



II SEMINARIO

INTERNACIONAL DE SALUD

PÚBLICA

**IV CONGRESO
DE SALUD LABORAL**


Nuevas tendencias en salud de las
poblaciones perspectivas y desafíos

Sede Administrativa Dg 18 No. 20-29
Fusagasugá - Cundinamarca
PBX (+57 1) 8281483
Línea gratuita: 018000976000
info@ucundinamarca.edu.co



ORGANIZA:

Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería
Dirección de Investigación
Dirección de Extensión Universitaria
Sistema de Internacionalización

Yo  a mi UCundinamarca
¿y tú?

Universidad de Cundinamarca - Vigilada Mineducación

Directivas

Rector : Dr. Adriano Muñoz Barrera
Vicerector académico: Dr. Orlando Blanco Zúñiga
Director de investigación Universitaria: Dr. José Zacarías Mayorga Sánchez
Decano facultad ciencias de la salud : Ricardo Acosta Medina
Coordinadora del programa enfermería: Enf. Sandra P Carmona U
Coordinador de Interacción Universitaria: Omar Fernando Muñoz
Jefe de Relaciones Internacionales: Sonia Liliana Pinto



Comité organizador

Clara Inés Sánchez I
Nohora O. Reyes J
Maria Pilar Cubides
Mary Luz Monroy
Marcela A Bermudez Valdez
Vilma Katerhine Sánchez G

Comité Científico

Clara Inés Sánchez I
Maria Victoria Rojas M
Yamile Vargas Hernandez
Claudia Contreras R
Adriana Hernández B

Comité de Comunicación, promoción, social y cultural

Marcela A Bermudez V
Mary Luz Monroy
Lady Carolina Diaz Jurado
Hugo Fernando Ramirez Jaramillo
Edna Carolina Olarte Jimenez
Andrea Carolina Gomez Carvajal

Comité de Inscripciones y apoyo logístico

Nohora Reyes J
Maria del Pilar Cubides
Luz Angela Varón Ortiz
M Nieves Avila A
Estudiantes Profundización Salud Laboral

Ponencias

Retos de la Interculturalidad en Salud Pública

Dr. Edson Jair Ospina L.

Retiro Laboral y depresión en los adultos mayores

Dr. Julian Fernández N.

Influencias de las instituciones de salud en el cuidado Humanizado

Dr. Óscar Alberto Beltrán

Abordaje perinatal ciencia y conciencia de la importancia e impacto de la humanización en la atención SSR

Sic. Liliana Castro Morato

Ética en la Salud Pública

Dra. Francly Hollminn S

Del Modelo Biomédico al Modelo Bioético en salud: Cuando se vive en situación de cronicidad

Dra. Madelaine C. Olivella F.

Tecnósfera y Gaia: Una visión desde las ciencias ambientales.

Dr. Alejandro Cifuentes

Análisis de la transmisión del virus del Chikungunya en el territorio de Girardot, una aproximación desde las ciencias complejas

Enf. Nohora O. Reyes J.

Enf. Diana L. Fuquene

Evaluación de exposición a plaguicidas de trabajadores agrícolas de la Provincia del Sumapaz

Enf. Clara Inés Sánchez

Enf. Maria Nieves Ávila

Enf. Sandra Patricia Carmona

Experiencias en la valoración del riesgo Músculo esquelético con la aplicación del método REBA

Enf. Floralba Martínez

Enf. Marcela A Bermudez Valdez

Acción Comunitaria Luis Echeverría

Psicólogo Germán Ignacio

Pinzón Zamora.

Investigación

Factores condicionantes Básicas de la teoría de Orem a partir de la caracterización socio demográfico, laboral y ambiental de los trabajadores agrícolas que participan en los sistemas productivos de frutas y hortalizas en los municipios de Pasca, San Bernardo, y Cabrera de la Provincia del Sumapaz, Año 2015 - 2017

Enf. Sandra Carmona U
Enf. Clara Inés Sánchez I

Auxiliares de Investigación:

Ingrid Daniela García Yate
Diana Paola Hernández Morales
Yesika Patricia Vera Jiménez
Jessica Fabiola Polo Velásco
Gustavo Andrés Triana Benavídes
Wendy Valeria Barreto Sánchez
Mayra Alejandra Rodríguez Lopera

La Multimedia educativa como herramienta de apoyo social para la persona con enfermedad crónica

Enf. Adriana Hernández B
Enf. Maria Victoria Rojas M.

Creación de política de Humanización para la unidad amigable de la Universidad de Cundinamarca, Seccional Girardot

Carlota Castro Quintana
María Heidi Amaya Valdivieso
Jhonattan Calvo Medina

Agroquímicos causas ambientales y laborales en la población de Tibacuy

Carla M Parra Martínez
Maycol D Otálora Sanabría

Doc. Liliana Guarnizo Guarnizo
UNIMINUTO



INTRODUCCIÓN

La salud pública se encuentra actualmente frente a nuevos desafíos, aún sin superar los antiguos problemas de salud de las poblaciones tales como las enfermedades infecciosas y las necesidades básicas insatisfechas, estamos abocados a enfrentar nuevos retos en beneficio de la salud individual y colectiva. El sistema sanitario que bajo el marco de la ley 100 enfrenta un periodo de crisis, encuentra en la reforma de 2015 la opción de implementar un modelo integral de atención en salud, con el objetivo de garantizar el derecho a la salud con calidad, tanto en lo clínico como en lo familiar y comunitario.

Esta propuesta direcciona la atención primaria como uno de los pilares en el cuidado de la salud, articulando la promoción prevención, el plan decenal de salud y la educación en salud, como los principales elementos en este proceso. En ello se considera la influencia de los determinantes geográficos, sociales, económicos, y culturales, entre otros, en una interacción de factores que constituyen una sociedad multiétnica y con una riqueza cultural invaluable.

En este contexto, las condiciones globales de los determinantes de salud permeabilizan la situación de salud de las poblaciones a nivel local, por razones como el turismo, la comercialización, las comunicaciones, las migraciones. Este escenario implica un llamado a la participación activa en la búsqueda de alternativas a las nuevas problemáticas de salud de las poblaciones, bajo los lineamientos de los objetivos y las metas para el desarrollo sostenible (ODS) que buscan erradicar la pobreza, combatir las desigualdades, promover la prosperidad, y proteger el planeta, como los principales logros a ser alcanzados en el año 2030.

Día a día el efecto del cambio climático y la contaminación ambiental afectan la salud y los estilos de vida de las personas y las comunidades; añadido a este fenómeno, está la situación política del país que genera desplazamiento de las poblaciones en condiciones de déficit nutricional, de atención sanitaria, desfigurando su tejido social y modificando los perfiles epidemiológicos de las regiones.

Por otra parte, el fenómeno de envejecimiento de la población a nivel mundial y de lo cual Colombia no es ajena, unido a los efectos a corto, medio y largo plazo sobre el perfil epidemiológico regional por causas como las enfermedades infecciosas emergentes, re-emergentes, zoonosis, y la resistencia a los antimicrobianos, son algunos de los principales flagelos de hoy y de las próximas décadas.

La salud pública de hoy integra determinantes de mayor complejidad, es dinámica, intercultural, globalizada, e influenciada por los cambios sociales y económicos que definen el curso de la evolución del proceso salud enfermedad de las poblaciones.

Por esta razón la Universidad de Cundinamarca debe ser pionera a nivel departamental en el abordaje y la articulación de estas temáticas en un entorno académico, de reflexión y de búsqueda de nuevas alternativas que brinden respuesta a los interrogantes acerca de cómo reducir el impacto negativo de estos nuevos desafíos en la salud de la población.

Con el desarrollo del seminario se busca a nivel institucional la retroalimentación por parte de dos ponentes para el grupo docente que permita establecer un paralelo entre su modelo de atención en salud y el nuestro, planteando estrategias que permitan fortalecer lazos de índole internacional y perspectivas en salud a nivel mundial aplicables en el ámbito local, regional y nacional.

En este propósito el II Seminario Internacional de Salud Pública continúa en la búsqueda de la articulación intersectorial e interdisciplinar, convocando a la reflexión acerca del presente y futuro del proceso salud enfermedad, y acerca de la intervención de factores que involucran la acción humana, unida a las condiciones actuales de los ecosistemas del planeta. De igual manera es un llamado a la participación activa del sector productivo de la región, creando un compromiso social y empresarial en ámbitos de salud pública como resultado de la interacción de múltiples actores.

Ponencias

Nacionales



LOS RETOS DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD PÚBLICA

Dr. Edtson Jair Ospina Lozano
Odontólogo. Doctor en Antropología Social.
Profesor: Universidad Nacional de
Colombia - Universidad Santo Tomás
ejospinal@unal.edu.co

Resumen

La interculturalidad en salud pública es una estrategia que reconoce la diversidad sociocultural de nuestra sociedad y, al mismo tiempo, construye mecanismos para enfrentar la elevada presencia de la enfermedad y la muerte en colectivos que históricamente han sido segregados y discriminados por sus particularidades socioculturales. Esta estrategia tiene diferentes retos: dinamizarse en todo el campo de la salud pública; es decir, en los espacios de decisión, en los escenarios de implementación de políticas y programas, y entre las instituciones y trabajadores del sector. Igualmente debe involucrar e integrar a todos los sectores de la sociedad en el entorno de la salud pública.

Los retos de la interculturalidad en salud pública

Palabras Clave

Interculturalidad . Salud Pública
Equidad en Salud . Discriminación

Los indicadores sanitarios de América Latina señalan que en esta región los principales rezagos en salud los tiene la población que habita las zonas rurales, tienen bajos ingresos económicos y un pésimo nivel educativo (Behm, 2011). Ésta es una importante evidencia que relaciona la realidad social y las condiciones de salud; no obstante, al indagar por la pertenencia étnica en esta misma población, es notorio que quienes pertenecen a algún grupo indígena o afrodescendiente tienen la situación de salud más precaria. (Behm, 2011) (Campo 2016).

Esto indica que además de los elementos sociales, la cultura –riqueza y esencia de la humanidad-, es un asunto central en el análisis, construcción e implementación de políticas y programas sanitarios. (Lerín 2011) (Menéndez 2016). Por este motivo, es necesario que la salud pública incluya entre su arsenal racional, una serie de elementos que permitan comprender las

relaciones entre grupos sociales con diferencias culturales, grupos que además conviven en un mismo escenario territorial, lingüístico y jurídico, y en este caso en el escenario socio sanitario.

En este tipo de asuntos es fundamental reconocer que la salud pública es un campo social en donde confluyen individuos, colectivos e instituciones con diferentes miradas sobre la salud, la enfermedad y la atención médica. Por lo general, cada una de estas perspectivas contrastan entre sí, y con las del personal y las entidades sanitarias, situación generadora de crisis y conflictos en el ámbito de la salud y, en consecuencia, en el bienestar de la población. Por este motivo el objetivo de esta ponencia es socializar la importancia de la interculturalidad en la salud pública y aportar elementos para fortalecerla como una herramienta insoslayable en este campo social.

En el propósito de desarrollar esta idea, se entiende por interculturalidad, al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido (Bartolomé 2006).

En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial. Por lo tanto, la interculturalidad se fundamenta en cuatro principios básicos (Fernández-Juárez 2004):

Reconocimiento de la diversidad cultural existente en la humanidad

Relaciones equitativas para la construcción de ciudadanías autónomas y solidarias.

Respeto a las diferencias como mecanismos de construcción de sociedad.

Enriquecimiento mutuo mediante un modelo de reciprocidad.

Otro asunto central es que este insumo de las ciencias sociales reconoce los conflictos que se manifiestan en estas relaciones, discrepancias originadas por los intereses de algunos de los grupos en interacción, en su intento por imponer, sobre otros colectivos, una idea única alrededor de las diferentes dimensiones de la vida social (Menéndez 2016) –religión, desarrollo económico, valores sociales, respuesta social a la enfermedad, etcétera.

Por lo general, lo habitual es que esta imposición sea realizada por el grupo social que detenta el poder económico, haciéndolo manifiesto a través de la política y la ideología en forma de ideas y acciones hegemónicas y, paralelamente, discriminatorias. Así, se promueven barreras para que ciertos grupos sociales accedan a elementos materiales e inmateriales que les permitan tener óptimas condiciones de salud.

Es en este escenario en donde la interculturalidad en salud pública se convierte en una herramienta para reconocer los diferentes saberes y prácticas de los grupos subordinados respecto a la forma en que entienden sus cuerpos, conciben su salud, disfrutan su bienestar, enfrentan las enfermedades y conciben la muerte. Asimismo, permite reflexionar sobre las estrategias que tiene cada grupo social y que están centradas en el buen vivir, asuntos que se dinamizan en diferentes dimensiones sociales –educación informal, celebraciones sociales, mecanismos de solidaridad, trabajo en grupo, integración cultural, etc.- y que aportan de manera directa e indirecta en el bienestar de las comunidades (Campos 2016) (Menéndez 2016). Dichas relaciones de dominación y subordinación se dan en una población que no está aislada, al contrario, está inmersa en un mundo globalizado, de tal manera que al configurarse espacios reales y más simétricos de participación de las comunidades como ciudadanos colectivos y sujetos políticos de derechos para definir su quehacer en salud, se van forjando intercambios de información y habilidades, además de decisiones colectivas y vinculantes a favor de su salud y su bienestar. Estos espacios son por naturaleza conflictivos, dinámicos y contradictorios pero fundamentalmente vitales para el desarrollo de la democracia local.

Esto no indica una autoexclusión ni mucho menos un desconocimiento o descalificación de los conocimientos y las técnicas de la biomedicina y demás desarrollos científicos, todo lo contrario, debe impulsar relaciones incluyentes, horizontales, críticas, respetuosas y complementarias, siendo el principal interés la transformación de las relaciones de poder en los escenarios

sanitarios y, consecuentemente, la disminución de las desigualdades en salud existentes al interior de nuestra sociedad.

Es también importante reconocer que estas relaciones ocurren entre los diferentes sistemas médicos a los que acude la población (Menéndez 2016). Por lo tanto, representa un reto para la sociedad posicionar sistemas de salud integrales e interculturales, basados en el respeto por la diversidad, la equidad, y la construcción colectiva de tejido social y cultural, en contraposición al modelo homogeneizante, mercantilista e individualista que actualmente prima en el país, y que día a día debilita el buen vivir de la población.

En un intento por aportar a esta discusión, se le apuesta a la interculturalidad en salud como la capacidad de romper con los paradigmas segregacionistas y discriminatorios, y la sucesiva posibilidad de moverse equilibradamente entre saberes, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a al bienestar y el desamparo, la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, y el cuerpo biológico, social y relacional, percepciones que generalmente son contrapuestas y en ocasiones complementarias (Oyarce, Ibacache 1996). Esto indica que el otro es reconocido en el campo de la salud como un ser digno y capaz de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.

Así, entre los principales retos de la interculturalidad en el campo de la salud pública están:

1. La Salud Pública es un asunto de extramuros. Una invitación a conocer y repensar la realidad. Luego, analizarla intramuros. Finalmente, transformarla extramuros.

2. Análisis multidimensionales y participativos. Asunto que debe incluir a la poblaciones y las entidades sanitarias. El centro del debate debe posicionar los temas de salud pública centrales en los proyectos de vida colectiva de las comunidades.

3. Reconocer-nos diversos e integrar-nos a los diferentes. En el entorno sanitario es fundamental el ser capaces de comprender que la humanidad se ha construido a través de un proceso histórico que a su vez es el origen de tanta pluralidad y complejidad sociocultural, y que su propósito fundamental debe ser el proteger esta riqueza.

4. Entendimiento de procesos, relaciones y poderes. La sociedad es una construcción procesual entre grupos con diferentes intereses y varias maneras de expresar el poder. La salud pública es un escenario en donde se expresa continuamente ese poder, y es prioridad reflexionar sobre las formas en que se expresa y a su vez segrega y discrimina.

5. Interacción

entre instituciones y colectivos. Muchas de las respuestas a las problemáticas en salud pública están en la misma sociedad, debido a que antes que los servicios de salud hicieran presencia o se institucionalizaran, la población tenía sus propias respuestas sociales a dichas dificultades.

6. Construcción de modelo de salud que integre a la población y fomente la autonomía. Los programas, planes y proyectos en salud pública deben tener un carácter integrador de la población y que sean capaces de promover la dignidad y la autonomía de las personas para que puedan solventar su derecho a la salud de forma óptima.

7. Conocimiento de experiencias en otras regiones y países. Cada sociedad ha hecho frente a sus propias dificultades en salud y ha desarrollado estrategias a partir de su realidad, cuestión que primordialmente es una riqueza de la humanidad.

8. Interés por

las múltiples maneras de atender y entender la enfermedad. Una de las acciones que deben prevalecer en la salud pública es el interés por el conocimiento, mismo que no está exclusivamente en los textos y experiencias de carácter "científico", también lo está en los saberes y prácticas de cada persona y colectivo.

9. Pensarnos en lo estructural y lo simbólico sin jerarquías. La reflexión sobre el sentido y significado de nuestras acciones en salud pública es un punto para comprender nuestros conflictos y temores en la integración con el diferente y el diverso.

10. Transversalidad en la formación en salud (Walsh 2010). Es una paradoja, pero a la universidad ingresan personas diversas y egresan sujetos homogéneos. El tema de interculturalidad en salud debe estar en todas las esferas de formación y no debe ser una asignatura exclusiva en los programas de ciencias de la salud.



Referencias Bibliográficas

Behm, H. (2011). Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Salud colectiva*, 7, 231-253.

Bartolomé, Miguel Ángel. (2006). *Procesos interculturales. Antropología política del pluralismo cultural en América Latina*. México: Siglo XXI editores.

Campos Navarro, Roberto. (2016). *Antropología médica e interculturalidad*. Ciudad de México: UNAM-Fac. de Medicina: McGraw-Hill/Interamericana editores.

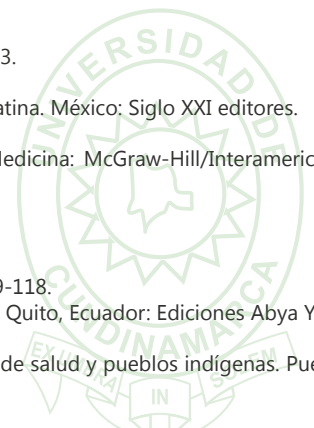
Lerín Piñón, Sergio (2011). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos* (16): 111-125.


Menéndez, Eduardo (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciencia & Saúde Colectiva* 21 (1): 109-118.

Fernández-Juárez, Gerardo (Coord.) (2004). *Salud e Interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya Yala.

Oyarce, Ana e Ibacache, Jaime (1996) Reflexiones para una política intercultural en salud. Primer encuentro nacional de salud y pueblos indígenas. Puerto Saavedra, Chile.

Walsh, Catherine. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. En: Viaña, Tapia y Walsh. *Construyendo Interculturalidad Crítica*. Bolivia: III-CAB.





Estado laboral, retiro con
pensión y depresión en
adultos mayores: un
análisis de
seis países basado en el
“Study on Global Ageing
and Adult Health”
(SAGE).

Dr. Julián Alfredo Fernández-Niño
MD, MPH, MSc, PhD.
Departamento de Salud Pública,
Universidad Industrial de Santander.
jafernandeznino@gmail.com

Resumen

En el marco de los determinantes sociales de la salud mental, el estado laboral puede ser uno de los factores etiológicos de los trastornos depresivos en los adultos mayores (AM).

Sin embargo, esta asociación podría ser influenciada por el contexto de cada país y tener potencialmente varias vías explicativas. El objetivo de este trabajo es discutir los resultados obtenidos sobre la asociación entre el estado laboral y el retiro, con y sin pensión, y la presencia de un episodio depresivo mayor en los últimos doce meses en AM de países de bajos y medianos ingresos, a partir del "Study on Global Ageing and Adult Health" (SAGE).

Los análisis realizados no encontraron diferencias estadísticamente significativas en las posibilidades de EDM, cuando se compararon los AM que trabajan actualmente con aquellos que no están trabajando, en ninguno de los países analizados. Un análisis más específico, permitió observar que los AM retirados con pensión tienen menos posibilidades de EDM, comparados con los que trabajan actualmente, aunque este factor protector sólo se observó en el caso de hombres de China y de Ghana; como también en las mujeres de India y de Sudáfrica. Además, esta asociación, parece no medirse por la riqueza acumulada.

La heterogeneidad de la asociación refleja diferencias culturales y socioeconómicas entre los países estudiados, que son discutidas en esta ponencia; así como también las potenciales vías explicativas de esta relación.

Antecedentes

En la actualidad, los trastornos depresivos son los padecimientos mentales más prevalentes en los adultos mayores (AM) [1], y de hecho, para el año 2013, constituyeron la octava causa de años vividos con discapacidad (YLD) a nivel mundial, en este grupo de edad [2]. Aunque se ha estimado una prevalencia muy variable entre diferentes países [1]; en un meta-análisis reciente, la prevalencia estimada a nivel global fue de 7.2% (IC 95%: 4.4–10.6%) para el trastorno depresivo mayor; y de 17.1% (IC 95%: 9.7–26.1%) para todos los trastornos depresivos, incluyendo los desórdenes subsindromáticos [3]; además, se ha estimado una incidencia de 0.12 a 14.1 casos por 100 personas/año, en mayores de 60 años [4].

La depresión en los AM es un trastorno multifactorial [5]. Su etiología está dada por la compleja interacción entre diversas vulnerabilidades acumuladas a lo largo de la vida, principalmente: cambios neurobiológicos, factores genéticos y psicológicos, eventos vitales significativos, condiciones de salud (multimorbilidad y discapacidad), y los factores socioeconómicos, tales como la pobreza, o el estrés financiero [5]. Algunas de estas vulnerabilidades son agravadas durante la vejez; en el contexto del entorno social del AM, sus efectos se darían diferencialmente, de acuerdo a los recursos de los que dispone el sujeto a lo largo de su vida, para afrontar psicológicamente los eventos estresantes [5]. En este marco multifactorial, las condiciones sociales, tales como la marginalización socioeconómica, el desempleo o la falta de redes sociales, podrían ser depresógenos per se, o alternativamente actuar como potenciadores o moduladores, del papel de los otros factores etiológicos [6].



La importancia de los determinantes sociales sobre la salud mental, y específicamente sobre la depresión, ha sido ampliamente reconocida [6]. En particular, algunos factores sociales, tanto de nivel individual como contextual, han sido identificados como potenciales factores explicativos de la depresión que ocurre en los AM [7-10]. Dentro de los factores contextuales, el papel de la marginalización económica y la desigualdad del lugar de residencia, han sido previamente sugeridos [7,8]. Con respecto a los factores "individuales" de orden social, sobresalen: la falta de autonomía personal, el poco soporte social, el bajo nivel socio-económico (NSE), la baja escolaridad [5, 9 ,10]; y más recientemente el estado del empleo [11].



