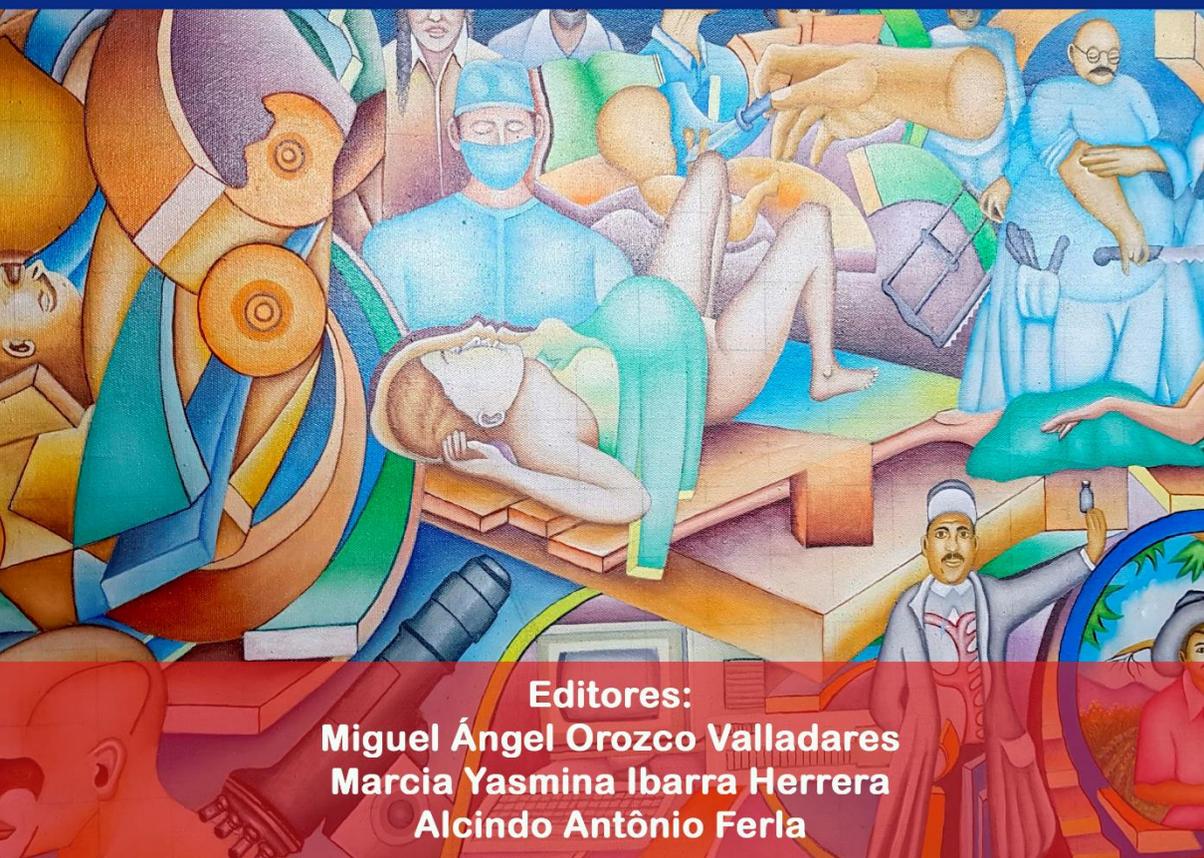


(Serie Salud Colectiva y Cooperación Internacional, 8)

Investigación en ciencias de la salud en Centroamérica:

Estado del arte, redes internacionales y perspectivas



Editores:
Miguel Ángel Orozco Valladares
Marcia Yasmina Ibarra Herrera
Alcindo Antônio Ferla



editora
redeunida



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

(Serie Salud Colectiva y Cooperación Internacional, 8)

Investigación en ciencias de la salud en Centroamérica: estado del arte, redes internacionales y perspectivas

Editores:

Miguel Ángel Orozco Valladares
Marcia Yasmina Ibarra Herrera
Alcindo Antônio Ferla



1ª Edición

Editora Rede Unida - CIES/UNAN
Porto Alegre/Brasil, Managua/Nicaragua



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins.

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil; **Alcindo Antônio Ferla** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil; **Alexandre Ramos de Souza Florêncio** – Organização Panamericana da Saúde, Nicarágua; **Ángel Martínez-Hernández** – Universitat Rovira i Virgili, Espanha; **Angelo Stefanini** – Università di Bologna, Itália; **Ardigó Martino** – Università di Bologna, Itália; **Berta Paz Lorido** – Universitat de les Illes Balears, Espanha; **Célia Beatriz Iriart** – University of New Mexico, Estados Unidos da América; **Denise Bueno** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil; **Emerson Elias Merhy** – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil; **Erica Rosalba Mallmann Duarte** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil; **Francisca Valda Silva de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil; **Izabella Barison Matos** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil; **Héider Aurélio Pinto** – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil; **João Henrique Lara do Amaral** – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil; **Juleimar Soares Coelho de Amorim** – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Brasil; **Júlio César Schweickardt** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil; **Laura Camargo Macruz Feuerwerker** – Universidade de São Paulo, Brasil; **Laura Serrant-Green** – University of Wolverhampton, Inglaterra; **Leonardo Federico** – Universidad Nacional de Lanús, Argentina; **Lisiane Böer Possa** – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil; **Liliana Santos** – Universidade Federal da Bahia, Brasil; **Luciano Bezerra Gomes** – Universidade Federal da Paraíba, Brasil; **Mara Lisiane dos Santos** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil; **Márcia Regina Cardoso Torres** – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil; **Marco Akerman** – Universidade de São Paulo, Brasil; **Maria Luiza Jaeger** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil; **Maria Rocineide Ferreira da Silva** – Universidade Estadual do Ceará, Brasil; **Mariana Bertol Leal** – Ministério da Saúde, Brasil; **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** – Universidade Federal do Pará, Brasil; **Ricardo Burg Ceccim** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil; **Rodrigo Tobias de Sousa Lima** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil; **Rossana Staevie Baduy** – Universidade Estadual de Londrina, Brasil; **Simone Edi Chaves** – Ideia e Método, Brasil; **Sueli Terezinha Goi Barrios** – Ministério da Saúde, Brasil; **Túlio Batista Franco** – Universidade Federal Fluminense, Brasil; **Vanderléia Laodete Pulga** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil; **Vera Lucia Kodjaoglianian** – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil; **Vera Maria Rocha** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Rectorado:

- **Rectora:** MSc. Ramona Rodríguez Pérez Correo
- **Vicerector General:** MSc. Jaime López Lowery
- **Secretario General:** Dr. Luis Alfredo Lobato Blanco
- **Vicerector de Docencia:** Dr. Hugo Alberto Gutiérrez Ocón
- **Vicerrectorado de Investigación, Posgrado y Extensión Universitaria:** Dra. Maribel Avendaño



Dirección Ejecutiva:

- **Director:** Dr. Miguel Orozco Valladares
- **Sub-Directora:** Dra. Marcia Ibarra Herrera

Rotonda Cristo Rey 75 vrs al sur. Mangua, Nicaragua
Recinto Universitario Dr. Salvador Allende (RUSA)
Teléfono: (505) 22783700 | 22784383
Apartado Postal: 3507
Código Postal: 14013
www.cies.edu.ni

A **Série Saúde Pública e Cooperação Internacional** tem como objetivo publicar coletâneas e livros autorais que fortaleçam o diálogo entre diferentes pesquisadores e instituições no campo da Saúde Coletiva, entendida como área de conhecimentos e práticas que tem caráter interdisciplinar (Saúde Pública, Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas em Saúde e outras conexões interdisciplinares). São publicados estudos comparados, ensaios e pesquisas. A Série tem coordenação editorial de: Alcindo Antônio Ferla (Brasil), Alexandre Ramos de Souza Florêncio (Nicarágua), Ardigó Martino (Itália), Emerson Elias Merhy (Brasil), Miguel Orozco (Nicarágua) e Túlio Batista Franco (Brasil).

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista
Márcia Regina Cardoso Torres

Projeto Gráfico, Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Editora Rede Unida

Arte da Capa

Diego Manuel Rodríguez Aguilar

Gracias a OPAS/OMS Nicaragua por su apoyo a esta publicación.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO – CIP

I 62 Investigación en ciencias de la salud en Centroamérica: estado del arte, redes internacionales y perspectivas / Miguel Ángel Orozco Valladares, Marcia Yasmina Ibarra Herrera, Alcindo Antônio Ferla, organizadores – 1.ed. – Managua: CIES/UNAN; Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. 158 p. - (Série Salud Colectiva y Cooperación Internacional, n° 8)

DOI: 1018310/9788554329327

ISBN: 978-85-54329-32-7

1. Atenção Primária à Saúde. 2. América Central. 3. América Latina. 4. Serviços de Saúde Mental. 5. Política Pública. 6. Avaliação da Pesquisa em Saúde. 7. Literatura de Revisão como Assunto. 8. Meios de comunicação. I. Orozco Valladares, Miguel Ángel (org.). II. Série.

NLM: W 84.6

Catalogação elaborada pela Editora Rede UNIDA

Copyright © 2019 Miguel Ángel Orozco Valladares, Marcia Yasmina Ibarra Herrera, Alcindo Antônio Ferla.

Todos los derechos en esta edición están reservados para la Associação Brasileira Rede UNIDA

Rua São Manoel, n° 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (051) 3391-1252

www.redeunida.org.br

INDICE

	Presentación: Una escuela que reflexiona sobre el pasado, monitorea el presente y construye futuros de salud en Centro América (Miguel Ángel Orozco Valladares)	7
	Presentación: Flujos y conexiones producen y son producto de encuentros (Túlio Batista Franco)	11
1	Producir conocimiento y desarrollar sistemas de salud: estado del arte, redes de colaboración y el derecho a la salud en la agenda en Centroamérica (Miguel Ángel Orozco Valladares, Marcia Yasmina Ibarra Herrera, Alcindo Antônio Ferla)	15
2	El tabú del envejecimiento en Nicaragua: reserva fisiológica y cognitiva en el proceso del envejecimiento (Yandly Macied Guardado Ibarra)	25
3	Calidad de vida en el adulto mayor en los asilos de ancianos de Nicaragua (Linda J. Solórzano Beneditt)	37
4	Implementación de medidas exitosas para disminuir las enfermedades crónicas mediante la reducción del consumo de tabaco en Costa Rica (Azálea Espinoza Aguirre y Diana Medina Espinoza)	47
5	Riesgos asociados a enfermedades y accidentes ocupacionales en trabajadores de laboratorios clínicos: aportes para la prevención (Norma Helena Rodríguez Hernández)	61
6	El Sistema de Emergencias Médicas: un reto de hoy para un mejor futuro (William Genderson Barquero Morales)	71
7	La creación del sistema nacional de farmacovigilancia de El Salvador: el desafío, una brecha entre la teoría y la práctica. lecciones, decepciones y logros (Miguel Ernesto Elas Rodríguez)	79
8	Limpieza del instrumental quirúrgico como base para evitar presencia de endotoxinas (Erika Edith Lawrence Berroterán)	103
9	Factores de calidad en los servicios de emergencias de hospitales nacionales en Honduras (Sergia J. Nuñez Dolmo)	109
10	Género y depresión: contribuciones a la investigación y la atención en el campo de la salud (María Sol Pastorino)	115
11	Acceso a servicios de salud en territorios adversos: registros metodológicos y empíricos de una investigación en la Amazonía	133

Brasileña (Nicolás Esteban Castro Heufemann, Francisco José Mayorga Marín, Tania Esmeralda Rodríguez Vargas, Joana Maria Borges de Freitas, Elioinai de Araújo Miller, Júlio César Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla)

Sobre los autores

152

Presentación:

Una escuela que reflexiona sobre el pasado, monitorea el presente y construye futuros de salud en Centro América

Miguel Ángel Orozco Valladares¹

El libro que llega a las manos de los lectores es el resultado de una asociación institucional del Centro de Investigación y Estudios en Salud (CIES), de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN Managua), con la Associação Brasileira da Rede Unida, a través de su Editor. Fue compuesto y lanzado en el contexto de CIES 37 años, siempre comprometido con la alta capacitación de recursos humanos en salud para Centro América. Recoge de esta manera la naturaleza del quehacer y esencia del CIES desde su mismo inicio y proyectado en su desarrollo: la cooperación, la solidaridad, las redes, para mejorar la calidad de vida de los centroamericanos.

La satisfacción de ofrecer a la comunidad científica, particularmente a la comunidad de salud pública, este libro, es doble. En primer lugar, representa la producción científica desarrollada en las actividades académicas y científicas, a través de los cursos ofrecidos por el CIES, que incluyen el aprendizaje en investigación, compartir el conocimiento producido y el compromiso ético y político con el desarrollo de los sistemas de salud en una perspectiva de calificación de los derechos humanos y sana convivencia entre personas, culturas y con su estilo de vida. La motivación central que dinamiza y energiza al CIES no es la formación académica en sí, ya que traemos en nuestra historia la doble pertenencia al campo académico, con el desarrollo científico y tecnológico, y al sistema de salud, con el desarrollo laboral y del campo en sí de los sistemas de salud. Hay vitalidad en la tensión que se produce diariamente en esta doble pertenencia y, entre otros aspectos, esta tensión se centra en el conocimiento oportuno y aplicado. El alto entrenamiento en salud, que involucra a trabajadores del sistema de salud de toda América Central y otros lugares, está comprometido a elevar los niveles de salud y las formas de pensar sobre la salud de las personas y las comunidades. Por eso celebro el libro.

Pero también celebro este libro por su capacidad de representar una red diversa de asociaciones. La elección de una producción científica compartida y solidaria no es un dispositivo para superar las debilidades o insuficiencias institucionales. Es una opción epistemológica para aprender en contacto con la diversidad de formas de expresión del conocimiento y formas de organizar y analizar los sistemas y servicios de salud, las texturas culturales y políticas de la salud en diferentes contextos. CIES se enorgullece de sus puntos de contacto científicos, formando redes que trascienden el territorio del Campus Salvador

¹ Docente-investigador e Director Ejecutivo de CIES/UNAN.

Allende, UNAN, Nicaragua, Centro América... Redes científicas que fortalecen y expanden la capacidad de producir conocimientos y tecnologías útiles. Y también oportuno para expandir los derechos de salud de las personas y las comunidades tienen en CIES un punto fuerte y prometedor. El libro representa esta fuerza.

Es importante celebrar la asociación institucional con la Asociación Brasileña de la Red Unida, que se suma a las colaboraciones académicas que CIES ha establecido con Brasil desde su inicio. El Protocolo de Cooperación firmado en 2019 amplía estas conexiones con varios investigadores e instituciones de ciencia y tecnología en Brasil, que tiene una producción relevante en el campo epistemológico y operativo de la salud colectiva, una experiencia expresiva en la formación de recursos humanos en salud y el sistema más grande. Acceso universal a la asistencia sanitaria, considerando sus dimensiones continentales.

Pero también es fundamental comprender la importancia y relevancia de CIES en la alta formación de recursos humanos y en el desarrollo científico y tecnológico en salud. En sus 37 años de existencia, la Escuela de Salud Pública más antigua de Mesoamérica ha consolidado su reconocimiento institucional en Nicaragua, la Región, el Continente y, más ampliamente, su reconocimiento global en el campo de la salud pública.

Cómo registra nuestra misión institucional:

Somos la Escuela de Salud Pública más antigua de Meso América, con un desempeño reconocido como Centro de Educación Superior Universitario de Postgrado adscrito a la UNAN Managua, que promueve espacios de aprendizaje mediados técnica y tecnológicamente, de forma crítica, participativa y transformadora, brindando Asesorías y otras formas de apoyo técnico, desarrollando y promoviendo la Investigación para la Generación de Evidencia, siempre vinculados y coherentes con el Derecho a la Salud de la Población y con el fortalecimiento de los Recursos Humanos desde la realidad de la Salud Global. (CIES, 2019).

La misión institucional preserva, y no podría ser de otra manera, afirma el compromiso del CIES con el desarrollo científico y tecnológico en salud y con la articulación entre la enseñanza, la investigación y la cooperación técnica para fortalecer la salud de la población hacia el logro de las formulaciones del CIES. Derechos humanos y de salud en el contexto de la salud de las personas. La conexión internacional está bien registrada en la visión institucional del CIES, que afirma la importancia de mantener y fortalecer las redes de cooperación con investigadores e instituciones de otros países:

Una Escuela de Salud Pública vinculada con los centros de excelencia globales en los temas prioritarios de salud, aportando regionalmente al desarrollo de capacidades integradoras y resilientes en la población de Meso América, especialmente en el personal de salud, a través de Programas de Postgrado con metodologías y tecnologías modernas, acreditadas por instituciones y autoridades de educación superior internacionales y de la Región Centro Americana, gestionando conocimiento y proponiendo soluciones éticas y participativas en función del derecho de la salud. (CIES, 2019).

No puedo terminar esta presentación sin un honroso y agradecido reconocimiento a la OPS-OMS, que como referente regional para la Salud ha apoyado desde su mismo inicio la rica experiencia que recoge este libro, a través de una voluntad de cooperación y una capacidad de gestión creativa e innovadora, reticular, propositiva, ha logrado proyectarse en el tiempo, a través de la vida misma del CIES y sus actividades asociadas en el campo de la Salud.

¡Es por lo que celebro el lanzamiento del libro y el 37 aniversario de CIES! En esta publicación, hemos podido compartir producciones relacionadas con el CIES en seis países de América, en doce capítulos teóricos y metodológicos, que fortalecen los puntos de vista sobre diferentes aspectos de la salud. ¡Espero que la lectura se movilice para ampliar las redes temáticas y cooperativas, para ayudar a producir redes de pensamiento para superar los problemas planetarios que vivimos y para fortalecer la producción de salud para nuestro planeta!

Presentación:

Flujos y conexiones producen y son producto de encuentros

Túlio Batista Franco²

La Associação Brasileira da Rede Unida (Rede Unida), a través de su Editorial, se complace en publicar este libro "*Investigación en Ciencias de la Salud en Centroamérica: Estado del Arte, Redes Internacionales y Perspectivas*" en Cooperación con el Centro de Investigación y Estudios en Salud (CIES), con motivo de las celebraciones del 37º aniversario de CIES. Incorporado a la Serie Salud Colectiva y Cooperación Internacional y organizado por Miguel Ángel Orozco Valladares, Marcia Yasmina Ibarra Herrera, Alcindo Antônio Ferla, el libro representa un hito en las relaciones internacionales para ambas entidades.

