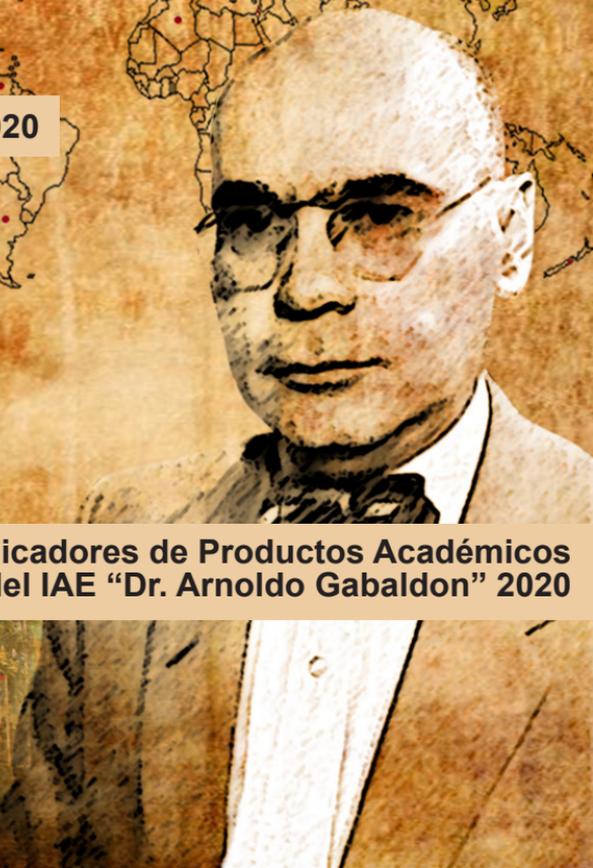


Boletín Informativo Sala Situacional

Investigaciones del IAE 2020



Indicadores de Productos Académicos del IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon" 2020



EDITORIA

Dra. Fanny Dávila

Coord. de Sala Situacional de Salud del S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon"

COMITE EDITORIAL

- Dra. Fanny Dávila

- Econ. Yndira Rondón

- Ing. Diflor Domínguez

- Lcdo. Oswaldo Flores

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

- Quercy Vargas

Dirección de Gestión de Información del S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon"

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

Depósito Legal: pp201003AR674

ISSN: 2244-839X

Para contacto: Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon",
Av. Bermúdez Sur. Telfs.: (0243) 232.5633 - 0833 - Fax: (0243) 232.6933. Ext. 141.
Apartado Postal 2171-2113, Maracay 2011. Estado Aragua, Venezuela.

e-mail: sasit.iaes@gmail.com

Impreso en: S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon" / Venezuela

Fecha: Junio 2020

Tiraje: 100 Ejemplares

Nota del Editor: Algunos artículos que aparecen en el Boletín Informativo reflejan los puntos de vista del autor y no necesariamente el punto de vista de la Sala Situacional de Salud "Dr. Arnoldo Gabaldon".

www.iaes.edu.ve

Contenido

Editorial	5
Investigaciones del IAE	8
Estrategias para mejorar la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. Servicio de Ginecología y obstetricia Hospital “Dr. Jose Maria Carabaño Tosta”. Estado Aragua, Venezuela.....	8
Sistematización de experiencias vistas desde la gestión de seguridad y salud laboral de los trabajadores y trabajadoras de la Alcaldía del Municipio Girardot.....	38
Estrategias Educativas sobre el uso de Bifosfonatos en Pacientes Odontologicos. Red de Atención Comunal. Misión Barrio Adentro. Estado Aragua. Venezuela.....	63
Indicadores de Productos Académicos del Servicio Autonomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”.....	87

El Boletín Informativo de la Sala Situacional de Salud "Dr. Arnoldo Gabaldon" es creado como un órgano destinado a divulgar la información de salud que contribuya con el conocimiento en el área y permita apoyar los trabajos científicos y la gestión de los servicios de salud, que buscan a su vez, diseñar y aplicar intervenciones estratégicas costo/efectivas de alto impacto social y así mejorar la calidad de vida de la población y la superación de las inequidades y las brechas sociales. Este boletín estará a su disposición en formato impreso y digital.

Editorial

El tercer Boletín del año 2020, presenta 3 notables Investigaciones desarrolladas en el área de Género y Salud, Trabajo y Salud y la última en el área de Planificación y Gestión en Salud, estando perfectamente enmarcadas en las Líneas de Investigación de esta Institución.

Se publica primeramente la investigación titulada “Estrategias para mejorar la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. Servicio de Ginecología y obstetricia. Hospital “Dr. Jose Maria Carabaño Tosta”. Estado Aragua. La violencia sexual constituye una de las más graves afectaciones a los derechos fundamentales de las personas, para que la violencia sexual sea entendida como una urgencia médica o como una emergencia, el personal de salud debe deslastrarse de los mitos que existen hacia la violencia sexual y entenderla como un problema de salud pública.

En este contexto, es de suma importancia que los Médicos Ginecologistas y en general el Personal de Salud de el Servicio de Ginecoobstetricia desarrollen un papel fundamental en la detección, atención, seguimiento y prevención de esta problemática. Si las ginecologistas no están informados y capacitados para abordar la violencia contra la mujer, las víctimas pueden recibir un diagnóstico erróneo y un tratamiento inadecuado al no reconocer los signos de abuso. El desconocer las consecuencias de la violencia sexual les impediría tratar eficazmente a la superviviente y/o remitirla para recibir servicios psicológicos, jurídicos o de otra índole que podrían prestar apoyo a estas víctimas, se hace necesario proponer estrategias que fortalezcan la atención a las víctimas de violencia sexual.

Seguidamente se publica el trabajo titulado “Sistematización de Experiencias vistas desde la Gestión de Seguridad y Salud Laboral de los Trabajadores y Trabajadoras de la Alcaldía del Municipio Girardot” Partiendo del hecho que la sistematización es una interpretación crítica a partir de una reconstrucción donde se descubre un proceso vivido, se realizó esta Sistematización

de Experiencias para generar conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora.

En este recorrido sistemático de experiencias vistas desde la gestión de seguridad y salud laboral de los trabajadores y trabajadoras se puede interpretar en que se requiere que los servidores públicos, en este caso quienes trabajan en la Alcaldía del Municipio Girardot, se apropien de una cultura de la seguridad, también emergió la necesidad de replantearse la seguridad como una política de estado, toda vez que esto se asocia a políticas públicas de salud, por lo tanto, estas categorías se interrelacionan formando una unidad dialéctica de interpretación hermenéutica donde se resalta la poca conciencia en cuanto a seguridad e higiene laboral.

Como ultima investigación se presenta el trabajo titulado “Estrategias Educativas sobre el uso de Bifosfonatos en Paciente Odontologicos. Red de Atención Comunal. Misión Barrio Adentro. Estado Aragua. Venezuela” Es necesario informar que los Bifosfonatos son medicamentos análogos de los pirofosfatos, que han sido aprobados para tratar desordenes esqueléticos múltiples que incluyen la osteoporosis posmenopausica, enfermedad ósea asociada a neoplasia, enfermedad de Paget y también para el dolor óseo asociado a neoplasia, en tal manera que este fármaco se suele prescribir tantas veces como cáncer y osteoporosis son diagnosticadas en el mundo. La lesión mandibular asociada al uso de este fármaco, denominada Osteonecrosis Maxilar inducida por Bifosfonatos por sí sola no causa la muerte del paciente, pero si ocasiona la perdida de las unidades dentarias cercanas al hueso expuesto, esa condición en los pacientes influye de manera negativa en su estilo de vida, ya que les dificulta masticar, hablar y en el peor de los casos cuando la lesión grave y la pérdida ósea es más agresiva y se debe extraer una porción extensa de hueso afectando la alimentación, también se ve afectada la apariencia física y todo esto genera impacto negativo en la autoestima del paciente, causando daños físicos, psicológicos e indirectamente la muerte.

Es necesario recalcar que si no se toman las medidas pertinentes las probabilidades que este problema aumente son elevadas, ya que cada día la incidencia de patologías óseas va en crecimiento y por ende la prescripción del fármaco también; es importante la capacitación a través de estrategias educativas al talento humano en salud y a los pacientes para prevenir los riesgos odontológicos por el uso de bifosfonatos

Dra. Fanny Dávila
Coordinadora Sala Situacional IAE

INVESTIGACIONES IAE

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ATENCION A MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL. SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA HOSPITAL “DR JOSE MARIA CARABAÑO TOSTA”. ESTADO ARAGUA, VENEZUELA.

Autoras: (1) Ruth Méndez (2) Fanny Dávila

Filiación De Los Autores: (1) Hospital “Dr Jose Maria Carabaño Tosta”. (2) Servicio Autónomo Instituto De Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”

RESUMEN

La violencia sexual ha sido catalogada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública, tener una estadística fidedigna no es posible, ya que existe un subregistro de estos casos, siendo el personal de salud el que muchas veces a pesar de existir instrumentos normativos regulatorios, no tienen un buen manejo de las víctimas. Es por ello que esta investigación tiene como objetivo: Proponer estrategias para mejorar la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital “Dr. José María Carabaño Tosta”. Maracay, Estado Aragua, Venezuela. Metodológicamente se desarrolló bajo el paradigma positivista con un enfoque cuantitativo, no experimental de campo y descriptivo, es una investigación de modalidad proyecto factible. La población estuvo conformada por los 30 Ginecobstetras, que laboran en el servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital, se trabajó con una muestra censal, como técnica se usó la encuesta y como instrumento de recolección de información se usó un cuestionario con validez por juicios de expertos y confiabilidad por Alfa de Crombach. Para el análisis de los mismos se utilizó la estadística descriptiva y se presentaron los resultados en tablas para su análisis y comprensión. Resultados: El 60% de los Ginecobstetras, desconocen los instrumentos legales y normativos donde se estipulan los procedimientos a seguir en la atención de estas víctimas. El 86,66 de estos profesionales manifestó en alguna oportunidad haber recibido casos de violencia sexual y un 90% sostuvo que no ha realizado denuncias por violencia sexual. Creyendo un 40% de estos, que pueda ser involucrado perjudicialmente en la atención de los casos.

Campo o Área de Investigación: Género y Salud.

Línea de Investigación: Género, Ciudadanía y Participación.

Descriptores de Contenido: Violencia Sexual, Atención Médica.

ESTRATEGIES TO IMPROVE CARE FOR WOMEN VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE IN THE GYNECOLOGY AND OBSTETRICS SERVICE OF THE HOPE“DR JOSE MARIA CARABAÑO TOSTA”ESTATE ARAGUA, VENEZUELA.

Author: (1) Ruth Méndez (2) Fanny Dávila

ABSTRACT

Sexual violence has been classified by the WHO as a public health problem, have a reliable statistic is not possible, since there is underreporting of these cases, with health personnel which often despite the existence of regulatory policy instruments, They do not have a good handle on the victims. That is why this research aims: Proposing strategies to improve care for women victims of sexual violence in the Gynecology and Obstetrics Service of the “Dr. José María Carabaño Tosta”. Maracay, Estado Aragua, Venezuela. Methodologically developed under the positivist paradigm with a quantitative approach, not experimental field and descriptive, is a feasible project modality research. The population will be conformed by the 30 Gynecobstetras, who work in the Gynecology - Obstetrics service of said Hospital, worked with a census sample as technique was used the survey and as an instrument of information collection a questionnaire was used with validity by judgments of experts and reliability by Crombach’s Alpha. Descriptive statistics were used for the analysis of the same, and the results were presented in tables for analysis and comprehension. Results: 60% of the Gynecobstetras do not know the legal and normative instruments that stipulate the procedures to follow in the care of these victims. 86.66 of these professionals reported that they had ever received cases of sexual violence and 90% said they had not made complaints of sexual violence. Believing 40% of these, this may be detrimentally involved in care cases.

Field of Research Area: Gender and Health.

Research Line: Gender, Citizenship and Participation.

Content Descriptors: Sexual Violence, Health.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS (2003) define como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.

La violencia sexual, constituye una de las más graves afectaciones a los derechos fundamentales de las personas, atentando particularmente contra los derechos a la vida, la libertad, la seguridad, la integridad física y psicológica, la libre expresión y libertad de circulación y el libre desarrollo de la personalidad, dificultando el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y que se alcancen estándares deseables de salud física y mental. (Veloza *et al.* 2011)

Las Víctimas de violencia sexual acuden a los servicios de salud venciendo muchas barreras personales y sociales que el evento de violencia les ocasiona, y llegan a la institución en condiciones de alta vulnerabilidad. Una vez allí, la víctima espera y necesita un trato humano que le ayude a recuperar el control de sí, la dignidad, el dominio de su cuerpo y de sus emociones. La atención que se le brinde tendrá que garantizar un trato humano, digno y reparador; unos procedimientos estandarizados y efectivos para controlar riesgos que el evento tiene sobre su salud sexual y reproductiva, su salud mental y su medio familiar y social.

Cabe destacar, que una barrera que impide la identificación y derivación de casos de violencia, por parte de los médicos es su temor a su seguridad personal, no quiere involucrarse con cuestiones legales, sin ser conscientes de remitir a las mujeres y no creen que el servicio de salud es un lugar adecuado para tratar los casos de violencia. Además, tienden a sospechar que las mujeres estén realmente diciendo la verdad y de creer que sus actitudes no pueden ayudar a resolver el problema. Afirmando también que existen barreras institucionales, teniendo en cuenta que la institución no tiene espacios privados para llevar a cabo la consulta, por no hablar de la falta de formación profesional. Así mismo manifiesta

que es también digno de mención que en el 90% de estos casos no se cumplen plenamente las normas de atención establecidas, que incluyen la identificación, valoración del riesgo, el fortalecimiento, la orientación, referencia y registro de estos casos. (Rodríguez-Bolaños, 2005)

Las mujeres que revelan experiencias de violencia sexual a menudo informan primero a un familiar (como la madre), una amiga, una vecina o un asesor religioso. Se calcula que sólo un 5% de las víctimas adultas de violencia sexual en la región denuncian el incidente a la policía (Toro, 2013).

Los principales motivos por los cuales muchas mujeres no denuncian la violencia sexual son: a) Estigma, vergüenza y temor a sufrir discriminación, b) Temor a represalias del perpetrador, c) Sentimientos de culpabilidad, d) Complejidad de denunciar el delito, e) Falta de apoyo por parte de la familia y amistades; y la expectativa de que los organismos responsables de imponer el cumplimiento de la ley serían ineficaces o incluso abusivos. Y cuando las mujeres al fin acuden a los servicios, buscan apoyo del sector salud o del sector jurídico; sin embargo, la calidad de las respuestas de los servicios de ambos generalmente es deficiente. En toda la extensión de la región de Latinoamérica y el Caribe, las investigaciones han documentado numerosos fracasos de estos sectores, por ejemplo: la falta de infraestructura básica; actitudes y conductas discriminatorias y patriarcales por parte de las personas prestadoras de servicios, que justifican las acciones de los perpetradores y culpan a las víctimas, lo cual resulta en revictimización; la incapacidad de los servicios para proteger a las mujeres de acciones punitivas por parte de los perpetradores; la falta de privacidad y confidencialidad, y problemas estructurales como personal insuficiente, procedimientos complicados y demasiado burocráticos. Estas situaciones son particularmente agudas en zonas marginadas y pobres, especialmente entre mujeres indígenas y en entornos de conflicto (Contreras, 2010).

La violencia contra las mujeres no es exclusiva de ningún sistema político o económico; se da en todas las sociedades del mundo y sin distinción de posición socioeconómica, religión, raza o cultura. Se identificó que la literatura actual muestra a la violencia sexual como temática prioritaria, reconocida y abordada en

documentos técnicos relacionados con el ejercicio de los Derechos Humanos, tanto a nivel internacional, regional y nacional. En 1993 la Declaración sobre la Eliminación de Violencia contra las mujeres de la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció un marco de acción para luchar contra esta pandemia. Sin embargo más de 20 años después una de cada 3 mujeres sigue sufriendo violencia física ó sexual, principalmente a manos de un compañero sentimental. Según la ONU (2014), se estima que el 35 por ciento de las mujeres de todo el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su compañero sentimental o violencia por parte de una persona distinta a su compañero sentimental en algún momento de su vida. Las mujeres que han sufrido maltrato físico o sexual por parte de sus compañeros tienen más del doble de posibilidades de tener un aborto, casi el doble de posibilidades de sufrir depresión y, en algunas regiones, 1,5 veces más posibilidades de contraer el VIH, en comparación con las mujeres que no han sufrido violencia por parte de su compañero sentimental.

En este contexto, ofreciendo una visión general ó un panorama mundial de la violencia sexual contra las mujeres, existen unos 120 millones de niñas de todo el mundo (algo más de 1 de cada 10) que han sufrido el coito forzado u otro tipo de relaciones sexuales forzadas en algún momento de sus vidas. Con diferencia, los agresores más habituales de la violencia sexual contra niñas y muchachas son sus maridos o ex maridos, compañeros o novios según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2014). En la mayoría de países donde existen datos, menos del 40% de las mujeres que sufren violencia buscan algún tipo de ayuda. Entre las mujeres que lo hacen, la mayoría recurre a la familia y a amigas y muy pocas confían en instituciones y mecanismos oficiales, como la policía o los servicios de salud. Menos del 10% de aquellas mujeres que buscaron ayuda tras haber sufrido un acto de violencia lo hicieron recurriendo a la policía. Este panorama coloca a los proveedores y a los sistemas de atención en salud en la obligación de dar respuesta a estas necesidades y, con ello, de introducir la atención de las víctimas de violencia sexual dentro de las actividades cotidianas de los servicios de salud.

En toda la extensión de la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC), la evidencia indica que las mujeres corren mayor riesgo de sufrir violencia sexual perpetrada por sus parejas.

Resaltando que la respuesta del sector salud en general, no sólo del Ginecobstetra, en dicha región expresa actitudes hostiles hacia las niñas y mujeres que revelan experiencias de abuso sexual, afirmando que no preguntan a las mujeres si han sufrido violencia, incluso cuando observa señales de abuso; y las sobrevivientes se quejan con frecuencia de que el personal de salud se concentra sólo en la atención inmediata de las lesiones, que no ofrece orientación adecuada y que expresa actitudes inapropiadas que culpan a las mujeres (Contreras, 2010).