Desarrollo del tema

En el marco del modelo de determinantes sociales de la salud mental [6], la asociación entre empleo y depresión en los AM, sería una relación compleja, bi-direccional; y dependiente del contexto social. En primer lugar, dado que las vías etiológicas por las cuales el estado del empleo impactaría la salud mental no han sido del todo esclarecidas. Se ha propuesto que la relación (empleo Depresión), estaría mediada principalmente por el nivel socioeconómico o el ingreso [11]. Lo anterior, considerando que precisamente uno de los eventos estresantes y depresógenos, más frecuentes en los AM, estaría asociado al estrés financiero subsecuente al abandono o pérdida de empleo, en especial cuando no se dispone de seguridad social que permita compensar este cambio económico [12-14].

De esta manera, la relación entre empleo y depresión, sería explicada en primer lugar por el deterioro del ingreso y del NSE, producido por los cambios en la condición laboral (es decir: "pérdida" del empleo deterioro Ingreso/NSE actual depresión). Pero también, esta misma relación estaría enmarcada y modificada por el NSE inmediatamente anterior, y a lo largo de la vida, ya que este afectaría la probabilidad que los AM estuvieran más o menos afectados mentalmente, por los cambios en la condición laboral y del ingreso [14].

Sin embargo, la anterior no sería la única potencial vía explicativa de la relación empleo depresión, y en ese sentido, en las últimas décadas, se ha sugerido que el empleo, o más precisamente la pérdida del mismo, podría afectar la salud mental de los AM a través de

otras vías como: la alteración de las redes sociales, el aislamiento social, la disminución de la autoestima, la baja percepción de utilidad y de empoderamiento [15, 16], que se verían sensiblemente afectadas cuando se deja de trabajar. Por lo anterior, como un primer paso al entendimiento de esta compleja relación, es importante estimar cuánto de la asociación entre empleo depresión, sería mediada por NSE, y cuánta se daría a través de otras vías diferentes.

Por otro lado, la asociación empleo depresión, podría además ser modificada por otros factores individuales o contextuales, que Paul & Mosser (2009) denominaron "factores moderadores", que incluirían principalmente, al propio NSE y al ingreso previo, pero también a las condiciones del empleo (particularmente el acceso a seguridad social), el género, la escolaridad, la seguridad social, el estado civil y el grupo étnico [17]. Estos factores reciben esta denominación, ya que modularían el sentido y fuerza del impacto final del estado del empleo, y el retiro laboral. Del mismo modo, es razonable pensar que en determinados contextos socioeconómicos o culturales, de acuerdo por un lado, a las diferencias del funcionamiento de los sistemas de seguridad social, y por otro, a la distinta valoración cultural de los AM y del trabajo a esa edad en cada sociedad, se esperaría que el potencial impacto del estado del empleo sobre la depresión operaría de manera diferente, por lo que el estudio de esta relación, debería reconocer además explícitamente esa potencial heterogeneidad contextual.

Los análisis estadísticos realizados – datos no presentados- a partir del Study on Global Ageing and Adult Health, SAGE no encontraron diferencias estadísticamente significativas en las posibilidades de EDM, cuando se compararon los AM que trabajan actualmente con aquellos que no están trabajando, en ninguno de los países analizados: China, Ghana, India, México, Rusia y Suráfrica. Un análisis más específico, permitió observar que los AM retirados con pensión tienen menos posibilidades de EDM, comparados con los que trabajan actualmente, aunque este factor protector sólo se observó en el caso de hombres de China y de Ghana; como también las mujeres de India y de Sudáfrica. Adicionalmente, se encontró que esta relación no se encontraba mediada por la riqueza acumulada.

Discusión

El retiro con pensión provee muchas ventajas emocionales, entre ellas, además de las económicas, la satisfacción personal, el estatus social, la autonomía personal y el descanso en condiciones adecuadas, que pueden explicar la asociación protectora encontrada.


La detección de la heterogeneidad de la asociación entre el estado del empleo y el EDM entre los países SAGE, es uno de los hallazgos más relevantes de este estudio. De esta manera, el hecho de que la asociación protectora de ser retirado con pensión sólo se encontrara en los hombres de China y Ghana, y las mujeres de India y Sudáfrica, sugiere que hay particularidades del contexto social de cada país que explicarían el comportamiento heterogéneo de esta asociación. Desde una perspectiva sociológica, es importante considerar que el papel del empleo, sobre la salud mental en los AM, dependerá de la significación social del empleo y del retiro, como del propio rol social del AM, dados en cada sociedad, así como también de la valoración que cada AM haga de sí mismo y de su empleo; ya que es probable que, en determinados contextos socioculturales -y normativos- se favorezca la jubilación, pero también que exista una mayor aceptación social del retiro a esa edad, y una mayor valoración del AM que ya no trabaja.

Conclusiones

El potencial impacto del estado laboral sobre la depresión en los AM, es una relación epidemiológicamente compleja, cuyos mecanismos no han sido aún establecidos, pero al parecer existiría una asociación protectora de ser retirado con pensión que podría estar relacionada con el "buen retiro", más que con los cambios en el nivel socioeconómico o la riqueza acumulada. La generación de evidencia que explore más a fondo la complejidad de esta relación es necesaria; pero además evaluar dicha relación en diversos contextos, contribuirá a la toma de mejores decisiones en políticas de salud pública adaptadas a cada país.

Bibliografía

1. Meeks T, Vahia I, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DA. Tune in "A Minor" Can "B Major": A Review of Epidemiology, Illness Course, and Public Health Implications of Subthreshold Depression in Older Adults. *Journal of affective disorders*. 2011;129:126-142.
2. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386:743-800.
3. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;113:372-387.
4. Büchtemann D, Luppá M, Bramesfeld A, Riedel-Heller S. Incidence of late-life depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2012;142:172-179.
5. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2009;5:363-389.
6. Fisher M, Baum F. The Social Determinants of Mental Health: Implications for Research and Health Promotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44:1057-1063.
7. Kim D. Blues from the Neighborhood? Neighborhood Characteristics and Depression. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30:101-117.
8. Fernández-Niño JA, Manrique-Espinoza BS, Bojorquez-Chapela I, Salinas-Rodríguez A. Income Inequality, Socioeconomic Deprivation and Depressive Symptoms among Older Adults in Mexico. *PLoS ONE*. 2014;9:e108127.
9. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ*. 2011;343: d5219.
10. Cole MG, Dendukuri N. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160:1147-1156.
11. Jang SN, Cho SI, Chang J, Boo K, Shin HG, Lee H, et al. Employment Status and Depressive Symptoms in Koreans: Results From a Baseline Survey of the Korean Longitudinal Study of Aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2009;64B:677-683.
12. Lue BH, Chen LJ, Wu SC. Health, financial stresses, and life satisfaction affecting late-life depression among older adults: a nationwide, longitudinal survey in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010;50, Suppl 1: S34-S38.
13. Roy K, Chaudhuri A. Influence of socioeconomic status, wealth and financial empowerment on gender differences in health and healthcare utilization in later life: evidence from India. *Social Science & Medicine*. 2008;66:1951-1962.
14. Mendes De Leon CF, Rapp SS, Kasl SV. Financial Strain and Symptoms of Depression in a Community Sample of Elderly Men and Women: A Longitudinal Study. *Journal of Aging and Health*. 1994;6:448-468.
15. Abe Y, Fujise N, Fukunaga R, Nakagawa Y, Ikeda M. Comparisons of the prevalence of and risk factors for elderly depression between urban and rural populations in Japan. *International Psychogeriatrics*. 2012;24:1235-1241.
16. Shi J, Zhang Y, Liu F, Li Y, Wang J, Flint J, et al. Associations of Educational Attainment, Occupation, Social Class and Major Depressive Disorder among Han Chinese Women. *PLoS ONE*. 2014;9:e86674.
17. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*. 2009;74:264-282.



Influencia de las instituciones de salud en el cuidado humanizado

Dr. Oscar Alberto Beltrán Salazar
Enfermero U de Atioquia
Mgs, PhD en Enfermería U de A
oscar.beltran@udea.edu.co Colombia

Resumen

Objetivo. Comprender el significado del cuidado humanizado para pacientes, familiares y enfermeras. **Metodología.** Estudio cualitativo, realizado con base en la fenomenología interpretativa, realizado en la ciudad de Medellín, Colombia en 2013, con la participación de 16 adultos que incluían pacientes, familiares de pacientes y enfermeras. Para la construcción de la información se utilizó la entrevista en profundidad; el análisis de los datos se basó en la propuesta de Cohen, Kahn y Steeves y se realizó en forma manual. **Resultados.** Según lo expresado por los participantes en el estudio, la influencia de las instituciones de salud sobre el cuidado humanizado es considerada negativa en vista de que perturba la práctica debido a que sobrecarga de funciones a las enfermeras y establece trabas y exceso de requisitos para el acceso de los pacientes. **Conclusión.** Se requiere un gran esfuerzo de las instituciones de salud y de las enfermeras para lograr garantizar un cuidado humanizado.

Influencia de las instituciones de salud en el cuidado humanizado

Palabras Clave

Atención de enfermería
Humanización de la atención
Investigación cualitativa

Introducción

Las actuales condiciones para el desarrollo del cuidado han marcado una tendencia hacia el "ejercicio basado en el lucro" (Parsons, Bales, Shils, 1970) desplazando la pretensión de "una práctica altruista y solidaria" (Parsons, Bales, Shils, 1970) con nefastos efectos en la humanización y la calidad; este interés institucional ha permeado a los profesionales de la salud presionados por los rígidos patrones normativos de dichas instituciones que terminan por transformar los roles de quienes se vinculan para prestar los servicios que ofrecen.

Así mismo, "el enfoque centrado en la enfermedad" (Foucault 1991) que no

toma en cuenta la individualidad y la diferencia propuesta por la medicina y asumido por los hospitales fue transmitido a otras disciplinas entre las que se encuentra la enfermería causando enfrentamiento entre los propios planteamientos disciplinares y las propuestas hegemónicas de la medicina. Esto ha representado un importante cambio en las acciones cuidadoras que al alejarse de los enfoques disciplinarios de la profesión más bien se han enmarcado en el enfoque biomédico (Merhy E, 2002) con la consiguiente subordinación a otra disciplina y una importante pérdida de la autonomía (Turner B, 1986) lo que refuerza Watson (Watson, 1997) al afirmar que "la influencia de las ciencias biomédicas limitan el alcance del cuidado y favorecen el alejamiento del paradigma de enfermería para el cuidado de la salud.

Como consecuencia de todo esto, el cuidado integral y holístico ha sido transformado en una serie de tareas sin una base teórica propia de la enfermería que no aseguran unos adecuados niveles de calidad y humanización.

El presente artículo hace parte de un estudio fenomenológico realizado con el fin de comprender el

significado del cuidado humanizado para quienes participan directamente en él y contiene los resultados sobre los aspectos referentes a la influencia de las instituciones de salud en dicho cuidado, reportados en las entrevistas. El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Medellín, Colombia entre enero y marzo de 2013; se incluyeron las entrevistas de 16 participantes adultos entre enfermeras, pacientes y familiares de pacientes a quienes se solicitó la participación en el estudio en su círculo social y no institucional; la referencia a las instituciones y su influencia sobre el cuidado humanizado surgió en todas las entrevistas. La motivación del estudio se basa en analizar los factores que afectan el cuidado y develar los significados del cuidado humanizado con el propósito de proponer un referente teórico a tener en cuenta para proponer enfoques de atención en salud que promuevan la humanización real, en la cual se considere la corrección de aspectos negativos y el fortalecimiento de los positivos, promover la aceptación, adherencia al cuidado y la satisfacción tanto en los pacientes como en los profesionales.

Método

El análisis de la información fue basado en procedimientos propuestos por Cohen, Kahn y Steeves (Cohen, Kahn, Steeves, 2000) para la fenomenología hermenéutica; se inicia durante la primera entrevista al escuchar y reflexionar sobre lo dicho; luego, con las entrevistas transcritas, se leyeron reiteradamente línea por línea para captar lo que se reporta en la totalidad de ellas y lo específico de cada una.

Se tomaron en cuenta las unidades de significado, que se agruparon en temas y subtemas y los ejemplares o partes textuales de las entrevistas; a continuación se realizó una narrativa que describió la forma como se comprendían los temas en relación con la experiencia de los participantes (Cohen, Kahn, Steeves, 2000), la cual se permitió leer a algunos de los participantes, que accedieron a hacerlo, para determinar la correspondencia con lo que habían expresado en las entrevistas. A continuación se realizó una revisión bibliográfica

para elaborar la discusión y comparar los resultados con otras investigaciones y publicaciones y con las posturas teóricas de diferentes autores en un proceso de contrastación y teorización; se reportaron los ejemplares como evidencia de los aspectos plantados en la interpretación por parte del investigador.

Resultados: los resultados mostraron dos importantes influencias en el cuidado que fueron consideradas como negativas o perjudiciales porque no contribuían a asegurar condiciones de humanización y calidad; una de estas influencias se ejercían sobre las enfermeras y fue denominada "sobrecarga de funciones" porque hacía referencia a que a las enfermeras se les exigía responder por una serie de funciones que en algunos casos no eran propias de la profesión o porque se les asignaba el cuidado de un número de pacientes que excedía sus capacidades en cuanto a tiempo y esfuerzo físico.


La otra influencia tenía que ver con los pacientes y se refería a las dificultades o trabas que tenían para el acceso al cuidado que se denominó "cuidado inaccesible"; como consecuencia de estas dos influencias era difícil establecer las interacciones propias del cuidado y por lo tanto no era posible velar por la humanización y la calidad

Conclusión:

según lo expresado por los participantes, las instituciones de salud ejercen una influencia negativa sobre las enfermeras que no hace posible considerar la importancia de los seres humanos como centro del cuidado, hasta el punto que han desplazado los planteamientos propios de la disciplina para asumir un enfoque biomédico que no contribuye al cuidado humanizado ni al crecimiento del conocimiento de la profesión

Referencias

- Cohen M, Kahn D, Steeves R. 2000. Hermeneutic phenomenological research. A practical guide for nurse research. Londres: Saac publications; 71 – 83
- Foucault M. 1991. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI
- Merhy EE. 2002. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec.
- Parsons T, Bales RF, Shils EA. 1970. Apuntes sobre la teoría de la acción. Buenos Aires: Amorrortu.
- Turner B. 1986. Vocabulary of complaints: nursing, professionalism and job context, Australian and New Zealand journal of sociology; 22(3): 368-386
- Watson J. 1997. The theory of human caring. Retrospective and prospective nursing science quarterly; 10 (1): 49 – 52



**Abordaje Perinatal.
Ciencia y conciencia de la
importancia e impacto de
la humanización en la
atención en salud sexual y
reproductiva**

Liliana Castro Morato
Psicóloga, Gestora social
Cofundadora de la Fundación Camino Claro
Directora **Salud Primal y Bienestar Humano**

Abordaje Perinatal. Ciencia y conciencia de la importancia e impacto de la humanización en la atención en salud sexual y reproductiva

Palabras Clave

Salud pública
Derechos humanos
Humanización
Gestación
Parto
Crianza
Autorregulación
Paradigmas
Salud primal.



La salud pública tiene un objetivo de alto impacto en la transformación de paradigmas que mejoren la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo de personas y comunidades; y esto implica una mirada renovada, recreada y gozosa de las relaciones humanas.

Es allí donde la sexualidad como hilo conductor de la salud mental y la convivencia social se convierte en un elemento esencial de la transformación social.

Y es allí donde esta uno de los mayores retos humanos, la conciliación de la ciencia con los derechos humanos sexuales y

reproductivos que ponen a quienes protagonizan un evento de relaciones a mirarse desde la dignificación humana y no desde la cosificación humana para facilitar la autorregulación que muy seguramente fue entorpecida por procesos de intervencionismo desde la crianza y la educación.

La ponente nos invitará a cavilar en los verbos gestar, parir, nacer, criar y educar. Para que a través de estos verbos las intervenciones colectivas o individuales en salud pública tengan el impacto, beneficio y sostenibilidad que precise una saludable y gozosa calidad – calidez de vida.

Referencias

- Odent, Michel: El Nacimiento en la Era de plástico, Editorial Obstare, 2011.
- Odent, Michel: Las Funciones De Los Orgasmos, Editorial Obstare, 2009.
- Odent, Michel: El Bebé Es Un Mamífero, Editorial Obstare, 2da. Edición Revisada Y Ampliada, 2008.
- Naranjo, Claudio: Sanar La Civilización, Ediciones La Llave, 2009.
- Miller, Alice: El Cuerpo Nunca Miente, Ensayo Tusquets Editores, 2005.
- Ruiz Vélez-Frías, Consuelo: Parir Sin Miedo, Editorial Ob Stare, 2010.
- Rodríguez, Casilda: Pariremos Con Placer. Ediciones Crimentales, 2009.
- Rodríguez, Casilda: La Represión Del Deseo Materno Y La Génesis De La Sumisión Inconsciente, Ediciones Crimentales, 2008.
- Pinkola Estés, Clarissa: Mujeres Que Corren Con Los Lobos, Zeta Bolsillo, 2009.
- Olza, Ibone Y Enrique Lebrero Martínez: ¿Nacer Por Cesárea? Editorial Granica, 2005.

Del modelo biomédico al modelo bioético: Cuando se vive en situación de cronicidad

Dra. Madeleine Olivella Fernández, Enf,
Mgs, Ph.D (c) en Bioética
Profesora T.C Universidad del Tolima
Coordinadora Grupo de investigación
CUIDSA-UT
mcolivel@ut.edu.co

Resumen

Este trabajo plantea una alternativa a los requerimientos de atención en salud, frente a la vivencia de la cronicidad. Proponiendo un modelo de atención que fomenta la humanización, transforma las dinámicas de la relación profesional-personas enfermas y dinamiza espacios valiosos como la atención que se da al interior de los grupos de atención.

ANTECEDENTES

En La vivencia de la cronicidad de origen no maligno, las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte en varios países de Latinoamérica, además plantean un reto a los trabajadores en salud, por la mayor demanda de cuidado, permanencia en el cuidado directo, establecimiento del rol de cuidador en la familia, deterioro de las capacidades de la persona enferma, entre otras.

Estos elementos hacen que el requerimiento de atención y cuidado de las personas que viven con enfermedad crónica, no pueda ser suplido desde la atención que se brinda en el país a través del modelo biomédico, imperante en el sistema de salud. Aun cuando el modelo biopsicosocial ha intentado fomentar el interés en la humanización e incorporar aspectos psicosociales, en la práctica sigue imperando una concepción patologista: es la enfermedad la que suele estar en el centro de la escena y es la razón del encuentro entre profesional y paciente.

Este modelo ha favorecido un tipo de relación contractual entre el profesional de la salud y la persona enferma, con una marcada disimetría deshumanizante, la supremacía del desarrollo de competencias técnico-científicas por encima de la preocupación por el desarrollo de cualidades humanas, y a nivel de los grupos de atención que serían el espacio propicio para brindar otro tipo de atención, se realiza una réplica de la estructura de la consulta

médica, sin favorecer el encuentro entre iguales y el establecimiento de un tipo de relación hermenéutica y transformadora, que contribuya en aspectos trascendentales como la decisión de cuidar de si mismo cuando se vive como persona con enfermedad cardiovascular.

Se reconoce, que en la actualidad existe una necesidad de vincular estrategias para mejorar la atención en salud y se ha definido la necesidad de la reorientación de la atención sanitaria. Este trabajo pretende comprender la necesidad de un modelo de atención en salud que cumpla un papel hermenéutico y humanizador al brindar atención a personas que viven con enfermedad cardiovascular, por el requerimiento esencial en este grupo de atención de adoptar nuevos estilos de vida para garantizar la calidad de la misma.

DESARROLLO DEL TEMA

Las enfermedades cardiovasculares son la primera referencia en morbilidad en el mundo actual, el departamento del Tolima no es ajeno a esto. Las personas que son diagnosticadas con enfermedad crónica son admitidas al programa de atención al adulto mayor de 45 años para que se les garantice una atención y un acompañamiento efectivo.

Sin embargo la dinámica de atención en estos grupos se convierte en una réplica

1. Sodio y Enfermedad Cardiovascular: Contexto en Latinoamérica Diego Gaitán, Rodrigo Chamorro, Gustavo Cediel, Gustavo Lozano, Fabio da Silva Gomes Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Facultad de Medicina, Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos (INTA), Universidad de Chile, Santiago, Chile. Instituto Nacional de Cáncer de Brasil (INCA), Rio de Janeiro, Brasil. Archivos Latinoamericanos de Nutrición Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición Vol. 65 N° 4, 2015

2. De Marco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicosocial: um projeto de educação permanente. Rev Bras Educ Med, 60-72.

3. Oyarzún Neumann, Eleana. (s.f.). Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial. Disponible en: https://www.ucursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/previsualizar%3Fid_material=182943

de la consulta médica tradicional en busca especialmente de datos objetivos que permitan centrar la atención en un foco especial.

Olvidando la voz del enfermo, como elemento orientador necesario en la atención. Esta investigación surgió en el marco de un estudio etnográfico sobre los significados que emergen en la vivencia de la cronicidad, con el propósito de poder comprender cuales son los requerimientos de cuidado para una persona que ya vive con enfermedad cardiovascular y si estos requerimientos pueden darse adecuadamente en el modelo de salud actual.

En este sentido en la atención a las personas que viven con enfermedad crónica es necesario el reconocimiento de la vulnerabilidad del enfermo porque en muchas ocasiones amparado en la idea de respeto a la autonomía las personas son dejadas solas, en la enfermedad crónica es necesario vincular la idea de la ética de la vulnerabilidad, el reconocimiento de la vulnerabilidad del enfermo se relaciona con su requerimiento de acompañamiento para el ejercicio de su autonomía, es decir el respeto a la autonomía no puede ser una excusa para que el profesional no se vincule en una relación humanizante.

El otro elemento necesario para trascender del modelo biomédico en salud es el establecimiento de un nuevo tipo de relación entre profesionales y enfermos.

Al igual que para rescatar la voz de los enfermos es necesario la vinculación de un ejercicio hermenéutico que le permita a la persona enferma el reconocimiento de su vida enferma, así la bioética cumpliría un triple papel: el cambio de la relación médico-paciente, la comprensión narrativa del enfermo sobre lo que padece, el desarrollo de cualidades humanas a la par que se desarrollan las habilidades tecno científicas.