El libro trae discusiones que son absolutamente relevantes en el campo de la salud y la organización de la atención médica, tanto para Nicaragua como para Brasil, extendiéndose a toda América Latina. Llama la atención, por ejemplo, sobre el envejecimiento de la población, un fenómeno observado en las últimas décadas y que conduce inexorablemente a una mayor prevalencia de afecciones crónicas en la base de la población. Esto requiere discutir todos los problemas de gestión de la vida con referencia a la población de edad avanzada, y comprender que esta condición requiere enfoques específicos, pero, sobre todo, hace urgente la organización de servicios de salud en condiciones óptimas para la atención crónica. Este es el desafío actual que tensa las redes de servicios de salud en nuestros países.

La vida en producción se establece a lo largo del tiempo como una obra de arte, para ser elaborada cuidadosa y lentamente. En tiempos de globalización, la vida contemporánea impone ritmos rápidos de decisión, control en el trabajo, estrés en la vida diaria. Todo esto se impone como una forma de existir en el mundo que pone a la persona constantemente en riesgo, aumentando su vulnerabilidad al medio ambiente y los factores estresantes de la vida práctica. Para el sujeto que emerge como producto de este fenómeno moderno, Naomar de Almeida lo define como el "hombre de riesgo" (Sevalho, 2012), expuesto

² Profesor de Universidade Federal Fluminense (UFF, Brasil). Coordinador Nacional da Associação Brasileira da Rede Unida.

permanentemente a las variaciones del tiempo, los ritmos exorbitantes de la vida globalizada y su dinámica alucinante.

Al contrarrestar esta dinámica e imponer su sesgo insurgente en el tiempo globalizado, Milton Santos crea la idea del "hombre lento" que contradice el tiempo y el ritmo impuestos por la vida moderna, operando así una resistencia a la objetivación de la vida e imponiendo un tiempo apropiado, y adecuado para la producción de vida (Sevalho, 2012). Este antagoniza con el otro, el "hombre de riesgo":

El hombre lento resiste a la fragmentación de las identidades impuestas por la globalización, tejiendo creativamente la solidaridad en su lugar; el hombre de riesgo será la velocidad, la modernidad, imponiendo un orden estandarizador, individualista y competitivo. (Sevalho, 2012; página 07).

El fenómeno del envejecimiento pone en tela de juicio la vida, los dispositivos actuales de producción de la vida y la dinámica global que se le impone. Activado por agencias capitalistas, la vida sabe lo que invariablemente llamará "capital humano", es decir, el cuerpo monetizado, y se transforma en una unidad productora de valor. Las presiones de la vida actual, donde el cuerpo se ve obligado a producir y acumularse para sí mismo y para el otro, ha arruinado las perspectivas humanísticas del envejecimiento, ya que la humanidad de los ancianos se transforma en frustración, depreciación social, abandono afectivo. El "hombre de riesgo" produce un envejecimiento deprimido y enfermo, producto de las actuales epidemias de Burnout, un efecto directo de la economía globalizada y la maquinación del cuerpo. Para esto es necesario esbozar una alternativa, y esto aparece precisamente cuando discutimos, elaboramos y guiamos la producción de una vida plena. Especialmente los servicios de salud pueden hacer una contribución importante a este respecto. Y es precisamente en esta dirección que parte de los capítulos del libro discuten sobre el tema del envejecimiento de la población.

Al mismo tiempo que enfocan este tema, discuten en otra línea, que se combina con esto, la relación teoría y práctica, dimensiones obviamente inseparables del conocimiento, es decir, conocimiento y acción. Y es precisamente porque son indivisibles que cada debate en el libro puede tener consecuencias inmediatas, apuntando a la organización de servicios de salud centrados en el usuario, especialmente en ciertas situaciones, a la población de edad avanzada como discutimos anteriormente. Además, la organización de procesos de trabajo que guían las prácticas diarias, la gestión de la vida, la formación de redes con flujos de atención que aseguran la continuidad de la atención, en resumen, esta sería la expresión social y afectiva de la atención para esta población.

El libro apunta a otra dimensión fundamental, la micropolítica de los encuentros. Es posible observar que cada capítulo se construyó a partir de investigaciones, trabajos, observaciones, finalmente, reuniones entre sus autores y los escenarios de las prácticas de salud. Obviamente, los escenarios de atención médica, es decir, las redes de servicios

encuentran en su vida diaria la mediación de las personas que trabajan en ellos, los usuarios que buscan satisfacer sus necesidades; en resumen, hay una multitud que habita este espacio y lo hace su lugar de encuentro, con cuidado, el otro, esperan, finalmente, la producción de la vida basada en un "común", cuando están allí.

Esta idea básica de producir lo "común" sirve especialmente a quienes produjeron los capítulos del libro, así como a la cooperación entre CIES y Rede Unida, ya que traen consigo las marcas de experiencias durante un período de tiempo que se actualizan en esta producción. Aquí hay una micropolítica de la reunión, donde los que se ponen en escena, activan en sí mismos y en el otro la construcción de una producción académica, existencial y social, capaz de potenciar los proyectos de todos y de las entidades, en el ámbito de la cooperación internacional.

La idea de reunión y "común" que se desarrolla en nuestras actividades siempre nos lleva a pensar que somos una comunidad, capaz de servir como antídoto contra los riesgos que imponen el ritmo globalizado de la vida contemporánea, la competencia y el individualismo. La idea de comunidad que constituye nuestro encuentro, y los encuentros proporcionados por este libro, nos lleva a una producción de vida de acuerdo con el concepto del "hombre lento", que resiste los dispositivos capitalistas actuales de producción de vida. Aquí el tiempo es urgente para la solidaridad y la colectividad.

Para concluir celebrando la auspiciosa cooperación de la que forma parte este trabajo, queremos dejar nuestra opinión de que está organizado de acuerdo con las premisas que nos llevaron a organizar una reunión en Brasil en agosto de 2018, "Atención sin fronteras", en el apogeo de la crisis de alto flujo de inmigrantes en el norte del país (Franco, 2019). Para sufrir no hay fronteras. El cuerpo en riesgo, violado o enfermo sufre el mismo dolor, angustia, abandono en cualquier parte del mundo. Del mismo modo que el dolor duele igual en todo el cuerpo, independientemente de la nacionalidad, la atención también debe ser acogedora y decidida para todas las personas, independientemente de en qué tierra nacieron, vivieron y están en el momento en que necesitan la bienvenida. Para el cuidado no puede haber fronteras.

Cooperar entre entidades como las presentadas en este libro es, ante todo, reconocer un poder que se realiza en los flujos y las conexiones que producen y son el producto del encuentro. Nuestro cuerpo cooperativo es migrante, nómada e híbrido en nosotros mismos, trayendo rastros de cada cultura, solidaridad en los gestos, producción de vida. Las vidas que producen en las corrientes cruzan los límites porque no las reconocen como límites.

Todavía estamos cambiando, así como este trabajo puede representar líneas de conexión entre Nicaragua y Brasil, CIES y Rede Unida.

¡Buena lectura!

Referencias bibliográficas:

Franco, Túlio Batista. (2019). Cuidado sem Fronteiras: o refúgio dos venezuelanos em Roraima e os dispositivos de governamentalidade. *Saúde em Redes*, v. 5, n. 2, 2019. Disponible en <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/index>. Acceso en 10/09/2019.

Sevalho, Gil. (2012). O "homem dos riscos" e o "homem lento" e a teorização sobre o risco epidemiológico em tempos de globalização. In: *Interface* (Botucatu), vol.16, no.40, Botucatu Jan./Mar. 2012, pág. 07-19. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0312.pdf>. Acceso en 10/09/2019.

1

Producir conocimiento y desarrollar sistemas de salud: estado del arte, redes de colaboración y el derecho a la salud en la agenda en Centroamérica

Miguel Ángel Orozco Valladares,
Marcia Yasmína Ibarra Herrera,
Alcindo Antônio Ferla.

Introducción

Los capítulos que componen este libro se agruparon a partir de una convocatoria pública de manuscritos científicos, publicada conjuntamente por el Centro de Investigación y Estudios en Salud (CIES), de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) y la Associação Brasileira da Rede Unida (Rede Unida), que es una organización científica brasileña que reúne a investigadores e instituciones de educación e investigación en salud. En ese momento, había un interés en comprender el desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud pública en la región centroamericana y sus contribuciones al desarrollo de los sistemas de salud de los países. La iniciativa se llamó "**Producción científica en ciencias de la salud en México y América Central: el estado del arte y la perspectiva para el futuro**", y se activó en el marco de las actividades conmemorativas de los 37 años de CIES / UNAN. Como resultado de la convocatoria, se recibieron manuscritos producidos a partir de las iniciativas de capacitación de CIES / UNAN y diez de ellos componen la colección que organizamos aquí.

En conjunto, los estudios presentados hablan sobre el envejecimiento y los desafíos para las políticas públicas y la atención, enfermedades crónicas y hábitos de vida saludables, enfermedades y enfermedades ocupacionales, emergencias médicas en la vida cotidiana de los sistemas de salud, buenas prácticas de seguridad y calidad. en servicios hospitalarios, farmacovigilancia y acceso a servicios en regiones desfavorables. Pero hay otra característica relevante: la cobertura territorial. Los estudios involucraron a investigadores y contextos en Nicaragua, Honduras, El Salvador, Costa Rica, México y Brasil, señalando la relevancia y oportunidad de los estudios comparativos, ya sea para representar la diversidad de países o para ampliar la comprensión de aspectos únicos de problemas estudiados, sobre todo, presentan el alcance de la capacitación ofrecida en CIES/UNAN, que involucra a un gran número de estudiantes en varios países, desde su origen, hace 37 años. (Ibarra Herrera & Cols, 2019).

Sin lugar a duda, se trata de una selección de estudios representativos de la diversidad temática y epistemológica y de las prioridades actualmente asignadas para la producción de conocimiento en ciencias de la salud en la región y en casi todos los países. No se trata solo de seguir el curso del desarrollo científico y tecnológico actual, que ha tenido su período de fortaleza en los últimos tres siglos. Se trata de revisar el contexto en el que se produjo el conocimiento y retomar aspectos que eran secundarios para la investigación y el desarrollo tecnológico, pero que son fundamentales cuando se trata de la vida en la sociedad y, sobre todo, la atención médica. El marco ético que establece un nuevo horizonte en los estudios y su relación con las políticas públicas y la sociedad, en este caso, es la definición de salud como un derecho humano fundamental, que se remonta a la Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948). De acuerdo con este documento

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Art. 25)

Hay un concepto ampliado de salud percibida en el documento citado, que hace que la salud no se limite al tratamiento de enfermedades y sus riesgos, sino a la expansión de la calidad de vida de las personas y las comunidades, con un conjunto de condicionantes y determinantes más amplios que la práctica clínica biomédica moderna abarca. El desafío de los estudios e investigaciones y del desarrollo científico y tecnológico, por lo tanto, es visible en esta formulación.

Las producciones científicas presentadas aquí tienen otro punto de contacto con la Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948). Según el contenido de la Resolución de Naciones Unidas, la diversidad e incluso la inequidad tienen una distribución heterogénea entre los diferentes países y territorios, lo que hace que la condición de cada persona o colectivo se correlacione con el contexto global. Por lo tanto, los derechos de hombres y mujeres en todo el planeta también dependen de la cooperación entre países e instituciones:

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad. (Naciones Unidas, 1948, Art. 22)

En el libro que presentamos, existe una gran diversidad de temas y enfoques, con énfasis analítico en la salud, pero con desbordamientos en otras áreas que tienen un efecto condicionante o determinante sobre los niveles de salud y sobre la organización del sistema de salud en cada uno de los países analizados. Existen esfuerzos teóricos, empíricos y analíticos para superar los límites conceptuales y pragmáticos en la investigación, en las políticas públicas y en la organización de los sistemas y servicios de salud. Y también existe el esfuerzo de estudios comparativos, de producciones solidarias entre instituciones y países, y la producción de redes de desarrollo científico y tecnológico, que buscan alcanzar las disposiciones descritas en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en sus fundamentos éticos.

El envejecimiento de la población es un excelente ejemplo de los desafíos de la producción de conocimiento en el contexto actual de las políticas públicas y la interacción del conocimiento con la cultura actual. La presencia de personas de 60 años está creciendo rápidamente en los países latinoamericanos, y la tendencia es que la tasa de envejecimiento continúe acelerándose en los próximos veinte años, debido a la alta esperanza de vida en algunos países, y similares. mortalidad (Ferla y Cols, 2007; López Gómez y Marín Baena, 2016). En otras palabras, el envejecimiento es una característica relevante y su importancia para las políticas públicas y sociales y la atención médica continuará creciendo en los próximos años. Al mismo tiempo, los principales avances en el conocimiento de las ciencias de la salud se han centrado en las dimensiones fisiológicas y patológicas del envejecimiento humano. Es cierto que el envejecimiento de las personas está asociado con el crecimiento de enfermedades crónicas y una mayor vulnerabilidad biológica. En última instancia, esta acumulación de conocimiento y desarrollo tecnológico constituyó una cultura de envejecimiento como una condición de disfuncionalidad y senilidad (Ferla y Cols., 2007), asociada, incluso, a un imaginario social de violencia institucional para los ancianos, ya que fortalece una idea de disfuncionalidad y sobrecarga a la sociedad.

Pero el envejecimiento también se asocia con otras condiciones, que permiten pensar en términos de "envejecimiento saludable" (Ferla y Cols, 2007), "supervivencia excepcional y longevidad satisfactoria" (Velázquez Argota, 2009), "actividad social en adultos mayores", "bienestar con sentido territorial" (Muñoz, 2013), entre otros. Es importante resaltar aquí que el énfasis en otros aspectos del envejecimiento ya sea desde otras dimensiones en el área de las ciencias biológicas, ciencias sociales y humanas, bioética, psicología social e incluso salud colectiva, recupera la condición de complejidad del proceso. envejecimiento, abriendo el desarrollo científico y la perspectiva de orientación de políticas públicas y el cuidado a condiciones que tenían poca visibilidad hasta ahora. La expansión del enfoque al tema del envejecimiento tiene importantes repercusiones en la formación de profesionales (Ferla & Cols, 2007), la producción de cultura e imaginario social (López Gómez & Marín Baena, 2016), el alcance de las acciones en políticas públicas y sociales (Muñoz, 2013), en el enfoque intergeneracional y la inclusión social, permitiendo avances en la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas para "una sociedad para todas

las edades” (Beltrán y Rivas Gómez, 2013). Como resultado, el tema del envejecimiento de la población es oportuno, actual y requiere nuevos enfoques teóricos y metodológicos, comprometidos con la complejidad y relevancia en términos de derechos humanos y calidad de vida de los adultos mayores, pero también de todas las personas de cualquier edad.

Otros temas tienen relevancia contextual y desafíos epistemológicos similares en el tiempo que vivimos. La tradición moderna de las ciencias de la salud es el enfoque de la enfermedad, ya sea el tratamiento y la rehabilitación o incluso el enfoque de riesgo. Hace unos años, con la expansión del concepto de salud, la prevención de la salud y la movilización de hábitos de vida saludables han cambiado el análisis y ampliado la producción epistémica del campo. Nuevas miradas y necesidades de la sociedad requieren nuevos conceptos y otras metodologías de análisis.

Un conjunto de estudios reunidos aquí se centra en cuestiones que hacen destaque en las relaciones entre las teorías y las políticas sociales, especialmente en el campo de la salud, no como relaciones de aplicación (teoría que se superpone a la práctica), sino de relaciones de transversalidad, donde se forman alianzas entre la teoría y la práctica, a menudo tensas, para superar problemas en la vida cotidiana del sistema de salud y también en la producción de conocimiento. Las relaciones de relevamiento, como las alianzas entre teoría y práctica, generan el desarrollo del trabajo y el pensamiento. El filósofo Gilles Deleuze, en conversación con Michel Foucault, ilustra esta idea (Foucault, 1993).

desde el momento en que la teoría se incrusta en su propio dominio se enfrenta con obstáculos que hacen necesario que sea relevada por otro tipo de discurso (es este otro tipo el que hace pasar eventualmente a un dominio diferente). La práctica es un conjunto de conexiones de un punto teórico con otro, y la teoría un empalme de una práctica con otra. Ninguna teoría puede desarrollarse sin encontrar una especie de muro, y se precisa la práctica para agujerearlo. (Pág. 69-70, traducción de los autores).

Lo que es notable aquí es que las tensiones entre teorías (conocimiento, ciencia) y prácticas (trabajo, vida en su cotidiano), en una síntesis que no pretende abarcar toda la complejidad del pensamiento de los filósofos citados, son fuentes de conocimiento y renovación y desarrollo del trabajo. Renunciar a la relación fija de aplicación del conocimiento sobre la vida cotidiana, como lo hemos estado haciendo desde la tradición del Iluminismo, no desprecia a la ciencia; por el contrario, expande su capacidad para hacer la vida más potente y el conocimiento más complejo.

Madel Luz (2009) presenta esta cuestión de la relación entre la teoría y la práctica en el análisis del curso histórico de Salud Colectiva como un campo de conocimiento y práctica, y coloca la tensión entre ellos como un elemento de la vitalidad del campo, que él llama hibridismo teoría/práctica. Según el autor, en el campo del conocimiento de la salud

colectiva, existen tensiones disciplinarias (su composición incluye disciplinas humanas, biológicas, médicas y ambientales que operan por lógicas distintas) y en el contexto de la producción y expresión del conocimiento (entre el paradigma científico y el paradigma ético y práctico de efectividad). Para el autor, a partir de las lógicas del "régimen de producción de la verdad", en el que parafrasea a Foucault (1993), debe diferenciarse para comprender la naturaleza híbrida (teórica / práctica) del campo:

a) la lógica teórico-epistemológica de la producción de conocimiento, sea interpretativa o explicativa, dependiendo del área disciplinaria de la que se origina, y b) la lógica operativa y pragmática de la efectividad, resultante de la intervención normativa en el orden de la vida, en el sentido de erradicación o control de la enfermedad colectiva. (Luz, 2009, pág. 306, traducción de los autores)

Para Madel Luz (2009), identificar y comprender estas dimensiones tiene consecuencias epistemológicas y empíricas:

Esta doble complejidad del campo impide, en nuestra opinión, la adopción de explicaciones teóricas monocausales en este campo, al menos en el sentido de la causalidad mecánica, que aún es predominantemente dominante en el campo de las biociencias. (Luz, 2009, pág. 306, traducción de los autores)

Es decir, es posible afirmar que el campo del conocimiento y las prácticas de la Salud Colectiva se caracteriza por una irreductibilidad discursiva, práctica y expresiva de su producción a un "modelo del paradigma único" (Luz, 2009).

