado Aragua

José Antonio Romero Palmera^{1,2}

¹ Laboratorio de Biología de Vectores y Reservorios. Centro de Estudios de Enfermedades Endémicas y Salud Ambiental. Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Maracay estado Aragua.

² Cátedra de Histología y Embriología. Departamento de Ciencias Morfológicas y Forense. Escuela de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina. Universidad de Carabobo. Sede Carabobo.

El canino doméstico (*Canis familiaris*) se considera como el reservorio más importante de *Leishmania infantum*, por lo tanto se incrementa el riesgo de transmisión de la Leishmaniasis Visceral Zoonótica (LVZ), aunado a esto, el patrón clínico de Leishmaniasis Canina (LC) es Asintomático, Oligisintomático, y Polisintomático, el segundo caracterizado por afección viscerales como Hepatoesplenomegalia, Adenopatías y Caquexia o baja condición corporal; y el Tercero, además con afecciones dermatológicas. Por lo tanto, se planteo como objetivo evaluar los focos endémicos de Leishmaniasis Visceral en el estado Aragua, se seleccionó el área de estudio según la metodología establecida en el Programa Oficial de Control de Leishmaniasis Visceral en Venezuela, se estima la población canina con propietarios y se procede a la toma de muestras sanguíneas (5 ml) para la obtención del suero, posteriormente se realizó el inmunodiagnóstico mediante la técnica ELISA utilizando el antígeno recombinante rK39. La prevalencia general de LC oscila entre 14,70 a 18,03 durante el periodo de 2003 a 2010, esto indica que los caninos infectados constituyen un elemento clave en la transmisión de esta zoonosis, Durante éste periodo se mantiene la transmisión activa en San Mateo, Municipio Bolívar, mientras que se interrumpió en el Barrio Brisas de Maguey del Municipio José Félix Rivas. El grupo de edad con mayor número de seropositivos es de 2 a 5 años con 21,15%, se evidenció similitud entre ambos sexos y la presencia de LC y no se observó asociación estadística significativa entre la raza y la presencia de LC. El principal patrón clínico de la enfermedad es el asintomático (60.89%) lo que aumenta el riesgo de esta zoonosis el principal factor asociado a la presencia de la infección lo constituye el tipo de tenencia. En conclusión la LC constituye un problema de salud pública humana y veterinaria y los cambios epidemiológicos pueden atribuirse a la intervención oficial, así como, a consecuencia de los cambios ecológicos, demográficos y medioambientales relacionados con proyectos de desarrollo y urbanismo.

Palabras clave: Leishmaniasis canina, ELISA, Epidemiología, Factores Asociados



Cincuenta años del Boletín de Malariología y Salud Ambiental



14

Ciencia, tecnología y acción sanitaria a través de los 50 años del Boletín de Malariología y Salud Ambiental

M. Dora Feliciangeli

Editora del Boletín de Malariología y Salud Ambiental

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón"

Correo: bmsave@yahoo.com

El Boletín de Malariología y Salud Ambiental es una de las revistas más antiguas de Venezuela en el área de la Salud. Durante 50 años de publicación ininterrumpida, sus páginas reflejan la ciencia, tecnología y acción sanitaria, que han contribuido a la prevención y control de las parasitosis y arbovirosis de mayor impacto en la población venezolana. Se reseñan autores y acontecimientos, que en las diferentes décadas han incidido en el devenir de esta revista. En los últimos años, su especificidad, pertinencia social y calidad científica la han hecho acreedora de inclusión en importantes índices internacionales, como Global Health, SciELO Venezuela y el WEB Science Citation Index Expanded™ 2010. Por ende, gracias a la moderna tecnología de la comunicación, esta revista ha logrado una mayor participación a nivel ibero-americano y mayor visibilidad internacional. Dentro de este marco, se aprecia un renovado apoyo de la comunidad científica venezolana y del órgano patrocinador, Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón", en pro del Boletín de Malariología y Salud Ambiental, revista que ha contribuido a poner al alcance de todo el mundo, un importante acervo científico venezolano, de alto compromiso social en el ámbito de la Salud Pública.

Palabras clave: Boletín de Malariología y Salud Ambiental, Parasitología, Entomología Médica, Medicina Tropical, Epidemiología, Control, Salud Ambiental, Salud Pública.