Objetivos

Comprender los requerimientos de atención en salud en un grupo de personas que viven con enfermedad crónica de origen cardiovascular

Visibilizar las formas de relación profesional de la salud-persona enferma

Posibilitar la construcción de un modelo de atención en salud desde la bioética que favorezca la humanización en la vivencia de enfermedad crónica.

Metodología

Se ha está desarrollando una etnografía, que pretende comprender el mundo de la consulta en el grupo de atención, a través de la observación participante se asiste a la consulta de atención de salud del grupo y posterior a esto se realizan unos encuentros en donde se habla sin inhibiciones a partir de un guion, pero permitiendo la expresión sobre lo que se vive y se experimenta en la atención que se le da en el grupo de atención

DISCUSION

Resultados esperados. A partir de los resultados parciales se ha empezado a construir los requerimientos conceptuales para un modelo de atención bioético en el grupo de atención, centrado en las siguientes premisas:

El grupo de atención en salud cuando se trabaja con personas que viven con enfermedad cardiovascular juega un papel fundamental en la identificación como persona enferma, esta identificación es necesaria para asumir el cuidado de sí mismo.

La dinámica que se da al interior de los grupos de atención debe cumplir un papel hermenéutico, por lo que se requiere de la vinculación de estrategias como la narrativa de la vivencia de la enfermedad por parte del enfermo.

La relación que se da entre el profesional y la persona enferma debe trascender del clásico modelo contractual a un modelo de pacto en el grupo de atención esto favorecería la confianza, la calidez, el acompañamiento necesario para fortalecer la decisión de cuidar de sí mismo.

CONCLUSION

Es común hablar de humanización en los espacios académicos, sin embargo, no se establecen unos referentes que guíen esa humanización, este trabajo pretende básicamente el desarrollo de una nueva forma de relacionarse en salud, la vinculación de la narrativa como ejercicio hermenéutico en la vivencia de la cronicidad, el reconocimiento de las personas que viven con enfermedad crónica como personas vulnerables.



BIBLIOGRAFIA

De Marco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Rev Bras Educ Med, 60-72.

Oyarzún Neumann, Eleana. (s.f.). Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial. Disponible en: https://www.ursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/previsualizar%3Fid_material=182943

Pelluchon, C. (2012). La autonomía quebrada. Ediciones El Bosque, Bogotá, p. 48

Pelluchon, C. (2015). Elementos para una ética de la vulnerabilidad. Los hombres, los animales, la naturaleza. Editorial: U. Javeriana Año de Edición: 2015, N° Páginas: 300, Bogotá.

Ricoeur, P. (1996). Sí mismo como otro. Ed. Siglo XXI, México.

Rodríguez Lozano, R. (2013). Estrategia para el abordaje de la cronicidad. El paso necesario Strategy for the approach to chronicity. The necessary step. Vol. 35. Núm. 1. Asociación Española de Fisioterapeutas. Universidad Pública de Navarra

Rose, N. (2012). Políticas de la Vida, biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. Unipe, 580 págs.

Vellone, E., Paturzo, M., D'Agostino, F., Petruzzo, A. Masci, S., Ausili, D. et al., (2017). Motivational Interviewing to improve self-care in Heart Failure patients (MOTIVATE-HF): Study protocol of a three-arm multicenter randomized controlled trial, Contemporary Clinical Trials, Volume 55, Pages 34-38. Disponible http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ShoppingCartURL&_method=add&_eid=1-s2.0-S1551714416303810&originContentFamily=serial&_origin=article&_ts=1492405326&md5=73fc75068a9e55cbbaf221548f178123

Villar Álvarez, F., Maiques Galán, A., Brotons Cuixart, C., Torcal Laguna, J., Lorenzo, Piqueres A., Vilaseca Canals, J. & Banegas Banegas, J. (2001). Prevención. Grupos de Expertos del PAPPS. Aten Primaria 2001, Vol. 28. Supl. 2. Noviembre 1. (Consulta: 06-28-2013). Disponible en: <http://msc.es/en/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/docs/cardiovascular>.

de la vinculación de estrategias como la narrativa de la vivencia de la enfermedad por parte del enfermo.





BIOÉTICA /
SALUD PÚBLICA

Dra. Francy H. Salas Contreras
Esp. Mg. Ph. Ds
franholSac@yahoo.es

Resumen

La Universidad, es uno de los actores del desarrollo. Lo debe complementar el contexto jugando un papel importante en la formación integral de estos profesionales que deben estar preparados para tomar decisiones sobre los problemas relacionados con sus saberes disciplinares, con sólidas fundamentaciones epistemológicas y bioéticas acerca de dichas dificultades, trabajando en forma transdisciplinaria para aportar a la solución de dichas circunstancias de forma adecuada. Teniendo en cuenta este postulado se referencia los aspectos que se consideran deben desarrollar los profesionales en formación y las amenazas a los que se ven expuestos.

Por ello se parte de la concepción de salud según la OMS y los determinantes que les da la caracterización según la región de estudio, igualmente lo que se entiende y se maneja desde la salud pública desde lo teórico hasta la práctica. Para poder concluir en las acciones en salud en los diferentes ambientes que desarrollan los equipos. Pero se debe ir más allá y por ello se concreta en las competencias que debe ampliar el profesional de enfermería en la parte comunitaria y específicamente en lo relacionado con la salud pública con perspectiva Bioética a la luz de la normatividad vigente en el territorio nacional. Para realizar estas actividades se debe partir necesariamente de la evolución que han tenido los determinantes sociales en las regiones.

Teniendo claro lo anterior podemos analizar desde la Bioética las diferentes circunstancias que ameritan nuestras sugerencias con el fin de poder obtener el aval desde lo ético. Por ello es imprescindible comprender que es Bioética, su objetivo y sus implicaciones. De esta manera se podrá entender el para que la investigación en salud pública. Los tipos de estudios que se podrán realizar. Y las posibles dificultades que desde lo ético y bioético podrían encontrarse. Desde el análisis estratégico deben responder los proyectos de investigación y extensión. Para una adecuada toma de decisiones. De la misma manera que elementos son imprescindibles en los estudios que pasaran por los comités de ética, bioética e investigación para su aval.

BIOÉTICA / SALUD PÚBLICA

Palabras Clave

Salud Pública, Determinantes sociales, Bioética, Investigación Bioética y salud pública.

Desarrollo del tema y Discusión: Para entender las nuevas tendencias en salud de las poblaciones, sus perspectivas y desafíos desde la óptica de la salud pública y como eje transversal la BIOÉTICA, se debe de partir por definir los conceptos con los que se hará la lectura de las tendencias y como se abordará el desafío pertinente.

Se parte del concepto de salud y su evolución en el tiempo por la Organización Mundial de la Salud OMS que inicia indicando que salud es la ausencia de enfermedad, en

1946 la define como el estado de completo bienestar físico, mental y social, luego como el estado que permite a todos los ciudadanos llevar una vida social y económicamente activa, en 1992 la definió como el perfecto y continuo ajuste del hombre a su ambiente. Igualmente se toma este concepto como un derecho humano (inherente a la persona, irrevocable, intrasmisible, irrenunciable, universal, igualitario e inalienable), con determinantes que lo modifican (medio ambiente, sistema de salud, su genética, el estilo de vida desde el conjunto de las características que definen el bienestar de las personas y el Stress como las reacciones fisiológicas del organismo a la cual entran diversos mecanismos de defensa afrontar una situación percibida como amenazante).

Salud Pública definida como la ciencia y arte de impedir la enfermedad, de fomentar la salud y prolongar la vida. Sus áreas de intervención son la epidemiología, la salud ambiental, mental, ocupacional y la administración en salud. Sus tareas en la promoción de la salud influyen sobre los determinantes (equidad, justicia, desarrollo y Paz), apoyada en los objetivos desarrollo sostenible, requiere de acciones facilitadoras de articulación como la intersectorialidad, educación y participación social. Para la prevención de la enfermedad debe comenzar por el nivel primario con acciones de fomento y protección específica; Secundario las acciones de detección precoz, tratamiento oportuno y prevención de secuelas; Terciario las acciones de rehabilitación en las áreas física, mental y social.

La salud pública es un término polisémico que tiene varios significados a saber:

Desde la disciplina teórica su objetivo es explicar la salud de grupos humanos sus corrientes ideológicas acentuadas en la medicalización, el bienestar holístico y el liberal/neoliberal.

Práctica social entendida como ocupación y proceso de trabajo especializado en: expertos, gestión de servicios médicos estatales, de políticas públicas saludables y respuesta social organizada.

Hecho público como vivencia colectiva de la salud entendida como un derecho fundamental determinada por experiencias significativas, condiciones objetivas y un proceso histórico.

Para mantener condiciones saludables a la población en general, el gobierno realiza acciones de salud que hoy se contempla en el plan de intervenciones colectivas PIC que ejecuta las instituciones de prestación de servicios IPS que contrata el gobierno local, departamental y nacional con operadores públicos y/o privados. Acciones de ámbito familiar, individual, escolar, institucional y de vigilancia en salud pública.

Dentro de la razón de ser de los Enfermer@s esta las acciones de carácter comunitario y allí efectúan

acciones de salud pública como educación para la salud con un proceso de enseñanza-aprendizaje-Instrucción sobre conocimiento, responsabilidades y compromisos de autocuidado, cuidado de la salud, hábitos saludables como promoción de la salud con bienestar, cooperación, participación y control de los determinantes sociales y de la salud, comportamientos inadecuados que llevan a enfermedades prevenibles, entre otros. Formando a formadores y desarrollando estilos de vida saludables a partir de lo que tiene cada comunidad.

La Bioética tiene como misión velar por la supervivencia de todos los seres vivos en el planeta tierra con calidad. De allí que esta disciplina se interrelaciona con todas las ciencias. El fin emitir juicios de valor que oriente a tomar decisiones correctas que apliquen a cada situación en particular. Se centra en la persona humana y su entorno con relación a la vida, salud y dignidad. Igualmente describe los problemas que surgen y afecta la vida del planeta para su intervención. El objetivo hacer acuerdos mínimos ante diferentes posturas morales. La ética y los códigos deontológicos disciplinares fundamentan lo correcto desde cada disciplina para el otro y su entorno.

Las investigaciones en salud hoy tiene dos perspectivas una biomédica de un nivel subindividual y clínica o individual.

Dos la investigación en salud pública o de poblaciones que tiene dos enfoques, uno en sistemas de salud de organizaciones a nivel microintraorganizacional en los servicios y el de políticas de salud que tienen un carácter microintraorganizacional. El otro epidemiológico que realiza investigaciones de carácter observacional de tipo descriptivo (estudios de incidencia, prevalencia, mortalidad proporcional y estudios ecológicos), analítico (encuestas trasversales, estudio de cohortes, casos y controles). Experimental o de intervención (ensayos clínicos, de campo y comunitarios).

A la par se tiene estudios poblacionales de salud pública de carácter observacional (descriptivo: ecológico, morbimortalidad; analítico: cohorte y casos y controles), experimentales (ensayos clínicos, campo y comunitario) y cuasiexperimental.

Investigaciones clínicas individuales y las biomédicas de carácter subindividual.

A estas investigaciones se les debe dar un aval para su inicio.

La bioética analiza que problemas éticos y/o bioéticos tiene dicha investigación con seres humanos, vivientes, no humanos, biosfera y tecnosfera, desde el contexto, la parte sociopolítica, económica y jurídica que afecte la vida en general y en particular o su evolución cultural.


Resultados: El Trabajo es interdisciplinar, intersectorial e interinstitucional de docencia asistencia, extensión e investigación.

Conclusiones

Las nuevas tendencias en salud de las poblaciones, sus perspectivas y desafío desde la bioética y con enfoque de salud pública para la correcta toma de decisiones deben responder a un juicioso análisis estratégico que incluye las respuestas a los interrogantes de qué, quien, como, cuando, donde, cuanto, para que y porque. Igualmente debe llevar el aval de un comité de ética y bioética quien garantiza que su ejecución será pertinente, coherente y relevante de impacto y con un alcance y riesgo determinado y sigue los lineamientos normativos vigentes en el territorio para tal fin

BIBLIOGRAFIA

- ANDORNO, R. Bioética y dignidad de la persona, Madrid, Ed. Tecnos, 1998.
- ARRATIA, A. A Bioética e sua presena na educacao para a saúde, tesis para la obtención del grado de Doctora en Enfermería-área de concentración: Filosofía en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 1998.
- BARRIO, I. La ética del cuidado, un referente para la ética de enfermería. Enfermería clínica: vol 9 (2). Madrid. 1998.
- BENEDICT, M., y KEVIN, D. "Personal responsibility for health", in Ethics of health care: an textbook, 2nd. ed. United States, Editorial George Town, University Press, 1994.
- CAFFARRA, C. "Introducción", en Manual de Bioética general, Madrid, Ediciones Rialp, 1994.
- CODIGO, CONVENIOS Y DECLARACIONES DE ETICA MÉDICA, ENFERMERIA Y BIOÉTICA.
- CORTINA, A. Ética mínima, 4a. ed. Madrid, Editorial Tecnos. 1994.
- DEL BARCO, J. L. Ética para la libertad, Córdoba, Publicaciones Obra Social y Cultura, Cajasur. 1998.
- GRACIA, D. Fundamentación y enseñanza de la Bioética: Hacia un enfoque socrático de la enseñanza de la Bioética. Bogotá: Editorial El Búho. 1998.
- HOTTOIS, Gilbert. Qué es la Bioética. Universidad el Bosque. 2007.
- <http://www.abcpedia.com/diccionario/definicion-educacion.html>
- http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/biosyethos8_bioetica.htm.
- LEÓN, F. "La Bioética: los modelos éticos de referencia", Rev. Persona y Bioética, Bogotá, N° 1, junio, 1997.
- LOLAS F. Bioética. Santiago, Chile. Editorial Universitaria Santiago de Chile. 1998.
- LLEDÓ, E. "Introducción a las éticas", en Aristóteles: Ética nicomaquea. Ética eudemia, traducción por Julio Palli Bonet. Madrid, Gredos. 1988.
- Método Socrático en que el maestro, mediante preguntas, va haciendo que el discípulo descubra nociones que en él estaba latentes. <http://www.re-etica-edu.com.ar> info@redbioetica-educ.com.ar
- PFEIFFER, M. Toma de decisiones clínica III. Salud Integral. Introducción a las teorías de la Justicia. Módulo III. 2008. Tomado de <http://www.rebioetica-edu.com.ar> info@redbioetica-educ.com.ar
- POLAINO-LORENTE, A. "Implicaciones éticas en la educación para la salud", en Educación para la salud, Barcelona, Herder, 1994.
- VIDAL, S. Una propuesta Educativa de la Bioética para América Latina. Módulo IV. 2008. Tomado de <http://www.rebioetica-edu.com.ar> info@redbioetica-educ.com.ar
- www.redbioetica-edu.com.ar
- Normatividad de salud pública del ministerio de salud de Colombia



AGRO-GAIA Y TECNOSFERA: UNA VISIÓN DESDE LAS CIENCIAS AMBIENTALES

Dr. Alejandro Cifuentes Guerrero
Docente Posgrados Programa de Maestría
en Educación.
Universidad de Cundinamarca.
Ingeniero Agrónomo. M.Sc. ©
Ph.D. Educación

Agua

Vida

Rocas

Gases

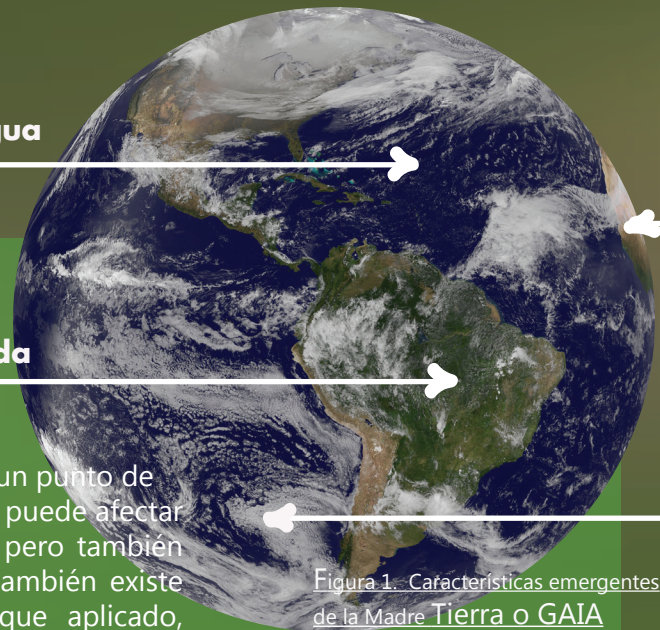


Figura 1. Características emergentes de la Madre Tierra o GAIA

Deseo en esta presentación dar un punto de vista de cómo la ciencia objetiva puede afectar al planeta con sus tecnologías, pero también tiene un carácter dual, donde también existe un cúmulo de conocimiento que aplicado, aprendido, puede hacer la diferencia en la construcción de nuevas relaciones planetarias, nuevos estilos de vida, y por supuesto una nueva conciencia colectiva ecológica. GAIA es el nombre mítico dado a la Madre Tierra, quien es subjetiva según las teorías de James Lovelock. En resumen la teoría GAIA se caracteriza por reconocer que el planeta tiene

las siguientes y otras propiedades emergentes: En primera instancia resalto que La Gran Mayoría de Científicos que estudian el clima, afirman que los desastres naturales están muy relacionados al cambio climático. Lluvias intensas y extensas y veranos intensos y extensos. Esto adicional al patrón dinámico planetario "GAIA está viva pero enferma", nos ha intensificado los desastres naturales en el mundo en más de 20 eventos catastróficos en Colombia, Haití, Estados Unidos, India, Pakistán, Turquía, Chile, entre otros países. En Colombia en los dos últimos desastres, en un Pueblo de Antioquia y Mocoa, son cerca de 400 muertos que cobra el desastre antrópico en los ecosistemas cercanos a estos territorios.

Nos preguntamos: ¿a qué obedece que estos fenómenos afecten nuestra cotidianidad, e interrumpa nuestros sueños? Es un fenómeno de variabilidad climática en el corto plazo, cambio climático de largo plazo, con destrucción de los ecosistemas en lo local. El hombre tiene una capacidad objetivadora alta, es decir de transformar con cosas el territorio. Es decir objetivamos el territorio.

Es un super organismo vivo, auto equilibrado, auto organizado, con miles de millones de relaciones de interdependencia, auto regenerador, homeostático. Capaz de reciclar a nivel global. Elementos vitales son producidos en algún sitio del planeta y llevado a donde escasea (Flujos montaña - mar). Es dinámico dado a que su naturaleza es de megafuerzas.

Palabras Clave

Salud pública
Derechos humanos
Humanización
Gestión
Parto
Crianza
Autorregulación
Paradigmas
Salud primal.



Figura 2. Colombia, un país expuesto a desastres como el de Mocoa por vulnerabilidad al cambio climático. En: El País, Abril 9 de 2017. 300 muertos

Todo lo natural lo cambiamos por nuestras construcciones a través de la tecnología, de la ciencia y de la cultura. Entonces construimos casas cerca de los ríos, construimos barrios en las rondas hídricas. Luego vienen las avenidas torrenciales, y se llevan todo: hasta la vida misma.

Nuestra cultura objetivista, ha cambiado las funciones ecológicas de los ecosistemas, hemos transformado el paisaje con extensas zonas ganaderas y Agrícolas. Hoy hemos transformado la mitad del Territorio colombiano: 50 millones de hectáreas. Y seguimos con esta tarea a una tasa de 200.000 hectáreas por año, sobre todo en Parques Nacionales. El problema agrario y el crecimiento sin planeación de las ciudades es la misma cara de la moneda.

La marginalidad de la agricultura campesina, sujeta al olvido del Estado, ha dejado dos alternativas al habitante rural: expandir la frontera agraria en las selvas de la Colombia profunda, o ser absorbido por los agujeros negros de los cinturones de miseria en las grandes ciudades (Ardila y Vergara, 2012)

Intento establecer tres causas del desastre ecológico: Una primera, basada en el análisis de profetas ecológicos de este Tiempo: Leonardo Boff. Una segunda causa de lo que sucede en la relación humana-naturaleza en lo local. Una tercera un análisis de las características de la ciencia y el nuevo paradigma ecológico.

Para Leonardo Boff, lo llamo un profeta ecológico de nuestro tiempo, ya que ha denunciado las causas del desastre ecológico planetario en su libro, Tao de la Liberación, (Boff y Hataway, 2009). El desastre radica en varios anti-valores, una cultura dual, Alto consumo. Entre otras están:

Agotamiento de las riquezas de la tierra. Amenaza en la producción de alimentos. Multinationales del Petróleo se han

adueñado de la energía, de los fertilizantes, y ahora de los alimentos "transgénicos y plaguicidas"

Envenenamiento de la vida por Plaguicidas, y miles de químicos que producimos en la industria y que van a dar al agua, la tierra, y la biología de humanos, animales y vegetales.

Crecimiento canceroso. Destrucción de la subsistencia.

Finanzas parasitarias y el dinero como único valor, más que la vida. Cuando Vivimos entre un planeta y ecosistemas abundantes. Pero siempre con mercados basados en la escasez..

Monocultivo de la mente. Cultura globalizadora que destruye la cultura local y sabidurías tradicionales. Destrucción de la Biodiversidad

Los gobiernos aliados de las multinacionales. Principales responsables de la contaminación.

Ciudadanos sin entendimiento de las relaciones de los ecosistemas, el territorio y el planeta.

CIENCIA, TECNOSFERA Y ECOLOGIA

La ciencia y filosofía, formas de la racionalidad humana, según Maldonado, 2005. P.2 nacen con los primeros pensadores griegos: Euclides, Platón, Sócrates, quienes ya apuntaban hacia una ciencia deductiva e hipotética. La primera ciencia es la Geometría. Aristóteles lo tildan como el padre del dualismo.

Traigo también a esta revisión al autor ruso, Vladimir Vernadsky (1863-1945) quien describió los organismos como si fueran minerales. Y los llamó materia Viviente como la mayor fuerza geológica sobre el planeta. La propiedad de Ubicuidad de la vida, que todo lo penetra e implica siempre ha estado presente. La vida, moviliza la materia horizontalmente. Creó el termino Noosfera como la capa consciente de la vida (humanidad y tecnología como parte integral

de la biosfera). Vida=proceso. Puso a circular el concepto de Biosfera, como una majestuosa manifestación del sol. Y dijo que la Vida es una entidad única.