En los capítulos que componen la colección, la construcción epistemológica interdisciplinaria cruza los análisis, tanto en la formulación de los problemas en estudio como en la descripción de los contextos en los que se obtienen las bases empíricas, así como en los efectos previstos del conocimiento y las técnicas desarrolladas en el trabajo académico. Este ha sido el vínculo entre CIES / UNAN en los 37 años de su historia, un proceso de mediación crítica entre los avances en el conocimiento y su tendencia disciplinaria y fragmentaria y las necesidades sociales y de salud de las personas y las comunidades, buscando desarrollarse de manera sostenible. sistemas de salud nacionales y regionales. También a este respecto, los capítulos son representativos de la historia y los desafíos que se distribuyen en el trabajo diario de investigación y salud que el presente reclama a quienes tienen compromisos con la vida de cada persona y cada comunidad.

Los manuscritos que componen el libro.

El resultado de la convocatoria de estudios, como se informó anteriormente, dio como resultado un total de once manuscritos aceptados, que componen la publicación, y que

representan la diversidad temática, teórica y metodológica de los estudios y las investigaciones realizadas en la interfaz entre los sistemas de políticas públicas. y la tradición académica del Centro de Investigación y Estudios en Salud (CIES) de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN).

La doctora y estudiante de maestría en salud pública Yandly Macied Guard Ibarra es autora del capítulo "***El tabú del envejecimiento en Nicaragua: reserva fisiológica y cognitiva en el proceso de envejecimiento***", donde presenta el problema del envejecimiento de la población en sus múltiples dimensiones y la paradoja de la reducción analítica hasta la dimensión fisiológica en la composición de las políticas públicas e incluso en el imaginario social. Esta reducción produce déficits importantes en el enfoque de atención, como lo demuestra el autor, ya sea para acompañar reducciones fisiológicas en las capacidades biológicas y neurológicas, o para fortalecer condiciones vitales como el ejercicio de la sexualidad y el envejecimiento activo, incluso para reemplazar la muerte como parte de ella. de la vida. Para el autor, *“es muy importante promover un tiempo activo, satisfactorio y competente que trascienda las mejores condiciones posibles para la persona. Tener una edad activa a veces disminuye la probabilidad de amamantar y fomenta un alto funcionamiento físico y funcional, un alto funcionamiento cognitivo y afectivo y un gran compromiso con la vida y la sociedad. Este tipo de visión es lo más deseable, porque significa mantener la mayor personalidad posible”*. Sin lugar a duda, es una contribución relevante a la producción de nuevas culturas de salud y a la incorporación del envejecimiento como una condición compleja en las políticas y prácticas de salud.

El tema del envejecimiento y el cuidado de la población que envejece es también el tema del capítulo de Linda J. Solórzano Beneditt, Máster en Salud Pública y estudiante de doctorado en Ciencias de la Salud, titulado ***“Calidad de vida en un adulto mayor en hogares de ancianos. de Nicaragua”***. En este estudio, el enfoque predominante es la calidad de vida de las personas mayores, ampliando el enfoque de la atención médica. Para el autor, *“Es esencial llevar a cabo intervenciones para mejorar la calidad de vida de esta población y crear un modelo que aborde los factores que determinan la calidad de vida del mayor adulto de solicitantes de asilo de Nicaragua. informe periódico y detallado de los cambios y avances logrados en cada etapa del desarrollo de estos”*.

También representan los complejos desafíos contemporáneos de las políticas públicas, en particular las políticas sociales y de salud, los enfoques de hábitos saludables como la prevención de enfermedades crónicas, el mundo del trabajo y las enfermedades. Estos temas involucran los estudios que se publican después del libro.

En el capítulo ***“Implementación de medidas exitosas para reducir las enfermedades crónicas a través de la reducción del consumo de tabaco en Costa Rica”***, la doctora y maestra en Epidemiología e Informática Azalea Espinoza Aguirre, aborda el tema de la implementación de medidas exitosas para reducir el consumo de tabaco. del tabaco y su relación con la reducción de enfermedades crónicas y el aumento de la calidad de vida en

Costa Rica. Muestra que la relación entre el consumo y la enfermedad está mediada por varios factores culturales y sociales que deben considerarse en la investigación y en el diseño de políticas públicas y prácticas de atención, trascendiendo el área de la salud, incluidos. Las iniciativas internacionales, en particular la cooperación multilateral de la OMS, ocupan un lugar destacado en el análisis de los progresos realizados en Costa Rica.

Norma Helena Rodríguez H. desarrolla el tema del trabajo y sus relaciones con la salud en el capítulo "**Riesgos asociados con enfermedades y accidentes laborales en trabajadores de laboratorio clínico: contribuciones a la prevención**". Aquí, el tema actual es considerar los riesgos laborales en los servicios de salud como productores de accidentes y enfermedades, no solo cuando se establecen vínculos causales y, por lo tanto, ya han sido objeto de estudios y estándares. El enfoque predominante aquí es la prevención, ampliando el enfoque teórico y metodológico de la investigación y la amplitud de la política.

La organización de políticas específicas para impactar el resultado de problemas comunes relacionados con los procesos de la vida en la sociedad también constituye objeto de investigación y señalan los avances posibles y necesarios en los sistemas de salud de diferentes países. William Barquero aborda el tema de los accidentes y la violencia y las formas en que se organizan los sistemas de salud para abordarlos en el capítulo "**El sistema de emergencia médica: el derecho de hoy para un futuro mejor**". Aquí también la producción teórica sobre accidentes y violencia pone las formas de vida, los valores y los modos de ocupación y circulación de espacios en conexión con el sistema de salud. Y nuevamente, la investigación y el desarrollo tecnológico se prueban para permitir avances en términos de reducción de muertes y mejora de las respuestas a las víctimas de accidentes y violencia. A su vez, Miguel Miguel agrega al libro "**La creación del sistema nacional de farmacovigilancia de El Salvador: el desafío, una brecha entre la teoría y la práctica: lecciones, decepciones y logros**", con una narrativa densa de la experiencia acumulada en el país, donde existe una "brecha entre teoría y práctica, entre conocimiento y experiencia y conocimiento sin conocimiento; Y eso, junto con el conocimiento de la historia particular, puede servir para evitar cometer los errores equivocados y aumentar las posibilidades de éxito y disminuirlos de fracaso.

Los avances en investigación y desarrollo tecnológico también afectan la organización del trabajo y la calidad de las respuestas dentro de los servicios de salud. Por lo tanto, se toman como objeto de estudios en situaciones que demuestran fragilidad o variación de respuestas, reclamando ajustes para mejorar resultados o procesos de trabajo. Erika Edith Lawrence Berroterán lleva los procesos de preparación de materiales e instrumentos dentro del hospital, en su ensayo titulado "**Limpieza de instrumentos quirúrgicos como base para prevenir la presencia de endotoxinas**". Asimismo, Sergia J. Nuñez Dolmo toma los servicios hospitalarios como su objeto de análisis en "**Factores de**

calidad en los servicios de emergencia del hospital Nacioles en Honduras 2017-2021, proponiendo monitoreo y cambio de procesos.

A su vez, Maria Sol Pastorino, en el capítulo ***Género y depresión: contribuciones a la investigación y atención en el campo de la salud***, desarrolla un ensayo teórico basado en la inadecuación del modelo biomédico para abordar la prevención en salud mental. Con base en la literatura, busca ideas para construir un modelo que incluya el género como categoría de análisis, de modo que pueda resaltar las deficiencias que han pasado desapercibidas en la práctica de la atención médica y en la forma de investigación.

En el capítulo final del libro, Nicolás Esteban Castro Heufemann, Francisco Mayorga, Tânia Rodríguez, Joana Maria Borges Freitas, Julio César Schweickardt y Alcindo Antonio Ferla presentan un ensayo sobre la investigación de sistemas y servicios de salud con características muy singulares, pero también sobre investigación de asociación. El ensayo ***"Acceso a servicios de salud en territorios desfavorables: lecciones de registros metodológicos y empíricos de una investigación en la Amazonía brasileña"***, desarrollado con reflexiones originadas en el trabajo de campo de una investigación más amplia, señaló, entre otros temas, el aprendizaje de la investigación. en colaboración, donde la "mirada extranjera" amplía y expande la capacidad de interpretar la realidad y moviliza nuevas perspectivas teóricas y metodológicas.

Tomados en conjunto, los capítulos demuestran la exactitud de la convocatoria de trabajos y, sobre todo, ayudan a describir la relevancia del Centro de Investigación y Estudios en Salud (CIES) de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) en la producción de conocimiento para el desarrollo de sistemas de salud. Más que el estado del arte, las redes de colaboración y la agenda de la investigación en salud en Centroamérica, los ensayos presentados apuntan a la vitalidad y la energía para anticipar un futuro prometedor y avances en el 37 aniversario del CIES. que la salud puede producir en la vida de las personas y las comunidades y en la autonomía para continuar construyendo mundos más justos y solidarios.

¡Les deseamos una excelente lectura e inspiración productiva para la investigación y producción de nuevos ensayos para todos!

Referencias bibliográficas:

Beltrán, Alicia Judith, & Rivas Gómez, Adalver. (2013). Intergeneracionalidad y multigeneracionalidad en el envejecimiento y la vejez. *Tabula Rasa*, (18), 277-294. Retrieved September 12, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892013000100014&lng=en&tlng=es.

Ferla, Alcindo Antônio; Stédile, Nilva Lucia Rech; Batista, Marta Vaccari. Marcon, Silvana Regina Ampessam. (2007). Integralidade em saúde e envelhecimento: dobras, texturas e desafios à formação

dos profissionais de saúde. In: Heredia, VBM.; FERLA, AA; DE LORENZI, DRS (Org.). *Envelhecimento, saúde e políticas públicas*. 1. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2007. Pág. 79 – 112.

Foucault, Michel. (1993). *Microfísica do poder*. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

Ibarra Herrera, Marcia Yasmina; Orozco, Miguel; Mayorga, Francisco; Hernández García, Rosario; La virtualización en programas de postgrado: experiencia del CIES UNAN MANAGUA 2010-2017. *Saúde em Redes*. 2019; 5(1):127-144. Disponible en <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2480/PDF>. Acceso en 13/09/2019.

López Gómez, María del Pilar, & Marín Baena, Ricardo Antonio. (2016). Revisión teórica y empírica desde la psicología sobre representaciones sociales del envejecimiento y la vejez en Latinoamérica y España (2009-2013). *Revista Científica General José María Córdova*, 14(17), 155-202. Retrieved September 12, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-65862016000100007&lng=en&tlng=es.

Luz, Madel T. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 304-311. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>.

Muñoz Muñoz, Carmen. (2013). Bienestar subjetivo y actividad social con sentido histórico en adultos mayores. *Hacia la Promoción de la Salud*, 18(2), 13-26. Retrieved September 12, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772013000200002&lng=en&tlng=es.

Naciones Unidas. Asamblea General. (1948). *Resolución n° 217 A*, 10 de diciembre de 1948, que proclama la DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>. Acceso en 13/08/2019.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?* [Internet]. 2011 [citado 24 de febrero de 2017]. p. 2. Recuperado a partir de: www.who.int/ageing/about/facts/es

Organizacion Mundial de la Salud. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. In Organizacion Mundial de la Salud. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf

Organizacion Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades no transmisibles*. Retrieved from OMS website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organizacion Mundial de la Salud. (2019). *Datos y Cifras sobre Tabaci*. Retrieved from OMS website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Velázquez Argota, Juana Mercedes. (2009). Supervivencia excepcional y longevidad satisfactoria: Un enfoque desde la Bioética. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 9(2), 86-91. Retrieved September 12, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022009000200007&lng=en&tlng=es.

2

El tabu del envejecimiento en Nicaragua: reserva fisiológica y cognitiva en el proceso del envejecimiento

Yandly Macied Guardado Ibarra

El envejecimiento

Desde un punto de vista fisiológico, el envejecimiento tisular comienza cuando termina el período de crecimiento, lo cual ocurre en el ser humano entre los 25 y 30 años. El proceso es gradual, progresivo y sólo se objetiviza después de los 40 años cuando el desgaste de los tejidos en relación con el potencial de reparación del organismo se hace evidente. En general, se distinguen tres etapas en el proceso clínico del envejecimiento: madurez avanzada entre los 45 y los 60 años, senectud entre los 60 y los 75 y la senilidad más allá de los 75 (Laforest, 1991).

La mayoría de los países en América Latina estarán en proceso de cambios demográficos, en el que se observará ampliación de la cumbre y reducción de la base rectificándose, cambio que pondrá en evidencia el crecimiento de la población adulta mayor. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CELPAL) se espera que para el 2050 habrá 86 millones de personas. Los países de mayor población de la región como Brasil y México concentraran el mayor número, pero en los países más pequeños este aumento también será significativo, especialmente a partir de 2025. La población adulta mayor crecerá a un ritmo de 3,5 % en el período 2020-2025, tres veces más rápidamente que el índice de crecimiento de la población total.

Las poblaciones que viven en zonas subdesarrolladas y con bajos niveles de vida envejecen prematuramente, ya que su organismo se deteriora al enfrentar más riesgos y el individuo envejece antes de lo que normalmente debe suceder (CELPAL, 2002).

En América Latina según la OIT miles de niños se desempeñan trabajando en agricultura, y otros sectores de alto riesgo, como la minería, los basureros, el trabajo doméstico, la cohetería y la pesca. Al ser adultos jóvenes mantienen los mismos empleos o cambian a trabajos como operadores de máquina y producción, u oficios como: mecánica, electricidad, cocina, para los cuales no cuentan con medidas de protección, no se supervisan las posiciones de trabajo y en su mayoría comienza a presentar incapacidades o deterioro temprano de su capacidad física. En los trabajadores del sector agrícola, pesca, así como los trabajos domésticos, se ha observado el poco cumplimiento de la inscripción al seguro social de estos empleados, por lo que en su senectud no cuentan con la atención

del seguro social y por ende de una jubilación con la que puedan mantener sus necesidades básicas (OIT, 2019).

El envejecimiento en países en transición y en vías de desarrollo se está produciendo sin que haya ocurrido una adecuada preparación ni desarrollo de recursos de salud capacitados para atender a esta población tan especial y vulnerable.

El tabú del envejecimiento en Nicaragua

En Nicaragua la esperanza de vida en el adulto mayor es de 72.7 años, el 60% de los adultos mayores son predominantemente urbanos, los mayores porcentajes se encuentran en Managua 25.9%, Chinandega 8.6% y León 8.3%, el 90% carece de un seguro social, los gastos médicos representan más de 60% de sus gastos ambulatorios (ENDESA, 2011/2012).

La vejez no es definible por simple cronología sino más bien por las condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud de las personas analizadas. De este modo, pueden observarse diferentes edades biológicas y subjetivas en personas con la misma edad cronológica.

Un buen envejecimiento depende en gran parte de la prevención de enfermedades y la discapacidad, el mantenimiento de una actividad física, las funciones cognitivas, y su participación permanente con las actividades sociales (OMS, 2018).

En vista de esto podemos decir que cada persona envejece de manera diferente por tanto sus necesidades suelen ser diferentes.

Muchas veces tratamos a las personas de edad de forma estereotipada o negativa, develando a veces una idea discriminatoria de ellos, adjudicándoles adjetivos o características que denotan falta de juicio, de carácter, incapacidad e invalidez, por el simple hecho de ser mayores, al final nos enmascaramos en una postura de compasión y cuidado hacia el anciano para sentirnos mejor o disculpar la falta de conocimiento acerca de la vejez.

Un buen nicaragüense diría “estamos acalambrados pensando que con la vejez tendremos a la quirina cerca cavando rápido” (tenemos miedo a la muerte y la cercanía de la idea de tener que pasar a la última morada). Por lo que al observar una primera cana salir aun siendo adultos jóvenes lo primero que hacemos es arrancar el mal de raíz exterminando la idea de la vejez y cuando ya se convierten en demasiadas las mujeres empiezan a esconderlas a través de tinturas, por la vergüenza de entrar en años.

Nadie nos enseña a ser padres y esposos vamos experimentando y entre errores y aciertos vamos avanzando, sin embargo, todos nos quieren enseñar sobre los cambios de la

pubertad, dándonos a conocer principalmente los cambios biológicos desde las aulas de clase, últimamente a los niños les enseñamos más tempranamente sobre el ciclo menstrual, sobre la masturbación, para crear una idea más sana de los cambio en cada género para dar apertura, conocimiento y educación sobre la sexualidad, cosa que no está mal, nos matamos para disminuir en algunos países el crecimiento poblacional y la alta fecundidad, tenemos programas para la anticoncepción y el cuidado del binomio materno fetal, pero quien nos enseña a envejecer. Quien les enseña a las mujeres que al iniciar más tempranamente la concepción y al tener más de tres hijos en intervalos intergenesicos cortos nos estamos desgastando, eliminando nuestras reservas de calcio, de magnesio que durante la menopausia y la senectud nos hará mucha falta y serán la causa de los dolores articulares tempranos y la osteoporosis, aunque en el embarazo esta normado la suplementación de calcio y hierro, el hecho de que los embarazos sea captados tardíamente y no cumplir muchas veces con los controles prenatales podrá generar esta situación. Quien nos habla sobre los cambios físicos que se esperan con el paso de los años, quien nos orienta sobre la menopausia y la andropausia, naturalmente nadie porque llegar a viejos no nos entusiasma.