Existen múltiples investigaciones que desarrollan el tema, entre ellos destaca la investigación de Moreno (2013), en un estudio realizado en torno a la experiencia en la Evaluación de la atención a víctimas de la violencia sexual en tres hospitales de Bogotá, Colombia; participaron cuarenta y cinco [45] profesionales de la salud, quienes dieron respuesta al cuestionario de actitudes y conocimientos con respecto a la violencia sexual y la atención en salud. El 52% realiza remisiones a Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social. Con respecto a la atención, 44% de los trabajadores(as) consideró incomodidad y el 24% consideró que las pacientes se sentirían ofendidas si se les preguntaba por violencia sexual en sus antecedentes, igualmente que el manejar este tipo de casos no era agradable, porque ello implica comprometerse en acciones judiciales. Se destaca que el 84% desconocía su responsabilidad en la denuncia de los casos, y así mismo refirieron temor de no recolectar la evidencia suficiente en el 48%. Sólo el 22% de los(as) trabajadores(as) de la salud preguntaron en el último año acerca de violencia sexual sólo cuando alguna situación en la consulta, le hizo sospechar la ocurrencia de violencia. Por otra parte el 57.8% de los y las trabajadoras se consideraron poco entrenados para atender los casos de violencia sexual de manera integral, lo cual pudo evidenciarse en los resultados de la evaluación de conocimientos. El personal médico admitió que no estaba adecuadamente entrenado para brindar la atención y, adicionalmente, en la esfera de conocimiento tuvieron algunos vacíos que pudieron afectar dicha atención y explicar los temores referidos en los resultados.

Así mismo Tajer (2011), desarrolló un trabajo titulado: Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: una investigación en la ciudad de Buenos Aires con el objetivo de analizar el conocimiento académico sobre la violencia de género en la salud

de las mujeres e identificar los modos en los cuales el sector salud registra (o subregistra) las prácticas para ello utilizó un método cualitativo con un diseño descriptivo exploratorio. Entrevistaron a 31 profesionales de la salud de diversas especialidades: Ginecología, psicología, enfermería, trabajo social y medicina y a cinco mujeres víctimas de violencia de género. En el campo de la gineco-obstetricia, la mayoría de estos profesionales, 76% mantuvo la concepción de que el ejercicio médico se limita a la lesión o al síntoma en términos curativos y que el problema de la violencia debe ser atendido por otras especialidades, por lo que indicaron que cuando se detectara un caso, lo derivaran al área de psicología de su institución. La mayoría de estas personas entrevistadas refirió no tener un conocimiento adecuado de la ley vigente y del marco legal que provee para su práctica profesional. En este sentido, al indagar entre estos profesionales, cuándo debía hacerse la denuncia, persistió la idea de que sólo la mujer puede y debe realizarla, y en el mejor de los casos la/el profesional se limita a asesorarla y guiarla en su toma de decisiones. Así mismo evidenciaron, que el personal de salud tiene mucho temor del impacto en sus personas al tomar acciones en estos temas, por la peligrosidad de las situaciones en las cuales se pueden involucrar.

En este orden de ideas, Billings (2011), realizó un estudio titulado: Mujeres víctimas-sobrevivientes de violencia sexual y sus experiencias con los servicios de salud disponibles en Guatemala. Este fue llevado a cabo en los servicios de salud de seis departamentos de ese país; y se destacan las voces de 23 mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual que acudieron a los servicios de salud en busca de apoyo y asistencia. Las preguntas hechas tenían por objeto comprender las experiencias de las mujeres con los servicios de salud, es decir la atención como víctimas. Es importante mencionar que hicieron varias recomendaciones afirmando que las mujeres necesitan: mayor apoyo emocional durante el proceso de la atención médica, que las y los profesionales de la salud les crean y les pongan atención. Acompañamiento de un psicólogo/a durante el proceso de denuncia, que en el caso de decidir qué hacerlos y las prestadores de servicios de salud faciliten la toma de decisión médica y legal. Trato digno, con respeto, amabilidad, credibilidad, disponibilidad y privacidad; así como atención médica inmediata antes de la denuncia. Así pues, la manera en la que el personal que trabaja en los servicios de

salud responden a las sobrevivientes, puede desempeñar un papel significativo en su recuperación o en su continua victimización por lo que los servicios de salud deben satisfacer las necesidades de las mujeres víctimas de violencia sexual, y para hacerlo, deben tomar en consideración las experiencias, necesidades y demandas de las sobrevivientes; puesto que esta recomendaciones no es más que el reflejo del desconocimiento de los profesionales de este sector, donde juega un rol fundamental el Ginecobstetra.

Otro estudio titulado: Percepción de los médicos que trabajan en unidades de atención primaria sobre la violencia contra las mujeres a manos de la pareja, realizado en Sao Paolo por De Ferrante *et al* (2009), recopiló datos a través de entrevistas con 9 ginecólogos y 5 médicos generales. La investigación fue de tipo cualitativa buscando entender la realidad que viven estos profesionales. Prepararon una guía temática con el fin de tratar los siguientes temas: la percepción de la violencia doméstica contra las mujeres, la práctica profesional en relación con esta, y el conocimiento teórico y práctico. En cuanto al conocimiento sobre el tipo y violencia de género, todos los médicos dicen saber la violencia física y psicológica. Algunos llaman a esta última de tipo verbal y la violencia sexual fue el menos mencionado en los discursos. Barreras institucionales se mencionan en los discursos de dichos profesionales como la falta de tiempo para hacer frente a la paciente; falta de estructura del sistema, y también la falta de formación de otros organismos que participan en la red de apoyo y asistencia, sobre todo a la policía, que, según los médicos, no hace nada. Mencionan como barreras personales, médicas, aquellas que muchas veces les impiden actuar correctamente ante una situación de violencia. Entre ellos se encuentran: la impotencia de estos frente a las actitudes que las mujeres pueden tomar, incluso después de orientadas; manifestando que tienen miedo de tomar cualquier acción por temor a ofenderlas.

A nivel regional destaca el trabajo de Núñez (2008), en la Medicatura Forense donde se estableció un perfil socio-epidemiológico de los casos de violencia sexual, a través del formato de la experticia médico legal, Investigación documental: exploratoria, descriptiva, proyectiva y transversal con una población conformada por 487 víctimas; donde el 80% del personal médico-forense no reportó el examen físico de las víctimas y centró su atención, en

los casos de violencia sexual, en los genitales. Sólo al 2,46% de las víctimas, les fue solicitado por parte del médico/a forense una evaluación psiquiátrica, lo que coincide con lo que muchos/as autores/as denominan la “doble victimización”. Al sólo evaluarse su área genital, sin prestar atención a su cuerpo y su psiquis, es ser tratada como objeto sexual y no como persona afirman los autores. Por lo que propusieron y recomendaron la capacitación y sensibilización del personal médico que labora en la medicatura, en cuanto a la violencia sexual, maltrato y abuso infantil así como a la violencia doméstica, puesto que existe un desconocimiento por parte de este personal, para mejorar la atención a las víctimas de estos tipos de delitos.

En virtud de lo expuesto, se destaca la priorización mundial de este asunto, el cual se ha reflejado en diversas convenciones internacionales y regionales, en declaraciones y resoluciones de conferencias que condenan la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos y que apelan a los gobiernos en todas partes del mundo para que promulguen políticas para disminuir los niveles de violencia. Por ejemplo, la CEDAW (1979), la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de la ONU, 1993) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Para, 1994) son algunos de los importantes acuerdos internacionales que establecen un marco político para formular acciones dirigidas a prevenir y combatir la violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual; donde juega un papel fundamental el sector salud.

Pero pese a esos esfuerzos, el progreso ha sido lento. En las diversas investigaciones consultadas en la mayoría de los países, los profesionales de la salud raramente preguntan a las mujeres si han sido maltratadas, aun cuando haya signos obvios de abuso, y con frecuencia los centros de salud que han delineado directrices no vigilan su aplicación ni las hacen cumplir por los resultados que se reflejan en los diversos estudios. Es poco lo que indaga el ginecólogo sobre estas situaciones en la práctica clínica, sus conocimientos sobre las consecuencias en la salud de la mujer son también limitados, así como la orientación acerca del manejo legal, psicológico y médico requerido en estas situaciones (Gaitán, 2013).

Incluso la falta de conocimiento y capacitación para entenderlas consecuencias a largo plazo reflejadas en los eventos obstétricos, como se demuestra en una publicación realizada por White (2014), sobre la respuesta prenatal al pasado abuso sexual, donde resalta la importancia del Ginecobstetra en indagar sobre el antecedentes en las pacientes durante su control prenatal, para reducir el riesgo de que el parto se convierta en un efecto retraumatizador.

Así también destaca Roelens (2009), que los Ginecólogos y Obstetras no están familiarizados con la violación por pareja íntima una de las formas de violencia sexual, y en gran medida subestiman la magnitud del problema. Por otra parte una gran proporción de Obstetras y Ginecólogos no son plenamente conscientes del significado de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la mujer y por lo tanto no han considerado la pertinencia de los mismos en su práctica. La comprensión de la importancia de respetar así como la de la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos es fundamental para proporcionar los estándares actuales de la atención, que incluya el acceso a la información a la atención, y a la confidencialidad, basada en la evidencia práctica.

Las Sociedades de Obstetricia y Ginecología han asumido el compromiso de lograr que en cada uno de los países se reconozca los derechos reproductivos como un derecho humano y se elimine cualquier forma de discriminación contra la mujer, y por su parte la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG. 2011), ha afirmado que la violencia sexual es un problema de salud con implicancias no solo jurídicas, puesto que se trata de una vulneración de derechos fundamentales y de un delito, resaltando que la violencia sexual, especialmente la violación reciente, es una urgencia médica.

Por tanto aquí toma relevancia la posibilidad de asistencia y a su vez de labor educativa que pueda ejercer el ginecólogo; donde se puede justificar la importancia de este trabajo, pero lamentablemente tal oportunidad muchas veces no la aprovechamos en tal caso; Faundes (2002), menciona las dificultades que tienen los especialistas para lidiar con el tema, en el cual refiere que es un problema que los médicos preferimos ignorar porque no sabemos actuar frente a él. No preguntar sobre la violencia doméstica y

sexual, puede conllevar a perder la oportunidad de asistir o auxiliar a una víctima y por otra parte se ignora las consecuencias que tiene la violencia sexual en la mujer: trauma físico y psicológico, exposición y contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS, ejemplo VIH), proceso inflamatorio pelviano e infertilidad, embarazo no deseado, aborto inseguro, provocado, vaginismo y depresión conducente al suicidio.

Finalmente Faundes (2002), señala que “es un deber de todo ginecólogo conocer sobre las normas de asistencia médica a toda mujer que ha sido víctima de violencia sexual”. Dicha asistencia involucra la administración de medidas tendientes a proteger a la víctima (medidas médico-psicosociales) y a identificar al agresor (medidas médico-legales). Los especialistas debemos conocer el problema, sus causas, los factores que contribuyen a estimular los actos violentos (ej. consumo de alcohol y drogas), de las estrategias educacionales que promueven una sexualidad sana y segura, de los derechos reproductivos de la mujer y de los programas gubernamentales que buscan prevenir actos violentos y dar asistencia oportuna a las víctimas.

Los Ginecobstetras del Hospital “Dr. José María CarabañoTosta” no escapan a esta realidad, la mayor parte de las instituciones no cuenta con servicios especializados para el abordaje y tratamiento de violencia doméstica y sexual y este instituto es uno de ellos, a pesar de la alta frecuencia de casos (mucho mayor que la registrada). También coinciden la falta de normas y protocolos de identificación, siendo esto las principales causas o barreras institucionales que dificultan la identificación y referencia de los casos de mujeres víctimas de violencia sexual, y como se observa en la literatura las barreras de la práctica médica ocurren, principalmente, por desconocimiento y carencia de herramientas para enfrentar este problema. Por otra parte, hasta el momento la violencia hacia la mujer es un tema que no se aborda directamente en la enseñanza o en la práctica médica de la formación profesional por lo tanto, constituye uno de los aspectos donde se requiere trabajar de manera inmediata, ya que son claras las limitaciones del enfoque biomédico para intervenir en los casos de violencia contra la mujer.

Si los ginecobstetras no están capacitados para abordar la violencia contra la mujer, las víctimas pueden recibir un diagnóstico erróneo y un tratamiento inadecuado al no reconocer los signos de abuso. El desconocer las consecuencias de la violencia sexual les impediría tratar eficazmente a la superviviente y/o remitirla para recibir servicios psicológicos, jurídicos o de otra índole que podrían prestar apoyo a estas víctimas y poner fin al abuso. Por lo antes mencionado, se hace necesario plantear esta investigación para conocer la realidad acerca del conocimiento y práctica que tienen los mismos frente a una situación de violencia sexual, para poder proponer así estrategias que fortalezcan la atención a este tipo de mujeres.

MATERIALES Y MÉTODOS

El trabajo se desarrolló dentro del paradigma positivista, con un enfoque cuantitativo, es una investigación no experimental, de campo, descriptivo, bajo la modalidad Proyecto factible. La misma se desarrolló en las siguientes fases:

- **Diagnóstica:** en el cual se determinó que los Ginecobstetras no están capacitados para abordar la violencia contra la mujer.
- **De Factibilidad:** se llevó a cabo por la disponibilidad de los recursos para la elaboración de las estrategias a implementadas, normas y funciones requeridas para el desarrollo e implantación de estrategias.
- **Diseño de la Propuesta:** donde se planteo un conjunto de estrategias para la sensibilización y reconocimiento del problema por parte del Ginecobstetra, y el desarrollo de destrezas de detección y de primer apoyo a las víctimas de violencia sexual y en segundo lugar desarrollar capacidades para el registro, orientación y canalización de estos casos y construcción de pautas para la supervisión de las acciones planteadas.

La población estuvo representada por los especialistas del Servicio de Obstetricia y Ginecología que ejercen en el Hospital Dr. José María Carabaño Tosta durante el año 2016, en un total de treinta (30). Se trabajó con una muestra censal.

La técnica empleada para esta investigación fue la encuesta. El instrumento utilizado fue el cuestionario diseñado para la recolección de información, el cual consto de 18 preguntas con opción múltiple. La validez se obtuvo a través de juicios de expertos y la Confiabilidad por medio del Alfa de Combrach.

Una vez recabada la información se procedió a la tabulación, a través de la estadística descriptiva como técnica de análisis de datos, para realizar posteriormente un análisis y discusión de los resultados en distribución, frecuencia y porcentajes, los cuales se representaron en diagramas de barras, analizadas e interpretados por la investigadora a través del empleo de las técnicas de análisis de datos cuantitativos

Como consideracion etica, se conservó el anonimato del personal médico involucrado en la atención de los pacientes del Hospital “Dr. José María Carabaño Tosta” Aragua, en el periodo en estudio.

RESULTADOS

CUADRO 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ÍTEMS DE OPCIÓN DICOTÓMICA DEL CONOCIMIENTO MÉDICO LEGAL DE LOS GINECOBSTETRAS DEL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA CARABAÑO TOSTA” SOBRE LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL. ESTADO ARAGUA, VENEZUELA. 2017.

Nº	ITEMS EVALUADOS	1 (SI)		2 (NO)	
		FA	FR (%)	FA	FR (%)
1	Conoce de los procedimientos a seguir el personal médico en los casos de atención a las víctimas de violencia sexual	24	80	6	20

2	Sabía usted, que de no dar aviso de los casos de violencia sexual a los organismos competentes a las 24 hrs siguientes, puede ser sancionado con veinticinco unidades tributarias (25 ut) a cuarenta unidades tributarias (40 ut) por el tribunal a quien corresponda el conocimiento de la causa	3	10	27	90
3	Sabe si tiene responsabilidad en la denuncia de los casos de mujeres víctimas de violencia sexual	17	56,66	13	43,34
4	Sabía que puede a fin de certificar el estado físico de la mujer víctima de violencia sexual emitir un certificado tanto en instituciones públicas como en privadas	21	70	9	30

Fuente: Mendez 2017.

En el cuadro N° 1, se puede observar que el 80% de los Ginecobstetras afirmo saber que procedimientos seguir en los casos de atención a estas víctimas aunque en el ítem anterior se observó que solo, un 30% de estos respondió que en la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva es donde se encuentran establecidos estos procedimientos a nivel nacional. Un 90% desconoce que puede ser sancionado con veinticinco unidades tributarias (25 ut) a cuarenta unidades tributarias (40 ut) por el tribunal a quien corresponda el conocimiento de la causa. Pero un 56,66% afirma saber que tiene responsabilidad en la denuncia de estos casos. Teniendo claro el 70% de estos que pueden emitir un certificado del estado físico de la mujer víctima de violencia sexual tanto en instituciones públicas como en privadas, desconociéndolo el otro 30% restante de estos profesionales.

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ÍTEM DE OPCIÓN MÚLTIPLE DEL CONOCIMIENTO MÉDICO LEGAL QUE TIENEN LOS GINECOBSTETRAS DEL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA CARABAÑO TOSTA” SOBRE LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA. ESTADO ARAGUA, VENEZUELA. 2017.

Ítem Evaluado: Definición de violencia sexual	FA	FR
Acto Sexual Violento	14	47
Comentarios O Insinuaciones Sexuales No Deseados	0	0
Acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona.	0	0
Todas Las Anteriores	16	53
Ítem Evaluado: ¿Cuáles son los instrumentos legales y normativos donde se estipulan los procedimientos a seguir para la atención de las víctimas de violencia sexual?	FA	FR
LOPNA	0	0
Ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia	10	33
Constitución Bolivariana de Venezuela	1	4
Norma oficial de la salud sexual y reproductiva	9	30
todas las anteriores	10	33
Ítem Evaluado. ¿Cuáles son los organismos en Venezuela encargados de prestarles ayuda a las mujeres víctimas de violencia sexual?	FA	FR
Defensoría nacional de la Mujer	0	0
Casa de la Mujer	6	20
FUNDAMUJER	0	0
División De Atención a La Violencia contra la Mujer y la Familia CICPC	4	13
Oficinas de Atención a la víctima de la Fiscalía	4	13
Todas las anteriores	16	54

Fuente: Mendez 2017.

En cuanto a los resultados obtenidos en los cuadro 2, se observa que de los 30 Ginecobstetras a quienes se les aplicó el

instrumento, un 53,33% conciben la definición de Violencia sexual dentro del concepto establecido y aceptado a nivel mundial y el 47% lo relaciona con un acto sexual violento.