El autor que introduce el concepto de ecología profunda es ARNE NAESS quien distingue entre ecología superficial o antropocéntrica con ecología profunda o ecocéntrica. Esta no separa al humano del entorno natural como un juego de interdependencia-dependencia con el todo. Estas relaciones son las funciones que tiene cada animal, vegetal, hongo, bacteria, protista, en el conjunto de ecosistemas planetarios. Estas son millones de funciones y nichos. Y a estas se les llama ecosistemas o GAIA. El problema de nuestra conciencia planetaria y ecológica es que no las reconocemos, y para ello se requiere una alfabetización ecológica permanente, es decir vivir en naturaleza, por ello la importancia de la educación ambiental. Si conocemos podemos cuidar y amar.

La Ecología profunda o ecología espiritual, entiende las relaciones implícitas entre las partes de nuestros ecosistemas y el territorio. La realidad es un proceso mucho más complejo de intercambios, de interdependencia, una trama de vida que no puede ser aprehendida como si se tratara de un conjunto de partes separadas unas de las otras. La educación será ineficaz y sus esfuerzos serán estériles si no procura también difundir un nuevo paradigma acerca del ser humano, la vida, la sociedad y la relación con la naturaleza. (Francisco, laudato si p 12)

La ciencia que alzó vuelo con Bacon y Newton, Padres del Atomismo y reduccionismo, quienes logran establecer el método científico. Es decir reducir las cosas de la naturaleza para conocerlas. El mundo para Newton era predecible y determinado, naciendo el determinismo.

Esta ciencia logro objetivizar la realidad, hacia la construcción de máquinas que transformaron el planeta: Barcos, aviones, trenes, camiones, retroexcavadoras, tractores, motosierras, guadañas, motos, etc. Han servido para las actividades humanas, reduciendo tiempos, pero contaminando con ellas mismas y con sus aceites, combustibles y demás accesorios. Y transformando ecosistemas a una escala mayor. En la figura 3, se hace paralelo entre la ciencia objetiva antropocentrista y la nueva cultura basada en el ecocentrismo.

Ciencia objetiva frente al paradigma emergente. Proceso histórico, científico y cultural

Ciencia objetiva Newtoniana

Reduccionismo - Atomismo
Materialismo
Mecanicismo
Determinismo científico
Racional
Análítico - Lógico
Lineal
Competitivo - Cualitativo
Control. Homogeneidad
Dualismo

Paradigma emergente

Holismo
Complejidad
Espiritualidad
Intuitivo. Conector con lo implícito
Ecología profunda
No lineal
Cualitativo
Cooperativo-Asociativo-Simbiótico
Relacional y Sistemico
Sostenible
Incertidumbre (Heisemberg). Caos
Todo partes - Teoría de sistemas
Holográfico... Lo implícito y no local. Todo interrelacionado.
(Conciencia y espiritualidad).
Mente interfaz entre materia y espíritu. (Impl-Expl)

Figura 3. Paralelo entre ciencia Newtoniana y los rasgos del paradigma emergente y ecológico

Hoy la ciencia intenta construir carros cero emisiones. Pero llevarán décadas para que esto sea igual para las otras máquinas. Hoy nos acercamos a la cuarta revolución industrial, la era de Tics y comunicaciones, de la información. Hoy es evidente que entramos en mayores brechas tecnológicas, para los ciudadanos latinoamericanos y africanos. Hoy nos esperan nuevos desafíos para los maestros y para los niños de todo el mundo. La tecnología y un planeta sano y limpio para vivir. Las grandes ciudades imponen nuevos desafíos, entre ellos la generación de emisiones y la generación de residuos sólidos. Los dos grandes problemas de las ciudades y del ambiente local, con repercusiones globales. Hoy el desafío esta en tratar de ofrecer a los marcos regulatorios las tecnologías alternativas, como solución, pero ellas están lejos aún de ser tenidas en cuenta. La agroecología, la permacultura, las energías alternativas, entre otras, son las herramientas con que cuentan los defensores Gaianos y los defensores de la salud y el buen vivir. El bienestar de la vida, depende de los estados de conservación de la misma y del territorio. No solo de las áreas protegidas.

Figura 4. Fragmentación y reducción de los Problemas antrópicos que generan impacto en los recursos o partes ecosistémicas planetarias.

Una ecología superficial opera en la gestión Ambiental Nacional. Hoy no podemos dar licencias ambientales, solo porque va a generar tantos empleos. La pregunta es, ¿cuánta enfermedad producirá, o cuanta muerte producirán las nuevas y actuales empresas y sus actividades? Para finalizar, pretendo hacer un análisis holístico de como los pensum de ciencias ambientales y agropecuarias pueden ayudar a trabajar por GAIA. Hoy formamos agrónomos sin herramientas como la etnografía, para conocer culturas ancestrales, su conocimiento, tecnologías y medicinas, sus alimentos. Estos mismos deberían saber sobre energías alternativas. Esto mismo debe operar para las demás carreras universitarias. Formar nuevos profesionales defensores planetarios, nuevas configuraciones en currículos deben darse en-torno a los problemas planetarios de contaminación del agua, suelo, alimentos, cambio climático, pobreza, desertificación, pérdida de la biodiversidad, entre otros problemas.

La secuencia de los problemas de GAIA se presenta en la figura 4. Análisis que puede ampliarse. Como vemos todos son antrópicos. Cada hexágono muestra un problema, o una parte del total GAIANO. Que pueden seguirse ampliando, dado que hoy tenemos más información.



Figura 5. Diferentes esferas o partes de GAIA, relacionadas y vistas desde la física, biología y química. Fragmentación y reducción.

La figura 5, muestra la dimensión de como hemos visto o reducido las esferas de GAIA, desde la física, la química y la biología incluida la esfera del conocimiento o tecnosfera. Esta esfera debe enfocarse, o el cumulo de conocimiento hacia el bien-estar de todo el macro-ecosistema planetario. Pero lo cierto es que estos recuadros obedecen a ciclos dinámicos, como lo es el planeta y los nuevos entendimientos desde la complejidad, la termodinámica del equilibrio y no equilibrio.



Figura 6. Relaciones de las diferentes disciplinas ecológicas que pueden ayudar a mejorar la vida planetaria, en un común para GAIA y los humanos desde un enfoque holístico.

También se puede ampliar el rango de disciplinas que pueden generar nuevas relaciones planetarias o ecotecnologías. Puede ampliarse a la química ambiental, a la microbiología, que pienso serán disciplinas de mucha utilidad en el futuro próximo, para la solución de problemas. Estos son quizás retos de la educación y de la gente del común. ¿La pregunta es cuál es el reto ecológico de las multinacionales? Creo que en la globalización y libre mercado aún no se vislumbra.



Concluyendo

Nos queda solo manifestar que el poder está en los libros y su lectura. El paradigma emergente nos abre una nueva frontera de pensamiento y actuación frente a la vida y el planeta. También es un reto trabajar desde la educación en todos los niveles, hacia nuevas conciencias de cuidado de la vida, la naturaleza y la cultura.

Si el espíritu es vida y relación, su opuesto no es la materia, sino la muerte y la ausencia de relación. La materia es un campo que está profundamente impregnado de energía, interacción e información. En este contexto la espiritualidad es el mayor poder del que dispone la vida. Y es en consecuencia, un compromiso con la proyección y expansión. Con toda la diversidad de GAIA, la gran madre Tierra-La Pachamama" (Boff M. H., 2009)

La espiritualidad no es un monopolio de nadie, se halla en toda persona, en las diferentes etapas de la vida. Esta propiedad dentro de nosotros, representa la condición espiritual humana, aquello que llamamos espiritualidad. (Boff M.H., 2009)

Sin una revolución espiritual, será imposible que inauguremos el nuevo paradigma de la religación entre la ecología exterior e interior. Entre lo explícito e implícito.

Somos parte de GAIA. No olvidamos que interconectamos los ciclos biogeoquímicos. Nuestro propio cuerpo está constituido por los elementos del planeta y de las estrellas, el aire nos da alimento y el agua nos vivifica y restaura (Laudato si. Papa Francisco, P 3)

El auténtico desarrollo humano posee un carácter moral y supone el pleno respeto de la persona humana, pero también debe prestar atención al mundo natural, y tener en cuenta la naturaleza de cada ser y su mutua conexión en un sistema ordenado (Laudato si. Francisco, página 6)

El Paradigma emergente parte de un hecho histórico científico que es la física cuántica. Producto de este proceso, emerge el paradigma ecológico, como alternativa al crecimiento y desarrollo desorganizado, contaminante, y dominador. El cual busca transformaciones personales, subjetivas, actuando en territorios locales, que impacten o sumen globalmente, hacia un destino común, GAIA –Humanidad.

Como lo manifiesta Boff, Capra y otros autores, hay que construir nuevas relaciones y estilos de vida que no alteren los ritmos del planeta, y que nos permitan la dinámica y la coevolución Planeta-Humanidad, en un mismo destino. La espiritualidad, es una de las capacidades autopiéticas, con la cuales estamos conectados a GAIA, y con la cual podemos defenderla y disfrutar de este Paraíso. Meditemos en encontrarnos como humanos.

La crisis actual hegemónica del hombre contra el planeta y el ambiente, debe ser trabajada desde sistemas educativos con fuertes principios ecológicos, de solidaridad, cooperación, y sobre todo con una nueva espiritualidad religada con el todo: debe ser un pacto del humano con el humano, del humano con el planeta, y del humano con la biodiversidad.

Esta nueva subjetividad, relacionalidad, o comunión, es vital como praxis en procesos ecopedagógicos y de bioaprendizaje. Hay que intervenir con un propósito y una nueva visión de la autoorganización, proyectada y ejecutada hacia procesos que construyan vida, por ejemplo reforestar la cuenca hidrográfica de la vereda, o no abandonar perros...

Nuevos esquemas o integraciones de disciplinas, lo que llaman *pensum*, puede provocar nuevos profesionales defensores planetarios. Con una visión en el ecocentrismo o paradigma emergente o de la tercera cultura.


Los invito a defender el ecocentrismo!

BIBLIOGRAFÍA

- Boff, L. (2002). Ecología: grito de la tierra, grito de los pobres. Madrid: Trotta S.A.
Boff, L. (2002). El cuidado esencial, Ética de lo humano. Compasión por la tierra. Madrid: Trotta.
Boff, M. H. (2009). El Tao de la Liberación. Una Ecología de la Transformación. Madrid: Trotta.
Francisco. LAUDATO SI. Carta Encíclica sobre el cuidado de la casa común.
Lovelock, James. Homenaje a GAIA. Ed. Laetoli
Lovelock, James. (2000). Las Edades de Gaia. Una biografía de nuestro planeta vivo. Tercera Edición
Margulis, L. (1995). ¿Qué es la vida? Barcelona: Tusquets Editores S.A.
Maturana H, Varela Francisco.(2003) El árbol del conocimiento; las bases biológicas del Entendimiento Humano. Primera Edición. Buenos Aires. Ed. Lumen.
Vergara y Ardila (2012). El modelo Agrópolis frente a la dialectica ciudad-campo. Revista de la Universidad de la Salle, 13.

Normatividad de salud pública del ministerio de salud de Colombia





**ANALISIS DE LA
TRANSMISION DEL VIRUS
DEL CHIKUNGUNYA EN EL
MUNICIPIO DE GIRARDOT,
UNA APROXIMACIÓN
DESDE LAS CIENCIAS
COMPLEJAS.**

Nohora Ofelia Reyes Jiménez
Diana Lissette Fúquene Barrero
Nohreyes@gmail.com
Dianabarrero152@hotmail.com

Resumen

El objetivo principal de la investigación es analizar la transmisión del virus del Chikungunya en el territorio de Girardot, desde la Lógica de las ciencias complejas, haciendo una aproximación de análisis desde las categorías de la teoría de redes, durante el segundo periodo de 2014 y el primer periodo de 2015. En la primera parte del estudio, se realizó un análisis del estado del arte de la enfermedad y su propagación. Se describe la enfermedad del Virus del Chikungunya y la transmisión dada por el vector *Aedes Aegypti* y *Ae. Albopictus*; por lo cual la Organización Mundial y Panamericana de Salud la catalogan como un problema de salud pública emergente en la Región de las Américas. Soportado por la revisión de artículos e investigaciones indexadas de diferentes países, ubicados en las bases de datos: Scielo, Science-direct, PubMed, Ovid. La búsqueda se limitó desde el año 1955 hasta el 2015, en el idioma español e inglés.

El estudio se realizó por medio de una investigación mixta (cuan-ti-cualitativa), teniendo en cuenta una proporción de personas infec-tadas por el virus y realizando un análisis de la manera en que se transmitió la enfermedad. Se realiza una observación de la transmis-ión de la enfermedad en la población utilizando un sistema de infor-mación geográfica (SIG). Por último, se realiza un análisis de los resul-tados acudiendo a las categorías de la teoría de redes.

Este estudio propone hacer especial énfasis en un elemento de la triada ecológica que hasta el momento no se le ha prestado mayor atención para el análisis de las enfermedades transmitidas por vecto-res como lo es el Huésped. Se ha analizado el huésped desde los hábitos y costumbres que podrían facilitar la reproducción del agente. Sin embargo, los resultados obtenidos describen otra serie de elementos que podrían estar implicados en la rápida transmisión del virus del Chikungunya como es el tipo de red compleja presente en los individuos sujetos de estudio.

ANALISIS DE LA TRANSMISION DEL VIRUS DEL CHIKUNGUNYA EN EL MUNICIPIO DE GIRARDOT, UNA APROXIMACIÓN DESDE LAS CIENCIAS COMPLEJAS

Palabras Clave

Virus del Chikungunya – Triada ecológica – Salud pública – Cien-cias complejas Teoría de Redes.

Antecedentes:

La epidemia de Fiebre Chikungunya ha mostrado históricamente una presentación cíclica, con periodos interepidémicos que oscilan entre 4 y 30 años. Desde el año 2004, el virus del Chikungunya ha expandi-do su distribución geográfica mundial, provocando epidemias sostenidas de mag-nitud sin precedentes en Asia y África. Si bien algunas zonas de Asia y África se consideran endémicas para esta enferme-dad, el virus produjo brotes en muchos territorios nuevos como las islas del Océano Indico y en Italia. Esta reciente reemergencia del virus del Chikungunya ha aumentado la preocupación y el interés respecto al impacto de este virus sobre la salud pública mundial. (Salud O. M., 2011).

Pese a que la enfermedad del Virus del Chikungunya es conocida desde años atrás, la propagación de la misma no ha logrado ser controlada o entendida. Actualmente la enfermedad sigue acrecentando el número de personas infectadas.

La enfermedad del virus del Chikungunya no solo es un problema endémico, adicionalmente ha presentado grandes repercusiones en la morbi-mortalidad de la población de todas las edades a nivel mundial y nacional. "En Colombia, alrededor de 325.000 casos de fiebre Chikungunya habían sido notificados a finales de abril de 2015. Además, las autoridades nacionales han documentado 25 muertes asociadas a la infección por el virus de Chikungunya. La Mortalidad menor relacionada a la documentada con otras regiones del mundo." (Diego Viasus, 2014) Aunque se debe tener en cuenta que existe un subregistro en los casos de notificación por la no asistencia a un centro médico de las personas que han padecido la enfermedad.

Desarrollo del tema:

Se toma la infección por el Virus del Chikungunya como otro evento de interés en Salud Pública en Colombia, categorizada como enfermedades de transmisión vectorial, las cuales mantienen un comportamiento endémico-epidémico como el dengue, la malaria, Chagas, el Zika, entre otros. La circulación de las especies de vectores como el *Aedes aegypti* y el *Aedes albopictus*, exige que el Ministerio de Salud implemente estrategias integrales para la promoción de ambientes sanos, así como la prevención y control de las enfermedades en mención. Sin embargo estudios que se presentan en el desarrollo de la investigación muestran que los reportes científicos se han enfocado principalmente en tres aspectos: desarrollo y reproducción del vector; en la tipificación del virus y en cómo tratar la sintomatología en las personas contagiadas. Pero, ningún estudio ha reportado porque el Virus del Chikungunya se propaga de manera tan rápida y eficaz, ni porque a pesar de la implementación de las estrategias de prevención para disminuir el contagio se siguen presentando muchos casos.

Cundinamarca es uno de los departamentos con mayor incidencia de la enfermedad por el Virus del Chikungunya, la incidencia nacional por la enfermedad del Virus del Chikungunya es de 67,9 casos por 100.000 habitantes en población urbana. En el Boletín epidemiológico No 1. Se realizaron las primeras notificaciones en Cundinamarca.

Es por esto que la investigación presenta un análisis del fenómeno desde una aproximación a la teoría de redes, al evidenciar propiedades que son típicas en los fenómenos complejos como la impredecibilidad, no linealidad y azar. Tal como lo refiere Solé, "Una complejidad que abarca todas las escalas, desde el mundo molecular hasta la sociedad o la historia" (Solé, 2009). Se añade una visión desde redes complejas que

ayudan a conectar todo tipo de elementos, que definen sociedades, ecosistemas o cerebros; que permiten obtener, analizar y comprender el fenómeno desde otra perspectiva.

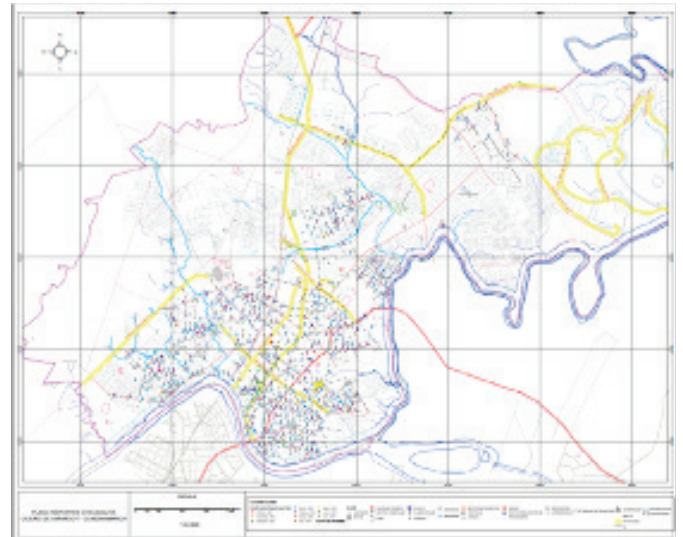


Figura 1. Plano Municipio de Girardot, Casos de Chikungunya en el Territorio de Girardot.

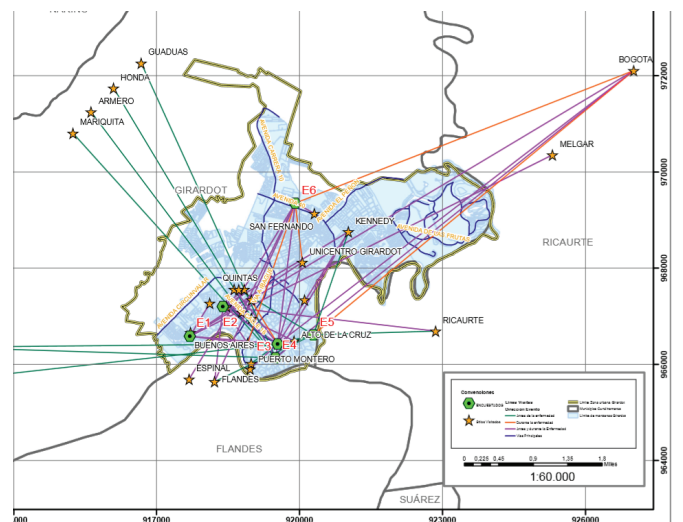


Figura 2. Plano Municipio de Girardot, movilidad de la población en estudio antes y durante la enfermedad del virus de Chikungunya

Discusiones:

Se observa la expansión de la transmisión de la enfermedad en la población ubicada en los diferentes barrios y comunas de Girardot, a través de un sistema de información geográfica de los casos presentados. Se describen una serie de elementos que podrían estar implicados en la rápida transmisión del virus del Chikungunya como es el tipo de red compleja presente en los individuos sujetos de estudio.

En el transcurso de los años, la humanidad se ha visto afectada por múltiples epidemias, produciendo mayor o menor daño en la población según la intensidad de la misma. Pese al avance en medicina, tratamientos médicos, tecnología y estudios para realizar un manejo acorde de las mismas, no se ha podido controlar satisfactoriamente. Tal es el caso de la reemergencia de la enfermedad del Virus del Chikungunya, la cual nos puede brindar pautas para realizar un análisis sobre la transmisión del Virus (Solé, 2009).

Conclusiones:

1. En la transmisión del virus del Chikungunya se evidencia la Triada Ecológica como facilitadora de la epidemia de la enfermedad, en donde el Huésped portador del virus sin límites en su movilidad, va creando vínculos de relación que dan inicio a la formación de Redes de Mundo Pequeño, al encontrar en el ambiente el Agente transmisor que es endémico en el territorio de Girardot y no se encuentra relación directa con el radio de vuelo de los vectores *Ae. Aegypti* y *Ae. Albopictus* ya que solo pueden alcanzar hasta los 500 metros.

2. Los primeros 6 barrios con mayor notificación fueron: Alto de la cruz con 215, Buenos Aires 168, las Acacias 126, San Miguel 107, Puerto Montero 68, Gólgota 55. Estos datos muestran que la mayor incidencia de la enfermedad ocurrió en los barrios que presentaron mejores condiciones ambientales para la multiplicación del vector.

3. Los espacios públicos - sociales del municipio de Girardot, son lugares de alta concentración; la movilidad es facilitada por la variedad de medios de transporte utilizados. Este es un factor que puede estar directamente relacionado con la epidemia del Chikungunya en la ciudad. Con un incremento de la población flotante en el municipio de Girardot, que promueve los vínculos y la interacción social, familiar, de actividades lúdicas y recreativas.

4. En Colombia a la fecha según registro del SIVIGILA, se han reportado 19.157 casos del virus de Chikungunya en Girardot. Entidades como la OMS, la OPS, Minis

terios de Salud y Secretarías de Salud; se han esforzado en construir planes de respuesta frente al Virus del Chikungunya; pero los enfoques utilizados por las entidades gubernamentales no han permitido controlar satisfactoriamente la forma de transmisión del virus del Chikungunya y las acciones realizadas no han tenido mayor impacto.

5. Desde el ámbito de Las Ciencias Complejas, la aproximación a la teoría de Redes fue indispensable

para establecer las interrelaciones entre los componentes que intervienen en el inicio y desarrollo de una epidemia, como la presentada en el estudio realizado en el Municipio de Girardot.

6. La re-emergencia de esta enfermedad y su rápida extensión geográfica demostrada por los sistemas de georreferenciación, muestran la vulnerabilidad de las diferentes poblaciones a las enfermedades infecciosas emergentes propagadas por vectores y determinan la importancia en identificar el real problema de la transmisión del Virus.