Se ha creado la imagen mental del anciano sin diente, con calvicie, arrugas y sin actividad sexual y barrigón, sería lo peor que le puede ocurrir a un hombre, claro esto le puede ocurrir al vecino o al amigo, pero no a uno mismo. Sin embargo, cuando somos adolescente o adultos jóvenes, nos fumamos 1 caja de cigarrillos diarios, propiciando en los dientes manchas por la nicotina y el alquitrán, lo que favorece la aparición de sarro; el tabaco también disminuye flujo salival y aumenta riesgo de aparición de caries, halitosis y enfermedad periodontal que es una enfermedad crónica progresiva que ocasiona la perdida de los dientes, aún más con la asociación de una enfermedad metabólica como la diabetes llegamos a terminar sin dientes y con la utilización de prótesis dental si tenemos suerte y la disposición de dinero para esto. El tabaquismo trae consigo los pliegues de la piel que nadie desea ver, las patitas de gallo, las arrugas en el cuello las manos envejecidas, con la piel quebradiza áspera e inflexible.

Cuando salimos a una fiesta, tomamos hasta la última gota de alcohol, en buen nicaragüense hasta caer morados sin pensar que, gracias a esto, dos años antes de lo previsto tendremos arrugas, deterioro de las habilidades mentales y 6 años antes comenzaremos con pérdidas de la memoria (MSAL, 2018).

Además del tabaquismo y alcoholismo existen otros hábitos relacionados con la aparición temprana de arrugas como la exposición constantemente a los rayos del sol que pueden acentuar las líneas de expresión, además de provocar el engrosamiento de la dermis, arrugas y cáncer de piel.

El insomnio también ocasiona la aparición prematura de arrugas dado que mientras se duerme se libera una hormona que estimula la producción y renovación de colágeno, especialmente en la piel del rostro y al no dormir evitamos esta renovación.

Durante nuestra vida de adultos jóvenes dedicamos mucho tiempo al trabajo y a las relaciones sentimentales, pero nos dejamos de preocupar del cuidado corporal y de nuestra apariencia personal. Muchas veces no evaluamos los cambios negativos que ocurren paulatinamente en nuestro cuerpo, podemos aumentar hasta 10 libras después de 5 años en un trabajo o matrimonio sin preocuparnos o tomar medidas y al tener ya 50 años y estar en sobrepeso u obesidad, odiamos y vociferamos al médico que nos dice baje de peso para que le dejen de doler las rodillas; como si fuera fácil a esta edad diría tal vez un adulto mayor, y piensan en voz alta: no se ve ese doctor que también está gordo que me manda a bajar de peso. Cuando por fin el paciente consigue bajar algo de peso y aún sigue con dolor y el médico pregunta de qué trabajaba, pensamos este médico no sabe nada, pero si nos pasamos cargando un bulto que pesaba dos veces mi peso la sobre carga a las articulaciones muchas veces ocasiona lesiones permanentes, que no es normal, pero se puede esperar por la demanda física que generaba el trabajo, y se nos da a conocer la causa del dolor no lo podemos reconocer porque en ese tiempo nunca nos dolió nada.

Los trabajos repetitivos y de sobrecarga suelen ser los que más tempranamente ocasionan lesiones físicas como: tendinitis, bursitis, síndrome del túnel del carpo entre otras, y pueden relacionarse con el envejecimiento prematuro.

Unos de los temas más difíciles de abordar para los pacientes casi de cualquier edad, pero principalmente para los adultos mayores es la sexualidad, ya que según la opinión generalizada de los familiares y población joven, a esa edad un anciano no debe pensar en esto; pero como ya explicamos el envejecimiento es paulatino y no ocurre a la misma velocidad en cada persona, así que como siempre se deben individualizar los casos, y evitar el error cometido bajo influencia del modelo médico, y no concebir la vejez como una enfermedad o como un ciclo vital cargado de patología propia, cuando ésta no es sino la acentuación de problemas que ya existen en la edad adulta.

La sexualidad en la persona adulta mayor no es solamente el coito, incluye aproximarse, tocar, tener intimidad emocional, darse compañía, y es una parte importante y siempre posible entre el hombre y la mujer, que en la vejez debe continuar siendo una fuente de placer y no una fuente de inquietud y frustración.

Podemos decir que la sexualidad en el adulto mayor es una expresión psicológica de emociones y compromisos, una comunicación de calidad entre compañeros de máxima confianza, respeto, amor y devoción.

Durante el envejecimiento se presentan cambios hormonales que van afectando el desempeño durante el coito entre hombres y mujeres; en las mujeres con la menopausia los niveles de estrógenos comienzan a disminuir, por lo que comienza la atrofia vaginal hay un estrechamiento y sequedad de la misma, la vulva los labios internos y el clítoris disminuyen de tamaño, los senos se vuelven flácidos sobre todo si no mantenemos una actividad física permanente, además puede haber una disminución del apetito sexual e

incomodidades como calores contantes, cefaleas y elevaciones de la presión arterial por lo que en este periodo los hombres deben mostrarse comprensivos y comunicativos. Los hombres con el paso de los años comienzan a disminuir la cantidad de testosterona lo que les ocasiona retardo en la excitación, la eyaculación, disminuye la cantidad de semen, la intensidad de la eyaculación disminuye, la necesidad física de eyacular es menor, se reduce el líquido pre-eyaculatorio, y la capacidad reproductiva en forma relativa ya que es posible que se mantenga hasta su muerte, también resulta la aparición de problemas para la erección, por lo que comienzan periodos de frustración constante y es en este momento que usualmente con mucha discreción consultan al médico para que les brinden una alternativa. La reacción inicial que manifiestan los médicos es de burla o de menosprecio, lo que les causa más frustración, se sienten tratados como anormales por seguir manteniendo los deseos sexuales vivos, se cree que la belleza y la sexualidad son exclusivas de la juventud, ya que la imagen corporal de los viejos es fea.

Como trabajadores de la salud debemos considerar de forma amplia e integral la sexualidad en los adultos mayores, podemos orientarles para que traten de aumentar las aproximaciones físicas, caricias, ratos de intimidad emocional, de complicidad, relaciones de compañía o masturbaciones.

A demás podemos recomendarles:

Hablar con su pareja sobre los cambios que están atravesando, para que exploren sus sentimientos e inquietudes. Es importante decirle a su compañero lo que espera de las experiencias sexuales, y no enfocar las energías únicamente en la realización del coito.

Proponerles cambiar su rutina dedicando más tiempo al proceso de excitación, experimentar nuevas posiciones, y ser creativos. Las relaciones sexuales no serán tan seguidas como acostumbraban, pero juntos pueden encontrar nuevas maneras de tener intimidad, pasando más tiempo disfrutando su compañía.

A demás debemos indicarles protegerse en todas sus relaciones, los adultos mayores como todos los demás individuos siguen estando en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, siempre deben usar condón al mantener relaciones sexuales.

Pero en vez de hacer esto los estereotipamos, como discapacitados sexuales y no buscamos formas de apoyo, la población general realiza con frecuencia bromas sobre la vejez y la sexualidad ampliamente difundidas, que lo que logran es afectar poderosa y negativamente la experiencia sexual de los ancianos.

Existen enfermedades que también van a interferir de forma prematura en la vida sexual de los adultos mayores como: la artritis que por los dolores y la inflamación de las articulaciones produce cierto grado de incomodidad para el acto sexual, una de las

enfermedades que a más temprana edad afecta las relaciones sexuales en los varones es la diabetes ya que ocasiona lesiones vasculares y a nivel de los nervios que pueden causar insensibilidad e impotencia, sobre todo cuando hay descompensación metabólica, ocasionalmente los problemas sexuales mejoran si hay un mejor control metabólico y los pacientes empiezan actividades físicas. Otras de las enfermedades que pueden ocasionar problemas pueden ser: las cardiopatías, enfermedades cardiovasculares e incontinencias.

Muchas de las pacientes adultas mayores manifiestan que con la edad dejan de reconocer sus rostros en el espejo, les aterroriza saber que ya no son atractivas y se deprimen mucho cuando sufren las infidelidades de sus parejas o los abandonos, varias me confiesan que han dejado de comprar o tener espejos en su habitación, ya que ellos les recuerdan de manera permanente su vejez.

Después de los 50 años se comienzan a diagnosticar con más frecuencia las enfermedades crónicas no transmisibles, que al comienzo se pensaban eran enfermedades que solamente afectaban a los ancianos, en la actualidad sabemos que el entorno, las condiciones y los estilos de vida influyen en la salud y calidad de vida de los pacientes con estas patologías. La pobreza, la distribución desigual de la riqueza, la acelerada urbanización, el creciente envejecimiento de la población y otras determinantes de salud son factores que contribuyen a que la incidencia y la prevalencia de las ECNT sean cada vez mayores. Ellas tienen como origen, principalmente, un conjunto de factores de riesgo comunes como el tabaquismo y la exposición pasiva al humo de tabaco en el ambiente, un régimen alimentario poco saludable, la inactividad física, la obesidad y el consumo nocivo de alcohol, entre otros. Por años se consideró la hipertensión arterial, la arteriosclerosis y los cánceres como enfermedades degenerativas de los viejos, pero nos damos cuenta ahora de la concepción errónea de la situación.

Es tiempo que los adultos mayores dejen de esconderse sintiéndose parias en el mundo de jóvenes, y empiecen a disfrutar de los cambios de un envejecimiento saludable.

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como el proceso que consiste en aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. Y hace especial hincapié en que además de continuar siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente.

La psicóloga Úrsula Staudinger, presidenta de la Sociedad Alemana de Psicología dedicada al estudio del envejecimiento en la Universidad de Bremen, indica que incluso en la vejez el cerebro continúa formando neuronas nuevas, que son las encargadas de transmitir la información. Por eso recomienda buscar desafíos mentales y situaciones novedosas tan a menudo como sea posible. Desde relacionarse con personas nuevas, adquirir nuevos conocimientos como el aprendizaje de un idioma, o visitar lugares en los que nunca antes habíamos estado. La novedad y la variedad ayudan a mantener activo el cerebro y preservar la capacidad intelectual (Dulcey Ruiz, E. 1997).

Es por eso es por lo que debemos hablar a nuestros pacientes adultos y adultos jóvenes sobre la reserva fisiológica y psicológica en el proceso de la vida y el envejecimiento, dando a conocer la importancia de buenos hábitos de vida para evitar, las complicaciones de una enfermedad crónica, invalidez o lesiones por algunos tipos de trabajo que a largo plazo pueden determinar la calidad de vida.

Cuando hablamos a un paciente diabético joven descompensado de las complicaciones de una ERC se asuste por unos meses, pero si no es disciplinado continua con los malos hábitos las hiperglucemias se vuelven recurrentes. Es nuestra responsabilidad hablar y aclarar que puede suceder a largo plazo si se continua con este comportamiento, hablarle de su envejecimiento en estas condiciones en las que puede perder autonomía y requerir de cuidado permanente de manera que deberá ser bañado y alimentado por otra persona, suena un poco rudo, pero es a lo que nos podemos enfrentar en la senectud o senilidad, si no actuamos ahora si no dejamos de pensar en la vejez como el término de nuestras capacidades físicas y mentales y no dejamos de escondernos con la pancarta que dice estoy viejo y no sirvo para nada, ya di lo que iba a dar, en términos laborales es verdad que no vamos a poner a un adulto mayor a empezar una vida laboral, pero no deberíamos de privarlos de tener la opción de decidir seguir una rutina disciplinada de un trabajo liviano.

Hay pruebas empíricas que indican que la escolarización y la educación son factores que mantienen la actividad cognitiva y protegen contra la demencia. Así como pruebas empíricas de que el modo normal de comportarse de las personas, sus estilos de vida, son los determinantes más importantes de su salud y enfermedad. Dentro de los estilos de vida puede incluirse el grado en que un individuo realiza normalmente actividades cognitivas (como crucigramas, jugar al ajedrez, etc.) que parecen ser un factor protector de la salud mental. Estos estilos de vida son repertorios conductuales básicos que actúan como factores protectores o de riesgo (Dulcey Ruiz, E. 1997).

Los países de latino américa deben empezar una etapa evolutiva especialmente importante y afrontar la vida como un reto adaptativo y desde una perspectiva orientada a la calidad de vida.

Es necesario seguir avanzando en el conocimiento y aplicación de programas psicológicos, sociales y de salud, que incrementen la calidad de las condiciones de trabajo (ergonomía, formación, prevención de riesgos laborales, etc.) y garanticen en mayor medida una vida activa libre de discapacidad.

Además, se debe instruir al adulto en cuanto a temáticas como: bienestar, satisfacción en la vida, calidad de vida subjetiva y autocuidado que constituyen componentes importantes del sistema del yo que se han asociado estrechamente con el envejecimiento.

Debemos preparar a los pacientes en cuanto a los acontecimientos que pueden ocurrir en el proceso de envejecimiento como: pérdida de la elasticidad muscular, de la agilidad y de

la capacidad de reacción refleja, alteración en los ritmos del sueño, que es uno de los problemas que más consultan, simplemente a esta edad el adulto mayor a veces solo requiere por la noche de 4-6 horas de sueño y en el día siestas que les permitan recobrar energía perdida con las actividades físicas, también suele tener degeneración de estructuras óseas: aparición de deformaciones, pérdida de capacidad visual y auditiva, alteración del gusto entre otras, que como explicamos anteriormente no necesariamente pueden ocurrir y no se producen de manera conjunta ni inmediata, todo depende mucho de nuestras reservas fisiológicas, con esto no decimos que no van a envejecer sino que será de una forma menos progresiva y de mayor calidad. También es importante hablar de los cambios afectivos como proliferación del interés por los pensamientos y los sentimientos interiores, es necesario brindar los espacios correctos y estructurados en nuestras ciudades para que los adultos puedan meditar y tener mayores pensamientos positivos y si es posible brindarles orientación de profesionales capacitados.

El sentimiento de autoestima puede verse afectado negativamente por las enfermedades, las pérdidas de seres queridos y los cambios físicos, sociales y económicos que puede sufrir la persona (CEPE, 2017).

El mantener unas buenas relaciones sociales y una red óptima de apoyos es un factor de protección ante las pérdidas de seres queridos que se producen durante esta época. Además las relaciones satisfactorias ayudan a la persona a afrontar los acontecimientos estresantes y a prevenir la depresión; lamentablemente muchos de los pacientes que particularmente nos ha tocado atender sufren de ansiedades y depresiones causados por los maltratos de los familiares, lo que con frecuencia nos deja desarmados ya que la mayor parte del tiempo el mundo de nuestros adultos mayores se centran en las actividades familiares, así que debemos estar claros, que uno de los retos para nuestra sociedad es la inclusión de la familia en el proceso de envejecimiento de sus familiares.

Hay que recordar que en este periodo la viudez es más frecuente en mujeres adultas mayores, por su mayor longevidad. Por la cultura de nuestro país los hombres tienen mayor posibilidad de unirse a mujeres más jóvenes, ya que esto socioculturalmente es algo más aceptable, lo que les permite tener una nueva unión después de una separación. En Nicaragua muchas veces vemos a las mujeres solteras desde los 30 o 40 años, desde que terminaron sus uniones con el padre de los hijos, mientras que los hombres después de los 50 años están en busca de una nueva pareja, es necesario investigar si es posible que la salud mental y la autoestima de las mujeres se vea más deteriorada en este periodo, o simplemente este fenómeno tenga que ver con la presión de una sociedad machista, que las mantiene sometidas a una vida de soledad en la vejez, convirtiendo a las abuelas en la cuidadora oficial de los nietos, sometidas a la disposición de tiempo que les brinde esta tarea. Con frecuencia los jóvenes irrespetan el límite entre el apoyo familiar y la esclavitud eterna.

Muchos familiares se interponen y evitan que los adultos mayores puedan tener una nueva oportunidad de relación de amistad o afecto por creerlo inapropiado, cosa que debe modificarse si deseamos que nuestros adultos estén más plenos.

En cuanto a la personalidad, hay diferentes factores del carácter del individuo que se pueden ver afectados, perdiéndose o acentuándose a medida que la persona se hace mayor: la introversión, la rigidez, la desconfianza y el egoísmo. Además de las actitudes hipocondríacas y de indiferencia.

Por todos estos motivos es muy importante promover una vejez activa, satisfactoria y competente que transcurra con las mejores condiciones posibles para la persona. El tener una vejez activa disminuye la probabilidad de enfermar y fomenta un alto funcionamiento físico y funcional, alto funcionamiento cognitivo y afectivo y con un gran compromiso con la vida y la sociedad. Este tipo de vejez es la más deseable, porque significa un mantenimiento en la medida de lo posible de las cualidades de la persona. Según indican algunos estudios, lograr envejecer bien depende, hasta en un 75% de nuestros hábitos y de la actitud con la que se afrontan estos cambios.

La OMS plantea los niveles recomendados de actividad física para los mayores de 65 años con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de ENT, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

1. Los adultos de 65 en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
2. La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
3. A fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades dediquen hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
4. Los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida realicen actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.
5. Se deben realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
6. Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado. (OMS, 2018)

La OMS nos habla de los tiempos ,pero realmente para incentivar a un adulto mayor para el ejercicio debemos trabajar primero identificando sus gustos y actividades anteriores para un mejor cumplimiento: por ejemplo si les gusta bailar que bailen la música del manisero por el tiempo estipulado, si eran bailarines de folclore que practique la danza negra, el zapateado nuevamente o que aprendan, si eran corredores mándalos a caminar y que se sientan libres y respiren aire en los parque, si nunca realizaron ejercicio en su vida hay que enseñarles rutinas de ejercicio cardiovasculares de bajo impacto y sobre todo con apoyo de barras o sillas.

Además del ejercicio es necesario mejorar y mantener los hábitos alimenticios. Iniciar el día con la toma de 1 a 2 vasos de agua lo que activa nuestro sistema digestivo y permite la evacuación del intestino. Desde nuestra niñez y en todo el periodo de nuestra vida evitar el exceso de dulces y azucares refinados.

En cuanto a la dieta el paciente siempre esta renuente a realizarla porque la mayoría de estas no se adapta a los platos típicos de Nicaragua, que sería de un nicaragüense sin su nacatamal, sin su chanco con yuca, sin su gallo pinto o sin las güirilas con cuajada y crema, replicaba un paciente el otro día.