En relación al conocimiento de los instrumentos legales y normativos donde se estipulan los procedimientos a seguir en la atención de estas víctimas solo un 30% de los Ginecobstetras respondió que se encontraban en la Norma oficial de Salud Sexual y Reproductiva, un 33,33% respondió en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, y el otro 33,33%, afirmó que se encontraban en todos los instrumentos legales y normativos mencionados en dicho ítem. En cuanto al conocimiento de los Organismos en Venezuela encargados de prestarle ayuda a las mujeres víctimas de violencia sexual, el 53.33% de los especialistas respondieron que correspondía a todo los organismos mencionados, Defensoría nacional de la Mujer, Casa de la Mujer, FUNDAMUJER, División De Atención a La Violencia contra la Mujer y la Familia CICP, y Oficinas de Atención a la víctima de la Fiscalía y un 20% afirmó que solo correspondía a la Casa de la Mujer.

CUADRO N° 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ÍTEMS DE OPCIÓN DICOTÓMICA DE LA PRÁCTICA QUE TIENEN LOS GINECOBSTETRAS DEL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA CARABAÑO TOSTA” SOBRE LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL. ESTADO ARAGUA, VENEZUELA. 2017.

N°	ITEMS EVALUADOS	1 (SI)		2 (NO)	
		FA	FR (%)	FA	FR (%)
8	En su formación como Ginecobstetra, dentro de su pensum de estudio, se contempla el abordaje de la violencia sexual?	3	10	27	90
9	En el postgrado de Ginecobstetricia existe alguna línea de investigación sobre violencia sexual?	1	3,33	29	96,67

10	Sabía usted que el Ministerio del Poder Popular para la Salud debe ejecutar planes de capacitación e información, conjuntamente con el Instituto Nacional de la Mujer, para que el personal de salud ejerza actividades de apoyo, de servicios y atención médica y psicosocial, para que actúe adecuadamente en la atención, investigación y prevención de los hechos previstos en esta Ley..	6	20	24	80
11	¿Ha recibido en algún momento de su formación profesional, capacitación para la atención de las víctimas de violencia sexual?	3	10	27	90
12	¿En su ejercicio como Ginecobstetra, en alguna oportunidad ha recibido casos de violencia sexual?	26	86,66	4	13,34
17	¿Ha realizado alguna denuncia por violencia sexual?	3	10	27	90
18	¿Cree usted que pueda ser involucrado perjudicialmente en la atención de los casos de mujeres víctimas de violencia sexual?	12	40	18	60

Fuente: Mendez 2017.

En el cuadro N° 3 se observa que en su formación como Ginecobstetra, el 90% de estos afirmó que dentro de su pensum de estudio, no se contempla el abordaje de la violencia sexual. Así como también manifestaron los 29 Ginecobstetras, representando el 96,67% que tampoco existe alguna línea de investigación sobre violencia sexual en el mismo. El 80% de los Ginecobstetras afirmó desconocer que el Ministerio del Poder Popular para la Salud debe ejecutar planes de capacitación e información, conjuntamente con el Instituto Nacional de la Mujer, para que el personal de salud ejerza actividades de apoyo, de servicios y atención médica y psicosocial, para que actúe adecuadamente en la atención, investigación y prevención de los hechos previstos en esta Ley. Manifestando

así un 80% no haber recibido en algún momento de su formación profesional, capacitación para la atención de las víctimas de violencia sexual.

También se observa que el 86,66% de estos profesionales manifestó en alguna oportunidad haber recibido casos de violencia sexual y un 90% sostuvo que no ha realizado denuncias por violencia sexual. Creyendo un 40% de estos, que pueda ser involucrado perjudicialmente en la atención de los casos de mujeres víctimas de violencia sexual.

CUADRO N° 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ITEMS DE OPCIÓN MÚLTIPLE DE LA PRÁCTICA QUE TIENEN LOS GINECOBSTETRAS DEL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA CARABAÑO TOSTA” ACERCA DE LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL. ESTADO ARAGUA, VENEZUELA. 2017.

Ítem Evaluado: ¿En relación a la denuncia de los casos de violencia sexual, usted como Ginecobstetra está en la obligación de?	FA	FR
Realizar la denuncia solo con el consentimiento de la víctima	3	10
Realizar la denuncia sin el consentimiento de la víctima	13	43,33
La denuncia solo le compete a la víctima	2	6,67
La denuncia solo le compete al Médico forense	12	40
Ítem Evaluado: ¿Cómo Ginecobstetra en relación a la atención a las víctimas de violencia sexual, cual es el procedimiento a seguir en cuanto al examen físico?	FA	FR
Centrarse en el examen ginecológico	5	17
Hacer el examen físico general	25	83
Obligación de aviso al servicio de trabajo social	0	0
Centrarse en la integridad del himen	0	0
Ítem Evaluado: ¿Si como Ginecobstetra usted recibe una víctima de violencia sexual, como procedería en relación a la formulación del certificado médico?	FR	FR
La refiere a medicina forense	17	47
Lo elabora usted	83	50
La refiere al servicio de trabajo social	0	0

La refiere a otra institución. especifique	0	3
Item Evaluado En caso de que usted reciba a una víctima de violencia sexual, cual obligación le compete como profesional de la salud:	FA	FR
Obligación de aviso a los organismos competentes	13	43
La Obligación de aviso le compete al Médico Forense	13	43
Obligación de aviso al servicio de trabajo social	4	13
No le compete ninguna Obligación de Aviso	0	0

Fuente: Mendez 2017.

En el cuadro N° 4 se observa que en el caso de recibir a una víctima de violencia sexual, el 43,33% de los Ginecobstetras sostienen que les compete como obligación dar aviso a los organismos competentes, y una proporción igual 43,33% de estos sostiene que solamente se le debe dar aviso al Médico Forense. En cuanto al examen físico a seguir en relación a la atención a estas víctimas de violencia sexual, el 83,34% respondió que se debe hacer un examen físico general, y el 16,66% que se debe realizar el examen físico ginecológico.

En relación a la formulación del certificado médico el 50% de los Ginecobstetras admitió que lo elaboran ellos y el otro 46,66% que lo refieren a medicina forense. Con respecto a la obligación de los Ginecobstetras en la denuncia de los casos de violencia sexual, el 43,33% respondió que se debe realizar la denuncia sin el consentimiento de la víctima, un 40% que la denuncia le compete solo al Médico forense, todavía un 10% sostiene que la denuncia se realiza solo con el consentimiento de la víctima y un 6,67% afirma que solo le compete a esta.

DISCUSIÓN

En relación al conocimiento de los procedimientos a seguir en estos casos, se obtuvo como resultado que el 80% de los Ginecobstetras afirman conocer los procedimientos establecidos en la atención de las víctimas y un 20% desconoce los mismos; coincidiendo esto último con los resultados de Moreno, (2013) quien manifiesta en su investigación, que el 52% del personal médico admitió no tener el conocimiento ni entrenamiento adecuado para brindar la atención debida.

Con respecto a la responsabilidad que tiene este grupo de profesionales en la denuncia de estos casos el 43,34%, desconoce la misma, coincidiendo con la investigación de Moreno (2013) donde el 84% afirmó igualmente desconocerla. En cuanto a la opinión del Ginecobstetra, del conocimiento médico y legal donde se estipulan los procedimientos a seguir en la atención de estos casos, se obtuvo como resultados que el 33.33% de los encuestados desconocen el marco legal y normativo donde estos se establecen, siendo lo que provee el profesional para la práctica médica; coincidiendo este resultado con la investigación de (Moreno, 2013), en el que este obtuvo que el 57,8% de los profesionales desconocía donde se estipulaban los mismos.

En lo que respecta, a la práctica que tienen los Ginecobstetras acerca de la Atención a mujeres Víctimas de Violencia Sexual se observó que en la formación como Ginecobstetra en esta institución, no se contempla el abordaje de la violencia sexual dentro de su pensum de estudio, afirmándolo el 90% de estos; así como tampoco existelínea de investigación sobre violencia sexual dentro de dicho postgrado, según lo manifiesta el 96.67% de estos profesionales, resultados que pueden explicar porque los Ginecobstetras como señala Rodríguez - Bolaños (2005), no cumplen en el 90% de los casos, plenamente las normas de atención establecidas, que incluyen la identificación, valoración del riesgo, el fortalecimiento, la orientación, referencia y registro de estos casos y también como afirma (García-Moreno *et al.*, 2005) hasta en un 87% no identifican o no informan los casos de violencia en los registros médicos como parte del servicio prestado. Demostrándose lo que concluye Roelens (2006) en su investigación, donde sostiene el 66,66% de los Ginecobstetras, que la educación del médico para ser el predictor más fuerte de una actitud positiva hacia la detección y las prácticas actuales del cribado de estos casos.

Así mismo en relación a la capacitación de estos profesionales en algún momento de su formación para la atención de estas víctimas, los resultados coincidieron con la investigación realizada por Roelens (2006), donde menos del 10% admitió haber recibido algún tipo de entrenamiento sobre violencia sexual.

En cuanto al desempeño de su práctica profesional, la mayoría de estos profesionales representado por un 86,66%

manifestó en alguna oportunidad haber recibido casos de violencia sexual y un 90% sostuvo no haber realizado denuncias por estos hechos. Similar a lo que demuestra Moreno (2013), en su investigación, donde el 54% de las historias clínicas elaboradas por el personal médico tenían como conclusión el diagnóstico de abuso sexual, y dicho personal solo consignó el informe a las autoridades en el 17,4% de los casos. Lo que permite afirmar, que medir la prevalencia real de la violencia contra la mujer es una tarea sumamente compleja.

En relación a la creencia de ser involucrado perjudicialmente en la atención de las víctimas de violencia sexual, admitido en el 40% de estos especialistas, coincide con lo evidenciado por Tajer (2011), en su investigación en el que, el personal de salud tiene mucho temor del impacto en sus personas al tomar acciones en estos temas, por la peligrosidad de las situaciones en la cual se pueden involucrar

En cuanto a la obligación de los Ginecobstetras en la denuncia de los casos de violencia sexual, se demostró que un 43,33% de estos profesionales tiene claro que esta debe realizarse sin el consentimiento de la víctima, aunque no lo cumplan; y que otra proporción similar, 40% admite que la denuncia le compete solo al Médico forense, hecho último que coincide con lo afirmado por Tajer (2011), en su investigación, donde el Ginecobstetra se limita a asesorarla y guiarla en su toma de decisiones, sosteniendo además que en este grupo de profesionales, persistió la idea de que sólo la mujer puede y debe realizarla.

En cuanto al examen físico a realizar en estas víctimas de violencia sexual, la mayoría de los Ginecobstetras afirmó que se debe hacer un examen físico general, y menos del 20% que se debe realizar el examen físico ginecológico. Lo que discrepa del estudio de Tajer (2011), donde el 76% del personal de salud, mantuvo la concepción de que el ejercicio médico se limita a la lesión o al síntoma en términos curativos y que el problema de la violencia debe ser atendido por otras especialidades, indicando que estos casos debían derivarse al área de psicología de su institución; al igual que la investigación de Núñez (2008), en la Medicatura Forense del estado Aragua, donde el 80% del personal médico-forense no reportó el examen físico de las víctimas y centró su atención, en

los casos de violencia sexual, en los genitales sin prestar atención a su cuerpo y a su psiquis. De lo que se deriva entonces la falta de capacitación y sensibilización del personal médico.

En conclusión los Ginecobstetras tienen más oportunidades para descubrir y abordar la violencia contra la mujer en general y la sexual en especial, pero indagan poco en las mujeres que atienden o no le dan la debida importancia a cualquier signo o síntoma que pueda indicar que es una víctima de violencia sexual. En este sentido, todos los integrantes del equipo de salud, deben desarrollar un papel fundamental en la detección, atención, seguimiento, y en la prevención de esta problemática. La actitud de estos profesionales es quizás lo más importante ya que los prejuicios, y miedo los lleva a no indagar, por temor a ofender a la víctima o poner en peligro la relación médico-paciente.

Por otra parte, es importante señalar que hasta el momento la violencia hacia la mujer es un tema que no se aborda directamente en la enseñanza o en la práctica médica de la formación profesional; por lo tanto, constituye uno de los aspectos donde se requiere trabajar de manera inmediata, ya que son claras las limitaciones del enfoque biomédico para intervenir en los casos de violencia contra la mujer. Tenemos pues la obligación de adquirir el grado de competencia óptimo que nos permita proporcionar una atención de calidad a las mujeres afectadas por esta problemática; adquirir un aporte en conocimientos educativos y preventivos, capacitación y sensibilización, para ofrecer la atención necesaria y adecuada a la población de mujeres víctimas de violencia sexual, ayudando así a disminuir en ellas las consecuencias que esta problemática acarrea.

PROPUESTA: ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA CARABAÑO TOSTA”. MARACAY, ESTADO ARAGUA, VENEZUELA.

Justificación: Como se ha venido describiendo la violencia sexual cada vez más es reconocida como un problema de salud pública. La población más vulnerable son las mujeres, niñas/os y adolescentes; culturalmente la población afectada lo oculta por vergüenza o por sentir que no tiene amparo por quienes son los responsables de dar atención adecuada. Estos tipos de casos trae como consecuencia una cadena de eventos graves y si a ello se le suma el desconocimiento sobre la responsabilidad ética y legal de los/as profesionales de la salud, las víctimas por un lado, no podrán ser orientadas debidamente como lo establecen los protocolos de la Norma oficial para la Atención Integral de los Derechos Sexuales y Reproductivos (2003), y por otro lado, quedaran legalmente desamparadas por no dar cumplimiento a lo establecido en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007).

Todo lo antes expuesto acarrea como consecuencia embarazo no deseados, enfermedades de transmisión sexual, disfunciones sexuales, alcoholismo, drogadicción depresión, entre otras, lo que sugiere que este es un problema de salud pública que debe ser atendido por un equipo multidisciplinario capacitado y sensibilizado para dar el trato idóneo y correcto a esta problemática. El personal de salud en especial los Ginecobstetras tienen la obligación de adquirir el grado de competencia óptimo que les permita proporcionar una atención de calidad a las mujeres afectadas por esta problemática. Atender con calidad, se constituye en una oportunidad de impactar positivamente en la vida de estas personas y de cumplir con las responsabilidades que como seres humanos, profesionales y como sector tenemos ante las víctimas de violencia sexual.

Objetivo de la Propuesta: Proponer estrategias de información para mejorar la atención a mujeres víctimas de violencia sexual en el Servicio de Ginecobstetricia del Hospital “Dr. José María Carabaño Tosta”. Maracay, estado Aragua, Venezuela. 2017.

Factibilidad Técnica: Se refiere a la disposición de los recursos materiales para la implementación de la propuesta. Para ellos se utilizará las computadoras y video beam para la aplicación de estrategias como las charlas, seminarios, talleres; papel para la elaboración de trípticos y cualquier otro material que sirva para fortalecer la información al personal adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.

Factibilidad Social: En cuanto a que esta investigación se encuentra vinculada a la línea de género. Esta posee la factibilidad de ser aplicada los Ginecologos para que sus actitudes y atención sean acorde a la situación presentadas por las mujeres al momento de ingresar al servicio de Ginecología y Obstetricia.

Factibilidad Institucional: Esta propuesta estará determinada por el apoyo institucional del Hospital del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales "Dr. José María Carabaño Tosta" específicamente el servicio de Ginecología Obstetricia.

Factibilidad Económica: Para llevar a cabo esta propuesta se cuenta con una inversión por autofinanciamiento.

CUADRO N° 1. FACTIBILIDAD ECONÓMICA DE LA PROPUESTA DE ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA DEL HOSPITAL "DR. JOSÉ MARÍA CARABAÑO TOSTA".

RECURSO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Humano: Especialista en Ginecología-Obstetricia	1	230.000,00	230.000,00
Materiales:			
Resma de Papel	3	90.000,00	270.000,00
Carpetas	10	3.000,00	30.000,00
Bolígrafos	43	1.000,00	43.000,00
Lápiz Grafito	50	1.500,00	75.000,00
Equipo de Computación	1	-----	-----
Video Beam	1	-----	-----

Logística Refrigerio	5	150.000,00	750.000,00
TOTAL		475.500,00	475.000,00

CUADRO N° 2. PROPUESTA DE ESTRATEGIAS INFORMATIVAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA DEL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA CARABAÑO TOSTA”. MARACAY, VENEZUELA. 2017.