Bibliografía

- Alcaldía de Girardot - Cundinamarca. (26 de Febrero de 2016). Obtenido de http://girardot-cundinamarca.gov.co/informacion_general.shtml#economia
- Aldana, M. (2011). Redes complejas: Estructura, Dinámica y Evolución.
- Botero, D. S. (2014). Informe final del evento Chikungunya, Colombia . Bogota: proceso, vigilancia y Analisis del riesgo en Salud publica.
- Carvajal, A. (2013). Fiebre Chikungunya. Revista Medicina Interna. Caracas.
- Colina, C. G. (2014 27 de noviembre). Boletín informativo. Girardot.
- Colina, C. G. (2014). Boletín informativo. Girardot.
- Consumo, S. g. (2014). brote de fiebre Chiungunya en la region de las Americas, evaluacion rapida del riesgo para España. España.
- Diego Viasus, J. M. (2014). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2014; 31 (1): vii-ix. Barranquilla: Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2014; 31 (1): vii-ix.
- Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, I. N. (2014). Semana epidemiologica número 46 . Bogotá D. C. – Colombia : Instituto Nacional de Salud Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública .
- Eugenia Corrales-Aguilar, A. T.-A. (s.f.). Chikungunya: un virus que nos acecha (Chikungunya: a threatening virus).
- FJ.1, M. d. (2015). A propósito de un caso de Fiebre de Chikungunya importada de America. Sanid. mil., 183-185.
- Fundacion Santa Fe de Bogota. (2016). Experiencia de control y prevención del dengue en Colombia, es exaltada en los 40 años del TDR. Bogotá, Colombia.
- Guber, R. (2011). La etnografía: Metodo, campo y reflexividad. En R. Guber, La etnografía: Metodo, campo y reflexividad (pág. 146). Bogotá: Grupo editorial Norma.
- Hernandez, F. y. (2003).
- humanos., O. S.-R. (2005). Espacios públicos urbanos, pobreza y construcción social. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Instituto Nacional de Salud. (2014). Boletín Epidemiológico. Evento prioritario. Bogotá.
- Instituto Nacional de Salud. (2015). Boletín epidemiologico Semana 30 . Bogotá.
- Jaramillo, B. N. (2014). Infeccion por el virus del Chikungunya. CES

Med., 28 (2): 313-323.

Jorge E. Miceli. (2006). La ciencia de las redes. Revista hispana para el analisis de redes sociales.

Laura C. Harrington, T. W. (2005). "DISPERSAL OF THE DENGUE VECTOR AEDES AEGYPTI WITHIN AND BETWEEN RURAL COMMUNITIES". New York, Estados Unidos.

Lluch, G. P.-G.-Y. (s.f.). Fiebre de Chikungunya: enfermedad infrecuente como emergencia medica en Cuba.

Ministerio de Salud. (2015). Informe técnico. Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Bogotá: ONS.

Munar, D. A. (s.f.). Diagnostico economico de la ciudad de Girardot. Girardot.
Noticias de prensa OPS sede central comunicados de OMS. (20 de Octubre de 2014). Chikungunya: un nuevo virus en la region de las Americas. Noticias de prensa OPS sede central comunicados de OMS.

Olaya, V. (2014). Sistemas de Informacion Geografica. Obtenido de Libro_SIG.pdf: <http://volaya.github.io/libro-sig/>
Paho. (s.f.). Chikungunya un nuevo virus en la region de las Americas. Obtenido de http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1343:chikungunya-un-nuevo-virus-en-la-region-de-las-america
cas
prensa, C. d. (2016). Organizacion Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/es/>
Publica, D. d. (2015). Semana epidemiologica número 52. Bogotá D. C. – Colombia : Instituto Nacional de Salud Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública.

publica, M. d. (2015).

Rey Jorge R, C. C. (25 de 06 de 2012). La Fiebre Chikungunya. ENY-736S (IN729),FAS. University of Florida . Obtenido de <http://edis.ifas.ufl.edu/pdffiles/IN/IN72900.pdf>

Rubio, J. M.-P. (27 de Agosto de 2015). Health is global.

Salud, D. d. (2014). Semana Epidemiologica número 53. Bogotá D. C. – Colombia : Instituto Nacional de Salud Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública.

Salud, D. d. (2016). Semana epidemiologica número 17 de 2016 . Bogotá D. C. – Colombia : Instituto Nacional de Salud Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública.

Salud, E. d. (22 de Julio de 2014). Primer caso de chikungunya en Colombia llegó de República Dominicana. El Tiempo.

Salud, I. N. (2014). Boletin diario Número 18. Bogotá.

Salud, I. N. (2014). Semana epidemiologica Número 52. Bogotá.

Salud, I. N. (2014). Semana epidemiologica Número 53. Bogotá.

Salud, I. N. (2015). Boletin epidemilógico semana Número 20. Bogotá.

Salud, I. N. (2016). Semana epidemiologica número 17. Bogota.

Salud, I. N. (2016). Semana Epidemiologica Número 17. Bogotá.

Salud, I. N. (s.f.). Semana 30 Boletin Epidemiologico 2016. Bogotá: Sivigila.

Salud, O. M. (2011). Preparacion y respuesta ante la eventual introduccion del Virus Chikungunya en las Américas. Washington D.C.

Salud, O. m. (2014). Alerta epidemiologica Fiebre por Chikungunya y Dengue en las Americas. Washington D.C.

Salud, O. M. (Abril de 2016). OMS. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/es/>

Salud., O. P. (2011).Preparación y respuesta ante la eventual Introduccion del Virus del Chikungunya en las Americas. Washington, D.C., Estados Unidos de América.: Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente.

Semana. (2015-28-03). Chikungunya: El terror de las vacaciones. Revista Semana, www.semana.com/nacion/articulo/chikungunya-el-terror-de-las-vacaciones/422415-3.

Sistemas de coordenadas y datum Geodesicos. (s.f.). Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Georeferenciaci%C3%B3n>

Social, I. N. (2014). Lineamientos de Vigilancia en Salud publica, Entomologica y de laboratorio en Transmision autoctona del Virus del Chikungunya. COLOMBIA FASE II.

Social, I. N. (2015). Actualizacion de lineamientos de la notificacion de casos de Virus Chikungunya en Colombia, Fase II. Bogotá.

Social, M. d. (2010). Gestion para la Vigilancia entomologica y control de la transmision del dengue. Bogotá.

social, M. d. (2015). Guia para el manejo clinico de la enfermedad producida por el virus del Chikungunya. Asuncion, Paraguay.

Social., M. d. (Agosto de 2014). Plan Nacional de Respuesta frente a la Introduccion del Virus Chikungunya en Colombia. Bogota. D.C.
Solé, R. (2009). Redes Complejas: Del genoma a Internet. Barcelona: Tusquest Editores.

Tiempo, El. (s.f.). Hospitales en emergencia por el Chikungunya. El Tiempo, págs. www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/hospitales-en-emergencia-por-el-chikungunya/15091655.


vargas, C. M. (2015). Fiebre de Chikungunya: una nueva enfermedad emergente de gran impacto en la salud publica. Rev. Med Hered, 26: 55-59.

Watts, D. J. (2006). En Seis grados de separación: la ciencia de una edad conectada (pág. 336). Paidós Iberica.
Wikipedia. (s.f.). Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Epidemia>

Zuleny Margarita Tovar sanchez, S. A. (2015). Chikungunya: aspectos generales de una enfermedad emergente en Colombia. Biociencias, 75 - 88.

Robinson Mc, A. e.-5., & A., 4.-3. C. (2014). Fiebre chikungunya – Una nueva amenaza global. Med Clin (Barc). . Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2014.05.031>





**EVALUACION DE LA
EXPOSICION A
PLAGUICIDAS DE LOS
TRABAJADORES AGRICOLAS
VINCULADOS A LOS
CULTIVOS DE FRUTAS Y
HORTALIZAS Y
GENERACION DE CAMBIOS
PARADIGMATICOS EN LA
PRODUCCIÓN DE
ALIMENTOS, EL USO DE
PLAGUICIDAS Y LOS ESTILOS
DE VIDA SALUDABLES EN
LOS MUNICIPIOS DE LA
PROVINCIA DEL SUMAPAZ -
2015-2016.**

Clara Inés Sánchez Infante. Enfermera.
Esp G.P. Mgs E.
María Nieves Ávila Ávila. Enfermera. Esp.
E.A y D.C
Sandra Patricia Carmona Urueña: Enfer-
mera. Esp. S.O. Aspirante P.D

Resumen

En Colombia la exposición a plaguicidas se ha convertido en un problema de Salud Pública, debido al incremento de la demanda en el uso de los mismos y al impacto en la salud de la población y en el ambiente. El objetivo general de este Macroproyecto es Determinar las condiciones de trabajo, salud, del entorno ambiental y el capital social en individuos ocupacionalmente expuestos a los plaguicidas empleados en el cultivo de Frutas y hortalizas que utilizan los trabajadores agrícolas habitantes de las veredas seleccionadas en los municipios de Arbeláez, Pasca, San Bernardo y Cabrera, para implementar estrategias que permitan la generación de cambios Paradigmáticos en la producción de alimentos, el uso de plaguicidas y los estilos de vida saludables.

Se plantea realizar un estudio Mixto de alcance descriptivo transversal y etnográfico cuya población estará constituida por los trabajadores agrícolas vinculados a los procesos de cultivos de las veredas seleccionadas en los municipios de estudio pertenecientes a la región de Sumapaz (Cundinamarca).

Esta investigación aportará conocimiento sobre el estado de salud de esta población expuestas ocupacionalmente a sustancias agrotóxicas, al igual que sobre los peligros y los riesgos en seguridad y salud ocupacional de los trabajadores agrícolas de las zonas de estudio, también se evidenciará el tipo de sustancias manejadas y las formas de uso, lo cual permitirá definir elementos para diseñar estrategias que contribuyan a prevenir enfermedades de alto costo social, que garanticen poblaciones laboralmente saludables y que promueva el cuidado, el respeto y la preservación de los recursos ambientales.

Por otro lado contribuirá a la identificar las riquezas hídricas y los riesgos potenciales de degradación de estas fuentes naturales, para diseñar las medidas en el manejo del entorno a partir de la percepción de los efectos que sobre la salud puede desencadenar la exposición ambiental de estos plaguicidas.

En este sentido, el estudio arrojará un panorama sobre el uso y exposición a diferentes grupos de plaguicidas de los trabajadores agrícolas y el ambiente y sus elementos como son el agua, el aire y los suelos, que servirán como base para el diseño e implementación de estrategias de intervención que contribuyan a generar relaciones ecoamigables con el entorno, favorezcan el desarrollo sostenible, fomenten el trabajo seguro y los estilos de vida saludables. Se plantea un estudio multidisciplinario con la participación de profesionales de las áreas de la salud, agronómicas, de la salud y ambientales

Objetivo General

Determinar las condiciones de trabajo, salud, del entorno ambiental y el capital social en individuos ocupacionalmente expuestos a los plaguicidas empleados en el cultivo de Frutas y hortalizas en las veredas seleccionadas de los municipios de Arbeláez, Pasca, San Bernardo y Cabrera, para implementar estrategias que permitan la generación de cambios Paradigmáticos en la producción de alimentos, el uso de plaguicidas y los estilos de vida saludables.

La investigación se desarrollará en 4 fases

FASE I: que se encuentra en ejecución en donde se realiza la caracterización sociocultural, ambiental, demográfica y laboral de los trabajadores agrícolas vinculados a los cultivos de frutas y hortalizas en los municipios de Arbeláez, San Bernardo, Cabrera, Pasca pertenecientes a la región del Sumapaz (Cundinamarca)

II FASE:

Se realizará la toma y análisis las de muestras biológicas, ambientales lo cual permitirá Determinar PELIGROS y RIESGOS laborales a los que están expuestos los trabajadores seleccionados en la muestra y habitantes de las zonas de estudio

II FASE

A partir de la información y los resultados obtenidos en la Primera y Segunda fase de esta investigación se diseñará un programa de promoción que incluya temáticas sobre: Estilo de vida saludable y Trabajo Seguro. Buenas Prácticas Agrícolas, Agroecología. Manejo seguro de Plaguicidas. Manejo Integrado de Plagas.

IV FASE:

Seguimiento de las intervenciones realizadas

Objetivos Específicos

Identificar las características sociodemográficas, laborales, ambientales y de capital Social en la comunidad de agricultores sujetos de estudio. (I Fase)

Explorar las creencias y percepción sobre la salud y trabajo que tienen los agricultores y jornaleros. (I Fase)

Identificar veredas seleccionadas. (I Fase)

Determinar los principales ingredientes activos de los Plaguicidas usados en cultivos de las veredas seleccionadas. (I Fase)

Establecer los niveles de plaguicidas organofosforados, ditio carbamatos y organoclorados en muestras biológicas y ambientales. (II Fase)

Diseñar e implementar el programa de intervenciones en promoción y prevención y agroecología que favorezcan el desarrollo sostenible, fomenten el trabajo seguro y los estilos de vida saludables. (III Fase).

II FASE:

Se realizará la toma y análisis de muestras biológicas, ambientales lo cual permitirá Determinar PELIGROS y RIESGOS laborales a los que están expuestos los trabajadores seleccionados en la muestra y habitantes de las zonas de estudio

III FASE

A partir de la información y los resultados obtenidos en la Primera y Segunda fase de esta investigación se diseñará un programa de promoción que incluya temáticas sobre: Estilo de vida saludable y Trabajo Seguro. Buenas Prácticas Agrícolas, Agroecología. Manejo seguro de Plaguicidas. Manejo Integrado de Plagas.

IV FASE:

Seguimiento y evaluación de las intervenciones realizadas
ZONA DE ESTUDIO:

Esta constituida por cuatro municipios ubicados en la Región del Sumapaz, en los cuales se seleccionó una vereda:

Municipio de Arbeláez: Vereda Hato Viejo

Municipio de Pasca: Vereda Boca de Monte.

Municipio de San Bernardo: Vereda Santa Rita

Municipio de Cabrera: Vereda Alto Ariari.



CARACTERIZACIÓN SOCIOCULTURAL, AMBIENTAL, DEMOGRÁFICAS Y LABORALES DE LOS TRABAJADORES AGRÍCOLAS VINCULADOS A LOS CULTIVOS DE FRUTAS Y HORTALIZAS EN LOS MUNICIPIOS DE ARBELÁEZ, SAN BERNARDO, CABRERA, PASCA, PERTENECIENTES A LA REGIÓN DEL SUMAPAZ (CUNDINAMARCA)

Esta fase se encuentra en ejecución, en ella se estableció el Perfil demográfico, sociocultural, se definieron las características laborales, ambientales y de capital social; también se determinaron los tipos de Plaguicidas utilizados por los cultivadores y sus Patrones de uso. Se realiza un Inventario de las fuentes hídricas de la región, estableciendo el riesgo de deterioro.

Finalmente se obtuvo un Censo de las zonas de estudio por municipio, que permite la selección de la muestra para la II fase.

OBJETIVO GENERAL

Describir las características socioculturales, demográficas, ambientales, las condiciones laborales y de salud, el capital social de los trabajadores agrícolas vinculados a los cultivos de Frutas y hortalizas en los municipios seleccionados de la región del Sumapaz para proponer estrategias de intervención que contribuyan a generar relaciones ecoamigables con el entorno, favorecer la reflexión sobre sus realidades, el desarrollo sostenible, el trabajo seguro y los estilos de vida saludables.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las características sociodemográficas, laborales y ambientales de los agricultores sujetos de estudio.

Explorar las creencias, sentimientos y percepción sobre la salud y trabajo que tienen los agricultores y jornaleros.

Reconocimiento de la problemática del uso de plaguicidas en comunidades agrícolas de la región del Sumapaz.

AVANCES LOGRADOS ESTUDIO ETNOGRAFICO:

CREENCIAS, SENTIMIENTOS Y PERCEPCIÓN
SOBRE LA SALUD Y TRABAJO QUE TIENEN LOS
AGRICULTORES Y JORNALEROS



Los trabajadores agrícolas entrevistados se dedican al campo como parte de un trabajo heredado de sus padres y abuelos. Así mismo, todos manifiestan que han aprendido el oficio de manera empírica desde la niñez. Los entrevistados no desean heredar este trabajo a sus hijos, al considerarlo, en sus propias palabras: “duro, desventajoso e injusto”.

Ellos afirman dedicarse a este trabajo por no existir una mejor opción o porque no saben hacer nada más. Aun así, manifiestan amar el campo por su tranquilidad, seguridad, y belleza. Expresan no haber considerado nunca la posibilidad de migrar a la ciudad.

Los trabajadores agrícolas entrevistados afirman que lo más duro de su oficio es la incertidumbre y las condiciones desventajosas e injustas impuestas por el Gobierno Colombiano.

“Hace 35 años, vendíamos la libra de mora a \$400 y el fertilizante costaba \$7.000. Hoy vendemos la libra a \$500 y el fertilizante cuesta \$80.000, en esa situación estamos los campesinos”

(A. Vereda Santa Rita, Municipio de San Bernardo)

En las veredas investigadas, el fenómeno migratorio es evidente. Los jóvenes, al ver la situación de incertidumbre que viven sus padres, deciden migrar a la ciudad en busca de mejores oportunidades. La migración se da, principalmente, hacia la ciudad de Bogotá, una vez allí, la mayoría se dedican al sector de la construcción

Los campesinos entrevistados reciben ayuda de sus conyugues. Las mujeres colaboran principalmente en las labores de desyerbe y recolección de la cosecha. Se encargan de las labores de la cocina y garantizar el almuerzo a su esposo y jornaleros. Las mujeres afirman que el trabajo de campo es bastante fuerte para ellas y consideran que el machismo es aún muy frecuente en este medio.

Estos trabajadores admiten no usar la protección debida para la aplicación de químicos y plaguicidas. La mayoría de ellos afirman haberse intoxicado con plaguicidas en al menos una oportunidad. Consideran que la mayor causa de intoxicación por plaguicidas no es el desconocimiento sino la falta de consciencia y cuidado de la propia vida.

Se muestran interesados en adquirir capacitación y conocimientos para el desarrollo de abonos y productos orgánicos. Sin embargo, consideran que la posibilidad de reemplazar los químicos por productos orgánicos es lejana, al considerar que estos últimos no tienen la misma efectividad de los plaguicidas.

Algunos de los trabajadores entrevistados afirman conocer el Programa de Buenas Prácticas Agrícolas (BPA), sin embargo, solo un 2% de ellos ha hecho parte de este.

Estos lugareños afirman, con nostalgia y enojo, que el futuro del campo en Colombia es bastante oscuro, al no haber condiciones que garanticen la subsistencia de los campesinos.



RECONOCIMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA DEL USO DE PLAGUICIDAS EN COMUNIDADES AGRICOLAS DE LA REGION DEL SUMAPAZ. 2015-2016

INTRODUCCION

En la región del Sumapaz se produce diversidad de productos alimenticios que abastecen a la región y en especial a la Central De Abastos de Bogotá D. C. por lo que los trabajadores agrícolas utilizan una gran cantidad de agroquímicos como plaguicidas y herbicidas como se verifico en las visitas realizadas en diferentes cultivos de las veredas escogidas para este estudio.

Esta investigación permitirá reconocer la problemática del uso de plaguicidas en comunidades agrícolas de la región del Sumapaz, aportará conocimiento sobre las prácticas que realizan las poblaciones expuestas ocupacionalmente a plaguicidas, al igual que sobre los

peligros y los riesgos en seguridad y salud ocupacional de los trabajadores agrícolas de las zonas de estudio.

Dentro del estudio se plantearon los siguientes objetivos:

1.Determinar los Ingredientes Activos, grupos químicos, mecanismo de acción y grado de toxicidad de los plaguicidas utilizados en los diferentes cultivos para el control de las plagas, utilizados por los trabajadores agrícolas de la provincia del Sumapaz.

Dentro de los ingredientes activos, se encontraron 47 productos con diferente nombre comercial, con 39 principios activos, por lo que hay productos con nombre comercial diferente con el mismo principio activo en la composición. Los agroquímicos más utilizados actúan sobre el sistema Nervioso Central y Periférico de las plagas (51.3%)

Los grupos químicos que se hallaron fueron: Organofosforados y Carbamatos 34.2% Vermectinas, Piretroides, Spinosoles 17,1%. La División celular acilalaninas, ácidos cinámicos 11.5%

Membrana Celular, Síntesis de Quitina, Amino-ácidos y Enzimas Glicinas, Difeniléteres 37.2%

Los 39 Principios Activos Encontrados tienen grado de toxicidad en:

Categoría 1a extremadamente tóxicos y 1b altamente tóxicos con un predominio de 18,5%, siendo estos los que usan con más frecuencia por su rápida acción, gran oferta y variedad de productos en el mercado

Categoría II moderada toxicidad con un 28%

Categoría III mediana toxicidad con un 33%

Categoría IV leve toxicidad con un 20,5%

Los principios activos usados por esta comunidad agrícola son Fungicidas, Insecticidas Herbicidas

2. Identificar los PATRONES DE USO que tienen los agricultores en el manejo de los plaguicidas para el cuidado de los cultivos en la zona de estudio.

Se observó que los trabajadores agrícolas de la región del Sumapaz no usan elementos de protección personal adecuado para la manipulación y aplicación de los agroquímicos, la identificación de la plaga es ambigua, el almacenamiento de los agroquímicos lo realizan en espacios no adecuados y de fácil acceso para cualquier persona. Los envases se encuentran tirados a campo abierto, se queman o son reusados en prácticas domésticas.

Preparan y usan mezclas con poco conocimiento de compatibilidad e individualidad de uso. Aparente desconocimiento del grado de toxicidad y de la magnitud del daño para la salud y ambiente.

No se da cumplimiento en los tiempos de espera para volver a los huertos una vez aplicado el producto. Desacato en el tiempo y dosis que debe cumplirse entre la última aplicación antes de la recolección de la cosecha



CONCLUSIONES

Estas prácticas producen efectos negativos sobre la salud humana y ambiental por cuanto es estos agroquímicos tienen contaminantes orgánicos persistentes (COP) que necesitan cientos de años para descomponerse y eliminarse por lo que el riesgo al cual se ven expuestos en condición de su trabajo y actividad diaria, es continuo y genera deterioro en su salud.

Sumado a esto, hay externalidades negativas tales como: Disminución en la riqueza de flora y fauna microscópica, Reducción de la capacidad productiva, Alteración del equilibrio químico del suelo, Contaminación directa de las aguas superficiales y subterráneas, Pérdida de los mecanismos de defensa de los elementos de la tierra.

Bibliografía

Alcaldía de Girardot - Cundinamarca. (26 de Febrero de 2016). Obtenido de http://girardot-cundinamarca.gov.co/informacion_general.shtm-l#economia


Aldana, M. (2011). Redes complejas: Estructura, Dinámica y Evolución.