Que sería de nuestros países si perdemos nuestra identidad gastronómica, por lo que nuestro objetivo en las dietas principalmente es enseñar al paciente las posibilidades de intercambios de alimentos y valor calórico de los mismos. Si tiene problemas de osteopenia requiere calcio en su dieta debemos indicar tempranamente que aprenda a tomar leche de soya alternando con leche descremada unas dos veces a la semana, si requiere un aporte mayor se indica también por un tiempo un aporte de calcio por un tiempo sin perpetuar tratamiento a menos que sea necesario.

Si padece problemas de colon hay que indicarles el consumo de agua antes de las comidas de forma rutinaria y disminuir proteínas teniendo porciones más pequeñas y espaciadas de carnes e indicar el aumento de fibras para facilitar evacuación, así como el ejercicio que permite la activación de la motilidad gástrica.

Si va a comer gallo pinto prepararlo, únicamente una vez a la semana, con la mínima cantidad de aceite y preferiblemente con aceite de oliva. En el caso del nacatamal comer únicamente un cuarto de la maza y la mitad de la porción de carne. Para evitar los excesos, de manera que se restringen algunos alimentos, pero sin dejar de ser nicaragüense y mantener nuestra identidad, esto claramente con la evaluación previa de sus exámenes y según sus avances en la pérdida de peso.

Se debe recomendar permanentemente el consumo de frutas y verduras, en el caso de los pacientes diabéticos, sin combinarlas y en porciones pequeñas, permitiendo la ingesta de 6 a 8 cuadritos en el caso de la sandilla, por ejemplo.

Ser partícipes de las actividades sociales, no implica que serán responsables absolutos de los gastos familiares y de los oficios domésticos o que se harán cargo de cuidar a los nietos o ser responsables enteramente de estos, implica más bien en el ámbito familiar instruir con sus experiencias de vida, dar ejemplo de los valores morales; responsabilidad, honestidad y muchas veces ser la voz que nos recuerde la importancia del temor a Dios. Se refiere más bien a que pueda socializar más con personas de su edad para hacer intercambios de conversaciones amenas, realizar actividades nuevas, tener la oportunidad de esparcimiento de conocer nuevos lugares y participar activamente de los grupos de trabajo que tengan que ver con los cambios de políticas de sociales y de salud para una mejor comprensión de sus necesidades como adultos mayores. En Nicaragua se ha realizado diferentes cambios en cuanto a las políticas de atención de salud de los adultos, pero aún se debe seguir avanzando para brindar una atención médica de calidad que procure a los pacientes menores complicaciones y una vida de calidad.

Finalmente el tema de la muerte, suele ser lo que más miedo e intriga les produce a los adultos mayores; la mayoría de las veces se vuelve una preocupación constante cuando una enfermedad crónica no es compensada, ya que los pacientes con cada descompensación se ven más cercanos a ella, les cuesta recuperarse, anímicamente y esto les crea más periodos de insomnio, ansiedad y depresión, sin lugar a dudas el hecho de que en nuestro país no existan más que seis personas capacitadas para la atención de los adultos mayores agrava la situación, ya que el médico de APS no tiene la orientación de los cambios propios de la edad y los cambios debido a las patologías, al igual que los pacientes se preocupan cuando comienza la presbiacuasía, o bien cuando los pacientes se quejan por sequedad en la piel y los ojos. Muchos de los especialistas tienen la idea errónea de que en la vejez es normal morir de un infarto o cáncer, por lo que consideran innecesario molestarse en preservar la vida del anciano, si de todas formas va a morir. Para procurar un mejor control de las enfermedades y un uso racional de los medicamentos en el adulto mayor es necesario capacitar a más recursos médicos en geriatría y gerontología. Y realizar normas y manuales para el manejo del adulto mayor enfocados en sus cambios en cuanto a su capacidad de absorción y depuración de los medicamentos.

También debemos considerar que es necesario cambiar la visión trágica de la muerte, al contexto real del paso a un periodo natural después de una vida, que forma parte de nuestro ciclo de vida y permite el relevo generacional.

Referencias bibliográficas:

Llanes Betancort, C. (2013) Sexualidad en el adulto mayor. Rev Cubana Enfermer vol.29 no.3 Ciudad de la Habana. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300008

CELPAL. (2000). "Los adultos mayores en América Latina y el Caribe datos e indicadores (Marzo 2002) https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.PDF

CEPE (2017) “La psicología, los psicólogos y el envejecimiento.”
http://www.cop.es/pdf/psicologos_envejecimiento.pdf

Dulcey-Ruiz, E. (1997). Envejecimiento, vejez y calidad de vida. Hacia una medicina más humana, 203-215. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Encuesta nicaragüense de demografía y salud. ENDESA (2011/2012) INIDE
http://www.inide.gob.ni/endesa/Endesa11_12/HTML/endesa11/assets/common/downloads/InformePreliminar.pdf

La problemática del envejecimiento humano: implicaciones y trascendencia psicosocio-política y cultural.

http://www.educoas.org/Portal/bdigital/contenido/interamer/BkIACD/Interamer/Interamerhtml/Tamerhtml/tam_cp1.htm

MSAL (2018) “Tabaco y complicaciones odontológicas”
<http://www.msal.gob.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/efectos-del-tabaco-en-la-salud/109-tabaco-y-complicaciones-odontologicas>

OIT (2019) “Trabajo infantil en América Latina y el Caribe”
<https://www.ilo.org/ipecc/Regionsandcountries/latin-america-and-caribbean/lang-es/index.htm>

OMS (2018) “Actividades físicas en los adultos mayores”
https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/

3

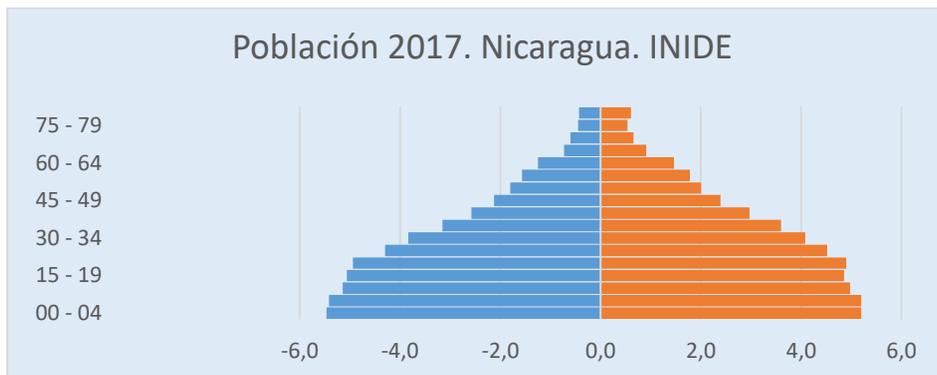
Calidad de vida en el adulto mayor en los asilos de ancianos de Nicaragua

Linda J. Solórzano Beneditt

Introducción:

El envejecimiento activo o vejez saludable, la OMS (2002), lo define como el “Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. En Nicaragua las tasas de fecundidad, mortalidad y migraciones han provocado cambios en la estructura de la población de ser relativamente joven a experimentar un acelerado proceso de envejecimiento, durante los últimos 30 años. Según el Instituto Nicaragüense de Desarrollo (INIDE), en el 2017, existían 492,207 personas adultas (mayores de 60 años), que representaban el 8 % de la población total, y se prevé un aumento en los próximos años ya que la esperanza de vida al nacer es de 75.7 años.

La población adulto mayor son por lo general aquellas personas que se encuentran con mayor necesidad de atención ya sea por discapacidad o por problemas sociales y familiares (indigencia, abandono, rechazo familiar) por lo que existen hogares para albergarlos, siendo estos coordinados por el Ministerio de la Familia (MIFAMILIA) algunos de carácter privado y otros de carácter público estos últimos, obtienen fondos procedentes de distintas fuentes gestionadas por el mismo personal de los hogares a través de donaciones públicas y apoyo de la comunidad. Enmarcado en este contexto la OMS (2005), ha definido la calidad de vida como la percepción del individuo sobre el lugar que ocupa en la vida, el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, todo ello en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. La percepción depende de la apreciación del bienestar físico, psíquico, social y espiritual de la persona, constituye la esencia del concepto de calidad de vida.

Figura 1: Pirámide Poblacional de Nicaragua (INIDE 2017)

Fuente: producción propia.

En una era de globalización y cambios generalizados que incluyen al individuo, ambiente y sus factores asociados; es primordial hacer hincapié en las repercusiones que la vida cotidiana puede ejercer sobre la calidad de vida de las personas catalogadas como adultos mayores o de la tercera edad y más aún cuando estos presentan o conviven con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles; trastornos alimentarios y susceptibilidad ante diversas patologías aun las que son estacionarias o periódicas. Es trascendental proponer enfoques destinados a analizar, contemplar y estimar desde diferentes puntos de vista que puedan promover un control adecuado y sugerir metodologías óptimas para que estos puedan tener una mejor calidad de vida o al menos acercarse a una condición social, de salud mental y física aceptable. La población en general en la actualidad está alcanzando cada vez edades avanzadas. Pero precisamente el hecho de que se viva más conlleva a mayores probabilidades de que se presenten factores de riesgo como son las enfermedades crónicas no transmisibles y aquellas que entran en el grupo de discapacidades (generales), que directa o indirectamente repercuten en la calidad de vida y la estimación de años a vivir. Es lógico estimar que el envejecimiento de la población repercute a nivel individual, familiar y social generando mayores gastos y aumentando la necesidad de cuidados y atenciones especializadas; las personas mayores al tener mayor necesidad de atención consumen más servicios sanitarios y por ende hay un auge en la necesidad de tratamientos y procesos de seguimientos entre los que se pueden incluir los medicamentos, terapias y evaluaciones periódicas más allá, en comparación con las que otros grupos de edades puedan ameritar.

Calidad de vida en adultos mayores

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar, hay datos de varios países en Latinoamérica que han realizado estudios sobre calidad de vida en adultos mayores, dando sus resultados pautas para la reestructuración en la atención del adulto mayor y la inclusión de esta población en las políticas públicas.

Muchos autores definen la calidad de vida como:

Referencia	Definición Propuesta
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber “cero” calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo con criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al., (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Fuente: Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Alfonso Urzúa M. & Alejandra Caqueo-Urizar

La OMS inició en febrero de 1991 un proyecto para el desarrollo de un instrumento que permitiera evaluar la calidad de vida a través de las diferentes culturas, tomando en cuenta los indicadores básicos de salud, este proyecto constituyó el centro de referencia para la aplicación de la versión en español del cuestionario, este grupo de trabajo denominado World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL (The WHOQOL Group 1995), desarrollo el cuestionario en calidad de vida haciendo referencia a la conceptualización amplia que incorpora de forma compleja, la salud física, estado psicológico, nivel de dependencia, relaciones sociales, creencias personales y relación con el ambiente. La OMS cuenta con instrumentos como el WHOQOL-100 del cual se deriva el WHOQOL-BREF

como estándares de medición de calidad de vida, estos cuestionarios fueron validados al español en las dos versiones, además, que han sido utilizados en diversos países para evaluar calidad de vida en el adulto mayor. El segundo contiene un total de 26 preguntas, cada pregunta pertenece a cada una de las facetas contenidas en el WHOQOL-100, agregando 2 preguntas globales sobre calidad de vida global y salud general. El test proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de calidad de vida total obteniendo respuestas ordinales tipo Likert originando un perfil de cada dimensión:

- **Físico**, evalúa la funcionalidad que consiste en determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente las cuales se pueden dividir en básicas, instrumentales y avanzadas. Las actividades básicas son elementales como comer, usar el retrete, contener esfínteres y actividades superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Las actividades instrumentales de la vida diaria miden aquellas funciones que permiten que una persona pueda ser independiente dentro de la comunidad (capacidad para hacer la compra, la comida, realizar la limpieza doméstica, el manejo de las finanzas...), es decir, actividades que permiten la relación con el entorno (María Trigués Ferrín, 2011), aunado a esta dimensión antes mencionada esta la energía, dolor, fatiga, necesidad de tratamientos médicos, capacidad de trabajo y sueño;
- **Psicológico**: satisfacción de la vida y consigo mismo; capacidad de concentración, sentimientos positivos, negativos y espiritualidad (creencias). En algún momento de la vida influyen factores que conllevan a problemas de salud mental, en el adulto mayor el estrés es común, cuando existen pérdidas de las capacidades, en particular de las funcionales, situaciones de duelo o una pérdida de estatus socioeconómico debida a la jubilación, todos esos factores pueden ser causa de aislamiento, soledad o sufrimiento psicológico en esta población;
- **Relaciones sociales**: están definidas como la satisfacción del estilo de vida y su calidad con las relaciones personales evidenciadas en el comportamiento humano y la forma en cómo se interactúan a nivel individual, abonado a esto también se plantea el soporte social (comunidades, territoriales y multisectoriales); en última instancia y no menos importante se encuentra la actividad sexual que en esta etapa ha llegado a su declive o reducción;
- **Entorno**: ambiente físico, seguridad, recursos financieros, acceso a los servicios de salud, participación en actividades de ocio y recreación; transporte e información. Este cuestionario se aplicará a todos los adultos mayores en los hogares de ancianos tomando en cuenta sus características y situación en que se encuentren. La evaluación del Whoqol-bref puede presentar ya sea mayor o menor score de la calidad de vida, así como una calidad de vida general baja, ya que el bienestar en el envejecimiento está relacionado con la edad, las

morbilidades, participación social, ocio entre otros, permitiendo una alternativa de atención al adulto mayor.

El contexto en Nicaragua

En Nicaragua según el reglamento de la Ley del adulto mayor (720), en su artículo 2, define literalmente, Adulto Mayor: se considera a toda persona adulta mayor sea hombre o mujer nicaragüense nacional o nacionalizado mayor de sesenta años de edad (Asamblea Nacional de Nicaragua, 2010). En este contexto, al hablar de un adulto mayor, es importante conocer que existe un marco jurídico y legislativo que tiene bien definido los conceptos que se utilizan para este tipo de población los cuales serán retomados del reglamento de la ley de 720, publicada en el diario oficial de la Gaceta de Nicaragua. En este contexto los hogares de ancianos constituyen un elemento importante en esta investigación, ya que en ellos residen los adultos mayores con capacidades disminuidas y muchos de ellos son ingresados a estos centros con capacidades deterioradas, por abandono, indigencia, aumentando el riesgo y la disminución de la calidad de vida. El país no tiene estudios sobre calidad de vida en adultos mayores institucionalizados o no, ya que el proceso de envejecimiento se presenta en un contexto caracterizado por una alta incidencia de la pobreza, inequidad social y fragilidad institucional, de acuerdo con la proyección del CEPAL en el 2005, en el cual se estima que el índice de envejecimiento es de 14.8 adultos mayores por cada 100 jóvenes y que para el 2025 esta relación será de 34.9 llegando a alcanzar 99.2 adultos por cada 100 jóvenes en el año 2050. Al igual que en el informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (2015), este responde a estos desafíos recomendando cambios igualmente profundos en la manera de formular las políticas para las poblaciones que envejecen. Actualmente en Nicaragua, se conoce que algunos hogares de ancianos funcionan con personal limitado y con poca capacitación para atender esta población, los cuales presentan características heterogéneas entre sí, a su vez según el reporte de MIFAMILIA para el 2015 la cantidad de personas adultas albergadas en los hogares redondea a 1128 adultos mayores en los 20 hogares donde se desconoce la calidad de vida y los factores de riesgos a que están expuestos.

Por lo que este proyecto de investigación recolectara información que nos servirá de insumo para analizar si realmente los hogares de ancianos permiten a los adultos mayores mantener una adecuada calidad de vida o simplemente son centros que cuidan de ellos sin tomar en cuenta las necesidades especiales que ellos ameritan debido a sus edades; entre otros aspectos relevantes que se pueden citar están la capacidad física y sedentarismo, que se consideran condiciones peligrosas que disminuyen sus capacidades durante las actividades normales de la vida diaria. Una disminución del nivel de actividad física en estas personas podría provocar de un estado de independencia a un estado de discapacidad por lo que la dependencia adquiere una dimensión especial de la calidad de vida.

Para obtener los datos se gestionará la autorización del Ministerio de la Familia para la aplicación del cuestionario en cada uno de los hogares, la información será recolectada con el apoyo técnico de egresados de la carrera de la Licenciatura en Nutrición quienes cuentan con experiencia en su currículo de un semestre de prácticas en hogares de ancianos, así como el manejo en la aplicación de cuestionario en poblaciones. Sin embargo, se garantizará el llenado adecuado brindando una capacitación previa del llenado para aclarar cualquier duda presente en el proceso contando a la vez con el apoyo del docente investigador. La aplicación de este cuestionario permitirá contar con elementos que arrojen información sobre los aspectos que pudieran mejorarse para aumentar la calidad de vida y con ello se generen políticas públicas a corto, mediano y largo plazo con el objetivo de reformar la calidad de vida de los ancianos en los diferentes asilos en Nicaragua.

Se puede concluir que el envejecimiento es una etapa donde predomina más el desgaste físico, motor, psicológico, social y cognitivo que van desencadenando un conjunto de características personales e interpersonales ocasionadas por enfermedades, la sociedad y el medio ambiente de forma que si el adulto mayor se ha sentido identificado con su vida, rodeado de su familia y amigos y se ha sentido satisfecho con el largo vivir obtendrá un envejecimiento saludable y se enfrentará a la muerte como algo natural; por el contrario se sentirá frustrado y querrá volver al pasado para tratar de mejorar su vida y tratar de corregir errores que se ha cometido en el pasado; estos ancianos sentirán temor al enfrentarse a la culminación de la vida, la muerte. Es primordial realizar intervenciones en pro de mejorar la calidad de vida de este grupo de población y crear un modelo que dé cuenta de los factores que determinan la calidad de vida del adulto mayor en asilos de ancianos de Nicaragua, con monitoreo periódico y minucioso de los cambios y avances logrados en cada etapa de desarrollo del mismo.