Objetivo	Estrategia	Contenido
Propuesta de Estrategias informativas para mejorar la atención a mujeres víctimas de violencia sexual en el Servicio de Ginecobstericia del Hospital “Dr. José María Carabaño Tosta”. Maracay, Venezuela. 2017	Charlas	Información sobre la violencia sexual Como abordar a las víctimas de violencia sexual Atención de las víctimas de violencia sexual. Consecuencias a corto y largo plazo Normativa legal
	Tripticos	Información sobre la violencia sexual Atención de las víctimas de violencia sexual Población en riesgo Consecuencias Normativa legal
	Seminarios	Información sobre la violencia sexual Como abordar a las víctimas de violencia sexual Atención de las víctimas de violencia sexual. Consecuencias a corto y largo plazo Normativa legal
	Talleres	Información sobre la violencia sexual Como abordar a las víctimas de violencia sexual Atención de las víctimas de violencia sexual. Consecuencias a corto y largo plazo Normativa legal

Recursos Humanos	Recursos Materiales	Responsable
Medico especialista	Video beam Computadora	Médico especialista en Ginecología y Obstetricia
Medico especialista	Papelería Computadora impresora	Médico especialista en Ginecología y Obstetricia
Medico especialista	Video beam Computadora Auditorio	Médico especialista en Ginecología y Obstetricia
Medico especialista	Video beam Computadora Auditorio	Médico especialista en Ginecología y Obstetricia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Billings D, Valenzuela A, Place JM. (2011) Mujeres víctimas sobrevivientes de violencia sexual y sus experiencias con losserviciosdesalud disponibles en Guatemala. Ipas. [Artículo en Línea] (pp 1-53) Guatemala. Extraído el 21 de abril del 2016. Desde: www.ipas.org/~/media/Files/.../MUJERES%VICTIMAS-GUATEMALA.pdf.ashx
- Camacaro M, (2008). Violencia sexual. Un fenómeno oculto en experticia médico legal. Revista venezolana de Obstetricia y Ginecología. Estado Aragua. Maracay. [Revista en Línea] 68 (4): 233-239. Extraído el 23 de Julio del 2016. Desde: <http://es.escribd.com/.../violencia-sexual-Un-fenomeno-oculto-en-la-experticia-medico-legal>
- Contreras J., (2010). Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: Análisis de datos secundarios. Oficina Regional para América Latina y el Caribe (LACRO). Extraído el 18 de Julio del 2016. Desde: www.oas.org/desp/documento/observatorio/violencia/_sexual_la_y_caribe_2.pdf
- Cuello, M. (2014). Violencia contra la mujer: rol del ginecólogo en el combate de un flagelo que impacta negativamente en la salud integral de la mujer. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. [Revista en Línea] 79,(2): 71-75. Extraído el 12 de Julio del 2016. Desde: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200001
- De Ferrante F.; Santos M.; Vieira E. (2009). Violencia contra la mujer: percepción de los medico de las unidades básicas de salud de la Ciudad de Riberao São. Paulo. Brasil. Interface. [Revista en Línea] 13 (31), p.287-99. Extraído el 21 de Septiembre del 2016. Desde: <http://77dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400005>
- Faundes A., (2002) Violencia sexual contra las mujeres. El papel de las sociedades de Ginecología y Obstetricia en Brasil. International Journal of Gynecology and Obstetrics.(78), Suppl.1 pp 67–S73. Desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub/med/12429442>.
- FLASOG (2011) Investigaciones e Intervenciones sobre Violencia Sexual Desarrolladas en América Latina y el Caribe. Extraído el 19 julio del 2016. Desde: www.sguruguay.org/documentos/8investigaciones-violencia-sexual-lac.pdf

- Gaitán, H. (2013). La Discriminación y la Violencia Sexual contra la mujer. Problema de interés para los Ginecólogos y Profesionales de la salud en atención primaria. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, [Revista en Línea], 8(9).Extraído el 23 de Julio del 2016. Desde:www.scielo.org.co/pdf/rcog/v64n1/v64n1a01.pdf
- García-Moreno, C. *et al.* (2005).Estudio multinacional sobre la salud de las mujeres y la violencia domestica contra las mismas: resultados iniciales de la prevalencia y las respuestas de las mujeres. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud. Extraído el 21 de Marzo del 2016. desde: <http://www.who.int/gender/violence/who%5Fmulticountry%5Fstudy/en/index.html>.
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. República Bolivariana de Venezuela. Publicada en Gaceta Oficial el 23/04/2007 No 38668.Extraído el 27 de Julio del 2016. Desde:www.derechos.org.ve/.../11-Ley-Organica-Sobre-el-derecho-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia.
- Moreno S, (2013). Evaluación en la atención a las víctimas de violencia sexual. Experiencia en tres hospitales de Bogotá. Revista de Facultad. Salud Pública, [Revista en Línea], 31 (2): 195-201.Extraído el 16 de Mayo del 2016. Desde: www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n2/v31n2a05.pdf
- Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. Publicado en Gaceta Oficial N° 37.705 de fecha 5 de junio de 2003. Venezuela, Caracas.Extraído el 15 de Junio del 2016. Desde: Venezuela.unfpa.org/...norma-oficial-para-la-atención-integral-de-la-salud-sexual-y-reproductiva.
- Núñez A.,Tortolero Y.,Verschuur A., Camacaro M., Mendoza S., (2008). Violencia sexual. Un fenómeno oculto en la experticia médico legal.RevObstetGinecol Venezuela. [Revista en línea];68(4):233-239. Extraído el 22 de Junio del 2016. Desde: www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048.
- OMS, (2003) La Violencia Sexual. IN ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (Ed.) Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud 2003. Publicación Científico Técnica No. 588. Washington, D.C., Organización Mundial de la Salud. <http://>

www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm
[Citado de: 19/01/11].

OMS/OPS, (2003). "Informe Mundial sobre la violencia y la salud" Publicación Científico Técnica No. 588. Washington, D.C., Organización Mundial de la Salud. http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm [Citado de: 19/01/11].

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2014). La mujer y los conflictos armados. www.unwomen.org/es/news/in-focus/end-violence-against-women/2014/conflict.

Rodríguez-Bolaños, R.; Márquez-Serrano, M.; Kagayama-Escobar, M. (2005). "Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua". *Salud Pública de México*. Vol. 47. No. 2. Pp. 134-144.

Roelens K, (2009). Violencia íntima de la pareja. La perspectiva del Ginecólogo. F. V. & in OBGYN, [Revista en línea];1 (2): pp. 88-98, Bélgica. Extraído el 27 mayo del 2016. Desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4251275/>.

Roelens K, (2006), Encuesta sobre el conocimiento, las actitudes y la práctica entre ginecobstetras sobre la violencia de pareja en Flandes, Bélgica. *BMCPublicHealth*. Extraído el 27 mayo del 2016. Desde: <http://www.biomedcentral.com>.

Tajer D., Gaba M., Reid G., (2011). Impacto de la Violencia de Género en la salud de las mujeres: Una investigación en la ciudad de Buenos Aires; Argentina. Cátedra "Introducción a los Estudios de Género". Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Toro J, (2013) Violencia Sexual. *Revista Venezolana de Obstetricia y Ginecología*. 73 (4): 217-220. Venezuela. Caracas. Extraído el 10 junio del 2016. Desde: www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sciarttex&pid...77322013000400001.

UNICEF (2013). Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. Paulo Sérgio Pinheiro. [https://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1\(1\)](https://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(1)).

UNICEF (2014): Informe sobre la violencia infantil en cifras. Extraído el 10 junio del 2016. Desde. - Noticias Universia.es > Noticias > Educación.

Vega G., Hidalgo D., Toro J., (2011) Violencia basada en género desde la perspectiva médica. *Revista Obstetricia Ginecología Venezuela* 2011; [Revista en Línea] 71(2):88-97. Extraído el 14 julio del 2016. Desde: www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid...77322011000200003.

- Veloza E. et. al (2011). Modelo de Atención Integral en salud para víctimas de violencia sexual. F Dirección General de Salud Pública en Colombia (Ed). Fondo de Población de las Naciones Unidas. (UNFPA).Extraído el 17 Juliodel 2016. Desde. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones>.
- White A. (2014) Respondiendo a la información prenatal de abusos sexuales pasados.[Revista de Obstetricia yGinecología]. Junio 123.[Revista en Línea"] (6): 1344-1347. Extraído el 15 mayo del 2016.Bethesda.Desde: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov ›PubMed Central \(PMC\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov ›PubMed Central (PMC)).

SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS VISTAS DESDE LA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DEL EDIFICIO SEDE DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO GIRARDOT.

Autoras: (1) Nixon Carrión; (2) Lahetitia Echenagucia

Filiación De Los Autores: (1) (2) Alcaldía Del Municipio Girardot, Maracay Estado Aragua.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito general sistematizar las experiencias vistas desde la gestión de seguridad y salud laboral de los funcionarios y funcionarias del edificio sede de la alcaldía del municipio Girardot del estado Aragua periodo enero-julio 2015. Por ello, se llevó a cabo una investigación bajo la modalidad de investigación hermenéutica con sustento en un estudio de campo de tipo descriptivo y exploratorio. Se utilizó el muestreo intencional conformado por 3 informantes claves, a quienes se le realizó una entrevista no estructuradas de vida a profundidad apoyada en un guion con preguntas abiertas de 10 ítems relacionadas con el tema en estudio. Para el análisis de la información se utilizó la categorización de la información que luego se contrastó en base a una triangulación pertinente de la investigación, con el objeto de obtener los hallazgos de la misma. A partir de los testimonios se realizó el análisis de acuerdo a las categorías emergentes de los discursos, las cuales se contrastaron con las teorías existentes para la reconstrucción teórica de lo estudiado. Esta experiencia investigadora conduce a una postura definida como perspectiva humanística, ontológica axiológica, gnoseológica, y epistemológica, donde los hallazgos obtenidos permitieron determinar que: existe una falta de cultura de la seguridad que permea a todos los estamentos de la sociedad. Se hace necesario propiciar políticas que se acompañen con las instituciones públicas como órganos seguros y que garanticen la seguridad. Determinar relaciones familiares de la seguridad como actos que devengan en una cultura.

Campos o Área de Investigación: Trabajo y Salud.

Línea de Investigación: Políticas y Administración en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Descriptor de Contenido: Salud Laboral, Gestión de Riesgos, Administración.

SYSTEMATIZATION OF EXPERIENCES SEEN FROM THE LABOR SAFETY AND HEALTH MANAGEMENT OF WORKERS OF THE HEADQUARTERS BUILDING OF THE MUNICIPALITY OF GIRARDOT

Author: (1) Nixon Carrión; (2) Lahetitia Echenagucia

ABSTRACS

This research had as general purpose systematize experience views from the management of occupational health and safety of the staff members of the headquarters of the mayor of the municipality Girardot Aragua state period from January to July 2015. Therefore, it was an investigation in the form of hermeneutics support research in a field study descriptive and exploratory. purposive sampling consisting of three key informants, whom he conducted an interview unstructured life depth supported on a script with open questions 10 items related to the topic under study was used. For the analysis of information categorizing the information then contrasted based on a triangulation relevant research, in order to obtain the same findings was used. From the testimonies analysis according to emerging categories of the speeches made, which were compared with existing theories for theoretical reconstruction of what studied. This research experience leads to a position defined as humanistic perspective, axiológica ontological, epistemological, and epistemological, where the findings allowed to determine that: there is a lack of safety culture that permeates all levels of society. It is necessary to promote policies that acompasen with public institutions such as insurance bodies and ensure security. Determine family relationships security as acts bearing a culture.

Campos or Research Area: Work and Health.

Research Line: Policy and Administration Safety and Health at Work.

Content Descriptors: Occupational Health, Risk Management, Public Administration.

INTRODUCCIÓN

La salud depende de una serie de factores determinantes, entre los que se incluyen las condiciones de vida y comportamientos de las personas y de los grupos, que tiene lugar en un medio que es preciso conocer. Los métodos cualitativos de investigación son un instrumento formidable a disposición de la salud ocupacional para estudiar e intervenir sobre tales factores determinantes. Ellos nos permiten abordar las interpretaciones culturales de la salud y la enfermedad, y conocer los comportamientos, creencias, actitudes y percepciones de los problemas de salud por parte de la población trabajadora de una manera más adecuada y completa que usando exclusivamente métodos cuantitativos. Los métodos cualitativos son muy valiosos a la hora de poner en marcha nuevos programas de seguridad y salud laboral y tomar decisiones, muchas veces en contextos muy sensibles, como las relaciones de género, por ejemplo.

El diseño cualitativo puede guiarnos a comportamientos básicos, actitudes y percepciones que traen consecuencias para la salud; puede ayudarnos a explicar impedimentos sociales y programáticos que dificultan una elección bien fundada o la utilización de los servicios de seguridad y salud en el trabajo; puede explicar el éxito de nuestras intervenciones, y puede facilitar un mejor conocimiento de los contextos políticos, sociales y jurídicos en que se adoptan las decisiones en materia de seguridad y salud laboral. Además, el diseño cualitativo es flexible y estimula el descubrimiento y la investigación ulterior de lo inesperado.

En este contexto, cabe aclarar que el campo de la salud ocupacional está lleno de preguntas enigmáticas, relaciones complicadas y acontecimientos que se desarrollan lentamente, fenómenos que dejan lagunas en el conocimiento que podrían ser llenadas aplicando métodos cualitativos. De esta premisa se busca entrelazar los principios de la investigación cualitativa con la sistematización de experiencias, como método que desde la perspectiva crítica y transformadora impulsa procesos de cambio y apropiación social de conocimiento, ofreciendo una visión holística, integrada, sistémica, dinámica, creativa, dialéctica y flexible. (Rubín y Rubín, 1995)

La sistematización de experiencias como método para operacionalizar la teoría materialista dialéctica del conocimiento, debe entenderse como un método no acabado, pues afirmar que está completamente hecho sería imprimirle un sello de rigidez con el cual su propia esencia está en conflicto. Sin embargo, como método, está constituido por una serie de momentos lógicos, secuenciales e interactivos (ir y venir), que se conjugan creativamente para lograr sus propósitos fundamentales. Así mismo, los aprendizajes obtenidos son un inventario de saberes alcanzados o profundizados a través de cada uno de los informantes clave, que participan en el proceso de sistematización. Estos saberes dan cuenta del conocimiento de teorías, conceptos, enfoques y paradigmas; del desarrollo de actitudes, valores, habilidades y destrezas, y de la asunción de sólidos principios para la convivencia.

Este hecho, ha inspirado a realizar una reflexión crítica con propósitos transformadores, que favorece un proceso de aprendizaje y construcción social de conocimientos por parte de las personas que protagonizan la experiencia. Dichas experiencias, vistas desde el enfoque crítico emancipador se orienta a garantizar la participación activa y protagónica de los trabajadores y trabajadoras como elementos claves de las experiencias a sistematizar, con miras a un empoderamiento del conocimiento alineado con el proceso de transformación construido a través de un modelo colectivo.

De allí que se tomó la iniciativa de sistematizar las experiencias vistas desde la gestión de seguridad y salud laboral de los funcionarios y funcionarias del edificio sede de la alcaldía del municipio Girardot del estado Aragua en el periodo enero-julio 2015, a objeto de realizar una sistematización de experiencias como método para operacionalizar la teoría materialista dialéctica del conocimiento, de manera dinámica y flexible.

Se utilizó como referencia a Ajitimbay (2012), quien diseñó un sistema integrado bajo las normas ISO 9001:2008, ISO 14001:2004, OSHAS 18001:2007 para la Empresa Tubasec, S.A. con la participación de todos sus trabajadores y trabajadoras, de la Ciudad de Riobamba, Provincia de Chimborazo, Perú. Así mismo el aporte de Enríquez (2011), quien desarrolló objetivos orientados a la prevención de riesgos laborales del personal de enfermería del servicio neonatal en la Unidad Municipal de Salud Sur en

Quito, mediante su capacitación, elaboración de mapa de riesgo y disponer de un manual de prevención con el fin de disminuir los accidentes y evitar enfermedades ocupacionales. De igual manera se tomó como referencia a Escalona (2011) quien realizó el estudio con el objeto de hacer una reflexión teórica y caracterizar la relación entre salud, trabajo y desarrollo social, enfatizado en particular en los trabajadores de la educación en el contexto venezolano.

Destaca Capó (2010) que la sistematización de experiencias es “Un proceso de apropiación social de aprendizajes y conocimientos construidos mediante la interpretación crítica de las experiencias que se produce en primer lugar por la participación activa y protagónica de quienes forman parte de la experiencia a sistematizar”. (p 14), como se puede apreciar la sistematización de experiencias no es solo narrar los hechos, sino reconstruir toda la experiencia de los informantes clave que participan en el estudio, generando una reflexión crítica que favorece un proceso de aprendizaje y la construcción social de conocimiento por parte de las personas que han protagonizado la experiencia.

Por tanto, y en atención a la problemática descrita, se plantean reconstruir ordenadamente las experiencias vistas desde la gestión de seguridad y salud laboral de los funcionarios y funcionarias del edificio sede de la alcaldía del municipio Girardot, así como, de qué manera se podrían aprovechar los aprendizajes y conocimientos producidos de las experiencias vistas desde la gestión de seguridad y salud laboral de los funcionarios del centro en estudio.

CONSTRUCCIÓN METÓDICA

Este estudio se enmarcó dentro de la modalidad interpretativo fenomenológico, con un diseño de campo y sustentado en un estudio de caso, con intenciones hermenéuticas. El desarrollo de la presente investigación se estructuró conforme a un ejercicio dinámico y flexible a criterio del investigador, que permitió lograr la configuración de las fases de investigación. Además de ser un proceso metódico para el abordaje de la investigación desde la transcomplejidad. Se considera la investigación, como un proceso complejo y transdisciplinario de construcción del conocimiento en

el sujeto a partir de la interretroacción con el objeto en el mundo fenoménico del cual ambos forman parte.

Se abordó como unidades especiales un grupo homogéneo de trabajadores y trabajadoras, directores, con más de diez (10) años al servicio de la administración pública, con amplia experiencia en el área de seguridad y salud laboral, asignados a esa dependencia desde la creación del servicio de seguridad y salud laboral en el año 2008, que accedieron voluntariamente a participar del estudio, aplicando técnicas de saturación de información que permitieron reflejar los elementos comunes identificados en las respectivas entrevistas. Para el caso particular de esta investigación fue de tres (03) participantes que permitieron obtener una suficiente saturación de experiencias susceptibles de sistematización.

El análisis e interpretación de la realidad ha de ser un proceso continuo, tal como se plantea en el círculo hermenéutico, pues se hace necesario interpretar la realidad a lo largo de toda la investigación, de modo tal que en el proceso de interpretación de los resultados provenientes de las entrevistas a profundidad, la observación no participante y las lecturas realizadas a los diferentes textos, permitió descubrir la coherencia, coincidencias o no entre lo que piensan los informantes y los fundamentos teóricos.

Para lograr la asignación de significados a la información recabada desde una perspectiva hermenéutica, se procedió a reproducir y reconstruir fielmente el material recogido lo que permitió la reducción de los datos y su posterior codificación y categorización. Se destaca que la información se obtuvo de la revisión documental, entrevistas no estructurada, grabaciones, notas de campo, entre otros.

Se comenzaron a desarrollar las entrevistas con nuestros informantes clave, funcionarios y funcionarias con amplio conocimiento y trayectoria en la institución objeto de estudio, a quienes previa explicación de la intencionalidad de la investigación, se les solicitó que manifestaran su libre consentimiento de participar activamente y voluntariamente en el estudio, así mismo quedó entendido que no recibirían ningún beneficio económico durante ni después de finalizado el estudio, tan solo la gratificación y satisfacción de haber colaborado y contribuido activamente de forma protagónica en un estudio emergente en el campo de la salud

ocupacional, con la garantía de mantener total discreción sobre los datos aportados.

ANALISIS - DISERTACION

A continuación, se describe de manera secuencial y organizada toda la información obtenida en el trabajo de campo, mediante la técnica de la entrevista no estructurada y recogida por medio de un grabador de audio, que sirvió como instrumento. También se utilizó el block de notas para plasmar gestos, movimientos, ademanes o cualquier circunstancia que sirviera para enriquecer la investigación, en función de organizar el presente estudio, se transcriben las diferentes secuencias con que se diseñaron las entrevistas donde se logra apreciar cómo se ha reconstruido ordenadamente las experiencias para su análisis e interpretación crítica de experiencias vistas desde la gestión de seguridad y salud laboral de los funcionarios y funcionarias del edificio sede de la alcaldía del municipio Girardot del Estado Aragua en el periodo enero-julio 2015.