Botero, D. S. (2014). Informe final del evento Chikungunya, Colombia. Bogotá: proceso, vigilancia y Análisis del riesgo en Salud pública.

Carvajal, A. (2013). Fiebre Chikungunya. Revista Medicina Interna. Caracas.

Colina, C. G. (2014 27 de noviembre). Boletín informativo. Girardot.

Colina, C. G. (2014). Boletín informativo. Girardot



Experiencias en la valoración con el método REBA, para identificar riesgos relacionados con desordenes músculoesqueléticos (DME)

Marcela Alejandra Bermúdez
Enfermera ESST
Floralba Martínez Pinzón
Enfermera ESO

Los DME se instauran de manera progresiva a lo largo de la vida profesional de la persona/trabajo por lo tanto son el resultado acumulativo de una exposición a factores de riesgo biomecánicos prolongado en el tiempo.

En el ámbito de la prevención, existen varios métodos y técnicas que son utilizados en la evaluación de los riesgos relacionados con DME en los lugares de trabajo, para priorizar las intervenciones en la persona o medio ambiente, basado, en un referente cuali cuantitativo de calificación.

Éstos métodos son seleccionados de acuerdo con la experiencia del evaluador, algunas veces la selección del método depende del tipo de trabajo a evaluar, el alcance del método y nivel de complejidad de las tareas.

Una vez identificada la situación de trabajo con riesgo de DME, se realiza la valoración basado en cuatro criterios principalmente: Evaluación de movimientos repetitivos, posturas, levantamiento y manipulación de cargas, Organización del trabajo y condiciones ambientales.

Las posturas de trabajo objeto de ésta presentación son causa de carga estática en el sistema musculoesquelético de la persona. La carga estática o continua por posturas forzadas o mantenidas de trabajo conlleva a sobreesfuerzo y a fatiga muscular por baja en la eficacia del trabajo muscular y en algunos casos extremos, llevando a lesiones relacionadas con el trabajo.

De otra parte, hay que tener en cuenta los factores relacionados con las características individuales (forma de realizar la tarea), factores que condicionan la respuesta (edad, experiencia, variables psicosociales). La carga postural puede ser reducida mejorando las tareas que se realizan y las condiciones de trabajo en las que se desarrollan las mismas, y aumentando la capacidad funcional del sistema musculoesquelético de los trabajadores.

Para el análisis de la carga postural son varios los métodos utilizados, aunque no todos son aplicables a todas las situaciones, ni aportan los mismos resultados. Para ello, se debe disponer de herramientas o métodos capaces de valorar la carga postural, que indiquen el nivel de gravedad o de riesgo en un puesto determinado.

El método propuesto es el REBA (Rapid Entire Body Assessment), evaluación rápida de cuerpo entero, propuesto por Sue Hignett y Lynn McAtamney. (2000), es uno de los métodos observacionales para la evaluación de posturas más extendido en la práctica. REBA divide el cuerpo en dos grupos, A que incluye las piernas, el tronco, el cuello el B, que comprende los miembros superiores (brazos, antebrazos, muñecas).

Mediante las tablas asociadas al método, se asigna una puntuación a cada zona corporal, piernas, muñecas, brazos, tronco, para, en función de dichas puntuaciones, asignar valores globales a cada uno de los grupos A y B.

La clave para la asignación de puntuaciones a los miembros es la medición de los ángulos y el tipo de movimiento que forman las diferentes partes del cuerpo del trabajador.

El método determina para cada miembro la forma de medición del ángulo. Posteriormente, las puntuaciones globales de los grupos A y B son modificadas en función del tipo de actividad muscular desarrollada, el tipo y calidad del agarre de objetos con la mano y la fuerza aplicada durante la realización de la tarea. Por último, se obtiene la puntuación final a partir de dichos valores globales modificados dando lugar al grupo C

Resumen Puntajes



Puntaje final:
- Nivel de acción
- Puntuación -
- Nivel de riesgo
- Intervención

Como el método evalúa posturas individuales y no conjuntos o secuencias de posturas, es necesario seleccionar aquellas posturas que serán evaluadas de entre las que adopta el trabajador en el puesto. Se seleccionarán aquellas que, supongan una mayor carga postural bien por su duración, por su frecuencia o porque presentan mayor desviación respecto a la posición neutra.

Para ello, el primer paso consiste en la observación de las tareas que desempeña el trabajador. Se observarán varios ciclos de trabajo y se determinarán las posturas a evaluar. Si el ciclo es muy largo o no existen ciclos, se pueden realizar evaluaciones a intervalos regulares. En éste caso se considerará, además, el tiempo que pasa el trabajador en cada postura.



Las mediciones a realizar sobre las posturas adoptadas por el trabajador son fundamentalmente angulares (los ángulos que forman los diferentes miembros del cuerpo respecto a determinadas referencias). Estas mediciones pueden realizarse directamente sobre el trabajador mediante transportadores de ángulos, electrogoniómetros, goniómetros o cualquier dispositivo que permita la toma de datos angulares. También es posible emplear fotografías del trabajador adoptando la postura estudiada y medir los ángulos sobre éstas. Si se utilizan fotografías es necesario realizar un número suficiente de tomas desde diferentes puntos de vista.

ASIGNACIÓN PUNTUACIÓN SEGMENTO A

Tronco

POSTURA EN MOVIMIENTO	PUNTUACIÓN	CORRECCIÓN
ERGUIDO	1	+ AÑADIR 1 PUNTO SI HAY TORCIÓN O INCLINACIÓN LATERAL
0-20° EN FLEXIÓN O EXTENSIÓN	2	
20-60° EN FLEXIÓN O EXTENSIÓN	3	
+60° EN FLEXIÓN	4	

Cuello

POSTURA EN MOVIMIENTO	PUNTUACIÓN	CORRECCIÓN
0-20° EN FLEXIÓN O EXTENSIÓN	1	AÑADIR 1 PUNTO SI HAY TORCIÓN O INCLINACIÓN LATERAL
+20° EN FLEXIÓN	2	

Piernas

POSTURA EN MOVIMIENTO	PUNTUACIÓN	CORRECCIÓN
SOPORTE BILATERAL ANDANDO O SENTADO	1	AÑADIR 1 PT SI HAY FLEXIÓN DE RODILLAS ENTRE 30-60°
SOPORTE UNILATERAL LIGERO O POSTURA INESTABLE	2	AÑADIR 2 PT SI HAY FLEXIÓN DE RODILLA DE + 60° (Salvo postura sedente)

TABLA DE CARGA Y FUERZA

0	1	2
<5kg	5 - 10 kg	>10 kg
Añadir +1 Si la fuerza se aplica de forma rápida o brusca		

TABLA A	CUELLO												
	1				2				3				
PIERNAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
OCCUPA	1	1	2	3	4	1	2	3	4	3	3	5	6
	2	2	3	4	5	3	4	5	6	4	5	6	7
	3	2	4	5	6	4	5	6	7	5	6	7	8
	4	3	5	6	7	5	6	7	8	6	7	8	9
	5	4	6	7	8	6	7	8	9	7	8	9	9

ASIGNACIÓN PUNTUACIÓN SEGMENTO B

Brazos

POSTURA EN MOVIMIENTO	PUNTUACIÓN	CORRECCIÓN
0°-20° EN FLEXIÓN O EXTENSIÓN	1	AÑADIR 1 PUNTO SI HAY ABDUCCIÓN O ROTACIÓN
+ 20° EXTENSIÓN	2	AÑADIR 1 PUNTO SI HAY ELEVACIÓN DEL HOMBRO
45° - 50° EN FLEXIÓN	3	DESCONTAR 1 PUNTO SI HAY APOYO O POSTURA A FAVOR DE LA GRAVEDAD
+50° EN FLEXIÓN	4	

Muñecas

POSTURA EN MOVIMIENTO	PUNTUACIÓN	CORRECCIÓN
0-55° EN FLEXIÓN O EXTENSIÓN	1	AÑADIR 1 PUNTO SI HAY TORCIÓN O INCLINACIÓN LATERAL
+15° EN FLEXIÓN	2	

Antebrazos

POSTURA EN MOVIMIENTO	PUNTUACIÓN
60°-20° EN FLEXIÓN	1
+60°-20° EN FLEXIÓN	2

Agarre

0 - Bueno	1 -Regular	2- Malo	3- Inaceptable
El agarre es bueno y la fuerza de agarre de rango medio	El agarre con la mano es aceptable pero no ideal o el agarre es aceptable utilizando otras partes de cuerpo	Agarre posible pero no aceptable	El agarre es torpe e inseguro, no es posible el agarre manual o el agarre es inaceptable utilizando otras partes del cuerpo

TABLA B	ANTEBRAZO						
	1			2			
MUÑECA	1	2	3	1	2	3	
BRAZO	1	1	2	2	1	2	3
	2	1	2	3	2	3	4
	3	3	4	5	4	5	5
	4	4	5	5	5	6	7
	5	6	7	8	7	8	8
	6	7	8	8	8	9	9

PUNTAJE A	TABLA C											
	PUNTAJE B											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1	1	1	2	3	3	4	5	6	7	7	7
2	1	2	2	3	4	4	5	6	6	7	7	8
3	2	3	3	3	4	5	6	7	7	8	8	8
4	3	4	4	4	5	6	7	8	8	9	9	9
5	4	4	4	5	6	7	8	8	9	9	9	9
6	6	6	6	7	8	8	9	9	10	10	10	10
7	7	7	7	8	9	9	9	10	10	11	11	11
8	8	8	8	9	10	10	10	10	10	11	11	11
9	9	9	9	10	10	10	11	11	11	12	12	12
10	10	10	10	11	11	11	11	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	12	12	12	12	12	12	12	12
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12

0 - Bueno

El agarre es bueno y la fuerza de agarre de rango medio

1 -Regular

El agarre con la mano es aceptable pero no ideal o el agarre es aceptable utilizando otras partes de cuerpo

2- Malo

Agarre posible pero no aceptable

3- Inaceptable

El agarre es torpe e inseguro, no es posible el agarre manual o el agarre es inaceptable utilizando otras partes del cuerpo

Puntuación del tipo de actividad muscular

+ 1: Una o mas partes del cuerpo permanecen estáticas. Eje: Aguantadas de mas de 1min

Actividad

+ 1: Movimientos repetitivos. Eje: Repetición superior 4 veces por minuto (Excluyendo caminar)

+ 1: Se producen cambios posturales importantes o posturas inestables

Los tres tipos de actividad considerados no son excluyentes y por tanto podrían incrementar el valor de la "Puntuación C" hasta en 3 unds

El valor final proporcionado por el método REBA es proporcional al riesgo que conlleva la realización de la tarea (1 a 15) de forma tal que valores altos indican un mayor riesgo de aparición de lesiones musculoesqueléticas. El método organiza las puntuaciones finales en niveles de actuación que orientan al evaluador sobre las decisiones a tomar tras el análisis. Los niveles de actuación propuestos van del nivel 0, que estima que la postura evaluada resulta aceptable, al nivel 4, que indica la necesidad urgente de cambios en la actividad.

Niveles de riesgo y acción			
Nivel de acción	Puntuación	Nivel de riesgo	Intervención y posterior análisis
0	1	Inapreciable	No necesaria
1	2 - 3	Bajo	Puede ser necesaria
2	4 - 7	Medio	Necesaria
3	8 - 10	Alto	Necesaria pronto
4	11 - 15	Muy alto	Actuación inmediata

La experiencia

A continuación, se presentan dos experiencias investigativas de la utilización del método.

Aplicación Método "Reba" en la valoración de postura y carga de los trabajadores del sector de la construcción de edificios municipio de Girardot 2015, investigadoras Sandra Carmona U, Norma C Reyes, Floralba Martínez P, Marcela A. Bermúdez V. con la participación de las auxiliares de Investigación Katherine Espinosa M, Beatriz E Rubiano V y Yuveli A Villalba F.

En la primera fase se identificaron las tareas en labor y las posturas adoptadas en el proceso, así como la carga aplicada a los diferentes materiales requeridos para la construcción (5 - 10 kg), con la aplicación de una fuerza rápida o brusca en sus actividades, un buen agarre de las herramientas de trabajo, generando actividad muscular con uno o más partes del cuerpo en un minuto, movimientos repetitivos superiores a cuatro minutos, obteniendo posturas importantes o inestables para lograr su labor.

En la valoración por segmentos se eligió el mayor número de referencia (método REBA) del total de los trabajadores de cada etapa de la construcción,

encontrando que el grupo B (brazo, antebrazo, muñeca) el más comprometido es el antebrazo en 14 etapas de la construcción (preliminares, movimiento de tierra, cimentación, cubiertas, enchapes, instalación eléctrica, mampostería, pintura, vidriería, estructura metálica, carpintería metálica, carpintería en madera, pañetado, estucado). Brazo en 2 etapas de la construcción (mampostería y estructura en bigas) muñeca en 3 etapas (movimiento de tierra, enchapes y pintura), en el grupo A (cuello, tronco, piernas) en cuello 3 etapas de la construcción (cubiertas, impermeabilización e instalación hidrosanitarias), piernas en una etapa (mampostería).

El nivel de riesgo que presentan éstos trabajadores de la construcción es medio, con una intervención que se hace necesaria para brindar las correcciones en la continuación de la siguiente fase de esta investigación y así mismo lograr disminuir en los trabajadores el riesgo a padecer una lesión osteomuscular, evitar accidentes de trabajo en éste sector debido a postura que genera inestabilidad en el momento de realiza sus actividades.

Construcción			
Tareas	Segmento comprometido	Nivel de riesgo	Intervención
Preliminares	B	Medio	Necesaria
Movimiento de tierra	B	Medio	Necesaria
Cimentación	B	Medio	Necesaria
Cubiertas	B	Medio	Necesaria
Enchapes	B	Medio	Necesaria
Impermeabilización	A	Medio	Necesaria
Instalación eléctrica	B	Alto	Necesaria pronto
Mampostería	B	Medio	Necesaria pronto
Estructura en vigas	B	Bajo	Necesaria pronto
Pintura	B	Alto	Necesaria pronto
Instalación hidrosanitaria	A	Medio	Necesaria
Vidriería	B	Bajo	Puede ser necesario
Estructura metálica	B	Medio	Necesaria
Carpintería metálica	B	Medio	Necesaria
Carpintería en madera	B	Medio	Necesaria
Estructuras en madera	B	Medio	Necesaria
Pañetado	B	Alto	Necesaria pronto
Estucado	B	Medio	Necesaria

En la segunda investigación Identificación y valoración de los niveles de riesgo para desarrollar lesiones musculo esqueléticas en el personal de Enfermería del Hospital San Rafael, de Fusagasugá, Cundinamarca en 2016, por Lina M Vergara M, Maira A Ibañez G y María F Parra

M con la dirección de la docente Enf. Marcela Alejandra Bermúdez V.

En la valoración se encontró que de las 17 actividades que realizan los auxiliares de enfermería de los servicios de Medicina Interna, Unidad de Cuidado Intensivo, Cirugía, Médico quirúrgicos y Urgencias, se determinó que:

Del total de las tareas estudiadas, 10 de ellas afectan directamente el segmento. B. Administración de medicamentos, Alistamiento para curaciones, Asistencia en la ventilación, Lavado de manos, Paso de sonda, Toma de signos vitales, Toma de EKG, Traslado de paciente, Traslado muestras laboratorio y hemoderivados

Enfermería HSRF			
Tareas	Segmento comprometido	Nivel de riesgo	Intervención
Administración de medicamentos	B	Medio	Necesaria
Alistamiento para curaciones	B	Alto	Necesaria pronto
Arreglo de unidad	A	Alto	Necesaria pronto
Asistencia en eliminación	A	Alto	Necesaria pronto
Asistencia en movilización	A	Alto	Necesaria pronto
Asistencia en ventilación	B	Alto	Necesaria pronto
Baño en cama	A	Medio	Necesaria
Cambio de tendidos	A	Alto	Necesaria pronto
Cambio de posición	A	Alto	Necesaria pronto
Canalización de vena periférica	A	Medio	Necesaria
Lavado de manos	B	Bajo	Necesaria
Lubricación de piel	A	Bajo	Necesaria
Paso de sonda	B	Bajo	Puede ser necesaria
Recibo y entrega de turno	A	Inapreciable	No necesaria
Registros de enfermería	A	Bajo	Puede ser necesaria
Toma de gases arteriales	A	Bajo	Puede ser necesaria
Toma de glucometría	A	Bajo	Puede ser necesaria
Toma de signos vitales	B	Medio	Necesaria
Toma de EKG	B	Bajo	Puede ser necesaria
Confirmación traslado paciente	A	Bajo	Puede ser necesaria
Traslado de paciente	B	Inapreciable	No necesaria
Traslado muestras de laboratorio	B	Inapreciable	No necesaria
Traslado de hemoderivados	B	Inapreciable	No necesaria

Por otro lado, de las 24 actividades de enfermería que desempeñan los auxiliares y camilleros 14 afectan directamente el segmento A. La discriminación de los segmentos es eficaz puesto que permitió dirigir cuidados de enfermería específicos para éstas partes del cuerpo afectados, por otro lado, permite generar evidencia científica sobre los riesgos a los que los trabajadores se encuentran expuestos.

Conclusiones:

El método Reba se trata, por tanto, de una herramienta útil para la prevención de riesgos capaz de alertar sobre condiciones de trabajo que requieren ser mejoradas. Se puede aplicar a cualquier actividad, incluso en aquellas en la que los objetos que se manipulan son imprevisibles (personas, animales), o si las condiciones de trabajo resultan muy variables (almacenes). Si finalmente se aplican medidas correctivas sobre la(s) postura(s) evaluada(s), se recomienda realizar una nueva aplicación del método a la solución propuesta.

Bibliografía

Lina María Vergara Mora, Maira Alejandra Ibañez García Y María Fernanda Parra Mariño. Identificación y valoración de los niveles de riesgo para desarrollar lesiones musculoesqueléticas en el personal de Enfermería del Hospital San Rafael. Fusagasuga: Universidad de Cundinamarca, 2016.

Sandra Carmona Urueña, Norma Constanza Reyes, Floralba Martínez Pinzón, Marcela Alejandra Bermúdez. Aplicación Del Método "Reba" en la valoración de postura y carga de los trabajadores del sector de la construcción de edificaciones en el municipio de Girardot. Girardot: Universidad de Cundinamarca, 2015.

Strauss, Ana María Gutiérrez. Guía técnica para el análisis de exposición a factores de Riesgo ocupacional en el proceso de evaluación para la Calificación de origen de la enfermedad profesional. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2009.

Valencia, Ergonautas: Portal de ergonomía desarrollado por la Universidad Politécnica de. http://www.ergonautas.upv.es/listado_metodos.htm. Métodos de evaluación ergonómica de puestos de trabajo. s.f. http://www.ergonautas.upv.es/listado_metodos.htm (último acceso: 04 de mayo de 2017).





Acción Comunitaria Luis Echeverría

Psicólogo Germán Ignacio Pinzón
Zamora.

Mgs en Antropología Universidad de
Quintana Roo

Docente: Universidad de Cundinamarca

Resumen

Se ha dicho que el trabajo académico con las comunidades es complejo, dispendioso, de mucha responsabilidad y hasta ingrato con el investigador, esta investigación relata el proceso de Investigación Acción Participativa, con la comunidad Luis Echeverría, del sur de Quintana Roo México. Se enfoca desde una perspectiva crítica de los conceptos de cultura y desarrollo. De la misma manera se destaca la importancia de los valores dentro de una cultura, su influencia en el comportamiento social, se subraya la necesidad de identificarlos al interior de la comunidad, el papel de los valores en la construcción de identidad y sentido de pertenencia. La metodología incluye la caracterización del poblado Luis Echeverría, la descripción de la conformación de los Grupos de Investigación Acción Participativa GIAP. Se concluye con los elementos positivos del trabajo comunitario en la consecución de un buen vivir, se describen brevemente los avances y retos planteados para los actores de la investigación, la comunidad y el papel de la academia en esta nueva etapa.

Objetivo

Caracterizar junto con la comunidad Luis Echeverría los escenarios sociales, culturales y ambientales, basándose en el auto-reconocimiento como la principal herramienta para la solución de problemas, que contribuya al buen vivir de la comunidad, por medio de la generación de espacios de apropiación de valores (culturales, ancestrales, históricos, tradicionales, ambientales y sociales) que favorezcan el diseño de proyectos comunitarios.

Problema y pregunta de Investigación

A principio del siglo XXI la percepción de incertidumbre, indefensión e inseguridad es notoria en un gran porcentaje de la población latinoamericana. Estas sensaciones se relacionan a condiciones de vida que se han visto alteradas en términos del acceso al empleo, ingresos, consumo, vivienda, crédito, y seguridad. Si bien algunas de estas situaciones no son tan novedosas para los sectores pobres de los países de la región, estos se encuentran más expuestos y con menores estrategias de respuesta ante situaciones adversas, estas condiciones

que hacen vulnerable a una comunidad y se presentan en gran medida en países de Latinoamérica.

Estas condiciones se han reforzado con el impacto generado por las variaciones en la economía mundial que afectan la economía local de países en desarrollo, con el aumento de la informalidad y la precariedad laboral, con las variaciones de los salarios reales, el retiro del Estado en la provisión de servicios básicos de salud, educación, protección social afectando el desarrollo de las comunidades en todas sus dimensiones, generando en problemáticas al interior de la familia, afectando su dinámica.

Si bien algunas de estas situaciones no son tan novedosas para los sectores pobres de los países de la región, estos se encuentran más expuestos y con menores estrategias de respuesta ante situaciones adversas, estas condiciones que hacen vulnerable a una comunidad y se presentan en gran medida en países de Latinoamérica, fenómenos a los cuales no son ajenos la comunidad Luis Echeverría (Municipio Othon P. Blanco), la cual presenta una serie de situaciones que bien podrían ser el ejemplo de combinación de distintos factores de vulnerabilidad que condicionan a una comunidad.

¿Es posible caracterizar las condiciones socioculturales y ambientales, de la comunidad Luis Echeverría, que permitan el diseño de proyectos productivos basados en la conservación y preservación del medio ambiente, que contribuya al desarrollo sustentable de sus integrantes?

Metodología

Los momentos de la intervención IAP constituyen la ruta metodológica por la cual se guía la investigación:

Etapas y fases de una Investigación Acción Participativa (IAP).

Etapas de pre-investigación: Síntomas, demanda y elaboración del proyecto.

0. Detección de unos síntomas y realización de una demanda (desde alguna institución, generalmente administración local) de intervención.

1. Planteamiento de la investigación (negociación y delimitación de la demanda, elaboración del proyecto).

Primera etapa. Diagnóstico.