Referencias bibliográficas:

CEPAL. (2005). Nicaragua: Perfil nacional socio-demográfico. *CEPALSTAT | Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas*.

Elfenbein P, Houben L. Guías de Programas para Adultos Mayores [Internet]. Universidad Internacional de la Florida. Florida; 2008 [citado 4 de marzo de 2017].

Gobierno de Nicaragua. Ley del adulto mayor 720 [Internet]. Managua; 2010 [citado 28 de febrero de 2017]. p. 1-13. Recuperado a partir de: [http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$All\)/6F892D6CB252254E0625775E0056BC37?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($All)/6F892D6CB252254E0625775E0056BC37?OpenDocument)

Instituto Nicaragüense de Seguridad Social -INSS. La salud del adulto mayor [Internet]. Managua; 2014 [citado 24 de febrero de 2017]. p. 3-3. Recuperado a partir de: www.inss.gob.ni

María Trigués Ferrín, L. F.-M. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Dialnet*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y ciclo de vida Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. OMS- Organización Mundial de la Salud. 2015 [citado 24 de febrero de 2017]. p. 1-2. Recuperado a partir de: www.who.int/ageing/about/facts/es

Organización Mundial de la Salud (OMS). ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública? [Internet]. 2011 [citado 24 de febrero de 2017]. p. 2. Recuperado a partir de: www.who.int/ageing/about/facts/es

Salud MDE. Personas Adultas Nicaragua. [Internet]. 2013 [citado 4 de marzo de 2017].

The WHOQOL Group (1998b) Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, pp. 551-558

Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Anexo - Cuestionario WHOQOL-BREF

Cuestionario WHOQOL-BREF

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre

Mujer

¿Cuándo nació? Día Mes Año

¿Qué estudios tiene? Ninguno Primarios Medios Universitarios

¿Cuál es su estado civil? Soltero /a Separado/a Casado/a Divorciado/a En pareja
Viudo/a

¿En la actualidad, está enfermo/a? Sí No

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? _____
Enfermedad/Problema

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

	Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1. ¿Cómo calificarías su calidad de vida?	1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

	Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo Normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2. ¿Cómo está de satisfecho con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

	Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4. ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

	Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Totalmente
10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

	Muy insatisfecho	poco	Lo Normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5

18. ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20. ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23. ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25. ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

	Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

5

Implementación de medidas exitosas para disminuir las enfermedades crónicas mediante la reducción del consumo de tabaco en Costa Rica

Azálea Espinoza Aguirre,
Diana Medina Espinoza.

Introducción

Costa Rica ha demostrado ser un ejemplo para América Latina, en la implementación de medidas exitosas como por ejemplo: La Ley de Regulación del Fumado (Asamblea Legislativa de Costa Rica, 1995), la Ley general de control de tabaco y sus efectos nocivos en la salud; Ley No. 9028 (La Gaceta, 2013) y que han disminuido el consumo de tabaco en la población; y que en el futuro contribuirán enormemente con la disminución de las enfermedades no transmisibles.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) conocidas también como enfermedades crónicas; se caracterizan porque tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (Organización Mundial de la Salud, 2017). Los principales tipos de ENT son: las enfermedades cardiovasculares, que durante el 2017 contribuyeron a nivel mundial con 17,9 millones de fallecidos; seguidas del cáncer que aportaron 9 millones de muertes; las enfermedades respiratorias con 3,9 millones y diabetes con 1,6 millones. Las ENT afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios. Durante el 2017, esos cuatro grandes grupos de causas de muerte fueron responsables del 80% de todas las muertes prematuras (más de 41 millones), lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. Más del 85% de esas muertes prematuras ocurren en países de ingreso bajo y mediano. Suelen asociarse a los grupos de edad entre 30 y 69 años. Los factores de riesgo asociados a conductas son totalmente modificables y por ese motivo son un gran reto para la salud pública en todos los países. Dentro de los factores de riesgo conductuales, que son modificables están: el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas, que aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT (Organización Mundial de la Salud, 2017).

El Informe Mundial de las ENT de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere nueve metas mundiales concretas de cumplimiento voluntario para 2025, con el propósito de acelerar las medidas a nivel nacional para hacer frente a las ENT. En la Meta Mundial 5 de ese documento, se establece la reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30 % en las personas de 15 años o más para 2025 (Organización Mundial de la Salud, 2014). Esto debido a que, el consumo de tabaco es una de las principales causas prevenibles de muerte y enfermedad prematura en el mundo.

El tema que se pretende desarrollar en este ensayo trata sobre la utilización de medidas antitabaco; como una estrategia para la prevención de las enfermedades crónicas en Costa Rica. El objetivo es analizar los esfuerzos realizados por Costa Rica para combatir la epidemia del tabaquismo en su población; y por ende la reducción de las ETN.

Este escrito se estructuró por apartados: en el primero se describen las características demográficas y logros en salud de Costa Rica; el segundo se presenta una síntesis del origen y comercialización del tabaco en el país, así como las valoraciones dadas al tabaco en diferentes contextos sociales y culturales; en el tercero se mencionan las implicaciones a la salud del consumo de tabaco de la población y los resultados de un estudio nacional sobre costos atribuibles al consumo de tabaco, en el cuarto se describirá el comportamientos del consumo de tabaco en nuestro país de 1990 a 2015. Posteriormente, se hará un recorrido en el tiempo, mencionando la legislación, políticas y programas de salud que el país ha realizado, en su lucha contra del tabaco y finalmente se presentan las conclusiones.

Metodología

Como recurso metodológico para el desarrollo de este tema fue la búsqueda de bibliografía. Se diseñó un mapa conceptual para identificar, organizar las ideas y desarrollar los temas incluidos en los apartados del ensayo de manera significativa (Figura 1). Cada tema se analizó en el apartado y se discutió cada uno de ellos y se concluyó. Al final del documento se recomendaron acciones a seguir en el país, que contribuyan a reducir aún más la prevalencia de consumo actual de tabaco. A continuación, describimos cada apartado.

Resultados

Características sociodemográficas y logros en salud de Costa Rica

Costa Rica tiene una extensión territorial de 51 100 km² y una población de 5 003 401 habitantes en el 2018, según lo indican las proyecciones y estimaciones de población

publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2019).

Costa Rica ha obtenido reconocimientos mundiales por ser una de las democracias más sólidas desde que abolió su ejército en 1948. Dentro de las mediciones, que lo han hecho sobresalir en el mundo están: el índice de desarrollo humano, que en 2016 fue catalogado alto y ocupó el quinto mejor de Latinoamérica (PNUD, 2016), el índice competitividad global, ubicado en mismo año, en el lugar 54 en el mundo y tercero en Latinoamérica (World Economic Forum, 2016).

También ha sido calificado el mejor país de América Latina en libertad de expresión y derechos humanos ocupando la posición 10 de 180 países (Reporteros sin Fronteras (RSF), 2018). Otros índices como: ambientales, igualdad, de distribución de la riqueza, progreso social, salud y educación han hecho que el país sea uno de los más ricos, progresivos, desarrollados y estables de América (Naciones Unidas, 2007).

A finales de 1978, se aplicaron políticas para mejorar las condiciones de vida de la población, y el país experimentó indicadores sociales superiores al común de los países en vías de desarrollo. Políticas tendientes al mejoramiento de la salud y la educación, se han venido sosteniendo por varias décadas, tanto que para el año 2017; la tasa de mortalidad infantil fue 7,92 por mil nacidos vivos y el 85,1% de las defunciones infantiles se concentra en dos grupos: afecciones originadas en el periodo perinatal y malformaciones congénitas. La tasa de mortalidad materna 2,33 por diez mil nacimientos, la mortalidad general fue 4,7 defunciones por mil habitantes y la esperanza de vida al nacer para los hombres en ese año fue 77,6 años y 82,7 para las mujeres (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2019).

La Contraloría General de la República ha indicado que las características demográficas del país revelan impacto del envejecimiento poblacional ya que, en el 2018, el 65% de la población se ubicó en el grupo de edad de 18 a 65 años. Desde hace más de 25 años, se registran como primera causa de muerte las enfermedades sistema circulatorio y en segundo lugar los tumores que presentaron ese año una tasa de mortalidad de 103,1 por cien mil habitantes. Dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio, el Infarto agudo de miocardio ocupó el primer lugar (Contraloría General de la República, 2019).

Desde la perspectiva teórica, el país se encuentra en la etapa final de la transición demográfica: el envejecimiento poblacional (CELADE, 1996; Mideplan, 2018), situación muy preocupante para los sistemas de salud y de pensiones. Esta población es la que tiene mayor probabilidad de llegar a padecer una ENT y de cambiar hábitos de conducta como por el ejemplo el fumado.

Origen y comercialización del tabaco en Costa Rica

La planta del tabaco es originaria de América; su cultivo se remota alrededor de 8 000 años, y estaba restringido a las prácticas religiosas y las curaciones que realizaba el chamán que la consideró una planta sagrada. Los indígenas consumían sus hojas para inhalar el humo o para masticarlas desde hace aproximadamente 2000 años. Para finales del siglo XVI, el uso del tabaco ya se había extendido a casi todos los rincones del mundo y rápidamente se instauró en las sociedades de occidente y en oriente. La mecanización de la fabricación del cigarrillo se dio entre 1880-1890; lo que contribuyó a desarrollar drásticamente su mercado, aumentando la demanda de la hoja de tabaco. Parece que al regreso de una excursión exploratoria a lo largo de la costa de Cuba, dos miembros de su tripulación informaron que habían sido los primeros europeos en haber presenciado la costumbre de fumar tabaco en forma de cigarros (Rubio & Magaña, 2006).

En Costa Rica, el cultivo del tabaco se ubica en el siglo XVI y como fue la costumbre, se utilizaba cotidianamente como en las otras regiones de América; con propósitos religiosos, ceremoniales y medicinales. A partir del siglo XVII, los españoles habilitaron tierras en ciertas regiones del país, con el interés de cultivarlo. En 1638 se iniciaron las exportaciones de la hoja de nicotina destinadas a Nicaragua y Panamá, que fueron los principales compradores del producto. Esta situación se mantuvo hasta el año 1766; fecha en que se estableció el Estanco de Tabaco, que generó gran disgusto entre los cosecheros de la provincia de Costa Rica, por los controles ejercidos a la producción y comercialización impuestas por Guatemala. Por muchos años, los tabaqueros fueron objeto de gran explotación por parte de las empresas manufactureras de cigarrillos, ya que imponían los precios a los cosecheros (Alfaro, 2010).

En 1907, se estableció la fábrica de cigarrillos en Costa Rica, que por su carácter rudimentario limitó sus posibilidades de insertarse en el mercado del tabaco. En la década de 1910, dos compañías tabacaleras transnacionales se establecieron en el país: Republic Tobacco Company y la Tabacalera Costarricense. En 1930 fue fundada la primera fábrica de cigarrillos y el 11 de octubre de 1949, el Gobierno emitió la Ley No. 746, que estableció un impuesto de cinco colones por quintal de tabaco, pero poco tiempo después la derogó, por los muchos adversarios que hubo; especialmente las grandes compañías tabacaleras, las cuales invirtieron enormes sumas económicas en campañas en contra del impuesto que se pretendía establecer (Alfaro, 2010). En 1975, Philip Morris Internacional, absorbió a la Tabacalera Costarricense S.A. y a partir de 2012, se dejó de producir cigarrillos en el país (Tabacalera Costarricense S.A., 2019).

Parece que, en la Costa Rica colonial, el cultivo de tabaco no tuvo gran importancia, en comparación con otros cultivos de la época. Antes de 1766, era producido en bajas

cantidades para el consumo familiar y eventualmente para intercambiarse por mercancías y otros productos en ausencia de una moneda (Acuña Victor Hugo, 1994).

Valoraciones del consumo de tabaco

El tabaco ha experimentado importantes cambios en su valoración simbólica, social y cultural, pero especialmente en la valoración de la salud, situación que se ha dado a través de los años, y muchas de las ENT se le atribuyen a su consumo. Al inicio, su consumo fue exclusivo para los hombres y además ricos; fumar equivalía para los hombres un signo de virilidad, mientras que, a las pocas mujeres, que se atrevían a fumar se les consideró unas transgresoras que, según las miradas, resultaban interesantes o desvergonzadas. Posteriormente, por diversos factores, las mujeres se incorporaron masivamente en el consumo (Solé, 2005).

En el 2017, un estudio que tomó en cuenta las 4 rondas de la “Global Youth Tobacco Survey”; que es una encuesta escolar diseñada para mejorar la capacidad de los países, monitorear el consumo de tabaco entre los jóvenes y para guiar la implementación y evaluación de los programas de control y prevención del tabaco; más conocida como GYTS (por sus siglas en inglés), los autores identificaron que la susceptibilidad hacia el fumado involucra la ausencia de una fuerte convicción por parte de las personas jóvenes que no fuman, con respecto a no fumar en el futuro. Los jóvenes son susceptibles a ser influenciados por factores de orden social, como la exposición al fumado de personas significativas, la presión que se ejerce mediante estrategias publicitarias y la utilización de artículos promocionales o signos externos de la industria tabacalera. Además, comentan que el consumo activo de cigarrillos está significativamente asociado tanto en hombres como en mujeres con el consumo, en las amistades cercanas y con el de los padres. (Fonseca, Méndez, Bejarano, Guerrero, & Reynales, 2017)

Vale la pena señalar que el impacto que tienen los amigos fumadores también es importante en el caso de los jóvenes adictos, particularmente los hombres. Aún persiste la existencia de ideas erróneas del tipo “fumar es menos peligroso a mi edad porque luego puede dejarse”, se presenta con más frecuencia en los consumidores activos, pero también en los que son susceptibles (Fonseca et al., 2017). Hallazgos como estos se deben tomar por las autoridades del sector de educación y salud cuando se implementen programas.

Implicaciones del consumo de tabaco

Existe suficiente evidencia y conocimientos en a población de Costa Rica sobre del daño a la salud y económico que produce el tabaco (Espinoza, Ugalde, Castro, & Madrigal, 2017).

Los productos del tabaco son adictivos para la mayoría de los usuarios y la mayor parte de la adicción empieza en la adolescencia. Las estadísticas muestran que 70% de los fumadores de los países de la región de América se iniciaron en el consumo antes de los 18 años (Valdés-Salgado, Hernández Avila, & Sepúlveda Amor, 2007).

Aunque hay conciencia de la magnitud de los efectos nocivos del tabaco para la salud, aún se está muy lejos de eliminar su comercio.

El tabaco contiene nicotina, que es el componente químico principal y psicoactivo que la hace adictiva y buscada por los fumadores; ya que produce una sensación placentera. Actúa como estimulante y sedante del sistema nervioso central y su ingestión tiene como resultado un estímulo casi inmediato, porque se produce una descarga de epinefrina de la corteza suprarrenal. El estímulo va seguido de depresión y fatiga, situación que lleva al toxicómano a buscar más nicotina. Se absorbe fácilmente por la piel, las mucosas y pulmones. Generalmente se inhala y por medio de las mucosas de la boca y vías aéreas llega a los núcleos dopaminérgicos (neuronas cuyo neurotransmisor primario es la dopamina), pocos segundos después de su contacto con el organismo (Díaz, 2017; Otero, Cortijo, & Ayesta, 2003). No todos los fumadores desarrollan adicción o dependencia a la nicotina; algunos son consumidores ocasionales que, cuando lo deseen, pueden abandonarlo. Las personas que fuman diariamente, cuando intentan disminuir o eliminar el consumo, la mayoría de ellos vuelven a sus niveles habituales de consumo (Díaz, 2017; Otero et al., 2003).

La dependencia al tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM- V) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Además de la nicotina, en el humo de tabaco se han identificado más de 7 000 sustancias tóxicas y aproximadamente 70 de estas sustancias, como el benceno, el níquel y el polonio, tienen potencial de desarrollar cáncer (Drope et al., 2018).

Existe una carencia generalizada de acciones vigorosas para erradicar el consumo de tabaco. Esta paradoja se explica por varios factores: a) los efectos más graves del consumo de tabaco en la salud no se manifiestan hasta después de varios años, aunque su desarrollo puede empezar en una etapa relativamente temprana; b) las enfermedades relacionadas con el tabaco no son transmisibles y por consiguiente, no se percibe que sean de propagación

rápida, aunque basándonos en la agresiva promoción de los productos de tabaco se puede afirmar que la adicción al tabaco es de transmisión social y c) finalmente, los efectos a la salud que ocasiona son una industria sumamente lucrativa y políticamente influyente; que se opone activamente a las medidas eficaces para reducir su fuerza y desafía los enfoques tradicionales de salud pública. Otro de los problemas que plantea el consumo de tabaco entre los países de bajos o medianos ingresos por causa de la adicción, es que: a) los consumidores destinan al tabaco una parte importante de sus escasos recursos económicos, lo que perjudica también a toda la familia, b) dificultan el desarrollo económico en los países, al disminuir la productividad del país por los salarios que dejan de percibirse cuando el consumidor se enferma o muere prematuramente, c) aumentan los costos de la asistencia sanitaria (Valdés-Salgado, Avila, & Amor, 2002). Estados Unidos, Brasil, Argentina, Canadá, República Dominicana, Cuba y Colombia, en ese orden son 7 de los 25 mayores productores reconocidos mundialmente y son países americanos. Otro productor importante en la región es México, así como Honduras y Nicaragua, que también son productores, pero en menor medida (Valdés-Salgado et al., 2002)

Carga de enfermedad ocasionada por el consumo de tabaco

Con respecto a las implicaciones para la salud, la OMS ha publicado a través de su Centro de Prensa, que el consumo de tabaco ha sido uno de los grandes problemas para la salud pública, que ha tenido que afrontar la humanidad, por ser causa principal de muerte prematura, enfermedades agudas y crónicas, discapacidad y pobreza, tanto a las personas que lo consumen y como a sus familiares. De los siete millones de personas que fallecen cada año como consecuencia de su consumo, seis millones son fumadoras y alrededor de 890 000 no, aunque están expuestas al humo del tabaco. El 50% de los consumidores de tabaco pueden morir por cualquiera de las enfermedades que este ocasiona. El tabaquismo constituye un factor de riesgo de seis de ocho principales causas de mortalidad en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2019).