PALABRAS DE CLAUSURA

15

Palabras de clausura

Dra. Milady Guevara de Sequeda

Directora de Investigación del S.A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón"
Coordinadora General de las XVII Jornadas Científicas Dr. Arnoldo Gabaldón

Es grato dirigirme a ustedes en nombre del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón" para darle cierre a estas XVII Jornadas Científicas "Dr. Arnoldo Gabaldón". Han transcurrido diecisiete años desde que la institución dio inicio a esta convocatoria nacional, para compartir diferentes temas de actualidad que atañen al sector salud, y por ende a la comunidad en general. Durante estos años hemos tenido la oportunidad de intercambiar ideas con nuestros participantes de los diferentes programas de formación, actualización y perfeccionamiento, también con nuestros docentes investigadores y con profesionales de diferentes instituciones nacionales e internacionales que han permitido enriquecer nuestras actividades y darle cumplimiento a la misión que se nos ha encomendado.

En esta oportunidad el intercambio se inició en una discusión franca y abierta sobre diferentes aspectos del tema central seleccionado: "*La Salud y la Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud*". Fue sin duda una gran Jornada de trabajo, durante cinco días continuos, el personal que conforma el equipo de trabajo de la institución: directivos, docentes investigadores, técnicos, personal administrativo y obrero, nos abocamos a desarrollar un programa con el propósito de darle el mayor contenido científico para tocar las diferentes perspectivas de un tema de actualidad que es de interés para todos. Fueron utilizados los recursos tecnológicos disponibles para ofrecer a los asistentes opiniones y resultados de investigaciones actualizadas para motivar la reflexión sobre los procesos de trabajo. Esta puesta en ejecución de la tecnología de punta coloca a la institución a la vanguardia frente al país, lo cual nos hace sentir orgullosos de contar con un potencial humano que está identificado con su labor diaria y con la institución que les permite desarrollar ideas para mejorar su calidad de vida laboral. Estas fortalezas permitieron la proyección de una teleconferencia y de distintos videos que fueron altamente apreciados por los asistentes, no obstante la presencia de distintos enfoques que fueron presentados sobre la temática, que giraron alrededor no solo de los riesgos sino también sobre la conceptualización de los procesos del trabajo en el sector salud.

Como lo hacemos anualmente, fue una ocasión para mostrar los resultados del trabajo académico que sin duda tiene proyección nacional,

evidenciado en la entrega de 22 títulos de Especialistas a profesionales que cursaron programas conducentes a grado académico de Gestión en Salud Pública; Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral y Epidemiología de enfermedades metaxénicas. Igualmente fue propicia la oportunidad para incluir el *III Encuentro Nacional de Prevención de Accidentes laborales por Objetos Punzocortantes en el Sector Salud* y presentar las experiencias exitosas regionales durante los dos años de ejecución del proyecto y su informe final, del cual se logró en plenaria la discusión y elaboración de una propuesta para presentarla ante las autoridades ministeriales de salud, con el propósito de motivar a una resolución nacional que permita institucionalizar en el ámbito nacional los cuidados a la salud y la prevención de accidentes de esta naturaleza.

Un punto importante a destacar fue la discusión de los resultados de 16 trabajos de investigación realizados por nuestro equipo de investigadores como aporte al conocimiento de las enfermedades endémicas, los cuales deben ser considerados por las instancias del Ministerio de Salud para revisar las políticas de prevención y control de estas patologías en el país, e igualmente la apertura para la presentación de trabajos en la modalidad oral y poster.

En estas Jornadas, resultó de especial importancia la reunión con editores y miembros del Comité Editorial del Boletín de Malariología y Salud Ambiental, en el momento que arriba a sus cincuenta años de fundación.

Al cierre de estas jornadas, una vez hecho el resumen de las mismas, quisiera expresar que el cumplimiento de las actividades programadas no nos ha alejado de los momentos difíciles que atraviesa nuestro país, particularmente por los episodios de lluvia que ha provocado el cambio climático, que sin duda ha trastornado nuestro estilo de vida, en momentos especiales en el cual nos preparamos para finalizar este año. Ante esta contingencia tenemos que decirles que habíamos iniciado una reflexión en meses anteriores, sobre la posibilidad cierta de tener episodios de esta naturaleza, conjuntamente con instituciones nacionales encargadas de esta área de trabajo, en el cual el instituto se propuso como ejecutor de un observatorio nacional sobre cambio climático, con lo cual nos permitimos ratificar nuestra disposición de conformar un equipo de trabajo que pueda apoyar a través de sus programas educativos a nivel nacional a realizar actividades para mitigar esta situación y reunir voluntades para cooperar con aquellos venezolanos que están afectados por esta situación y que nos atañe a todos.