Así mismo se procura que el concepto emitido por los informantes clave hable en un lenguaje nuevo, vivo dentro de su contexto, con un significado y contenido científico, llegando así a mantener un discurso con un sentido lógico del pensamiento, para Martínez (2006): “es necesario tener presente que para poder comprender el significado que tienen las expresiones de la vida de otras personas, se hace necesario familiarizarse con los procesos mentales de esas personas y así entender su significado”. (pág. 25). En este contexto es necesario acotar el conocimiento que tiene lugar en las expresiones de los informantes clave, como también el conocimiento de los sistemas sociales y culturales que proveen el significado del entorno laboral donde se desempeñan los mismos, de esta manera comprenderemos el comportamiento humano, comprendiendo el significado de sus acciones. Tal como se logra apreciar en el cuadro N° 2.

CUADRO N.º 2. MATRIZ DE TRIANGULACIÓN DE INFORMANTES CLAVES. ALCALDÍA GIRARDOT. VENEZUELA, 2015.

IDENTIFICADORES (Nota Cruda)	Nº	INDICADORES (Comentario)
<p>¿Cuenta cómo ha sido su experiencia en el aspecto de la seguridad y salud laboral? Yo he tenido más de 12 años en cargos donde se está expuesto a todo tipo de potenciales riesgos tanto físico como psicológicos .La diferencia entre la empresa privada y las instituciones públicas es que en las primeras las normas se cumplen; de lo contrario el trabajador es despedido. En cambio, en la administración pública los procesos pasan primero por hacer que los empleados concienticen el peligro que está latente.</p> <p>¿Y en la Alcaldía cuál es su balance a propósito de la salud laboral?</p> <p>Muchos de los empleados no tienen idea de los potenciales riesgos. Mira, las puertas de vidrios, las escaleras, los espacios comunes son peligros silentes. Y si tú le agregas el factor de la poca preparación en esta materia, verás que la alcaldía, así como cualquier lugar de la administración pública es, como ya dije, potenciales entes para sufrir algún tipo de enfermedad o condición que amerite su estudio.</p> <p>¿Y específicamente desde que usted está al frente como Director de Capital Humano?</p> <p>Yo, particularmente no he tenido ninguna, pero como director sí he tenido que registrar muchas.</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39</p>	<p>Se percibe que IC. 1 PL está centrado en reconocer que los años de experiencia en la industria privada posibilita entender la diferencia entre aquella y la pública. En tal sentido, puede explicarse que en la primera existen mecanismos coercitivos para que las normas se implementen so pena de ser despedidos. En tanto que, en las instituciones públicas el nivel de conciencia es el que debe de privar para entender que las enfermedades y los actos inseguros son potencialmente peligrosos.</p> <p>Por otro lado, se percibe que, aunque particularmente no haya sufrido ningún percance relacionado a salud laboral, si ha recibido muchos informes en atención a esta materia.</p>

Por ejemplo, varias fracturas, varias personas que se han caído, muchos golpes y muchos menos las personas creen que forman parte de los peligros y por lo tanto, son las más recurrentes episodios de contaminación por enfermedades como gripe, lechina, hongos; estas últimas enfermedades son las que -¿	40	Lo que explica que
Eso quiere decir que todos estamos expuestos a sufrir algún tipo de enfermedades?	41	muchos funcionarios y
Con más frecuencia que el común se cree, y en esto es donde vengo insistiendo. No sólo son los controles y las normas. Es fundamental que las personas se apropien de los conceptos... Y mira que yo he luchado para que se genere una cultura de la seguridad. Pero si esta cultura no la tenemos desde la casa y el colegio, ya en la vida de adultos nos cuesta implementarla. Por eso estamos desde la Dirección articulando lineamientos, políticas, normas y todo lo que esté a nuestro alcance.	42	funcionarias tengan varios
¿Cuenta cómo ha sido su experiencia en el aspecto de la seguridad y salud laboral?	43	registros de accidentes
Observe que yo tengo casi veinte y cinco (25) años en la administración pública y he visto muchos accidentes y he tenido que documentar otros tantos; aunque parezca mentira, y como la alcaldía está en muchas partes... estamos hablando de supervisión de obras, que por su misma naturaleza implica riesgo, vigilancia epidemiológica, generar ruto grama, entre muchas actividades propias.	44	principalmente producto
	45	de no acatar las normas y
	46	los principios básicos de la
	47	seguridad laboral.
	48	
	49	
	50	
	51	
	52	
	53	
	54	
	55	
	56	
	57	
	58	
	59	
	60	
	61	
	62	
	63	
	64	
	65	
	66	
	67	
	68	
	69	
	70	
	71	
	72	
	73	
	74	
	75	
	76	
	77	
	78	
	79	
	80	
	81	
	82	
	83	
	84	

Por otro lado, he conocido, por mí misma ubicación, que muchos de estos accidentes se han dado porque los empleados hacen caso omiso a las leyes.

¿Eso quiere decir que no se están dando los controles?

Mira, en un universo tan amplio y muchas personas que por falta de preparación se ven afectadas por actos inseguros, mala praxis en los eventos, ausencia de criterios de seguridad. Aquí en la alcaldía se hace el mayor esfuerzo para que la seguridad y la salud laboral de los trabajadores no sea afectada. Pero como le dije hay ausencia de una cultura de la seguridad y salud laboral.

¿Y desde sus registros particulares, cual es el común de los accidentes?

Es difícil personalizar, pero los actos inseguros y las lesiones de dedos de las manos se podrían incluir como los más frecuentes. Ahora bien, también se han dado graves accidentes que han causado paraplejas, mutaciones e incluso el deceso de funcionario.

¿Cuándo se produce un accidente de esta naturaleza, cual ha sido el común de la causa?

Como ya te dije, la falta de una cultura que debe nacer en la casa y luego sea reforzada en la escuela. Se observa que no se usa el cinturón de seguridad, no se usa las herramientas apropiadas, no se verifica los andamios.

Yo he ido a inspeccionar obras que los trabajadores están descalzos. Esto te debe dar una idea de la gravedad del asunto.

85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129

Según IC. 2 JR se puede apreciar que es muy pragmática y ajustada al cumplimiento de sus actividades. Por lo tanto, intente desmarcarse de asumir responsabilidades que son, según su visión, enteramente de sus protagonistas. En tal sentido, se aprecia que la alcaldía, así como otro organismo de la administración pública cuenta con personal de la más amplia variedad de estamentos, lo cual hace que haya heterogeneidad de pensamientos, visiones y proceder. Por otra parte, esta informante hace mención que, aunque existen controles le falta de una cultura de la seguridad y la salud laboral atenta en los programas y lineamientos en este sentido.

¿Cuenta cómo ha sido su experiencia en el aspecto de la seguridad y salud laboral?	130
	131
	132
Yo tengo diez y siete (17) años en la institución y como abogado de la misma he tenido que defender o aplicar la normativa.	133
	134
Es por ello que el primer elemento de convicción es la ley y sus reglamentos...	135
	136
En tal sentido mi experiencia ha estado regida por la aplicación normativa y su fundamento.	137
	138
¿Pero en cuanto a la verificación de accidentes o de violación a lo establecido?	139
	140
	141
	145
	146
	147
	148
Te repito, dentro de la alcaldía existen muchas personas que a la hora en cuanto suceda algún accidente van a tratar de camuflarlo para que no caiga la normativa;	149
	150
pero sí, he tenido que bregar con la costumbre de que no haya culpable.	151
	152
	153
	154
¿Y su experiencia en la aplicación de los correctivos?	155
	156
	157
En la alcaldía estamos con la espada de demoler por cuanto es el organismo encargado de hacer cumplir las normativas,	158
	159
pero a su vez hay momentos en que o no podemos o no sabemos. La aplicación de las leyes es mucho más complicada que lo que el público cree. Por ejemplo, la controlaría no puede aplicarse una multa a sí misma, en todo caso hay que buscar un actor como culpable, pero la idea no es buscar culpables sino evitar que los accidentes se sucedan.	160
	161
	162
	163
	164
	165
	166
	167
	168
	169
	170
	171
	172
	173
	174
	175
	176
	177

Pero en definitiva debe aparecer un infractor

Esta alcaldía como todas las alcaldías tiene como norte de acción de prevención y la seguridad, antes que nada. En tal sentido, hay que hacer mucho énfasis en la y salud laboral. Por ejemplo, los exámenes pre y post deben estar ajustados a las normas. Hay que estar muy pendiente de las resoluciones, que como tú sabes se modifican con mucha frecuencia. Las grandes obras están propensas a que fallen los dispositivos de seguridad; si hay inhabilitaciones o están clasificando mal alguno de las partidas. Como puedes observar, lo prerrogativa ocupa la mayor parte del tiempo del alcalde.

178 Cuando se estudia la
179 entrevista al informante IC.
180 3 PG, se advierte que es
181 un servidor público muy
182 centrado en su gestión,
183 con amplios conocimientos
184 en el área jurídica,
185 de hecho, presenta
186 en su historial cuatro
187 especializaciones. Es por
188 ello que, se aprecia que lo
189 jurídico pasa más por un
190 estudio de conciencia que
191 de persecución.
192 Por otra parte, se observa
193 que la lucha para evitar los
194 accidentes está asociada
195 a generar una cultura
196 preventiva sustentada en
197 una cultura de legalidad
198 institucional. En tal
199 sentido, todos (as) y cada
200 institución deben generar
201 sus necesarias prácticas
202 para conservar tanto a
203 sus funcionarios como a
204 los contratantes; que en
205 definitiva se traducirá en
206 una gestión exitosa más
207 que una gestión numérica.
208
209
210
211
212
213
214
215

CATEGORÍAS	SUB. CATEGORÍAS	ANÁLISIS
Potenciales Riesgos (7)	-Riesgos Físicos y psicológicos. -Empresa Privada -Instituciones Públicas	Se puede apreciar que existen potenciales riesgos asociados estos a riesgos físicos y psicológicos;
Normas (12)		donde se diferencia marcadamente entre empresa privada e instituciones públicas. Igualmente se aprecia que hay poco cumplimiento de las normas en las instituciones públicas posiblemente por los pocos controles y castigos como el despido.
Concientizar el peligro (18-19)	-Cumplimiento -Despido	Así mismo, emerge la categoría conciencia como un elemento que conllevaría a la poca capacidad de anteponerse a los peligros latentes como pueden ser puertas de vidrios, escaleras en los espacios comunes.
Potenciales Riesgos (24-25)	-Peligro Latente	Todo esto en lo que se denomina peligro silente motivado a la poca preparación en materia de seguridad laboral.
Peligro Silente (28)		
	-Puertas de Vidrios -Escaleras -Espacios Comunes	
	-Poca preparación -Potenciales entes	
Episodios de Contaminación (52-53)	-Casa -Colegio	

Prevencción (209) Seguridad (210)	-Resoluciones -Dispositivos -Inhabilitación -Partidas	
--	--	--

Fuente: Carrión (2015)

INTERPRETACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SURGIDOS

En esta fase se procede al análisis e interpretación desde una perspectiva integral de la realidad objeto de estudio. El análisis consiste en “desentrañar las estructuras de significados y en determinar su campo social y alcance”. Conforme a este parecer, para lograr la asignación de significados a la información recabada desde una perspectiva hermenéutica, se procedió a reproducir y reconstruir fielmente el material recogido lo que permitió la reducción de los datos y su posterior categorización y codificación.

Entonces, el análisis e interpretación de la realidad ha de ser un proceso continuo, tal como se plantea en el círculo hermenéutico, pues, se hace necesario interpretar la realidad a lo largo de toda la investigación, de modo tal, que en el proceso de interpretación de los resultados provenientes de las entrevistas a profundidad y la observación no participante, y las lecturas realizadas a los diferentes textos, permitió descubrir si existe coherencia, coincidencias o no entre lo que piensan los informantes y los fundamentos teóricos.

Este procesamiento de la información permitió la interpretación de un conjunto de categorías emergentes que condujeron finalmente a la formulación de los fundamentos epistemológicos de una construcción teórica desde una perspectiva humanista sobre la participación de los funcionarios y funcionarias en las políticas de seguridad y salud laboral según lo establecido por el estado venezolano.

Así mismo, con base a los argumentos empíricos hallados en el análisis del cuadro N.º 2 sustentado en las entrevistas de los informantes clave, emergieron dimensiones definitorias como es el caso de la cultura de seguridad, peligros silentes, supervisión. De estas, a su vez surgieron otras subdimensiones que se entrecruzan y transversalizan a lo largo de las experiencias que fueron contadas por los informantes clave, tal como se logran apreciar en el cuadro N.º 3.

**CUADRO N.º 3. CATEGORÍAS Y SUB CATEGORÍAS EMERGENTES.
ALCALDÍA GIRARDOT. VENEZUELA, 2015.**

CATEGORÍAS	SUB. CATEGORÍAS	SÍNTESIS (Lo emergente)
IC. 1 PL Potenciales Riesgos Normas Concientizar el Peligro Peligro Silentes Episodios de Contaminación Controles Conceptos Cultura de Seguridad Lineamientos Políticas	Riesgos Físicos y Psicológicos Empresa Privada Instituciones Públicas Cumplimiento Despido Peligro Latente Puertas de Vidrios Escaleras Espacios Comunes Poca Preparación Potenciales entes Enfermedades de Transmisión Enfermedades Recurrentes Casa Colegio	Se puede sintetizar que hay diferencias marcadas entre las empresas privadas y las instituciones públicas, donde en las primeras se hace hincapié en la observación de las leyes; mientras que en las segundas se busca más concienciar el peligro. De igual manera, se requiere generar una cultura de la seguridad para evitar los peligros silentes que se traduce en riesgos físicos y psicológicos. De idéntica forma se deben evitar los recurrentes episodios de contaminación; tener cuidado con los potenciales entes, las enfermedades de transmisión y tratar que se genere una cultura preventiva desde la casa y su reforzamiento en el colegio.
IC. 2JR Administración Pública Accidentes Supervisión Leyes Cultura de Seguridad Cultura de Salud Laboral	Riesgo Vigilancia Epidemiológica Ruto Grama Actos Inseguros Preparación Mala Praxis Criterios de Seguridad Lesiones Decesos	Se puede sintetizar que en la administración pública también se producen accidentes motivados más que todo por la falta de supervisión y la observancia de leyes; así como por no poseer una consolidada cultura de la seguridad y de la salud laboral.

<p>IC 3 PG</p> <p>Normativa Ley Reglamento Prevención Seguridad</p>	<p>Fundamento Accidente Culpable Exámenes Resoluciones Dispositivos Inhabilitaciones Partidas</p>	<p>Todo esto traducido a gran cantidad de riesgos que se traducen en lesiones, accidentes e inclusive decesos, por lo general por no poseer criterios de seguridad.</p> <p>Se puede sintetizar que lo jurídico en la administración pública no es taxonómico por cuanto se apela más a prevención que a la aplicación estricta de la ley y sus reglamentos. En tal sentido, más que buscar culpables, en las instituciones como la alcaldía del municipio Girardot, se intenta que se respete las resoluciones y los dispositivos.</p>
--	---	--

Fuente: Carrión (2015)

De acuerdo con lo expresado, para poder entender el ser de los informantes clave fue necesario entender la intención de sus acciones, las cuales tienen un significado, que implica la comprensión de un conjunto de detalles en función de una entidad coherente que explica una función que puede ser latente u oculta, por lo que Schleiermacher expresa “que el fin de la hermenéutica es comprender al autor mejor de lo que el mismo se entiende”, (pág. 65) y en esta comprensión es muy valiosa para la determinación del nivel de condicionamiento ambiental y cultural que rodean la existencia de los informantes.

Ahora bien, fin del segundo propósito de esta investigación es interpretar los aprendizajes y conocimientos producidos mediante la sistematización de las experiencias vistas desde la gestión de

seguridad y salud laboral de los funcionarios y funcionarias del edificio sede de la alcaldía del municipio Girardot del Estado Aragua en el periodo enero-julio 2015, en tal sentido se logra interpretar de la información suministrada por los informantes clave, por lo cual se hace necesario definir las siguientes dimensiones que emergieron de sus respectivos discursos, tal como se logra apreciar en el cuadro N°4.

CUADRO 4. DIMENSIONES Y SUBDIMENSIONES QUE EMERGIERON. ALCALDÍA GIRARDOT. VENEZUELA, 2015.

DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES
-Cultura de la Seguridad -Peligros Silentes -Supervisión	-Poco apoyo en las casas y Colegio -Criterio de Seguridad -Instituciones Públicas

Fuente: Carrión (2015)

En lo que respecta a la “Cultura de Seguridad”, está dada por la ausencia de un seguimiento a los mecanismos que permiten que las personas generen sus propios conceptos de la seguridad, sin que medie lo coercitivo; es decir, lo represivo, la multa o que se tenga que acudir a las fuerzas del orden público. Ahora bien, esa ausencia en los trabajadores y trabajadoras de esta cultura de seguridad permite evidenciar falencias en cuanto la combinación de los valores, actitudes, competencias y modos de comportamiento, tanto individuales como de grupo, que determinan el compromiso, modelo y competencia de la gestión de la seguridad en la organización.

Así lo señala Gómez (2011) quien argumenta que: “La cultura de seguridad es un tema vigente y de obligatoria documentación para todos los trabajadores. Este asunto se documentó a partir del año 2000 con la publicación del libro *Errar es humano*, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, con esto se produjo un profundo impacto mundial, pues concluyó que cada año ocurren entre 44.000 y 98.000 muertes como resultado de una falta de cultura de seguridad en los procesos de atención en los hospitales de Norteamérica.

Los “Peligros silentes” están asociados a todos aquellos peligros potenciales para las personas con poca intuición o con poca cultura de la seguridad. Ambos conceptos se complementan, por cuanto la seguridad está regida por elementos que deben de estar presentes desde los primeros años de la existencia humana, la falta de conocimientos sólidos que permitan reconocer cuales son los procesos peligrosos asociados a las actividades diarias que los trabajadores y trabajadoras desarrollan a diario en sus puestos de trabajo manifiesta una evidente carencia de criterio de autoprotección en el trabajo.

En lo referente a la “Supervisión” viene dado por lo que significa adoptar patrones de autovigilancia, por aquello que la seguridad debe partir desde el mismo participante. En tal sentido, no se requeriría que existieran los supervisores si las personas adoptaran las normas básicas de la seguridad. En este mismo orden de ideas al trabajador o trabajadora velar por su propia seguridad se está convirtiendo inmediatamente en auto proteccionista y supervisor de la seguridad e higiene laboral, ya que cuida su integridad física, la de sus compañeros y hace del ambiente laboral un espacio más seguro para desempeñar sus actividades.