El consumo de tabaco está asociado con mayor riesgo de padecer de diferentes tipos de cáncer como: pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral, cáncer de senos nasales y paranasales, médula ósea, páncreas, esófago, próstata. En los dientes produce: gingivitis, periodontitis, pérdida temprana de piezas dentales, caries, placa dental y decoloración. También disfagia, deterioro del sentido del gusto y mal aliento. En las manos y piel produce envejecimiento prematuro y mala perfusión periférica. Además, leucemia, bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, osteoporosis, cardiopatía isquémica, infarto, aborto. En las mujeres se asocia a parto prematuro, defectos de nacimiento e infertilidad, cáncer de cuello uterino y de ovario, insuficiencia ovárica prematura, menopausia temprana, reducción de la fertilidad y posible aumento del riesgo

de cáncer de mama. Los niños nacidos de madres que fumaron durante el embarazo tienen alteraciones neuronales similares a niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Solís & Monge, 2016).

Seguimiento y vigilancia prevalencia de consumo de tabaco en Costa Rica

En Costa Rica, el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) es la institución, que ha realizado las encuestas de consumo de drogas, incluido el tabaco en el país, desde 1990. En la primera encuesta realizada por IAFA en 1990, la prevalencia de vida; que se refiere a las personas que alguna vez en la vida consumieron tabaco fue 33,4% para la población total, en hombres fue 48,8% y en mujeres 18%. El indicador consumo en el último mes fue 18,7% en la población total, en hombres 28,6 y en las mujeres 8,8%. Para el 2010, que fue la quinta encuesta, el consumo de vida fue 24,8 para la población total, 34,7 para hombres y 8,7 en las mujeres. El consumo durante el último mes fue un 13% para la población total, en los hombres 18,7 % y 8,6% para las mujeres. Esta encuesta del 2010, mostraron información alentadora; ya que las prevalencias de consumo disminuyeron y principalmente en hombres (IAFA, 2012).

Durante el 2015, el Ministerio de Salud de Costa Rica (MS) realizó la Encuesta de Consumo Global de Tabaquismo en Adultos (GATS por sus siglas en inglés: Global Adults Tobacco Survey), que es el estándar mundial para el monitoreo sistemático del consumo de tabaco por personas adultas (fumadores y no fumadores) y para dar seguimiento a los indicadores clave en materia de control del tabaquismo, cuenta con representación nacional según sexo y zona de residencia: urbana y rural. Los resultados de GATS brindaron información de relevancia política y sanitaria (Espinoza et al., 2017).

El estudio identificó que, en los adultos en este caso mayores de 15 años y más, fumadores de tabaco la prevalencia fue 8,9%. En los hombres; 13,4% (12,0-15,0) y en las mujeres 4,4% (3,7-5,2). La media de edad de inicio de los fumadores diarios en el total de la población fue 16,1 años y la media de cigarrillos fumados cada día, 13,4 en la población total. La prevalencia de consumo fue mayor en zonas urbanas (9,6%; 8,5-10,7) que en las rurales (7,1%; 6,2-8,2). Para los fumadores actuales, los grupos el grupo de 45 a 64 años presentaron la mayor prevalencia: 10,4% (9,0-12,0). La zona urbana presentó mayor consumo con respecto a la zona (Espinoza et al., 2017; Organización Mundial de la Salud, 2015).

Con estos resultados, parece que las campañas informativas y prohibitivas que se venían implementando tuvieron un efecto positivo en la población, sobre todo en los hombres.

Costos asociados al consumo de tabaco

En Costa Rica, durante el 2015, el tabaquismo ocasionó 13.718 eventos de salud. De estos 6 495 correspondieron a infartos y otras enfermedades cardiovasculares, 5 212 a nuevos casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 500 a accidentes cerebro vasculares y 756 a nuevos diagnósticos de cáncer por año. La fracción atribuible al cáncer fue de 70% en el cáncer de pulmón y de laringe un 54% en los cánceres de boca y faringe, y un 52% en el cáncer de esófago, con influencia también en el cáncer de estómago, páncreas y riñón. El impacto fue diferente para ambos sexos, en hombres: 46% de las muertes y 28%, de los eventos por patologías asociadas al tabaquismo son atribuibles al hábito de fumar y, en mujeres, dichos valores son 42% y 15%, respectivamente. Ese mismo año, el cigarrillo fue responsable de 1.747 muertes, que representaron el 9,3% del total de las muertes que ocurridas en Costa Rica. El 11% de las muertes cardiovasculares y 9% de las producidas por ACV pueden atribuirse al tabaquismo. El costo directo anual del país que se estimó fue de 129.133.267.938 (CRC, colones), lo que equivale al 0,47% de todo el producto bruto interno (PBI) del país y al 4,8% de todo el gasto público en salud anual. La recaudación impositiva por la venta de cigarrillos es de alrededor de CRC 33,7 mil millones anuales, un valor que apenas llega a cubrir menos del 30% de los gastos directos provocados por el cigarrillo en el sistema de salud (Bardach et al., 2015).

Costa Rica lucha contra el tabaquismo

Costa Rica inició sus esfuerzos para reducir el consumo en la población desde 1995, cuando se decreta La Ley No.7501: Ley de Regulación del Fumado, donde se indica la prohibición de sitios para fumar, la venta de cigarros a menores de edad y se establecen sanciones. Se restringe la publicidad y se obliga a la industria tabacalera a indicar en las cajetillas, las siguientes leyendas: "Fumar durante el embarazo perjudica al niño y provoca prematuridad", "Fumar produce cáncer pulmonar, enfermedad cardíaca y enfisema pulmonar" entre otras prohibiciones(Asamblea Legislativa de Costa Rica, 1995). A los conductores de los vehículos de transporte público remunerado de personas se les advertía que debían velar por el respeto de las disposiciones de la presente Ley, y en caso de ser necesario, podrán solicitar la colaboración de las autoridades para aplicarla; y si después de advertido, algún usuario insiste en fumar dentro de un vehículo de transporte remunerado, el conductor lo obligará a salir, pero no tendrá obligación de devolverle el importe del pasaje ni cabrá indemnización ni responsabilidad alguna. Las autoridades colaborarán en el cumplimiento de esta disposición. También se establecen sanciones con multas, de un salario base, a los propietarios, los administradores o los dependientes de establecimientos mercantiles que les vendan cigarros o tabaco en cualquiera de sus formas a personas menores de edad o consientan que sus subalternos se los expendan (Asamblea Legislativa

de Costa Rica, 1995). Todas estas disposiciones contribuyeron a la disminución de las prevalencias de consumo de último mes en el país; que pasaron de 18,7% en 1990 a 13,4% en el 2010.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto a los países reducir la carga mundial de enfermedades y muertes causadas por el tabaco, promoviendo el compromiso de firmar y ratificar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (Organización Mundial de la Salud, 2003) y la utilización del paquete de políticas MPOWER que comprende seis estrategias de control del tabaquismo y que son las siguientes: (M) Monitoreo del consumo de tabaco y políticas de prevención; (P) Proteger a las personas del humo de tabaco; (O) Ofrecer ayuda para dejar de consumir tabaco; (W) Prevenir sobre los peligros de consumir tabaco; (E) Hacer cumplir las prohibiciones a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; (R) y Aumentar los impuestos al tabaco (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Costa Rica firmó el CMTC-OMS ese mismo año y en el 2008, lo ratifica. El objetivo de este Convenio y de sus protocolos es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes (países) a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En el 2012, se publicó la Ley General y el Reglamento de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud: Ley 9028 y su Decreto No. 37185 (La Gaceta, 2013). Esta Ley toma en cuenta el paquete de política MPOWER (Organización Mundial de la Salud, 2008). De esta manera, el país inició la aplicación de sus disposiciones del CMCT-OMS a través de leyes, reglamentos y otras medidas para su cumplimiento. Al entrar en vigor la Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud junto con su Reglamento; se intensifica aún más la lucha contra el tabaquismo y también contra las enfermedades no transmisibles, específicamente las atribuidas al consumo de tabaco.

Esta ley establece protección en contra el humo de tabaco y declaran espacios cien por ciento (100%) libres de la exposición al humo de tabaco, establece los programas de cesación donde todo patrono procurará otorgar el permiso correspondiente para que las personas trabajadoras con diagnóstico de adicción al tabaco o sus derivados asistan a programas oficiales del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o cualquier programa debidamente acreditado ante el Ministerio de Salud, dedicados a la atención terapéutica que les permita hacer abandono de su adicción, presentando los comprobantes respectivos de asistencia. Sobre el etiquetado de los productos de tabaco, indica que toda cajetilla y cartón de los productos

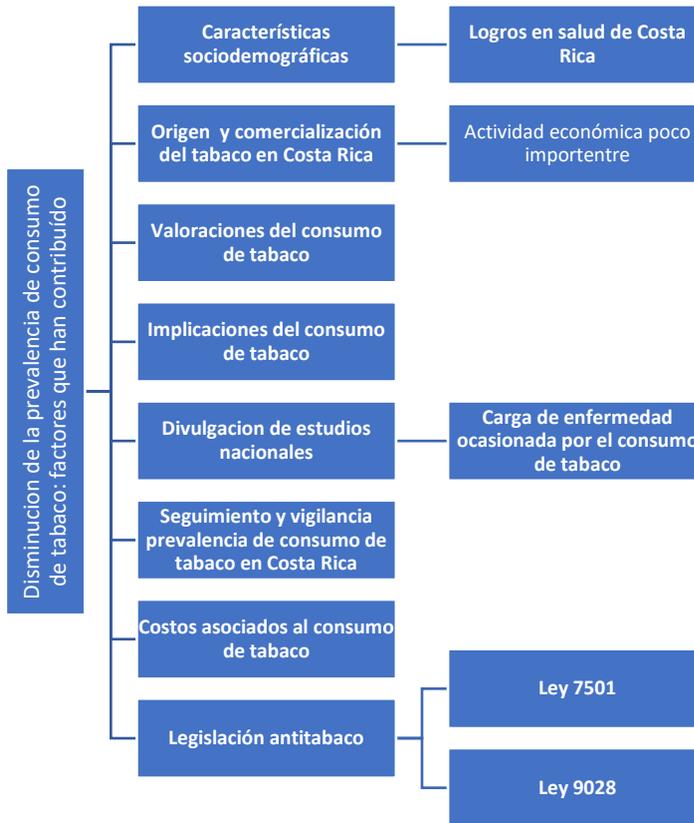
de tabaco deberán aparecer impresos de forma permanente, en sus caras externas o superficies principales expuestas, los mensajes sanitarios que describan los efectos nocivos del tabaco, de acuerdo con lo establecido en la presente ley y su reglamento. Con respecto a la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco prohíbe cualquier forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados. La encuesta GATS de Costa Rica pone de relieve incumplimientos de la legislación (Ley 9028). Aunque el Artículo 5 establece que la protección contra el humo de tabaco en el lugar de trabajo, en restaurantes y en el transporte público debe ser 100%, un 6,3% de la población está desprotegida.

El Ministerio de Salud debe hacer cumplir la Ley a través de la Policía Nacional, de las municipalidades y la denuncia ciudadana, como se indica en los Artículos 36: que se refiere al Control y Fiscalización. El Artículo 43, que indica las actuaciones de las autoridades de salud sobre la prohibición de fumar en espacios 100% libres de la exposición al humo de tabaco y sus derivados. El Artículo 48 sobre denuncias (La Gaceta, 2013).

Conclusión

De este análisis, se puede concluir que las prevalencias de consumo de tabaco en el país muestran cambios significativos; si consideramos los resultados de las encuestas desde 1990 al 2015. Es posible que las medidas regulatorias adoptadas en el país para el control de tabaco, como incrementar los impuestos a las cajetillas de cigarrillos, educar a la población sobre los efectos perjudiciales del tabaco para la salud han sido exitosas al desmotivar el consumo de tabaco. Además, una disminución de la prevalencia de consumo de tabaco será un factor protector para llegar a padecer una ENT.

Figura 1. Medidas exitosas para la disminución de las ENT



Referencias bibliográficas:

Acuña Victor Hugo. (1994). Historia económica del tabaco en Costa Rica: época. Retrieved from [https://books.google.es/books?id=EfwWZmHfv6MC&pg=PA295&lpg=PA295&dq=evaluación+global+impuesto&source=bl&ots=Q4eyVU8Yu-&sig=v6mSWUZzKzDGlg9-K39B-rmZwk&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjvIPH2-XdAhVL16QKHYDnAzcQ6AEwCnoECAYQAQ#v=onepage&q=evaluación global](https://books.google.es/books?id=EfwWZmHfv6MC&pg=PA295&lpg=PA295&dq=evaluación+global+impuesto&source=bl&ots=Q4eyVU8Yu-&sig=v6mSWUZzKzDGlg9-K39B-rmZwk&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjvIPH2-XdAhVL16QKHYDnAzcQ6AEwCnoECAYQAQ#v=onepage&q=evaluación%20global)

Alfaro, A. (2010). *Apuntes sobre la trayectoria del tabaco en el cantón de Palmare*. 23(1), 113–127. Retrieved from <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/herencia/article/view/10345>

Asamblea Legislativa de Costa Rica. *Ley No. 7501. Regulación del Fumado*. (1995).

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Diagnóstico and Statistics Manual of Mental Disorders*. In *American Journal of Psychiatry* (Vol. 80). <https://doi.org/10.1176/ajp.80.2.309>

Bardach, A., Palacios, A., Alcaraz, J., Caporale, J., Rodríguez, B., Amador, N., ... Pichon-Riviere; A. (2015). *Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Costa Rica y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos*.

CELADE. (1996). *Impacto de las Tendencias Demograficas.pdf*. Retrieved from <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/9786%0A>

Contraloría general de la República. (2019). *Impacto fiscal del cambio demográfico: retos para una Costa Rica que envejece* (Vol. 6).

Díaz, S. (2017). Reflexiones sobre el consumo de tabaco. Retrieved from Psicoterapeutas.com website: <http://www.psicoterapeutas.com/paginaspersonales/susana/tabaco.html>

Drope, J., Schluger, N., Cahn, Z., Drope, J., Hamill, S., Islami, F., ... Stoklosa, M. (2018). *The Tobacco Atlas, Sixth edition jeffrey drope and neil w. schluger, editors* (Sixth Ed; E. JEFFREY DROPE AND NEIL W. SCHLUGER & WITH, Eds.). Retrieved from https://files.tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes.pdf

Espinoza, A., Ugalde, F., Castro, R., & Madrigal, M. (2017). *Encuesta global de tabaquismo en adultos. Costa Rica, 2015* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1590/s0036-36342011000100017>

Fonseca, S., Méndez, J., Bejarano, J., Guerrero, C., & Reynales, L. (2017). Tabaquismo en Costa Rica: susceptibilidad, consumo y dependencia. *Salud Pública de México*, 59(1), 30–39. <https://doi.org/10.21149/7765>

IAFA. (2012). Consumo de Drogas en Costa Rica Encuesta Nacional 2010. In *LAFa*.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2019). Estadísticas demográficas. 2011 – 2050. Proyecciones nacionales. Población por años calendario, según sexo y grupos quinquenales de edades. Retrieved from <http://www.inec.cr>

La Gaceta. (2013). Ley general de control de tabaco y sus efectos nocivos en la salud [recurso electrónico]. In *Imprenta Nacional* (Vol. 53). Retrieved from https://www.imprentanacional.go.cr/editorialdigital/libros/textos/juridicos/ley_de_antitabaco_y_su_reglamento_edincr.pdf

Mideplan. (2018). *Costa Rica: Prospectiva en cambio demográfico al 2045*. Retrieved from <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/4010-costa-rica-prospectiva-en-cambio-demografico-al-2045/file>

Naciones Unidas. (2007). *Indicadores ambientales y de desarrollo sostenible: avances y perspectivas para América Latina y el Caribe manuales 55 Santiago de Chile, diciembre de 2007*. Retrieved from https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5498/1/S0700589_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). Enfermedades no transmisibles. Retrieved from OMS website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/>

42813/9243591010.pdf;jsessionid=66158651B5791B628D69D208D5945FEF?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2008). *MPOWER Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo*. Retrieved from <https://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. In *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. Hoja Resumen Costa Rica 2015*. Retrieved from http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/cri_factsheet_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2019). Iniciativa Liberarse del Tabaco. Género y tabaco. Retrieved from <https://www.who.int/tobacco/control/populations/gender/es/index3.html>

Otero, M., Cortijo, C., & Ayesta, F. J. (2003). El tabaquismo como adicción. *Cardiovascular Risk Factors*, 12(4), 222–234. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/F_Javier_Ayesta/publication/242092886_El_tabaquismo_como_adiccion/links/56b36c5008ae04dc8a296e34.pdf

PNUD. (2016). Desarrollo humano para todos. *Informe Sobre El Desarrollo Humano*, 40. Retrieved from http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_SP_Overview_Web.pdf

Reporteros sin Fronteras (RSF). (2018). Clasificación Mundial de Libertad de prensa.

Rubio, H., & Magaña, A. (2006). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *Revista Del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 297–300. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852006000400013

Solé, E. (2005). Uso social del tabaco.

Solís, Y., & Monge, T. (2016). Consumo de tabaco en Costa Rica, relación con múltiples patologías e importancia de la cesación de fumado. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA* 2016, LXXIII(619), 285–289. Retrieved from <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/619/art15.pdf>

Tabacalera Costarricense S.A. (2019). Datos importantes. Retrieved from <https://www.pmi.com/markets/costa-rica/es>

Valdés-Salgado, R., Avila, M. H., & Amor, J. S. (2002). El consumo de tabaco en la región Americana: Elementos para un programa de acción. *Salud Pública de México*, 44(SUPPL. 1), 125–135. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44s1/a18v44s1.pdf>

Valdés-Salgado, R., Hernández Avila, M., & Sepúlveda Amor, J. (2007). El consumo de tabaco en la Región Americana: elementos para un programa de acción. *Salud Pública de México*, 44(1), s125–s135. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342002000700018>

World Economic Forum. (2016). The World Economic Forum Global Competitiveness Report 2016-2017. In *World Economic Forum*. Retrieved from www.weforum.org/gcr.