Finalmente, agradecemos a todos y todas su presencia en este recinto histórico, que tiene permanentemente sus puertas abiertas para compartir experiencias que permitan enriquecer nuestro crecimiento y fortalecer nuestras comunidades.

**ÍNDICE DE PONENTES INVITADOS,
RELADORES Y PRIMEROS AUTORES
DE TRABAJOS LIBRES**

16

Índice de ponentes invitados, relatores y primeros autores de trabajos libres

A

Abreu, María Solange: 122
Acevedo, Doris: 69
Acevedo, Porfirio: 162
Alarcón de Noya, Belkisyolé: 157
Almeida Ferreira, Steffany: 153
Amarista, Manuel: 153
Anaya, William: 161
Arcay, Carlos: 126
Arcia, Isidora: 138
Arráez, Evelin: 105

B

Berti Moser, Jesús: 154
Bevilacqua, Mariapia: 160
Bezara, Raquel: 135

C

Cabello, Mirla: 132
Cárdenas, Lya: 160
Carpio, Arili: 104
Carrillo, Daphne: 151
Castillo, Ángel: 85
Cloquell, Damián: 151
Colmenares, Yadira: 141
Cordero, Rosa: 106

D

Da Silva Gómez, José: 87
Dávila, Fanny: 81
Delclos, George: 47
Dupuy, Silvia: 161

E

Escalona, Evelin: 65
Escobar, Myriam: 57

F

Feliciangeli, María Dora: 169
Figuera, Francis: 101
Figueroa, Luisa Elena: 161

G

García, Franchis: 106-107
García, Francisca: 89
Godoy, Fátima: 102
Gómez, Wuilman: 105
González Graterol, Alfredo: 95
González, Ana Julia: 151
González, Francisco: 41
González, Rafael: 63
González, Sorangel: 151
Guédez Aponte, Sabina: 127
Guerra, Luis: 161
Guevara, Milady: 173
Gutiérrez, Mauricio: 88
Guzmán, Amanda: 133
Guzmán, José Gregorio: 115
Guzmán, Omelys: 137

H

Hernández, Marianela: 112
Hernández, Shirle: 105

L

Ledezma, Doris: 125
León, María: 151
López Urquía, Rahel: 119

M

Mago, Gladys: 33
Mago Díaz, Milagros: 142
Maldonado, Magalys: 134
Martínez, Cesmagly: 96

Martínez, María del Carmen: 27
Márquez, Gilberto: 100
Medina, Beatriz: 136
Medina, Domingo Alberto: 160
Mejías, Andrea: 161
Melo, Fabio: 153
Mermejo, Wilmer: 111
Miguelena, Nelissa: 63
Miraglia, Evelys: 123
Molina, Andrés: 129
Morales, Luis Gonzalo: 160
Moreno, Jorge: 162

N

Noya, Oscar: 152
Núñez Pacheco, Maryluz: 109

P

Pereira, Ana Carlota: 151
Pereira, Yordy: 103
Pérez Carballo, Teresa: 99
Pérez Pérez, Carlos: 81
Pérez Pinto, Enrique: 145
Pérez Seijas, Claudia: 124
Petterson, Luis: 162
Philibert, Aline: 160

Q

Quintana, Juan: 85

R

Raimundo, Manoel: 153
Requena, Luis: 72
Riobueno, Dalimar: 113-128

Rodríguez, Pedro: 81
Romero Palmera, José: 165

S

Salas, Yadira: 41-53-57
Salazar Corredor, Marlene: 164
Salazar Maldonado, Zorany: 98
Sánchez, Ligia: 53
Sánchez, Luis V.: 130
Sánchez, Víctor: 161
Sanoja, María Gisela: 145
Serrano, Raíza: 120
Sifontes, Carolina: 131
Simoës Barbosa, Constanza: 153
Solórzano, Eduvigis: 151
Soto Vivas, Ana: 156
Suárez, Benny: 41-47-53-57

U

Uzcátegui, Jorge: 151

V

Valero Chacín, Jesús: 11
Vidal, Xiomara: 19
Villarroel, Humberlys: 121
Villasana, Pedro: 75
Villegas, Leopoldo: 162

Y

Yanes Escalona, Lucía: 97
Yanes, Leopoldo: 41

Z

Zambrano, Reinaldo: 151

*500 Ejemplares impresos el mes de noviembre de 2011
en Maracay, estado Aragua - Venezuela*



Servicio Autónomo
Instituto de Altos Estudios
Dr. Arnoldo Gabaldon

www.iaes.edu.ve

RIF: G-20006221-5