Dentro de estos conceptos, los tres se imbrican, por cuanto sus aristas se interconectan en teorías de la supervivencia, que representa una clara y concisa relación entre las mismas, en términos coloquiales se conectan como las escamas de los pescados.

Al referirme a las Sub dimensión, comienzo con “Poco apoyo en las casas y colegios” esto se visualiza en la vida del adulto y de la adulta: por aquello que los roles culturales se conforman desde la casa y luego son fijados y estructurados en el colegio. Se observa que las familias disfuncionales, según estudios reciente como es el caso de la investigación realizada por Jadue (2003) donde analiza algunos factores sociales que han aumentado las transformaciones familiares, incrementando en los hijos el riesgo de bajo rendimiento, de fracaso, de problemas emocionales y conductuales en la escuela, así mismo son más propensos a sufrir accidentes o a realizar actos inseguro, la seguridad es un tema que se debe aprender desde el hogar, permitiendo crear hábitos orientados a la auto protección.

En este contexto se debe fomentar la formación constante y recurrente que permita identificar rápidamente desde temprana edad los procesos peligrosos a los cuales estarán expuestos a lo largo de su periodo escolar y posteriormente una vez incorporados en el mercado laboral como trabajadores, minimizando así la ocurrencia de accidentes laborales y la generación de enfermedades laborales.

La Sub dimensión “Criterios de Seguridad” está asociada a no percatarse de actos inseguros o a incurrir en prácticas reñidas con aquellos criterios de plena seguridad. Por consiguiente, el sentido común desempeña un rol importante, ya que la seguridad es un estudio que deviene de una cultura de la seguridad, cuando se ha tenido una formación sólida a lo largo de la formación profesional del individuo. Incorporar a un trabajador a un puesto de trabajo de un determinado centro laboral sin los mínimos conocimientos de seguridad e higiene laboral acarrea altos costos para el empleador, aunado al peligro que representa este nuevo trabajador para el resto de la fuerza laboral.

En lo referente a la Sub dimensión “Instituciones Públicas” resaltado en cuanto a que en este tipo de entes, los funcionarios están más propensos a descuidar el concepto de seguridad laboral, presuntamente porque se dispone de pocos mecanismos sensores y se apela la concienciación; es de hacer notar que el estado venezolano es el mayor empleador del país, por ende existe una cultura de que las mismas instituciones creadas por el Estado para regular, supervisar y velar por el cumplimiento de la norma no se deben sancionar por la inobservancia de principios tipificados y sancionados en la normativa legal que rige este tipo de actuaciones.

En términos generales, las dimensiones y sub dimensiones tienden a solaparse, de allí que, los seis conceptos están firmemente apelmazados y se pueden cruzar en un todo orgánico. Es decir, emerge una relación donde lo cultural da peso a los conceptos enraizados desde la casa y consolidados en el colegio y donde la supervisión debe ser por convencimiento y no a través de la fuerza. De esta manera se puede contextualizar la interpretación de estos hallazgos según se logra apreciar en la Figura N.º 4, la cual se explica por sí sola en su contenido.

CONSIDERACIONES FINALES

Desde la perspectiva hermenéutica, se puede interpretar en que efectivamente se requiere que los servidores públicos, en este caso quienes trabajan en la alcaldía del municipio Girardot, se apropien de una cultura de la seguridad, la cual debe iniciarse en los hogares para luego solidificarse en los colegios, evitando los consabidos peligros silentes, es decir, aquellos que pareciera que no existen, pero que potencialmente están subrepticamente allí.

En tal sentido, se pudiera especificar que emergió una necesidad de replantearse la seguridad como una política de estado, toda vez que esto se asocia a políticas públicas de salud, que indefectiblemente generan una alta dosis de insumos, tanto médicos como de instrumental, para atender los accidentes laborales, que traducen por antonomasia en pérdida de capacidad laboral, poco rendimiento por reposos médicos y disminución en términos de productividad. Por lo tanto, estas categorías se interrelacionan formando una unidad dialéctica de interpretación hermenéutica donde se resalta la poca conciencia en cuanto a seguridad e higiene laboral.

Sin duda que la hermenéutica dialéctica permitió la realización del presente estudio, con la observación e interpretación de las vivencias de los trabajadores y las trabajadoras, que luego, se categorizó, estructuró, trianguló y contrastó y se pudo corroborar lo dicho por los expertos en relación a que la sistematización de experiencias vista no como una receta o fórmula absoluta, sobre la cual se estructuró un conocimiento a través de un proceso lógico, secuencial y complementario entre sí, en el entendido, de que los mismos forman parte de un sistema, por lo que guardan una relación de interdependencia entre ellos, pero también considerando que es un proceso flexible de ir y venir entre un momento y otro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajitimbay, P. (2012). Diseño de un Sistema de Gestión Integrado para la empresa Tubase, S.A., de la ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo, Perú. Trabajo de Grado no publicado en la Universidad de Chimborazo Perú.
- Balestrini, M. (2006). Cómo se elabora el proyecto de Investigación. Caracas: BL Consultores Asociados.
- Alzina, R. B. (2004). Metodología de la investigación educativa (Vol. 1). Editorial La Muralla.
- Chiavenato, I.(2006). Introducción a la Teoría general de la Administración. México: Mc Graw-Hill
- Carbonel, F. y Otros. (2010). Evaluación de Percepción de Riesgo Ocupacional. Caracas: BFR.
- Capó W. (2010). La sistematización de experiencias: un método para impulsar procesos emancipadores. Caracas, Venezuela: Fundación editorial el perro y la rana.
- Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (1999) Gaceta Oficial N° 36860 de fecha 30 de Diciembre de 1999.
- Contreras, (2012), Lineamientos estratégicos para la toma de decisiones en el departamento de relaciones públicas de la gobernación del estado Aragua. Trabajo de Grado No Publicado Presentado en la Universidad de Carabobo. Valencia Venezuela.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.
- Escalona, E. (2011). Relación salud-trabajo y desarrollo social, visión particular en los trabajadores de la educación. Trabajo de grado no publicado. Presentado en la Universidad de Carabobo núcleo Maracay Venezuela.
- Jadue, G. (2003). Transformaciones familiares en Chile: riesgo creciente para el desarrollo emocional, psicosocial y la educación de los hijos. Estudios pedagógicos (valdivia), (29), 115-126.
- Gómez Ramírez, O. J., Soto Gámez, A., Arenas Gutiérrez, A., Garzón Salamanca, J., González Vega, A., & Mateus Galeano, E. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Avances en Enfermería, 29(2), 363-374.
-

Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (2005) Gaceta Oficial número 38.236, de fecha 26 de Julio del 2005.

Ley Orgánica del Trabajo de los trabajadores y las trabajadoras (2012) Gaceta Oficial N° 6.076 de fecha 07 de Mayo de 2012.

Reglamento Parcial de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (2005) Gaceta Oficial número 38.956, de fecha 03 de Enero del 2005.

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS SOBRE EL USO DE BIFOSFONATOS EN PACIENTES ODONTOLÓGICO. RED DE ATENCIÓN COMUNAL. MISIÓN BARRIO ADENTRO. ESTADO ARAGUA. VENEZUELA.

Autoras: (1) María Gabriela Palma (2) Nelisa Miguelena

Filiación de los Autores: (1) (2) Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon"

RESUMEN

El consumo de bifosfonato (BF) en los últimos tiempos se ha visto incrementado siendo uno de los 19 medicamentos más indicado a nivel mundial, se utilizan para el tratamiento patologías óseas. El objetivo de éste trabajo es Proponer Estrategias Educativas Sobre El Uso De Bifosfonato En Pacientes Odontológicos. Red De Atención Comunal. Misión Barrio Adentro. Estado Aragua. Venezuela 2017. Metodología paradigma positivista, enfoque cuantitativo, tipo de estudio proyecto factible que en su fase diagnostica se apoya en un estudio descriptivo de campo no experimental. La Población estuvo formada por 381.236 pacientes que asistieron a la Consulta Odontológica en Barrio Adentro durante el año 2016 y los 52 odontólogos que laboran en el estado, la muestra fue de 100 pacientes según Tabla de Harvard y una muestra censal para los odontólogos .La técnica de recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos el cuestionario. Resultado se obtuvo el 37% de los pacientes conoce el BF, el 17% lo consume, y solo el 2% se le indico que debe acudir al odontólogo antes de iniciar el tratamiento. Los odontólogos solo el 38,46% conocen el medicamento. El 23.07% sabe cual es el protocolo de atención. Conclusión los resultados muestran la necesidad de educar a la población y a los odontólogos sobre el protocolo de atención odontológica pacientes con terapia de bifosfonato. Recomendación en tal sentido esta investigación finalmente propone estrategias educativas sobre uso de bisfosfonatos en pacientes odontológicos.

Campo o Área de Investigación: Planificación y Gestión en Salud.

Línea de Investigación: Planificación y Gestión en Salud.

Descriptor de Contenido: Osteonecrosis Mandibular, Riesgo, Bifosfonatos.

EDUCATIONAL STRATEGIES OF BISPHOSPHONATES DENTAL PATIENTS. RED DE ATENCION COMUNAL, MISION BARRIO ADENTRO STATE ARAGUA

Author: (1) María Gabriela Palma (2) Nelisa Miguelena

ABSTRACT

The consumption of bisphosphonate (BF) in recent times has been increased as one of the 19 most indicated drugs worldwide, are used for the treatment of bone pathologies. The aim of this work is to propose educational strategies on the use of bisphosphonates in dental patients. Community Care Network. Neighborhood misión barrio adentro. Aragua state. Venezuela 2017. Methodology Positivist paradigm, quantitative approach, type of feasible study that in its diagnosing phase is supported by a descriptive study of non-experimental field. The population was made up of 381,236 patients who attended the dental consultation in the neighborhood during the year 2016 and the 52 dentists working in the state, the sample was 100 patients according to the Harvard table and a census sample for the dentists. The data collection technique was the survey and the instruments the questionnaire. Result was obtained 37% of patients know the BF, 17% consume it, and only 2% are asked to go to the dentist before initiating treatment. Dentists only 38.46% know the medicine. 23.07% knows what the care protocol is. Conclusion The results show the need to educate the population and dentists on the protocol for dental care patients with bisphosphonate therapy In this sense this research finally proposes educational strategies on the use of bisphosphonates in dentalpatients.

Line of research: Health planning and management

Research line: Health planning and management.

Content descriptors: Mandibular osteonecrosis, Risk, bisphosphonates

INTRODUCCIÓN

Los Bifosfonatos (BF) son medicamentos análogos de los pirofosfatos, que han sido aprobados para tratar desordenes esqueléticos múltiples que incluyen la osteoporosis posmenopáusica, enfermedad ósea asociada a neoplasia, enfermedad de Paget y también para el dolor óseo asociado a neoplasia, en tal manera que este fármaco se suele prescribir tantas veces como cáncer y osteoporosis son diagnosticadas en el mundo.

En el año 2003 se reporta por primera vez una lesión mandibular asociada al uso de este fármaco, denominada Osteonecrosis Maxilar inducida por Bifosfonatos (ONMIB). La Asociación Americana de Cirujanos Orales y Maxilofaciales (AAOMS) (2009) emitió un escrito en relación a Bifosfonatos y la osteonecrosis de los maxilares en donde clasifican los diferentes factores de riesgo en relación al fármaco.

El riesgo odontológico por uso de Bifosfonatos causa graves afecciones físicas y psicológicas en pacientes intervenidos odontológicamente, dificultando la adecuada deglución de los alimentos y muchas veces hasta el consumo de los mismos, afectando la salud física y emocional, incidiendo negativamente en la calidad de vida de pacientes odontológicos que reciben tratamiento con este fármaco.

La Asociación Americana de Cirugía Maxilofacial (AAOMS) (2007) define la ONMIB como exposición ósea por más de 8 semanas, con historia tratamiento con BF y exento de radioterapia en la región maxilofacial. La clasificación AAOMS actual (2009), abarca cinco etapas, desde “riesgo” que incluye a pacientes expuestos a bifosfonatos; hasta la etapa 3, en que se halla hueso expuesto con fístulas supuradas y osteólisis extensa.

La osteoporosis según la OMS (2016) está tomando características de epidemia a nivel mundial, en este contexto Cabrera (2016) señaló;

A nivel mundial, más de doscientos millones de personas tienen osteoporosis, en Estados Unidos, veinticuatro millones tienen la enfermedad, 80% son mujeres. En Venezuela, la incidencia

de osteoporosis en general y de la postmenopausia, no está suficientemente establecida. (Pág. 6)

El medicamento por elección para tratar la osteoporosis es el Bifosfonato, razón por la cual lo hace uno de los 19 medicamentos más recetados a nivel mundial. (Catagnello *et al*, 2013)

La ONMIB por sí sola no causa la muerte del paciente, pero si ocasiona la pérdida de las unidades dentarias cercanas al hueso expuesto, esa condición en los pacientes influye de manera negativa en su estilo de vida, ya que les dificulta masticar, hablar y en el peor de los casos cuando la lesión grave y la pérdida ósea es más agresiva y se debe extraer una porción extensa de hueso afectando la alimentación, también se ve afectada la apariencia física y todo esto genera impacto negativo en la autoestima del paciente, causando daños físicos, psicológicos e indirectamente la muerte.

Si no se toman las medidas pertinentes las probabilidades que este problema aumente son elevadas, ya que cada día la incidencia de patologías óseas va en crecimiento y por ende la prescripción del fármaco también; en los próximos 20 años la capacitación al talento humano en salud y a los pacientes es vital para prevenir los riesgos odontológicos por el uso de bifosfonatos. (Ruggiero *et al*. 2009)

Según Casal *et al*. (2012), la Osteonecrosis de los Maxilares inducida por bifosfonato (ONMIB), asociada a los bifosfonatos fue descrita por primera vez en el año 2003, mediante una serie de casos, con la utilización del zolendronato y el pamidronato por vía intravenosa por indicaciones oncológicas. La Osteonecrosis es básicamente el resultado de la incapacidad del hueso para aumentar el recambio ante determinadas circunstancias como la masticación, la manipulación o las infecciones dentarias; que necesitan una mayor reserva funcional ósea.

Catagnello *et al*. (2013), Señalan que existe un protocolo de atención a pacientes que consumen bifosfonato, el protocolo se divide en tres grupos: el grupo A comprendido por los pacientes que van a comenzar el tratamiento, el grupo B son los pacientes bajo medicación no presentan la ONMIB y necesitan tratamiento

odontológico y por último el grupo C que son los pacientes que consumen Bifosfonato y presentan la ONMIB.

Los estudios que anteceden la investigación se pueden citar: López-Anguas (2017) en su trabajo de investigación titulado Atención Farmacéutica en pacientes con Osteoporosis: Tratamiento con Bifosfonatos en Murcia España. Objetivo General: Determinar el grado de conocimiento que tienen los pacientes acerca de su medicación, y calcular el impacto que supone una intervención farmacéutica en su salud. Y como objetivo específico Identificar que bifosfonato es el más prescrito y los conocimientos del paciente respecto a este tratamiento, incidiendo en el grado de conocimiento de los pacientes en salud bucal, y su relación con la ingesta de bifosfonatos. Metodología se realizó un estudio transversal encuestando a 100 pacientes, con toda la información recopilada, se realizó un análisis estadístico del cual se inferior patrones de comportamiento; que permitieron a definir estrategias para mejorar la calidad de vida de los pacientes, mediante el uso seguro y eficiente de los medicamentos. Resultado Se recogieron resultados de 100 pacientes con una edad media de 68 años, en su mayoría mujeres. En relación a la salud bucal, se obtuvo que el 93% no fue informado sobre el protocolo de atención odontológica antes de comenzar el tratamiento con bifosfonatos, así como la higiene para así evitar complicaciones como la osteonecrosis maxilar. El 89% no era consciente de los riesgos odontológicos asociados al consumo de bifosfonatos. Se pudo confirmar que el alendronato fue el bifosfonato más prescrito en la muestra.

Este estudio guarda relación con la presente investigación por su interés en medir el conocimiento que tienen los pacientes con respecto al consumo de bifosfonato y la importancia de difundir el protocolo de atención odontológica en pacientes con terapia de bifosfonato, para mantener la salud bucal en los pacientes y por ende su la calidad de vida.

Aguilar, Álvarez, Ibáñez y Vinitzky (2017) realizaron un trabajo de investigación titulado Conocimiento de la osteonecrosis de las mandíbulas relacionada con bifosfonatos entre dentistas mexicanos. México. Objetivo General: Evaluar el conocimiento de la osteonecrosis relacionada con bifosfonatos entre dentistas mexicanos, incluidos sus factores de riesgo y opciones de manejo,

con el objetivo de definir estrategias adecuadas capaces de reducir la frecuencia de esta complicación. Metodología se realizó un estudio transversal, de tipo cuantitativo, entrevistando a una muestra de 410 dentistas en los 25 Estados del país con el objetivo de evaluar su conocimiento sobre la osteonecrosis relacionada con los bifosfonatos. Obteniendo como resultado, 407 (99,3%) de los profesionales no tenían suficiente conocimiento sobre la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la osteonecrosis relacionada con los bifosfonatos, y solo tres (0,7%) cumplían con los criterios establecidos. Conclusiones los resultados del estudio revelan un conocimiento muy limitado de la osteonecrosis relacionada con bifosfonatos entre los dentistas mexicanos. En efecto, un 99,3% de los entrevistados no tenía suficiente conocimiento sobre medicamentos, diagnóstico y tratamiento en este campo, un hecho que podría plantear un problema importante para los pacientes en riesgo.

Ambos estudios se vinculan ya que los autores buscan medir el conocimiento que tienen los odontólogos sobre los bifosfonatos y el protocolo de atención odontológica a pacientes con tratamiento con el fármaco.