Conocimiento contextual del territorio y acercamiento a la problemática a partir de la documentación existente y de entrevistas a representantes institucionales y asociativos.

2. Recogida de información.

3. Constitución de la Comisión de Seguimiento.

4. Constitución del Grupo de IAP.

5. Introducción de elementos analizadores.

6. Inicio del trabajo de campo (entrevistas individuales a representantes institucionales y asociativos).

7. Entrega y discusión del primer informe.

Segunda etapa. Programación.

Proceso de apertura a todos los conocimientos y puntos de vista existentes, utilizando métodos cualitativos y participativos.

8. Trabajo de campo (entrevistas grupales a la base social).

9. Análisis de textos y discursos.

10. Entrega y discusión del segundo informe.

11. Realización de talleres.

Tercera etapa. Conclusiones y propuestas. Negociación y elaboración de propuestas concretas.

12. Construcción del Programa de Acción Integral (PAI).

13. Elaboración y entrega del informe final.

Etapas post-investigación: Puesta en práctica del PAI y evaluación. Nuevos síntomas.

Resultados y Discusión

Se logró la conformación de dos GIAP: grupo juvenil sin fronteras y el grupo Manatí, cada uno hizo un análisis de las problemáticas de su comunidad y formularon metas de acción que posteriormente se convirtieron en proyectos de intervención en la comunidad.

Metas de acción y proyectos desarrollados:

Grupo juvenil sin fronteras:

-Generar un espacio de formación y capacitación en acciones ciudadanas.

-Integrar jóvenes en acciones que representan una mejora para la comunidad.

-Desarrollar espacios de recreación basada en valores como el respeto, la tolerancia y la inclusión.

Grupo Manatí:

-Diseñar un espacio de integración y recreación comunitaria en el terreno público ejidal, al servicio de los pobladores.

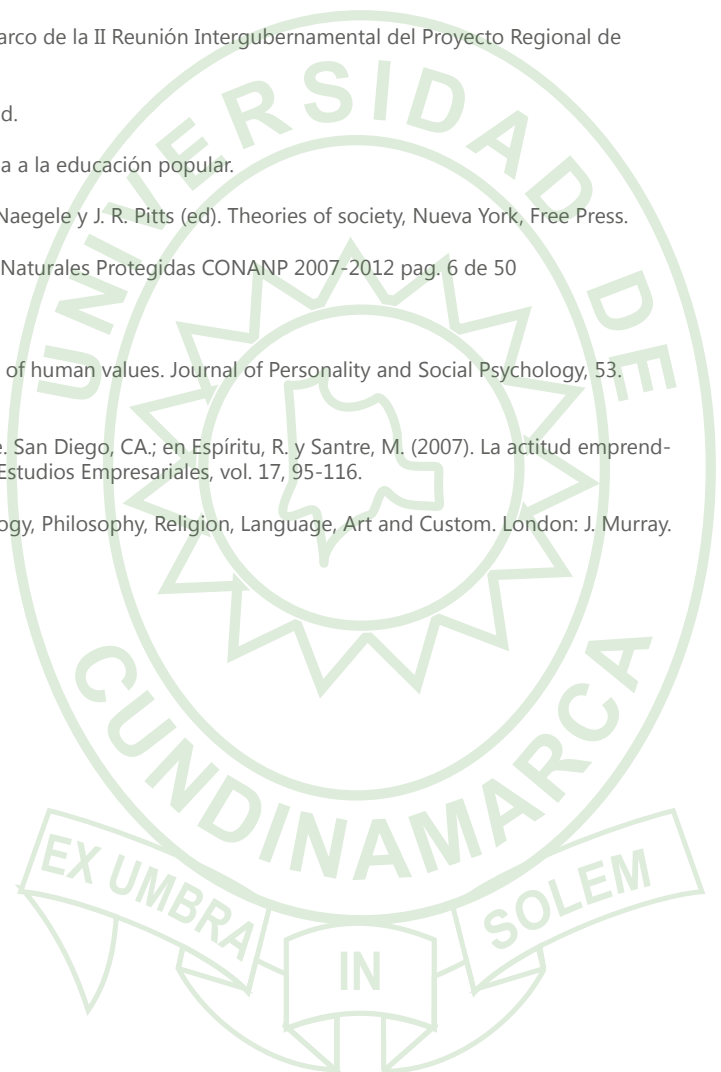
-Implementar una propuesta productiva que permita generar recursos y espacios laborales a los miembros de la comunidad

Conclusiones

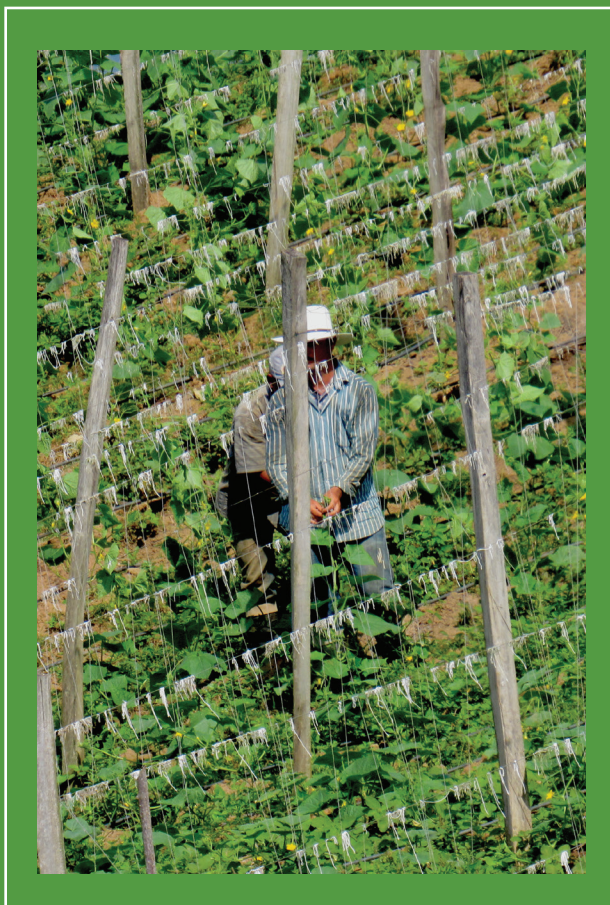
La acción comunitaria es un proceso constante, la Investigación acción participativa (IAP) es una herramienta de aplicación, que genera conocimiento, a partir del conocimiento popular, el saber ancestral y la acción comunicativa, por tanto es dialectico, reflexivo y propositivo, el aporte heurístico radica en la posibilidad de abordar metodologías de participación ciudadana para la resolución de problemas que aquejan a las comunidades como la salud, la educación u otro que los mismos integrantes consideren relevante de ser intervenido, mejorando la vivencia de los miembros y empoderándolos de la transformación de su realidad.

BIBLIOGRAFIA

- BUXÍO, I REY. (1984). La Cultura en el ámbito de la cognición, en Mercedes Fernández M. (Coord.) Sobre Concepto de Cultura, Ed. Mitre, 1984. 13.
- DURERGER, M. (1975). Introduction to the social Sciences. Allen and Urwin. Minerra, London.
- EPT/PRELAC (2007) Documento de discusión sobre políticas educativas en el marco de la II Reunión Intergubernamental del Proyecto Regional de Educación para América Latina y el Caribe UNESCO. Santiago de Chile.
- HABERMAS, J. (1987): Teoría de la Acción Comunicativa. Vols. I y II. Taurus, Madrid.
- ORTIZ M. Y BORJAS B. La Investigación Acción Participativa: aporte de Fals Borda a la educación popular.
- PARSONS, T. (1961). An outline of the social System. En T. Parsons, E. Shils, K. D. Naegle y J. R. Pitts (ed). Theories of society, Nueva York, Free Press.
- Programa Nacional de Áreas Naturales Protegidas Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas CONANP 2007-2012 pag. 6 de 50
- ROCHER, G. (2004). Introducción a la Sociología General. HeEder, Barcelona.
- SCHWARTZ, S. H., Y BILSKY, W. (1987) Toward a universal psychological structure of human values. Journal of Personality and Social Psychology, 53. 550-562.
- SHEIN, E. (1990). Carer anchors: Discoverin your real values, University Associate. San Diego, CA.; en Espíritu, R. y Santre, M. (2007). La actitud emprendedora durante la vida académica de los estudiantes universitarios. Cuadernos de Estudios Empresariales, vol. 17, 95-116.
- TYLOR, E. (1871). Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Language, Art and Custom. London: J. Murray.



Investigación



Título:
Factores condicionantes básicos de la teoría de Dorothea Orem a partir de la caracterización socio-demográfica, laboral y ambiental de los trabajadores agrícolas que participan en los sistemas productivos de frutas y hortalizas en los municipios de Pasca, San Bernardo, Cabrera de la Provincia del Sumapaz, año 2015-2017.

Investigadores:
Sandra patricia Carmona U
Clara Inés Sánchez Infante
María Nieves Ávila Ávila

Estudiantes Auxiliares de Investigación:

Ingri Daniela García Yate
Diana Paola Hernández morales
Wendy Valeria Barreto
Yesika Patricia Vera
Mayra Alejandra Rodríguez
Jessica Polo Velasco
Gustavo Andrés Triana

INTRODUCCIÓN:

Aproximadamente 1.800 millones de personas en el mundo se dedican a la agricultura y se calcula que 25 millones de trabajadores sufren intoxicaciones no intencionales cada año. El 85% de los plaguicidas se utiliza en agricultura y el 15% en hogares, jardines, aplicaciones comerciales, industriales, salud pública y en veterinaria” (Alavanja 2009). Las condiciones personales, laborales y ambientales de los trabajadores agrícolas hacen referencia a los factores que permiten sospechar la capacidad que tiene esta población para ejercer su autocuidado con lo que respecta a su labor.

Por otro lado, las circunstancias laborales en las que actualmente se encuentran los trabajadores agrícolas, afectan la disposición que tiene el trabajador para mantener una vida saludable en razón a que manejan extensas jornadas laborales, a el tipo de afiliación al SGSSS generalmente pertenecen al régimen subsidiado, los bajos ingresos y el tipo de oficio desempeñado debido al alto riesgo de exposición a químicos y plaguicidas.

Así mismo, las características ambientales son aspectos que hacen parte del entorno ambiental de la vivienda, los cuales tienen un alto efecto en el desempeño laboral, la salud del trabajador y su familia. Además, la presencia de estas condiciones proporciona bienestar o comodidad mientras que su ausencia propicia riesgos, enfermedades, accidentes o lesiones.

El presente trabajo hace parte de la primera fase o etapa diagnóstica del proyecto titulado: EVALUACION DE LA EXPOSICION A PLAGICIDAS DE LOS TRABAJADORES AGRICOLAS VINCULADOS A LOS CULTIVOS DE FRUTALES Y HORTALIZAS Y GENERACION DE CAMBIOS PARADIGMATICOS EN LA PRODUCCION DE ALIMENTOS, EL USO DE PLAGICIDAS Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LOS MUNICIPIOS DE LA PROVINCIA DEL SUMAPAZ 2015-2016.

RESUMEN:

Según la organización mundial de la salud, cada año entre 500.000 y 1.000.000 millones de personas se intoxican con plaguicidas y entre 5.000 y 20.000 mueren. Al menos la mitad de los intoxicados y el 75% de los que fallecen son trabajadores agrícolas, el resto se deben a envenenamiento por consumo de alimentos contaminados. La mortalidad entre los dos grupos alcanza la cifra de 22° mil defunciones al año en el mundo.

OBJETIVOS:

Identificar los factores condicionantes básicos de la teoría de Dorothea Orem a partir de la caracterización socio-demográfica, laboral y ambiental de los trabajadores agrícolas de los municipios seleccionados en la región del Sumapaz, que contribuyan a precisar estrategias de intervención para promover el trabajo seguro y estilos de vida saludables.

METODOLOGÍA

El universo estuvo constituido por un total de 18.626 habitantes del área rural del municipio de Pasca 8.726, San Bernardo 5.401 y Cabrera 4.499. La población conformada por el número de habitantes de la vereda seleccionada en su orden la vereda “Boca del monte” con 150 familias, la vereda “Santa Rita” con 200 familias, la vereda Alto Ariari con 250 familias respectivamente.

Para realizar la caracterización social demográfica, ambiental y laboral del total de familias reportadas se aplicó un muestreo no probabilístico dirigido, para lo cual se seleccionaron las familias que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos. Se define este tipo de muestreo en razón a que no se

¹ ALAVANJA, Michael, Dr.PH, Los pesticidas de uso y exposición a nivel Mundial, EEUU, Revista Environ Health, 2009.

tienen datos precisos de la población, a las características topográficas de las zonas, en donde hay bastante terreno quebrado con ladera que dificulta el acceso a toda el área.

Para la recolección de los datos se aplicó instrumento diseñado para tal fin que contiene variables demográficas, de salud, laborales y ambientales a un total de 112 personas habitantes de las veredas anteriormente descritas que participan en los sistemas productivos de frutas y hortalizas.

² Información dada por los presidentes de la JAC de las veredas seleccionadas

³ SANCHEZ I. C. I, CARMONA U. S.P. "Evaluación de la exposición a plaguicidas en los trabajadores agrícolas vinculados a los cultivos de frutas y hortalizas: generación de cambios paradigmáticos en la producción de alimentos, el uso de plaguicidas y los estilos de vida en los municipios de la provincia del Sumapaz.2015-2016".

⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) denominado: "Diagnostico de las condiciones sanitarias de la vivienda a Nivel familiar". Encuesta Nacional de Salud Ambiental ENSA 2014, OPS, Ministerio de Salud, protección Social y la Universidad del Valle

RESULTADOS PRELIMINARES

En la vereda Santa Rita del Municipio de San Bernardo Cundinamarca, se pudo evidenciar: Que el 60% de la población en estudio pertenece al sexo masculino, el rango de edad es de 0 a 14 años, el tipo de familia que predomina es la Nuclear con un 88%, respecto a la escolaridad el 29% cursaron la primaria pero incompleta, el sexo que más accede a estos estudios es el masculino con el 55%; el 93% de la población pertenece al régimen subsidiado y la ocupación que predominante es el trabajo agrícola 42%, la enfermedad crónica que más se presentan hipertensión en un 21% para ambos sexos, respecto a las condiciones de la vivienda el 53% pertenece al estrato 1, el 38% tienen casa propia y el 38% ganan menos de 1 SMLV.

En relación a servicios públicos el 94% cuentan con servicio de energía eléctrica, el 50% de los habitantes obtienen el agua de un pozo con bomba o aljibe, el 47% hierven el agua para consumirla, respecto a la eliminación de excre-

tas se encontró que solo el 9% tienen taza sanitaria, el 68% la tienen conectada a el pozo séptico; En relación a las condiciones laborales el 48% son trabajadores agrícolas y el 28% se dedican a realizar todas las labores requeridas en el proceso de Cultivo.

En la vereda Alto Ariari del Municipio de Cabrera Cundinamarca, se encontró: Que los tipos de familia predominante son las de tipo Nuclear con 36% y la Extensa 20%; respecto a la escolaridad un 37% alcanzo la primaria incompleta y ambos sexos accede a la educación por igual; el tipo de afiliación que prevalece es el subsidiado con un 82% , a diferencia de las otras veredas encuestadas en esta, el 11.5% de las mujeres se vincula en el trabajo agrícola, en comparación con el género masculino con un 31,4%; la morbilidad sentida crónica y aguda para las mujeres es la tensión alta con un 6.4% y gripa en un 62,1%. Respecto a las condiciones de la vivienda el 69% pertenece a estrato 1 y tienen casa propia, el 29% ganan menos de 1 SMLV; respecto a los servicios domiciliarios el 100% tiene energía eléctrica sin embargo no cuentan con acueducto, alcantarillado, gas natural, ni recolección de basuras, 69% obtienen el agua de un pozo con bomba o aljibe.

En la vereda Boca del monte del Municipio de Pasca Cundinamarca, se encontró que el 64% de la población de sexo masculino, que se va incremento 0 a 42 años; el 52,8% corresponde a mujeres con tendencia incremento entre 42 a 84 años; respecto al nivel de educación alcanzado el 37.7 % del total de la población tanto hombres como mujeres presenta un nivel de escolaridad de Primaria incompleta hay tendencia decreciente en la medida que aumenta el nivel de formación , en cuanto a tipo de afiliación El 80% del sector agrícola pertenece a régimen subsidiado; en relación a la morbilidad sentida crónica y aguda el 7% de los hombre padece de tensión alta un 25,5% de la población manifestó presentar gripas.

En cuanto a condiciones de vivienda y ambiente Para el 80% de las familias la vivienda es propia y gana menos de un salario mínimo, el 50% gana menos de un salario mínimo y la vivienda es en arriendo , en relación a los

servicios básicos el 97% cuentan con energía eléctrica y 87,2% acueducto veredal que por lo general consiste en la toma de agua de pozo, aljibe o nacimiento y su distribución a través de mangueras, de este grupo el 81,8% hierven el agua para consumo , el 22,4% a un cocinan con leña; para el manejo de excretas el 96,9% tiene taza sanitaria conectada a pozo séptico , en cuanto a condiciones laborales: más del 60% género masculino realiza labor agrícola con jornadas de trabajo completas entre 8 horas durante los 7 días de la semana, por otro lado la mujer ocupa el 90% en labores del hogar , 70 % realiza actividades netamente agrícola y ganan menos de un salario mínimo legal vigente .



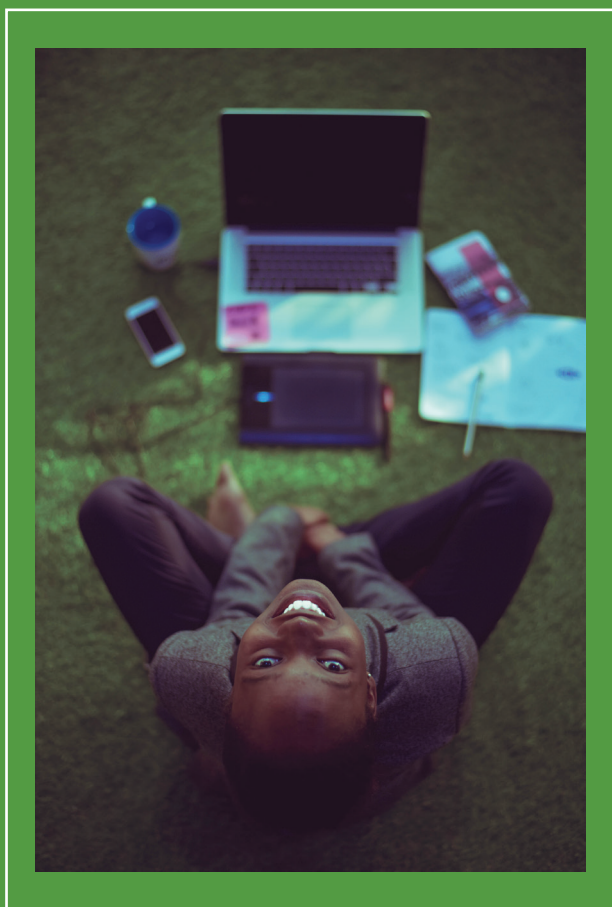
Referencias bibliográficas

ALAVANJA, Michael, Dr.PH, Los pesticidas de uso y exposición a nivel Mundial, EEUU, Revista Environ Health, 2009.

Información dada por los presidentes de la JAC de las veredas seleccionadas en los Municipios de Cabrera, San Bernardo, Pasca y Arbeláez pertenecientes a la región del Sumapaz.

CARMONA U.S, SANCHEZ I.C.I "evaluación de la exposición a plaguicidas en los trabajadores agrícolas vinculados a los cultivos de frutas y hortalizas: generación de cambios paradigmáticos en la producción de alimentos, el uso de plaguicidas y los estilos de vida en los municipios de la provincia del Sumapaz.2015-2016". Macroproyecto en ejecución.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) denominado: "Diagnostico de las condiciones sanitarias de la vivienda a Nivel familiar". Encuesta Nacional de Salud Ambiental ENSA 2014, OPS, Ministerio de Salud, protección Social y la Universidad del Valle.



Título:
**LA MULTIMEDIA
EDUCATIVA COMO
HERRAMIENTA DE
APOYO SOCIAL
PARA LA PERSONA
CON ENFERMEDAD
CRÓNICA**

Investigadores:
Adriana Hernández Bustos
María Victoria Rojas Martínez
Gloria Naidú Cuevas Rodríguez

INTRODUCCIÓN:

El uso de las TIC como herramientas útiles, rentables y accesibles en diferentes poblaciones favorece el desarrollo de estrategias de educación en salud direccionadas al fomento del autocuidado como una prioridad en la autogestión de la salud de los individuos.

L

a multimedia educativa como los videos, presentaciones digitales, audios entre otros son estrategias dinámicas e interactivas utilizadas en instituciones prestadoras de salud; que han evidenciado beneficios para el usuario en relación a aspectos fundamentales de su autocuidado; además son un apoyo educativo para el profesional de enfermería y el equipo de salud; es así que para las instituciones el contar con un usuario bien informado es una característica de alta calidad en sus estándares gerenciales.

La propuesta e implementación de un programa educativo apoyado con multimedia dirigido a la población con enfermedad crónica es una herramienta efectiva para favorecer la estructura de la red de apoyo social institucional, dando como resultado un paciente con mayor conocimiento en el manejo de su salud, así como la percepción de ser parte activa de un grupo de apoyo.

El sustento teórico del presente estudio está fundamentado de acuerdo a los autores Sherbourne y Stewart (1991) quienes definieron el Soporte social como el grado en que las redes y relaciones interpersonales se perciben como un apoyo real. Este soporte tiene dimensiones: La emocional/informacional, que implica el cuidado, el amor, la empatía, guía de orientación o retroalimentación y que puede ayudar a dar solución a un problema; la instrumental, que implica el apoyo tangible; interacción a positiva afectiva como la disponibilidad de otras personas para reunirse, divertirse o pasarlo bien.

Esta investigación contribuye a la visibilidad de la profesión en relación con estrategias de educación apoyadas en las TIC para el Cuidado al paciente crónico al permitir fijar líneas de acción, metas investigativas y provisión de cuidados que fortalezcan la calidad de vida en el usuario, cuidador y familia.

OBJETIVOS:

Se plantea como objetivo general determinar el efecto de la intervención **"Alguien apoya al que cuida"** mediado por la multimedia educativa sobre las percepciones de soporte social y carga que tienen los enfermos crónicos de un servicio de consulta externa de HUS – Unidad funcional – Girardot.