Alves *et al.* (2015) realizaron un estudio titulado Conocimientos y actitudes de los estudiantes de odontología y dentistas brasileños con respecto a la osteonecrosis de la mandíbula relacionada con los bifosfonatos. Brasil. El Objetivo General fue evaluar el conocimiento de los dentistas brasileños y estudiantes de odontología sobre los bifosfonatos y la osteonecrosis de la mandíbula relacionada con los bifosfonatos. Metodología un estudio transversal cuantitativos con una muestra de conveniencia de 104 dentistas y 100 estudiantes fue seleccionada al azar e invitada a responder un cuestionario. El cuestionario se estructuró sobre la base de la información principal sobre BF y los factores de riesgo asociados con el desarrollo de ONMIB. Los datos obtenidos se analizaron mediante las pruebas exactas de chi-cuadrado y de Fisher, considerando la importancia del 5%. Resultado el 72.1% dentistas y 75% estudiantes no conocían el BP citado en el cuestionario ($p < 0.0001$), y sus nombres de marca comerciales no fueron reconocidos 84.6% dentistas 86% estudiantes ($p < 0,0001$). Así mismo 59,6% dentistas ($p = 0,04$) y 58% estudiantes ($p < 0,0001$) no reconocieron ONMIB como un efecto secundario oral de la

terapia o señalaron condiciones orales que no estaban asociadas con el uso de BF. Concluyeron que se deben tomar iniciativas prácticas, como conferencias y talleres gratuitos, para ampliar el conocimiento de los dentistas y estudiantes sobre bifosfonato y así contribuir a la prevención de ONMIB. Este estudio guarda relación con la investigación ya que ambos autores miden el conocimiento de los odontólogos sobre los Bifosfonatos y la osteonecrosis maxilar inducida por bifosfonatos.

Abdul *et al.* (2014) realizaron una investigación titulada Conocimiento y Manejo de Médicos Venezolanos Sobre Complicaciones Inducidas Por Bifosfonatos En El Complejo Maxilar Mandíbula. Caracas, Venezuela. El objetivo fue determinar el conocimiento y manejo de los especialistas médicos que prescriben BF en función de los efectos adversos que induce sobre el complejo maxilar mandíbula. Metodología se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal. Fueron incluidos en este estudio 71 médicos especialistas los cuales fueron informados previamente sobre la naturaleza de la investigación. La población estudiada estuvo conformada de la siguiente manera: 31 ginecólogos, 17 traumatólogos, 14 oncólogos y 9 endocrinos. Fueron seleccionados al azar y dentro de su práctica profesional indicaban diferentes tipos de Bifosfonatos. Los datos obtenidos fueron analizados mediante estadística descriptiva. Resultado El 88% de los médicos especialistas encuestados prescriben BFF en su consulta. El criterio más usado para prescribir este medicamento es la densitometría ósea (62%), mientras que el 26% de los encuestados se basa en ella aunado a la anamnesis para decidir su indicación. El 77% de los profesionales entrevistados no considera la evaluación odontológica previa al inicio de terapia con BF. Sólo el 14% de los profesionales entrevistados refirió haber tenido casos de pacientes bajo terapia de BF con efectos secundarios tipo ONMIB. Concluyendo que los médicos especialistas prescriben BF frecuentemente para el tratamiento de diversas patologías óseas; y tienden a no referir al paciente para una evaluación odontológica previa al inicio de la terapia con BF. La mayoría de los encuestados consideran la suspensión terapéutica en caso de ONMIB.

Ambas investigaciones guardan relación ya que buscan conocer si antes de iniciar el tratamiento con Bifosfonato los

pacientes son referidos al odontólogo para realizar el protocolo debido en el caso.

Céspedes, Lorz, Mora y Segura (2013) investigaron sobre Osteonecrosis De Los Maxilares Inducida Por Bifosfonatos: ¿Cuánto Sabe El Odontólogo General En Costa Rica? Tuvo como objetivo valorar el conocimiento de una población de odontólogos Generales en Costa Rica, con respecto a ONMIB. Metodología es un estudio cuantitativo se realizó una revisión bibliográfica, se construyó una encuesta escrita para ser aplicada a los asistentes al Congreso Nacional de Odontólogos 2011, en un muestreo sistemático al azar. El cuestionario evaluó conocimientos sobre ONMIB a los profesionales entrevistados. Contemplaba preguntas relativas a bifosfonatos y su uso. Se tabularon los datos otorgados por la encuesta y se realizó un análisis estadístico descriptivo. Resultados. 86% y 83%, de los 327 odontólogos, manifestó saber lo que son los bifosfonatos y, respectivamente. Los bifosfonatos más reconocidos Son los orales mientras que los endovenosos lo son menos con un 35%. Los odontólogos realizarían procedimientos a pacientes bajo terapia con bifosfonatos, inclusive exodoncias y cirugías. El 81% no ha atendido a pacientes con ONMIB y de los que sí han atendido, el 5% lo realizó sin saber lo que era ONMIB. 100% de los entrevistados quisiera conocer a fondo acerca de ONMIB. Conclusiones existe desconocimiento en la población odontológica del país, en relación a ONMIB y bifosfonatos, evidenciado en el manejo y abordaje para pacientes con esta patología no es el adecuado. Existe un deseo por parte de los odontólogos de informarse sobre ONMIB. Esta investigación guarda estrecha relación con la presente ya que el instrumento realizado es el mismo.

La presente investigación propuso estrategias educativas para disminuir los riesgos odontológicos, para el diseño de las mismas será necesario diagnosticar el nivel de conocimiento de los pacientes y el conocimiento que tienen los odontólogos sobre el protocolo de atención odontológica en pacientes con terapia de bifosfonato, con la finalidad de promover la información necesaria que permita contribuir en la disminución de los riesgos odontológicos que puede afectar la calidad de vida y la salud de la población

Con este estudio se buscó incentivar a la población para que se informen sobre los riesgos que corren al iniciar un tratamiento

médico ya sea con los Bifosfonatos como con cualquier otro fármaco. Así como es del conocimiento de todos que si se consume aspirina para poder hacer un procedimiento quirúrgico se debe suspender al consumo del mismo lo que se quiere es que sea del dominio público que si se va a iniciar una terapia con bifosfonatos se debe acudir primero al odontólogo para sanear la cavidad bucal. También se buscó motivar a otros investigadores a realizar estudios sobre este tema, ya que son muy pocas las encontradas a nivel mundial y mucho menos la realizadas en este país aun cuando un gran porcentaje de la población están bajo terapia con bifosfonatos.

En la red de atención comunal de Barrio Adentro se atienden 381.236 pacientes odontológicos, los cuales 130.250 se encuentran en una edad mayor de los 35 años, edad donde se asocian patología óseas con los pacientes, la coordinación regional de la red estima con preocupación la aparente poca aplicación o consideración por parte de los odontólogos de la red del protocolo de atención para el paciente odontológico bajo terapia con bifosfonato, y el desconocimiento de los pacientes ante el uso y los riesgos odontológicos que este medicamento puede causar en ellos, las graves afecciones e implicaciones a la salud por una osteonecrosis mandibular, que puede ser activada con la simple extracción de una pieza dentaria o de cualquier otra intervención odontológica a nivel ósea procedimientos de rutina que cualquier odontólogo puede realizar en un paciente de la red sin tomar las precauciones. Sobre la base de los argumentos planteados se planteó esta investigación para determinar la información que manejan los pacientes sobre los riesgos odontológicos por uso de Bifosfonatos y cuáles son los conocimientos que posee el odontólogo sobre el uso de bifosfonatos en pacientes odontológicos.

MATERIALES Y METODOS

La presente investigación se ubicó dentro del paradigma positivista, bajo un enfoque cuantitativo de modalidad proyecto factible, que en su fase diagnostica se apoya en una investigación descriptiva, de campo no experimental.

El proyecto factible comprendió tres fases: en la fase diagnostica logró identificar la información sobre el uso de Bifosfonatos de los pacientes y el conocimiento que posee el

odontólogo sobre el protocolo de atención odontológica en pacientes con terapia de bifosfonatos. En la fase de factibilidad se estudiaron los beneficios y la posibilidad de realizar la propuesta, por último, se realizó la fase de la propuesta.

La Población para este estudio estuvo formada por los 381.236 pacientes que acudieron a la consulta odontológica de Barrio Adentro en el estado Aragua durante el año 2016. Y por otro lado todo el personal odontológico que labora en el estado conformado por 52 odontólogos.

La muestra se calculó a través de tabla de Harvard, por ser la más usada en poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95%, quedando constituida la muestra por 100 pacientes que acuden a la consulta odontológica de Barrio Adentro en el estado Aragua durante el año 2016 y que acudieron nuevamente en el año 2017 para continuar con el tratamiento odontológico. Para el personal odontológico la muestra fue censal, es decir que estuvo constituida por los 52 odontólogos que laboran en la consulta odontológica de Barrio Adentro del estado Aragua.

La técnica de recolección de información empleada para este estudio fue la encuesta, y como instrumento el cuestionario que para los pacientes estuvo conformado por 8 preguntas mixtas validado por juicio de expertos, se realizó prueba piloto y se aplicó Alfa de Cronbach resultando confiable, aplicado en pacientes mayores de 18 años que quisieran participar en la investigación, ubicados en los municipios del estado Aragua en las consultas de mayor afluencia de pacientes odontológicos de la red: Municipios Girardot y Mario Briceño Iragorri.

Para los odontólogos se aplicó un instrumento ya validado por Céspedes *et al* (2013) utilizado en su investigación sobre Osteonecrosis de los Maxilares Inducida por Bifosfonatos: ¿Cuánto Sabe El Odontólogo General En Costa Rica? que tuvo como objetivo valorar el conocimiento de una población de odontólogos generales en Costa Rica, con respecto a ONMIB, constituidos por 9 preguntas, aplicado a todos los odontólogos que conformar la red de atención odontológica de Misión Barrio Adentro estado Aragua.

La información obtenida a través del instrumento cuestionario, se procesó a través de la estadística descriptiva como técnica de análisis de datos, elaborando un análisis estadístico descriptivo de los resultados expresados en frecuencias absolutas y relativas, los cuales se presentaron en tablas para su posterior análisis y discusión de los resultados obtenidos, que apoyarán la elaboración de las estrategias educativas sobre el uso de Bifosfonatos en los pacientes odontológicos que acuden a la red de atención comunal Misión Barrio Adentro.

Como consideración ética en esta investigación se utilizó el consentimiento informado.

RESULTADOS

CUADRO N°1. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL USO DE BIFOSFONATO QUE MANEJAN LOS PACIENTES ODONTOLÓGICOS QUE ACUDEN A LA RED DE ATENCIÓN COMUNAL MISIÓN BARRIO ADENTRO. ESTADO ARAGUA. VENEZUELA. 2017.

Ítems	Si		No	
	FA	FR	FA	FR
Paciente odontológico	99	99	1	1
Conocen el Bifosfonato	37	37	63	63
Consumen un medicamento 1 vez al mes	17	17	83	83
Desea recibir información de Bifosfonato	95	95	5	5
Medicamentos conocidos por los pacientes	FA		FR	
Pamidronato	3		3	
Alendronato Sódico	20		20	
Acido Zoledrónico	6		6	
Ninguno	71		71	
Medicamento que consumen una vez al mes				
Alendronato Sódico	16		16	
Acido Zoledrónico	1		1	
Indicaciones Medicas Recibidas				

Asistir al Odontólogo antes de iniciar el tratamiento	2	2
No indico nada	15	15
Tiempo de Duración		
menos de 1 año	10	10
1 año	3	3
2 años	1	1
3 años	2	2
4 años	1	1

Fuente: Cuestionario Cespedes 2013 aplicado por Palma (2017) en la red de atención comunal de la Misión Barrio Adentro Estado Aragua.

Con el fin de Identificar la información sobre el uso de Bifosfonatos que manejan los pacientes odontológicos que acuden a la red de atención comunal Misión Barrio Adentro estado Aragua. Se realizo la recolección de datos el análisis e interpretación donde se evidencio que el 99% de los pacientes encuestados son pacientes odontológicos, el 63% no conoce el bifosfonato mientras que el 37% si lo conoce. El 95% de los encuestados desean recibir información acerca de los bifosfonatos. El 71% expreso no conocer ninguno de los medicamentos, el más conocido fue el Alendronato sódico con un 20%, seguido de Ácido Zoledronico 6% y por último el Pamidronato 3%.

De la población estudiada solo el 17% consume Bifosfonato, en mayor cantidad el Alendronato Sódico 16% y el Acido Zoledrónico en un 1%. Solo el 2% recibió la indicación pertinente de asistir al odontólogo para sanear la cavidad bucal antes de recibir terapia de bifosfonato. La mayor cantidad de pacientes tiene menos de un año recibiendo la terapia de bifosfonato 10% y mayor a un año 7%.

Estos resultados demuestran la desinformación que tiene la población en general y en específico sobre los riesgos odontológicos en los pacientes bajo terapia de Bifosfonato. Si bien en la actualidad las estadísticas no son elevadas las enfermedades óseas van en crecimiento lo que traerá como consecuencia un aumento en las prescripciones del medicamento, lo que hace necesario la

implementación de estrategias educativas para sensibilizar a la sociedad.

CUADRO N° 2 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL USO DE BIFOSFONATO QUE POSEEN LOS ODONTÓLOGOS DE LA RED DE ATENCIÓN COMUNAL DE LA MISIÓN BARRIO ADENTRO ESTADO ARAGUA VENEZUELA 2017.

Ítems	Si		No	
	FA	FR	FA	FR
Conoce el bifosfonato	20	38.46	32	61.54
Conoce el protocolo de atención	18	23.07	40	76.93
Atención odontológica a pacientes con terapia de bifosfonato	2	15.38	44	84.62
Conoce la osteonecrosis mandibular inducida por bifosfonato	12	23.07	40	76.93
Atención odontológica a pacientes con osteonecrosis mandibular inducida por bifosfonato	1	1.92	51	98.08
Desea recibir información sobre la osteonecrosis mandibular inducida por bifosfonato	52	100	0	0
	FA		FR	
Patologías que requieren el uso de bifosfonato				
Osteoporosis	12		23.07	
Osteopenia	7		13.46	
Cáncer óseo	1		1.92	
Ninguno	32		61.54	
bifosfonatoconocidos				
Alendronato Sódico	11		21.16	
Acido Zoledrónico	1		1.92	
Pamidronato	1		1.92	
Ninguna	39		75.00	
Tratamientos odontológicos realizados a pacientes que consumen bifosfonato				

Cirugía	0	
Operatoria	7	13,47
Ortodoncia	0	
Endodoncia	0	
Periodoncia	1	1,92
Prostodoncia	0	
Ninguna	32	61,54
Todas	12	23,07

Fuente: Cuestionario Cespedes 2013 aplicado por Palma (2017) en la red de atención comunal de la misión barrio adentro estado Aragua.

Para dar responder con el objetivo numero dos el cual permitió determinar la noción que poseen los odontólogos acerca del uso de bifosfonatos, en la atención en pacientes odontológicos que acuden a la red de atención comunal Misión Barrio Adentro Estado Aragua, se preguntó sobre el conocimiento que poseen los odontólogos sobre los bifosfonatos, el protocolo y la Osteonecrosis Maxilar Inducida por Bifosfonatos y estos fueron los resultados encontrados.

En relación a si conocían el medicamento el 38,46% dio una respuesta afirmativa, no obstante, solo el 23,09% conoce el protocolo de atención odontología a paciente con terapia de bifosfonato, así como también la misma cantidad de profesionales manifestó sabe lo que es la Osteonecrosis Mandibular Inducida por bifosfonato. Solo l 1.92% ha atendido pacientes con la lesión instaurada. El 100% de los odontólogos señalo querer recibir información sobre el tema.

Al indagar acerca de la noción que de las indicaciones de los bifosfonatos el 61,45% expreso no saber para que se medican, el 23% respondió la osteoporosis, el 13,46% la osteopenia y el 1,92% el cáncer óseo. En cuanto a los nombres de los medicamentos el 75% no los conoce, el 21,16% identifico el alendronato sódico, y Acido Zoledrónico junto con el Pamidronato fueron identificados por el 1,92% cada uno.

Al preguntar sobre los tratamientos odontológico que le realizarían a pacientes que consumen bifosfonatos el 61,54% negó querer realizar ningún tipo de manipulación odontológica, sin embargo el 23,07% no ve ninguna complicación, coincidentalmente son los mismos profesionales que manejan el protocolo de atención.

Estos resultados demuestran el vacío en la información que existe en los odontólogos que laboran en la red de atención comunal de Barrio Adentro, son muy pocos los que manejan el protocolo, sin embargo, todos coincidieron en querer recibir más información sobre el tema.

DISCUSIÓN

La osteonecrosis maxilar inducida por bifosfonatos es una complicación infrecuente pero potencialmente grave. Su tratamiento es complejo, y en algunos casos puede ser mutilante. La prevención, un diagnóstico correcto y un manejo oportuno son importantes para mantener la calidad de vida de los pacientes.

En relación a los pacientes que conocen el bifosfonato el 63% no lo conoce mientras que el 37% si lo conoce, solo el 2% recibió la indicación pertinente de asistir al odontólogo para sanear la cavidad bucal antes de recibir terapia de bifosfonato. El bifosfonato más conocido fue el Alendronato sódico con un 20%, seguido de Acido Zoledronico 6% y por último el Pamidronato 3%. El BF más consumido fue el Alendronato sódico.

En el estudio realizado por Lopez-Anguas (2017) se obtuvo un resultado parecido a la investigación ya que el 7% indico haber sido informado sobre el protocolo de atención odontológica antes de iniciar el tratamiento con bifosfonato. Así como el Alendronato Sódico es el BF más conocido. Y al igual que la presente investigación los pacientes desean obtener mayor información sobre los bifosfonatos.

El estudio realizado en médicos venezolanos por Abdul *et al.* (2014) evidencio que los médicos especialistas prescriben BF frecuentemente para el tratamiento de diversas patologías óseas; y tienden a no referir al paciente para una evaluación odontológica previa al inicio de la terapia con BF, resultado similar a este estudio

ya que solo el 2% de los pacientes encuestados fueron referidos al odontólogo antes de iniciar el tratamiento.

Al determinar el conocimiento que poseen los odontólogos acerca del uso de bifosfonatos, en relación a si conocían el medicamento el 38,46% dio una respuesta afirmativa, no obstante, solo el 23,07% conoce el protocolo de atención odontología a paciente con terapia de bifosfonato, así como también la misma cantidad de profesionales manifestó sabe lo que es la Osteonecrosis Mandibular Inducida por bifosfonato. El 23.7% ha realizado atención odontológica a pacientes con terapia de BF y solo el 1.92% ha atendió pacientes con la lesión instaurada. El 100% de los odontólogos señalo querer recibir información sobre el tema.

Aguilar, Álvarez, Ibáñez, Vinitzky (2017), obtuvieron como resultado que el 99.3% de los odontólogos no tenían suficiente conocimiento sobre la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la osteonecrosis relacionada con los bifosfonatos. Alves *et al.* (2015) destacaron que el 72.1% dentistas y el 75% estudiantes no conocían el BP. Así mismo 59,6% de los dentistas y el 58% de los estudiantes no reconocieron ONMIB como un efecto secundario oral de la terapia o señalaron condiciones orales que no estaban asociadas con el uso de BF. Resultados similares a los arrojados por la presente investigación.

Céspedes, Lorz, Mora y Segura (2013), De los 327 entrevistados 83% refiere saber lo que es la ONMIB y 86% aduce saber lo que son los bifosfonatos. Resultado que discrepa de la investigación ya que solo el 23,07% refiere conocer la ONMIB. En ambos estudios el medicamento más conocido es el alendronato sódico. La encuesta realizada por Céspedes reveló que un alto porcentaje de odontólogos realizaría algún procedimiento clínico en un paciente con ONMIB, siendo la operatoria el tratamiento más comúnmente elegido. Resultado que difiere ya que el mayor porcentaje de los encuestados prefiere no realizar ningún tratamiento y esto se debe a la desinformación que tienen con respecto al tema.

En ambas investigaciones la mayoría de los odontólogos reconoce que al menos una de las patologías requiere en su tratamiento el uso de bifosfonatos, sin embargo, muy pocas las

conocen todas. El total de los encuestados muestra interés en recibir más información y actualizaciones acerca de la ONMIB.

Estos resultados demuestran el vacío en la información que existe en los odontólogos que laboran en la red de atención comunal de Barrio Adentro, son muy pocos los que manejan el protocolo, todos coincidieron en querer recibir más información sobre el tema. Es por ello que se recomienda la ejecución de campañas que eduquen a los pacientes y al personal odontológico sobre el uso de los bifosfonatos y los protocolos de atención que se deben cumplir para evitar las complicaciones iatrogénicas por el uso del medicamento y la inadecuada atención odontológica.

Finalmente se concluye que existe un desconocimiento por parte de los pacientes sobre los bifosfonatos y los riesgos odontológicos que produce su consumo y el protocolo de atención odontológica. El estudio revela un conocimiento muy limitado de la osteonecrosis maxilar inducida por bifosfonatos en los odontólogos que laboran para la Misión Barrio Adentro del Estado Aragua. En efecto, un 76,93% de los entrevistados no tenía suficiente conocimiento sobre medicamentos, diagnóstico y tratamiento en este campo, un hecho que podría plantear un problema importante para los pacientes en riesgo. El especialista que indica el medicamento no realiza las indicaciones pertinentes al caso.

Sobre la base de los resultados obtenidos, se considera importante recomendar realizar estudios similares, jornadas de capacitación para el personal odontológico. Difundir la información mediante campañas educativas dirigida a los pacientes. También es aconsejable que los profesionales dentales documenten el uso de bifosfonatos en la historia clínica, cuestionando a sus pacientes directamente sobre el consumo del medicamento. Realizar una campaña informativa al profesional que indica el tratamiento para que informe al paciente sobre el protocolo de atención. La prevención de la osteonecrosis es el mejor tratamiento. Realizar vigilancia epidemiológica que den datos confiables.

PROPUESTA DE ESTRATEGIAS EDUCATIVAS SOBRE EL USO DE BIFOSFONATOS EN PACIENTES ODONTOLÓGICO. RED DE ATENCIÓN COMUNAL. MISIÓN BARRIO ADENTRO.

Los bifosfonatos como fármacos análogos no metabolizados de los pirofosfatos endógenos, los cuales forman un grupo de fármacos capaces de modular el recambio óseo y a su vez disminuir su remodelado, cuando hay una reabsorción excesiva. Estos fármacos actúan sobre el metabolismo y función de los osteoclastos, inhibiéndolos, sobre todo en lugares donde existe una reabsorción ósea excesiva.

Torres (2007), coinciden al acotar que los bifosfonatos favorecen la inducción de la apoptosis de los osteoclastos. Debido a que no ocurre la reabsorción ósea y liberación de las proteínas inductoras de hueso de forma fisiológica, es decir el hueso viejo no se regenera y no va a formar nuevo tejido óseo. En el 2003 aparece la ONMIB. Dicha patología por si sola no causa la muerte de los pacientes pero si desmejora su calidad de vida, ya que el tratamiento de la misma es lo suficientemente radical como para cambiar el aspecto físico y la función del aparato estomatognático.

Justificación e Importancia de la Propuesta.

La ONMIB es una enfermedad de etiología iatrogénica, ya sea por parte del especialista que lo médica y no refiere a el paciente al odontólogo, así como también si el odontólogo no realiza la debida anamnesis a la hora de llenar la historia, razón por la cual esta patología es totalmente prevenible si se cuenta con la debida información acerca del protocolo que se debe seguir en cualquiera de los casos o estadios en los que se encuentre la enfermedad.

Es por ello que se proponen la implementación de estrategias educativas para disminuir los riesgos odontológicos, para el diseño de las mismas será necesario diagnosticar el nivel de conocimiento de los pacientes y el conocimiento que tienen los odontólogos sobre el protocolo de atención odontológica en pacientes con terapia de bifosfonato, con la finalidad de promover la información necesaria que permita contribuir en la disminución de los riesgos odontológicos que puede afectar la calidad de vida y la salud de la población.

Objetivo de la Propuesta

Diseño de Estrategias Educativas sobre el uso de Bifosfonatos en pacientes odontológicos que acuden a la red de atención comunal de la Misión Barrio Adentro Estado Aragua. Venezuela 2017.

Factibilidad de la Propuesta

Se realizó un estudio para determinar la viabilidad y los recursos disponibles para poder desarrollar la propuesta denominada Estrategias Educativas sobre el uso de Bifosfonatos en pacientes odontológicos que acuden a la red de atención comunal de la Misión Barrio Adentro Estado Aragua. Venezuela 2017. Teniendo como resultado la posibilidad de crear las estrategias educativas como lo son los talleres de actualización y la campaña informativa, para ambos se cuenta con los equipos de computación, internet, impresión entre otros.

En cuanto al recurso humano se cuenta con la investigadora y un personal capacitado para la elaboración del folleto informativo, así como las presentaciones para los talleres, con relación al financiamiento de la propuesta se cuenta con los recursos de la investigadora.

Cuando se busca mejorar la calidad de vida de la persona el costo es un aspecto que no se debería desestimar, con esta investigación se busca prevenir la aparición de la ONMIB en los pacientes que acuden a los consultorios odontológicos de Barrio Adentro del estado Aragua, Al evaluar la relación costo beneficio es un proyecto que se puede llevar a cabo, porque beneficiaría a un porcentaje de la población que con el pasar de los años va en crecimiento.

Cuadro de Costo

CUADRO N.º 4. CUADRO DE COSTO DISEÑO DE ESTRATEGIAS EDUCATIVAS SOBRE EL USO DE BIFOSFONATOS EN PACIENTES ODONTOLÓGICOS QUE ACUDEN A LA RED DE ATENCIÓN COMUNAL DE LA MISIÓN BARRIO ADENTRO ESTADO ARAGUA. VENEZUELA 2017

Estrategia	Recursos	Costo (Bsf.)	Costo por Estrategia (Bsf.)
Taller de actualización y sensibilización	Servicios Internet	1000	1000
	Alquiler de video Beam	20.000	1.000.000
	Odontólogo Facilitador	150.000	150.000
Campaña Informativa Diseño de un Folleto Informativo	Diseño de folleto	100.000	100.000
	Reproducción del folleto	5.000	5.000.000
Total			6.401.000

CUADRO N°3 ESTRATEGIAS EDUCATIVAS SOBRE EL USO DE BIFOSFONATOS EN PACIENTES ODONTOLÓGICOS QUE ACUDEN A LA RED DE ATENCIÓN COMUNAL MISIÓN BARRIO ADENTRO. ESTADO ARAGUA. VENEZUELA 2017.

Objetivos Específicos	Actividades	Recursos	Duración	Resultado Esperado
Formar a los pacientes odontológicos sobre el uso de Bifosfonatos y los riesgos odontológicos.	Taller de sensibilización	Material de oficina y computadora, video beam, internet, cámara fotográfica, personal odontólogo facilitador capacitado en el uso de este medicamento y sus riesgos odontológicos.	El taller tendrá una duración de 2 horas para ser realizado en todos los consultorios de la red de atención comunal de barrio adentro en del estado Aragua en un mes.	El 100% de los pacientes que acuden a los consultorios odontológicos de la red de atención comunal de Barrio Adentro Estado Aragua se sensibilicen con los riesgos odontológicos sobre el uso de bifosfonatos y tomen las previsiones necesarias para preservar la salud bucal y su calidad de vida.
Difundir la información acerca del uso de Bifosfonatos en pacientes odontológicos que acuden a la red de atención comunal de la Misión Barrio Adentro Estado Aragua. Venezuela 2017	Campaña Informativa a través de Folleto Informativo	Papelería, impresora computadora, internet, cámara fotográfica, diseño del folleto informativo, odontólogo informado para la difusión, promoción y distribución del folleto.	La campaña informativa a través del folleto informativo tendrá una duración de un mes, con el propósito de ser distribuido en todos los consultorios de la red de atención	El 100% de los pacientes que acuden a los consultorios odontológicos de la red de atención comunal de Barrio Adentro Estado Aragua obtengan el folleto informativo y su lectura guiada y promovida

			comunal de Barrio Adentro.	por el odontólogo.
Formación de los odontólogos sobre el protocolo de atención a pacientes con terapia de bifosfonato	Taller de Actualización Odontológica sobre la Atención en pacientes con terapia de bifosfonato	Material de oficina y computadora, video beam, internet, cámara fotográfica. odontólogo facilitador capacitado en el protocolo de atención odontológica en pacientes con terapia de Bifosfonatos	El taller podrá tener una duración de tres días, con el propósito de realizarse en jornadas de actualización dos veces al año	El 100% de los odontólogos que laboran en los consultorios odontológicos de Barrio Adentro del estado Aragua reciban la información y la apliquen en la atención a los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arias, F. (2012). El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica [Libro en línea]. (6a. Ed.) Caracas: Editorial Episteme. Disponible: <http://www.slideshare.net/paundpro/el-proyecto-de-investigacion-fidias-arias-2012> [Consultada: 2016, Mayo25]
- Casal, C.; Someso, E.; Álvarez, A.; Fariña, J.; Álvarez, T. (2012). Osteonecrosis de maxilares relacionada con el uso de bifosfonatos: Farmaceuticos de Atención Primaria: Sociedad española de farmacéuticos de atención primaria. España. P 10.
- Chang, E., Olivares, R., Sánchez, M. (2013). Manejo Quirúrgico de Pacientes Bajo Terapia con Bifosfonato. Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Odontología.
- Fernández, N.; Fresco, R.; Aguirre, J. (2006). Bifosfonatos y la patología oral I. Aspectos generales y preventivos: Revista Medicina Bucal Patología Oral y cirugía bucal. España. P.396-400.
- Hurtado, I. y Toro, J. (1997). Paradigmas y métodos de la investigación en tiempos de cambios. Valencia, Venezuela: Editorial Episteme Consultores.
- Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon". (2013, Noviembre). Manual de normas para la elaboración y presentación de proyectos y trabajos de grado de especialización y maestrías. Venezuela: Autor.
- Jaramillo, R. (2013) Incidencia de osteonecrosis de los maxilares inducido por bifosfonatos post tratamiento implantológico. Madrid, España. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Odontología.
- Marx, R.; Cillo, J.; Ulloa, J. (2007). Oral Bisphosphonate-induced osteonecrosis: risk factors, prediction of risk using serum CTX testing, prevention, and treatment: Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. USA. P. 65.
- Mendoza, N. (2008). Farmacología Médica. D. F., México: Médica Panamericana.
- Morles, V. (1977). Planteamiento y análisis de investigaciones. Caracas: Ediciones de la Facultad de
-

- Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela.
- Organización Mundial de la Salud, (2013). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013. Extraído el 16 de Mayo del 2016 desde: www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/es
- Perez, A. (2002). Guía metodológica para anteproyectos de investigación. Caracas: FEDEUPEL.
- Picardo, S.; Levy, D. y Rey, E. (2011). Osteonecrosis maxilar: una problemática onco-odontológica: Revista de la asociación médica Argentina. P. 124
- Rodríguez, J. (2012). Osteonecrosis por Fármacos: Perfil Beneficio / Riesgo en el Uso de Bifosfonato. Valladolid, España. Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina.
- Ruggiero, S., Dodson, T., Assael, L., Landesberg, R., Marx, R., Mehrotra, B. (2009). American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws—2009 Update. *J Oral Maxillofac Surg.* 67(1), 2-12. doi:10.1016/j.joms.2009.01.009
- Sierra C. (2004). Estrategias para la elaboración de un proyecto de investigación. Maracay Venezuela: Insertes Médicos de Venezuela.
- Torres, V.; Rodríguez, M.; Sosa, R.; Ríos, M.; Dellán, A y Duarte, I. (2007). Bifosfonatos e implantes dentales: revisión de la literatura y reporte de caso: Revista Venezolana de Investigación Odontológica Venezuela P.88-102.
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador. (2015). Manual de trabajos de grado de especialización y maestrías y tesis doctorales. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- Varun, B.; Sivakumar, T.; Bindu, J.; Nair, A. (2012). Bisphosphonate induced osteonecrosis of jaw in breast cancer patients: A systematic review: *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology.* USA.

INDICADORES DE PRODUCTOS ACADÉMICOS DEL SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS “DR. ARNOLDO GABALDON”

CUADRO N1. NÚMERO DE CURSOS NO CONDUCENTES A TÍTULO ACADÉMICO Y PERSONAS CAPACITADAS POR DIRECCIONES Y ÁREAS EN EL SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS “DR. ARNOLDO GABALDON” MARACAY, ESTADO ARAGUA, VENEZUELA. SEGUNDO TRIMESTRE 2020.

Dir.	Área	Cursos		N° de Personas Capacitadas		Sexo			
		N	%	N	%	M	%	F	%
DE	Dirección Ejecutiva	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Sala Situacional	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub-Total		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
DGA	Gestión Académica	15	25,00	806	16,34	256	15,74	546	16,57
	Epid.	2	3,33	36	0,73	6	0,37	30	0,91
	Salud Pública	1	1,67	15	0,30	2	0,12	13	0,39
	Salud Ocupacional	9	15,00	81	1,64	40	2,46	41	1,24
	Educación a Distancia	26	43,33	3055	61,93	1052	64,70	1997	60,61
	Medicina General Integral	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Coordinación de Salud Colectiva	3	5,00	73	1,48	24	1,48	48	1,46
Sub-Total		56	93,33	4066	82,42	1380	84,87	2675	
DI	Dirección de Investigación	4	6,67	867	17,58	246	15,13	620	18,82

Sub-Total		4	6,67	867	17,58	246	15,13	620	18,82
DIS	Escuela Nueva Ciudadanía	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub-Total		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
DGI	Dirección de Gestión de Información	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub-Total		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
DGT	Dirección de Gestión Tecnológica	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub-Total		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
DRH	Servicio de seguridad y salud de los trabajadores	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub-Total		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total de Cursos del IAE		60	100,00	4933	100,00	1626	100,00	3295	100,00

Fuente: Control de Estudios- IAE

Leyenda: (Dir.) Dirección, (DE) Dirección Ejecutiva, (DGA) Dirección de Gestión Académica, (DI) Dirección de Investigación, (Epid.) Epidemiología, (DIS) Dirección Interacción Social, (DGI) Dirección de Gestión de Información, (DGT) Dirección de Gestión Tecnológica, (DRH) Dirección de Recursos Humanos.

En el Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”, durante el segundo trimestre del año 2020 se impartieron 60 Cursos No Conducentes a Título Académico con un total de 4933 personas capacitadas, siendo distribuido de la siguiente manera: Dirección de Académica con un 93,33%, seguido de la Dirección de Investigación con un 6,67%.

CUADRO 2. NÚMERO DE PERSONAS MATRICULADAS POR PROGRAMA DE FORMACIÓN EN DESARROLLO EN EL SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS “DR. ARNOLDO GABALDON” MARACAY, ESTADO ARAGUA VENEZUELA. SEGUNDO TRIMESTRE 2.020.

PROGRAMA DE FORMACIÓN	Nº de Alumnos	%
POSTGRADO DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL	3.171	80,18
POSTGRADO DE EPIDEMIOLOGIA	396	10,01
POSTGRADO DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	295	7,46
POSTGRADO DE SALUD OCUPACIONAL E HIGIENE DEL AMBIENTE LABORAL	65	1,64
POSTGRADO DE EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICAS	24	0,61
POSTGRADO MANEJO DE VECTORES Y RESERVORIOS EN SALUD	4	0,10
TOTAL	3.955	100%

Fuente: Oficina de Control de Estudios-IAE

Durante el segundo trimestre del año 2.020, el Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” cerró con un total de 3.955 participantes en los diferentes programas de formación académica. De este total, el número de profesionales matriculados en el Postgrado de Medicina General Integral (MGI) que representa el 80,18%, en Epidemiología constituyen un 10,01%, en Gestión en Salud Pública el 7,46%, en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral un 1,64 %, y Epidemiología de las Enfermedades Metaxénicas un 0,61%, finalmente se destaca que el postgrado de Manejo de Vectores y Reservorios en Salud contó con una participación de 0,10% estudiantes matriculados para dicho período.

Cabe destacar que para el cierre del segundo trimestre del año 2020 no se cuenta con una data de egresados ya que no se realizó acto de grado. Por lo general, el Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” realiza dos (2) actos de grado anual, uno en el mes de Agosto y el otro en el mes de Diciembre.

DIRECTORIO ACADÉMICO

S.A. IAE “DR. ARNOLDO GABALDON”

Dirección Ejecutiva
Lcdo. José Rivas Naar

Dirección de Gestión Académica
Ing. Yelitza Ledezma

Dirección de Investigación
Lcda. Carmen Julia Silva

Dirección de Interacción Social
Dra. Yuli Bejarano

Coordinación Sala Situacional
Dra. Fanny Dávila

Coordinación de Gestión en Salud Pública
Lcda. Gina Guerra

Coordinación del Área de Epidemiología
Lcda Ana Gisela Pérez

Coordinación de Salud Ocupacional
e Higiene del Ambiente Laboral
Lcda. Nelly Mendoza

Coordinación de Medicina General Integral
Dr. Julián Díaz

www.iaes.edu.ve

Maracay , estado Aragua - Venezuela