Los objetivos específicos estaban dirigidos a describir las características socio demográficas, las condiciones para el cuidado y el nivel de apropiación de las TIC, implementación de la intervención **"Alguien apoya al que cuida"** y determinación de los niveles de percepción de soporte social y de carga que manifestaban las personas con enfermedad crónica vinculados al Programa de crónicos de del servicio de consulta externa de HUS – Unidad funcional – Girardot.

METODOLOGÍA

Estudio de tipo cuantitativo preexperimental, con un tamaño de población y muestra de 116 personas con enfermedad crónica.

Para la caracterización se aplicó la ficha GCPC-UN-P desarrollada por el grupo de paciente crónico de la Universidad Nacional de Colombia (1) donde se describen características sociodemográficas, las condiciones para el cuidado, la percepción de carga y el nivel de apropiación de las TIC que tienen las personas con enfermedad crónica.

El MOS social support survey contiene pruebas psicométricas para Colombia, esta validación reporta una consistencia interna por Alfa de Cronbach total de 0.94. Las dimensiones reportadas en este análisis son la de apoyo emocional/informacional que agrupa los ítems 3,4,8,9,13,14,16,17 y 19, apoyo instrumental que agrupa los ítems 2,5,12 y 15 y la dimensión interacción positiva afectiva que agrupa los ítems 6,7,10,11,18 y 20. Con lo anterior se

concluye que la escala MOS es válida y confiable para evaluar el constructo apoyo social percibido en la población colombiana.

La metodología de intervención se realizó a partir de talleres programados para las personas enfermas crónicas, cada uno con apoyo de recursos audiovisuales como presentaciones digitales para el cuidado de la persona con enfermedad crónica con diabetes e hipertensión arterial; los videos "alguien apoya al que cuida"(2), "Sacúdete y sigue"(3), Som Sabadell flashmob (4) y un audio de paciencia respectivamente donde las temáticas desarrolladas fueron apoyo espiritual, instrumental y social, cada taller duro 2 horas, se tuvo en cuenta la asistencia a todas las sesiones para determinar el apoyo Social con la aplicación del cuestionario MOS de Soporte Social percibido (Sherbourne & Stewart, 1991). Concomitante a los talleres se realizó intervención directa en la consulta de enfermería con el objetivo de reforzar conocimientos y aclarar inquietudes también se llevaron a cabo encuentros de pequeño grupo para retroalimentar las temáticas tratadas.

El análisis de los datos se realizó a través de estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo detalla la tendencia de los puntajes obtenidos en apoyo social percibido y sus factores antes y después de la intervención, mientras que el análisis inferencial compara los puntajes antes y después de la intervención y se obtiene la significancia estadística de la diferencia entre los puntajes usando el test de Wilcoxon. Posterior a ese test se calculó el tamaño del efecto de la intervención usando la r de Rosenthal.

RESULTADOS PRELIMINARES

CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA

El 83% de la muestra corresponde a mujeres con un promedio de edad de $64,8 \pm 10,3$ años, y en los hombres la edad promedio es de $62,5 \pm 10,3$ años. El 95% de los pacientes se encuentra en los estratos socioeconómicos 1 y 2 con un nivel de escolaridad de primaria incompleta en el 38,7% de la muestra

AUTOVALORACIÓN EN EL USO DE LAS TIC'S

Se indagó la posibilidad de acceso a estas tecnologías para apoyar el cuidado de los pacientes con enfermedad crónica. El resultado muestra una tendencia similar a la del nivel de conocimiento, ya que son la radio y la televisión los medios de comunicación con mayor posibilidad de acceso para los pacientes crónicos. Esta tendencia se repite al indagar por la frecuencia de uso de las diferentes tecnologías. El uso más frecuente (nivel alto) es la televisión, la radio y teléfono, lo que invita a la utilización de ayudas educativas para ser difundidas por estos medios.

SOPORTE SOCIAL PERCIBIDO POR LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA

El cuestionario MOS de apoyo social percibido representa a un modelo que integra tres factores: El apoyo emocional informacional, apoyo instrumental y la interacción positiva afectiva. En el análisis descriptivo general y por factores, se observó un incremento en la media de apoyo percibido por los pacientes con enfermedad crónica después de la intervención realizada. La disminución en la desviación estándar de la media calculada muestra que, después de la intervención, los puntajes tuvieron un comportamiento más homogéneo.

El análisis inferencial usando la prueba pareada de Wilcoxon muestra que el incremento observado en las medianas es estadísticamente significativo en todas las comparaciones del soporte social percibido, y sus factores, antes y después de la intervención, ya que los valores de p obtenidos son menores al valor de alfa establecido de 0,05 (95% de confianza).

Se evidencia que, aunque la diferencia en los puntajes obtenidos antes y después de la intervención es significativa en el apoyo social percibido y sus factores, el efecto de la intervención varía entre dimensiones del apoyo social y es mayor en la emocional/informacional. En todos los casos el efecto es moderado de acuerdo a la escala de interpretación de la r de Rosenthal, ya que los valores obtenidos son menores a 0,5 y el índice está acotado entre 0 y 1. El menor efecto se logró en las dimensiones instrumentales e interacción positiva afectiva.

CONCLUSIONES:

Cerca de la mitad de las personas con enfermedad crónica, eligió al televisor, como el de su mayor posibilidad de acceso, seguido de la radio y el teléfono; permitiendo así que la multimedia sea una adecuada herramienta tecnológica para el apoyo del soporte social. La implementación de talleres educativos apoyados en la multimedia produjo cambio estadísticamente significativo en la percepción del soporte social total, soporte emocional/informativo, soporte instrumental y también en la interacción positiva afectiva.

El menor efecto estuvo en la interacción positiva afectiva; tal vez por estar este soporte más ligado a demostraciones de amor, cariño, afecto y empatía con personas realmente cercanas. Por lo que se reafirma el papel fundamental de la familia en esta dimensión y ser un actor importante en la planeación de los talleres.

El apoyo social brindado a través de la multimedia favoreció la dinámica de grupo, creó un ambiente de confianza y permitió la socialización de vivencias de acuerdo a la situación de salud experimentada.

Se recomienda a profesionales e instituciones de salud contemplar la utilidad de las TIC's como medio innovador, creativo en la promoción de la autogestión del cuidado en la persona con enfermedad crónica.



Referencias Bibliográficas

- (1) Barrera L, Carrillo G, Chaparro L, Pinto N, Sánchez B. Soporte social con el uso de TIC's para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Rev. Salud publica 13 (3), 2011.
- (2) Universidad Nacional de Colombia. Alguien apoya al que cuida (Video File). 2013. [consultado 7 enero 2014]. [13:33]. Disponible en: <https://youtu.be/CU9wkZVooUk>
- (3) Mariano Osorio. Reflexiones de vida- sacúdete y sigue (video File). 6 abril 2011. [Consultado 3 junio 2014]. [2:39]. Disponible en: https://youtu.be/5_2LthMM2sE
- (4) Banco Sabadell. Som Sabadell flashmob (Video File). 6 abril 2011. [consultado 3 junio 2014]. [05:40]. Disponible en: <https://youtu.be/GBaHPND2QJg>



Título:
**CREACIÓN DE LA
POLÍTICA DE
HUMANIZACIÓN
PARA LA UNIDAD
AMIGA DE LOS
ADOLESCENTES Y
JÓVENES DE LA
UNIVERSIDAD DE
CUNDINAMARCA,
SECCIONAL
GIRARDOT**

Investigadores:
Carlota Castro Quintana
Jhonatan Calvo

INTRODUCCIÓN:

Diseñar participativamente la política de humanización para la Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca, Seccional Girardot, desde el contexto de la formación del Talento Humano y al mismo tiempo en la prestación de los servicios de salud a la comunidad, principalmente adolescentes y jóvenes, es un reto que se imponen los miembros que forman parte de la Unidad y la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud, implementando una metodología con talleres y encuentros que busca reflexionar la realidad de cada escenario en busca de acciones humanizantes y deshumanizantes y, a partir de ellos, crear espacios de reflexión para la nueva realidad.

El proceso de construcción de la política de humanización contó con la participación de los docentes y enfermeros en formación que gestionan los programas y proyectos y brindan el cuidado en los diferentes programas que ofrece la Unidad Amigable, teniendo en cuenta la visión y percepción docente – estudiante – usuario para impactar en el proceso formativo y, así mismo, proveer de manera integral una atención centrada en la persona.

Permitió concluir que la metodología utilizada es completamente aplicable a la formulación de la política al reflexionar los procesos de formación y atención en busca de reforzar el Ser del profesional de enfermería desde la academia contribuyendo al mejoramiento de la prestación de los servicios de salud con un enfoque humano, además de identificar los valores a mantener y potencializar en la Unidad Amigable como el respeto, igualdad, empatía, privacidad, comunicación y liderazgo y los que se deben reforzar en el plan de mejoramiento serían mente abierta, creatividad, optimismo, perseverancia, flexibilidad, paciencia, todo esto con el objetivo principal de potenciar el humanismo en la prestación del servicio y la formación del enfermero udecino.

OBJETIVOS:

Formular la política de humanización para la Unidad Amigable en un proceso participativo que tenga en cuenta la visión y percepción docente – estudiante – usuario, para impactar en el proceso formativo y, así mismo, proveer de manera integral una atención centrada en la persona.

JUSTIFICACIÓN

La Universidad de Cundinamarca, Seccional Girardot, en su programa de Enfermería desde 2007 es pionera en la implementación de una Unidad Amigable para adolescentes en el departamento, razón por la cual es necesario que se acoja al lineamiento de la calidad y humanización en la atención en salud a los adolescentes y jóvenes con el fin de reconocerlos como sujetos de derechos, garantizándoles una atención en salud con componentes éticos que mejoren la experiencia de los usuarios al momento de acudir a los servicios de salud, pero también se retome en el proceso formativo como una base para en el aprendizaje por modelaje que vivirán los enfermeros udecinos que roten por la Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes.

Articulado a este proceso de la Unidad, el Ministerio de Salud en el liderazgo que cumple en el diseño y la implementación de la política de humanización ha invitado a la Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca a realizar en la institución la prueba piloto de la metodología en el diseño de la política al considerar que es una Unidad Amigable que fusiona el proceso formativo universitario con el asistencial, que atiende a sus estudiantes universitarios y también, con un grupo de estudiantes del programa de enfermería de décimo semestre, desarrolla

programas y proyectos de extensión a la comunidad.

Esto permite que la política transversa la relación no solo con los adolescentes y jóvenes como sujetos de atención, sino que los enfermeros en formación y los docentes que allí participan también se convierten en sujetos activos del proceso y, por ende, actores en doble vía de la política de humanización.

RESULTADOS PRELIMINARES

Teniendo en cuenta todo el proceso de construcción de la política a partir de los talleres, en los cuales se identificaron las diferentes prácticas humanizantes y deshumanizantes, se clasificaron por determinantes para facilitar el direccionamiento del plan de acción, se contextualizó a los participantes del proceso dentro de las normas en salud, lo que implícitamente podría humanizar la atención y las teorías de enfermería que mejoran la calidad en el cuidado. Por último, se orientó en la aplicación y pertinencia de los valores individuales que al ser apropiados en la Unidad Amigable impactarían en lo colectivo para mejorar el proceso formativo y, así mismo, la calidad en el servicio que presta la Unidad.

Retomando lo anterior y teniendo en cuenta los resultados se tomaron todos los elementos generados para formular una política de humanización que pasara por diferentes filtros para obtener el resultado final.

Política de humanización de la Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca, Seccional Girardot

La Unidad Amiga del adolescente y el joven de la Universidad de Cundinamarca, seccional Girardot, presta sus servicios bajo la estrategia de atención primaria en salud sexual y mental a los adolescentes y jóvenes de las comunidades más desprotegidas de la ciudad, así como a los estudiantes de la universidad, sirviendo de enlace para la continuidad en el cuidado integral que ellos requieren.

En la Unidad Amiga los adolescentes y jóvenes, usuarios y estudiantes, son reconocidos como seres humanos autónomos, sujetos de derechos, independientes, capaces de tomar decisiones y de participar plenamente en todo el proceso de atención.

El talento humano de la Unidad Amigable está comprometido, formado y decidido a brindar un servicio amable, continuo e integral donde el respeto a las diferencias, la igualdad y la garantía de la privacidad y la comunicación generan un ambiente de confianza que permiten una cálida, empática y oportuna atención al adolescente y al joven, que redunde en su bienestar, el de su familia y la sociedad.

CONCLUSIONES:

Los talleres significaron un aporte, tanto para docentes y estudiantes, ya que confrontaron los sentimientos y el actuar de cada uno desde la propia visión y la del otro, esto conlleva a que cada uno analice sus valores personales y profesionales durante el proceso enseñanza – aprendizaje en enfermería.

Se evidenció un equilibrio en los valores que la Unidad Amigable ha venido manejando implícitamente, por lo tanto, es importante mantener el respeto, igualdad, empatía, privacidad, comunicación y liderazgo, quedando estos plasmados en la política de humanización de la Unidad Amigable y son claves para brindar una atención con calidad.

Se deben reforzar valores como mente abierta y creatividad, estos van de la mano y son elementales para que el estudiante explote su potencial dentro de la formación e impacte como profesional. Es cierto que la vida universitaria no es fácil, pero el optimismo y la perseverancia deben estar presentes en las prácticas formativas y en los procesos de aprendizaje que requieren de dedicación, en la docencia se debe reforzar la paciencia y la flexibilidad.

El plan de acción va encaminado a reforzar y potencializar los valores que sustentan la Unidad Amigable desde los determinantes de la matriz combinatoria a corto, mediano y largo plazo teniendo en cuenta que se deben crear indicadores que reflejen los resultados de las mejoras.



RECOMENDACIONES

Dar continuidad a las siguientes fases del proyecto de humanización dentro de la Unidad Amigable y, si es posible, iniciarse el proceso en el Programa de Enfermería, es una tarea grande, pero no imposible.

Realizar el plan de acción basado en la guía que implementó el Ministerio de salud para esta fase del proyecto en el Nodo de Humanización de la Atención Materno Perinatal de Cundinamarca adecuándolo al ámbito académico y asistencial de la Unidad Amigable.

Referencias Bibliográficas

Amaya, H. (2014). La humanización en los Lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/La%20Humanizaci%C3%B3n%20en%20los%20lineamientos%20PNMCS.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Anexo técnico: calidad y humanización de la atención a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Calidad y humanización de la atención. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Pl/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>

Ministerio de la protección social (2008). Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Bogotá: Ministerio de la protección social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Modelo-de-servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Modelo integral de atención en salud, MIAS, plan de capacitación sectorial. Lineamiento de sistematización de experiencias del Modelo de atención integral en salud, MIAS, Módulo 11. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>

Coachingvalores (2017). El Modelo Triaxial de los Valores de Simón Dolan. El ABC de los valores. <https://coachingvalores.com/el-modelo-triaxial-de-los-valores/>



Título:
AGROQUIMICOS
CAUSAS
AMBIENTALES Y
LABORALES EN LA
POBLACIÓN DE
TIBACUY

Carla Mileth Parra Martinez
Maycol Daniel Otálora Sanabria
Liliana Guarnizo Guarnizo

RESUMEN:

A través del trabajo de investigación en el semillero Promoción de la Seguridad y Salud en el trabajo se hace el planteamiento del proyecto "Agroquímicos causas ambientales y laborales en la población de Tibacuy" con el fin de conocer y diagnosticar el nivel de conocimientos que tiene la población acerca de la protección que deben utilizar al manipular agroquímicos con el objeto de establecer estrategias con la comunidad para que los agricultores no afecten su salud ni los recursos naturales proporcionando conocimiento a la población agricultora de Tibacuy sobre los diferentes riesgos agroquímicos que pueden ocasionar provocando daños en su entorno.

Planteamiento del problema

La Población de Tibacuy Vereda San Francisco desconoce la peligrosidad en la salud de ellos y él de su entorno con el uso y manejo al manipular agroquímicos en los cultivos que tiene esta zona del sector de Cundinamarca. El Problema de investigación que desarrolla el semillero es: ¿Cómo hacer para que en la vereda de San Francisco del Municipio de Tibacuy Cundinamarca implemente las EPP en el proceso de fumigación de sus cultivos?

OBJETIVOS:

Implementar estrategias de capacitación en la población de Tibacuy, Cundinamarca sobre los peligros en la manipulación y empleo de agroquímicos.

METODOLOGÍA

FASE I:

-Estado del arte sobre el tema de Riesgos Agroquímicos en poblaciones de Cultivo.

-Diagnóstico del uso de los agroquímicos en los cultivos de la población de Tibacuy Vereda San Francisco Cundinamarca.

-Tecnificar a los agricultores por medio de conferencias de salud ocupacional. Promover las buenas prácticas agrícolas (BPA).

FASE II:

-Análisis estadístico de la información recolectada con la población objeto de estudio,

-Diseño de estrategias de Sensibilización para la implementación del buen uso de los agroquímicos.

FASE III:

-Diseñar un programa de prevención para el uso de agroquímicos en la población de Tibacuy Cundinamarca.

-Labor de Sensibilización en la vereda San Francisco de Tibacuy Cundinamarca para el buen manejo de los agroquímicos en los cultivos.

Localización Física

Municipio resguardado por el imponente cerro del Quinini ubicado en la región del Sumapaz Departamento de Cundinamarca, entretejido por hermosas montañas con cultivos de plátano en sus distintas variedades, Café, Tomate, Habichuela y una hermosa vegetación; Está ubicado a tan sólo 87 kilómetros de Bogotá. su gente trabajadora destacada por su cordialidad y amabilidad, Tibacuy ha logrado ubicarse como uno de los municipios

más prósperos del la region del Sumapaz, según relata la historia desde su fundación esta localidad ha tenido que abrirse paso para lograr ubicarse en el sitio que hoy ocupa. Tibacuy en lengua chibcha quiere decir Jefe Oficial. El pueblo actual se encuentra situado más abajo que el pueblo aborigen y no hay acuerdo sobre si era chibcha o panche. Tomado de documento reseña histórica de Tibacuy.

Tibacuy tiene una diversificación en los Cultivos lo que la hace llamativa y de gran interés, De acuerdo a su economía el municipio es agrícola principal producto es el café, se encuentran fincas certificadas por la federación de cafeteros en Rainforest Alliance Certified.

Labores: Agricultura y al área pecuaria

Antecedentes

Van der Haar, Golezer, (2013) sobre La higiene Ocupacional en América Latina. Una guía para su desarrollo y la investigación de Bejarano González, F (2002). La espiral del veneno: guía crítica ciudadana sobre plaguicida, estos estudios demostraron que La exposición a los agentes y/o factores de riesgo, en forma individual o combinada, conlleva un número inaceptable de accidentes y enfermedades ocupacionales, así como un grave impacto sobre el ambiente. En este contexto se debe considerar también el perfil laboral y de la población trabajadora en América Latina, que se caracteriza, entre otros, por una alta ocupación en el sector informal, una creciente presencia de trabajo infantil, un aumento de la inestabilidad laboral y de trabajos precarios de supervivencia "Contribuir al mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo, de vida, salud bienestar de los trabajadores para avanzar hacia un desarrollo humano sostenible, con equidad y justicia social". Al diagnosticar y tratar el proyecto objeto de estudio en la población de Tubacuy se pueden lograr resultados a través de un proceso de sensibilización, capacitación asegurando que los agricultores de la

zona implementen medidas que aseguren su calidad de vida y un entorno sano en el manejo ambiental.

El estado implementa la normatividad a través de la Ley 1562 del 2012 y el Decreto 472 del 2015 donde se propende la Seguridad y la Salud en el trabajo de los Colombianos y desde las Instituciones Superiores con proyectos sociales se debe aportar para el bienestar de las poblaciones vulnerables de nuestro país como garantía de progreso social igualmente es una preocupación del Observatorio mundial de la salud (GHO) es la puerta de acceso de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD a las estadísticas mundiales relacionadas con la salud. dio ambiente de trabajo, de vida, salud y bienestar de los trabajadores para avanzar hacia un desarrollo humano sostenible, con equidad y justicia social". Al diagnosticar y tratar el proyecto objeto de estudio en la población de Tubacuy se pueden lograr resultados a través de un proceso de sensibilización, capacitación asegurando que los agricultores de la zona implementen medidas que aseguren su calidad de vida y un entorno sano en el manejo ambiental.

Resultados esperados

- Hacer un diagnóstico en la zona de Tibacuy, para establecer la tecnificación empleada en agroquímicos.
- Realizar actividades de sensibilización en las instituciones educativas, centros de salud y barrios subordinados para que conozcan los diferentes riesgos agroquímicos que se manejan en la zona.
- Realizar capacitaciones a dueños y trabajadores de las fincas para que conozcan el manejo y cuidados que deben tener con los agroquímicos a través de Conferencias, dando a conocer el manejo de los insumos agroquímicos y las medidas de protección que se deben tener en cuenta en las zonas rurales.
- Diseñar un programa de prevención para el uso de agroquímicos en la población de Tibacuy Cundinamarca.
- Presentar un producto que sirva de guía y establezca la importancia del buen manejo de los Productos Agroquímicos.



Contribución a la reflexión y operativización del área temática

La población de Tibacuy tiene habitantes en nivel de estudio con básica primaria donde el proceso de la agricultura ha sido pasada de padre a hijo y por lo tanto el ejercicio de fumigación se hace en la mayoría por una transmisión de conocimiento empírico

"No hay nada más gratificante que servir a la población que me vio crecer y que bueno que a través del conocimiento puedo aportar a la sociedad dejando mi legado de vida". Carla Mileth Parra Martínez Estudiante Administración en Salud Ocupacional Corporación Universitaria Uniminuto.



Bibliografía

Amorín, C (2000). Las semillas de la muerte: basura tóxica y subdesarrollo: el caso Delta&Pine. Madrid: Los libros de la Catarata.

Bejarano González, F (2002). La espiral del veneno: guía crítica ciudadana sobre plaguicidas.

Tapia Z.,Roberto. (2000) Riesgos por el uso de agroquímicos y medicamentos en la producción de alimentos de la Universidad de Chile. VI serie: N°11

Van der Haar, Golezer, (2013) La higiene Ocupacional en América Latina. Una guía para su desarrollo. Organización Panamericana de la Salud.


Ley 1562.(2012) Modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras Disposiciones en Materia de Salud Ocupacional. Ministerio de Trabajo Colombia

Decreto 472 (2015) normas de Seguridad y Salud en el Trabajo y Riesgos Laborales, Colombia

Decreto 1072. Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. Colombia 2015.

Tapia Z.,Roberto. Riesgos por el uso de agroquímicos y medicamentos en la producción de alimentos. de la Universidad de Chile. VI serie: N°11, agosto 2000



Yo  a mi UCundinamarca
¿y tú?

Universidad de Cundinamarca - Vigilada Mineducación