5

Riesgos asociados a enfermedades y accidentes ocupacionales en trabajadores de laboratorios clínicos: aportes para la prevención

Norma Helena Rodríguez Hernández

Introducción:

Los riesgos por accidentes ocupacionales son inherentes a toda práctica profesional. Los laboratorios clínicos por su actividad diaria están en riesgo de adquirir accidentalmente una enfermedad infecciosa. Contemplan, además, riesgos biológicos y enfermedades ocupacionales, más allá de los riesgos clásicos definidos en el desempeño (riesgos físicos, térmicos, químicos, etc.) Gambino (2014) define el accidente de trabajo como:

El accidente de trabajo es un hecho repentino relacionado causalmente con la actividad laboral, provocando lesiones al trabajador o su muerte. Cuando no ocasiona lesión hablamos de un incidente o cuasi accidente. En un programa de prevención se deben estudiar ambos (accidentes y cuasi accidentes), ya que casi siempre el hecho de ocurrir la lesión es algo fortuito. (Gambino D, 2014)

El campo de la medicina no logra evadirse ante la posibilidad de sufrir una enfermedad por accidente por múltiples causas ya sea mediante el contagio de un agente patógeno o un daño accidental. Los objetos cortopunzantes constituyen probablemente el mayor riesgo ocupacional en los manipuladores de desechos, por el daño que pueden causar y la transmisión de enfermedades (Barbosa, Floriano, Oliveira, Kleiton, & Ferreira, 2016).

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, en Estados Unidos, define como trabajador de la salud a "cualquier persona cuya actividad laboral implica contacto con sangre o líquidos del cuerpo provenientes de individuos hospitalizados, en consulta o que acuden al laboratorio en una entidad que presta servicios médicos" estando relacionadas con agentes biológicos infecciosos, como son los microorganismos genéticamente modificados, los cultivos microbianos y de parásitos, capaces de originar infecciones, alergias o de toxicidad. (Morelos RR R. P.-H., 2014)

En este sentido, el personal de salud, al proporcionar asistencia directa al paciente, a menudo en situación de urgencia, están expuestos además a las infecciones. Lo mismo sucede con el personal del laboratorio clínico que procesa las muestras de los fluidos infecciosos.

El contacto con pacientes, fluidos biológicos y el cultivo o aislamiento de microorganismos infecciosos durante el trabajo de laboratorio son factores que aumentan ese riesgo, y para reducirlo se requiere emplear medidas preventivas continuas estándar de bioseguridad para cada una de sus actividades, por esta razón, debe contar con el entrenamiento adecuado.

El uso de guantes, cubrebocas, mascarillas, uniforme o bata, así como la disposición apropiada de los residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI) resultan primordiales en el trabajo diario. Asociando esto, el lavado de manos, el cambio frecuente de la bata u otra uniforme hospitalario son de vital importancia para evitar las infecciones nosocomiales. Es notable considerar, que la carga de trabajo y el estrés ocupacional son factores agregados que incrementan las probabilidades de incurrir en negligencias o accidentes laborales que ocasionen infecciones en el personal de salud.

Este ensayo teórico tuvo como objetivo discutir el tema de la prevención de enfermedades y accidentes laborales para los trabajadores de laboratorio clínico, considerando la relevancia y el alcance del tema. Además de las referencias para la construcción teórica del problema, se buscaron referencias para escalar el problema en Nicaragua, las perspectivas internacionales y las tecnologías para el monitoreo del problema.

Perspectiva del problema de las enfermedades y accidentes laborales para los trabajadores de laboratorio clínico

Desde su inicio, la actividad laboral del ser humano ha permitido evolucionar el mundo, aunque también ha generado riesgos y enfermedades relacionadas al trabajo. El dinamismo económico social y las novedosas formas de trabajo han incluido nuevos riesgos y enfermedades ocupacionales emergentes siendo su vigilancia constante, conocimiento y abordaje esencial para alcanzar la salud de los trabajadores.

La salud ocupacional, rama de la salud pública, constituye uno de los cimientos fundamentales en el desarrollo de un país. El abordaje de la "salud del trabajador", en un contexto integral y multidisciplinario, no sólo analiza los hechos mórbidos que ocurren a razón de las condiciones de trabajo y riesgos ocupacionales sino también las condiciones en las cuales se vive y se trabaja.

La población trabajadora constituye la mitad de la población del mundo, se estima que la carga global de enfermedades por accidentes y enfermedades relacionadas al trabajo según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se estima que los costos directos e indirectos de las enfermedades y accidentes ocupacionales equivalen al 4% del producto bruto interno.

En Nicaragua la composición de la población económicamente activa es mayormente joven y los trabajadores en estas edades siguen constituyendo la fuerza laboral más

importante de la economía nacional; en el 2018 se alcanzó el 78.2% con edades cumplidas entre 15 y 29 años, siendo la edad promedio de 22 años, según el Instituto Nicaragüense de Seguro Social. (Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, 2018; Resolución Ministerial relativa a la Notificación de las Enfermedades Profesionales, 2000)

Por grupo ocupacional la mayor parte de los siniestros ocurrieron a empleados de oficinas, las cuales sumaron al finalizar el año 8,029 trabajadores reportados, en segundo lugar, se encuentran los operarios de máquinas con 4,395 reportes y en tercer lugar los trabajadores de servicios y vendedores de comercio y mercado con 4, 378 trabajadores reportados al Instituto Nicaragüense de Seguro Social. (Estudios, 2018)

Los empleados en los laboratorios están sujetos a numerosos riesgos de peligrosidad variable y causas multivariadas, en las que interfieren factores como: la responsabilidad individual del trabajador, las responsabilidades colectivas y administrativas desempeñan funciones prevalentes en su ocurrencia. Además, inciden: no disponer de equipos de protección individual, no usar los medios de protección personal, capacitación inadecuada del personal y el incumplimiento de los reglamentos de seguridad (CDC/NIH Biosafety in microbiological and biomedical laboratories, 2009)

Las normas de bioseguridad disminuyen, pero no eliminan el riesgo, resultando evidente que el riesgo Cero no existe. Pese a ello, su aplicación sistemática en el mundo ha demostrado que su cumplimiento disminuye notablemente los riesgos (Gambino D, 2014).

Los accidentes biológicos usualmente no causan pérdida de días por lo que no son analizadas sus causas por los especialistas de Seguridad en el Trabajo, pasando inadvertidos por los jefes inmediatos, de ahí surge la necesidad de establecer un sistema de registro, análisis, control y seguimiento de este tipo de accidente (Valdés MV, 2014).

La salud de los trabajadores como objeto de estudios

La salud de la población trabajadora es uno de los componentes fundamentales del desarrollo de un país y a su vez refleja el estado de progreso de una sociedad, visto así, un individuo sano se constituye en el elemento más importante en los procesos productivos.

La demanda de una sociedad cada vez más sensibilizada y exigente con la seguridad y la salud en el trabajo como parte primordial del bienestar social.

Las enfermedades laborales se caracterizan por una amplia legislación, un extenso número de agentes intervinientes y un escenario en permanente evolución, por lo que es elemental disponer de un marco estratégico de referencia que establezca objetivos consensuados de todos los interlocutores y que concede a los poderes públicos ordenar sus actuaciones de manera coherente y eficiente.

En Nicaragua determinados sectores, agrupaciones y colectivos de trabajadores presentan un registro de incidencias de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales en ascenso con valores por encima de la media de sus respectivos índices de referencias. Esta condición ha de servir de alerta para impulsar actuaciones desde las Administraciones Públicas, en colaboración de los interlocutores sociales, que rectifiquen los niveles de protección de los trabajadores afectados.

Hasta el momento las políticas preventivas están dirigidas primordialmente hacia la reducción de los accidentes laborales, sin embargo, los datos estadísticos reflejan la necesidad de incidir aún más en las enfermedades ocupacionales promoviendo la prevención antes que la rehabilitación o el abandono temprano del trabajo por motivos de salud. Así mismo desde la visión preventiva, es oportuno reflexionar en el desarrollo de modelos organizativos que promuevan la motivación, el conocimiento y actitud de los trabajadores como factor clave para mejorar la competitividad de las empresas.

Factores como el nivel de atención requerido para el desarrollo de una tarea, la frecuencia y carga laboral, la comunicación ineficaz o la monotonía de la actividad entre otros pueden contribuir a desencadenar enfermedades ocupacionales.

La aprobación de la Ley General de Higiene y Seguridad del Trabajo en Nicaragua en el año 2007 favoreció el punto de partida para el desarrollo de sistema de seguridad y salud en el trabajo en nuestro país, para esto es preciso que todos los elementos del sistema actúen de manera eficiente y coordinada (Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, 2018; Resolución Ministerial relativa a la Notificación de las Enfermedades Profesionales, 2000).

El concepto de enfermedad profesional, aun siendo más estricto que el de accidente de trabajo, también encierra tres elementos característicos: **Trabajo**, **Lesión** (enfermedad) y **relación de causalidad**. (Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, 2018; Resolución Ministerial relativa a la Notificación de las Enfermedades Profesionales, 2000).

La utilidad del uso de marcadores como elementos de evaluación de riesgos de afectación de la salud, cada día adopta una significativa importancia ya que accede a obtener información en relación a diferentes tipos de enfermedades, identificación de factores de riesgo para la salud de los individuos y las poblaciones, selección medicamentos, valorar la evolución de enfermedades y su tratamiento, e incentivar políticas en salud ocupacional y ambiental, entre otros.

El acelerado desarrollo tecnológico promueve que los marcadores implementados sean cada vez más específicos y esenciales en el desarrollo de las diversas disciplinas biomédicas, que permiten propuestas sobre estrategias y políticas para restaurar las condiciones de vida de los trabajadores y de las personas en general, al generar información que permite realizar correctivos para disminuir la mortalidad y morbilidad de los individuos.

El texto de la Ley de Adición de Riesgos y Enfermedades Profesionales a la Ley N° 185, Código del Trabajo aprobada por la Asamblea Nacional el 15 de junio del 2004, define enfermedad profesional como "Todo estado patológico derivado de la acción continua de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador presta sus servicios y que provoque una incapacidad o perturbación física, síquica o funcional permanente o transitoria, aun cuando la enfermedad se detecte cuando ya hubiere terminado la relación laboral ".(Arto. 111 CT, Arto. 64 LSS).

Biomarcadores en salud ocupacional

El objetivo de los estudios epidemiológicos es identificar y evaluar los factores de riesgo asociados a las enfermedades, ellos son la base para adquisición de nuevo conocimiento respecto a: la elucidación de los mecanismos patológicos, clasificación etiológica de los ambientes y en el reconocimiento temprano de efectos adversos generados por las condiciones de los ambientes, de esa manera pueden ser utilizados para evidenciar exposición laboral e impacto ambiental en comunidades al clasificar y cuantificar la exposición relacionada con los ambientes de trabajo.

A partir de la información obtenida es posible: identificar nuevos riesgos y grupos de colaboradores con posibilidad de padecer enfermedades ocupacionales, establecer políticas y programas prevención de control (CDC/NIH, 2009).

Los biomarcadores han contribuido de forma significativa al desarrollo de políticas en salud ocupacional, ya que son una herramienta complementaria en los estudios de epidemiología ambiental a partir de los cuales se desarrollan los programas de vigilancia. Los principales aportes de estos incluyen: 1) La utilización de monitoreo biológico como herramienta válida en la práctica de evaluación de seguridad y salud ocupacional (osh) (Valdés MV; Perdomo M; Salomón J., 2014); 2) Identificación de los cambios biológicos producidos por la exposición a bajas concentraciones de diferentes materiales (Gómez DA; Muñoz DP., 2015); 3) Compresión de los mecanismos de acción de diferentes sustancias químicas que ofrecen riesgo ocupacional (Gómez DA; Muñoz DP., 2015); 4) Diferenciación entre la exposición ocupacional y no ocupacional; 5) Estimación de anteriores exposiciones; 6) Evaluación de la eficiencia del equipo y medidas de protección, entre otros. Toda esta información adquirida es de gran importancia para el desarrollo de políticas institucionales y sectoriales, que permiten la creación de guías y definición de estándares para el monitoreo y valoración de niveles seguros de exposición para la salud de los trabajadores (Gómez DA; Muñoz DP., 2015).

Antecedentes internacionales:

Las enfermedades ocupacionales han estado asociadas históricamente a la restauración de sus efectos sobre la salud del trabajador.

A partir de 1987 y para evitar riesgos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el CDC emitió una serie de medidas de protección conocidas como Precauciones Universales, después como Precauciones Estándar, y se conocen igualmente como Precauciones Universales de Bioseguridad. Éstas se fundamentan en considerar a la sangre y otros fluidos corporales como potencialmente infecciosos (Valdés MV; Perdomo M; Salomón J., 2014). Las Precauciones Estándar están conformadas por la vacunación (inmunización activa) cuando procede, las normas de higiene personal, diversos elementos de protección de barrera (como los guantes de látex y cubrebocas), los cuidados en el empleo de los objetos punzocortantes, la esterilización y desinfección correcta de instrumentos y superficies.

Las infecciones adquiridas en el laboratorio

Los antecedentes relacionados a la protección del personal de salud contra las infecciones adquiridas u ocupacionales (también infecciones asociadas al laboratorio), se originan en varios reportes de accidentes que se investigaron en laboratorios de microbiología e investigación biomédica de los Estados Unidos.

En este sentido destacan los realizados por Meyer y Eddie que en 1941 publicaron un estudio realizado en Estados Unidos en el que reportan 74 infectados por *brucella*, y concluyen que se debió a la mala manipulación de los cultivos o especímenes, o a la inhalación accidental de polvos que contenían al agente infeccioso.

Sulkin y Pike en 1949, publican en Estados Unidos su primer estudio sobre infecciones adquiridas en los laboratorios y reportan 222 casos de infecciones virales, de las cuales 21 resultaron fatales. Un tercio de los casos estuvo relacionado con la manipulación de animales y tejidos infectados. Hacia 1951 Sulkin y colaboradores realizaron otro estudio aplicando un cuestionario a 5,000 laboratorios, la infección por *brucella* presentó el mayor número de casos, seguida de tuberculosis, tularemia, fiebre tifoidea e infección estreptocócica; el estudio presentó una tasa de mortalidad del 3%. (Morelos RR, 2014).

De todos los casos, sólo el 16% tuvo un reporte bien documentado, la mayoría de las infecciones se relacionó con pipetear con la boca, y el mal uso de agujas y jeringas. Después, el estudio mencionado se actualizó en el período de 1965 a 1976 y refirió que las infecciones adquiridas por el personal fueron: brucelosis, tifoidea, tularemia, tuberculosis, hepatitis y encefalitis equina venezolana. (Sewell DL, 1995)

La transmisión ocupacional de enfermedades infecciosas es responsable de un estimado de 320.000 muertes/año a nivel mundial y de 5.000 muertes/año en la Unión Europea (Manno M, et al, 2010)

En Chile la información es escasa en cuanto a exposiciones ocupacionales y daños a la salud (CDC, 1987). La información oficial se refiere únicamente a intoxicación por plaguicidas, cuya notificación es obligatoria desde el año 2004 (Valdés MV; Perdomo M; Salomón J., 2014).

La existencia de riesgo biológico y su conocimiento es relevante en el ambiente laboral debido al contacto con agentes altamente peligrosos, diferentes tipos de exposición, falta de valores límite, presencia de trabajadores con un sistema inmunitario defectuoso y, por lo tanto, más susceptibles al riesgo (De Giusti M & cols, 2012).

El virus de la hepatitis B (VHB) es un agente común en el trabajo hospitalario y el mayor responsable de las infecciones virales para el trabajador de la salud. A finales de los años setenta Pike realizó un estudio y concluyó que “se cuenta con el conocimiento, las técnicas y los equipos para prevenir la mayoría de las infecciones adquiridas en los laboratorios”, pero, no existía un código, un estándar o normas que señalen al uso de equipos o técnicas para la protección contra la gran variedad de agentes infecciosos. Con el fin de cubrir esta demanda se publica el manual *Clasificación de agentes etiológicos con base en el riesgo*.

La publicación sirvió de punto de partida para generar otras similares: la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Ginebra, Suiza, editó el *Manual de bioseguridad en laboratorio (Laboratory Biosafety Manual)*, y por otra parte, los Institutos Nacionales de Salud (NIH) en conjunto con el CDC de Estados Unidos, publicaron *Bioseguridad en laboratorios de microbiología y biomédicina (Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories)*, con temas fundamentales como: la clasificación de los diferentes niveles de bioseguridad en los laboratorios (BSL1, BSL2, BSL3 y BSL4) y grupos de riesgo de los agentes infecciosos; todos tienen diferentes requerimientos en las prácticas de laboratorio para su manejo y en la protección del personal. El laboratorio de nivel 4 (BSL-4), por ejemplo, es un laboratorio de máxima contención para el trabajo de material infeccioso, que es extremadamente peligroso para la salud, como es el caso del virus Ébola (Vives A, 2010).¹⁴

La situación en México se refleja en un estudio publicado en 1990 por Kershenobich y colaboradores (Corrao CR & cols 2012) que realizaron una encuesta en 26 hospitales del país, en la que entrevistaron a 935 voluntarios entre médicos, enfermeras, laboratoristas y odontólogos, que no habían recibido la vacuna contra la hepatitis B, y tuvieron contacto con material biológico por al menos 12 meses. Se les realizó un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA) para determinar antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) y anti-HB (anticuerpos anticore IgM e IgG); los porcentajes de positividad en los resultados del estudio fueron 1.2 y 9.7%, respectivamente.

El riesgo más elevado de infección se encontró entre los laboratoristas y los médicos. Otro agente infeccioso viral de gran importancia, por el elevado riesgo que exhibe su manejo es el VIH. Las Precauciones Universales fueron establecidas por el CDC en 1983 (Sewell, 1995) con la publicación posterior de guías actualizadas para prevenir la transmisión y control de la infección por el VIH y otros patógenos de la sangre en los trabajadores de salud y los pacientes. A partir de entonces la infección por VIH se ha reportado como infección ocupacional (adquirida), y en muchos países dio lugar a la implementación de sistemas de vigilancia contra ella.

Conclusiones

Las enfermedades profesionales obligan a un análisis estricto al momento de atribuir responsabilidades, pues es posible que la enfermedad haya sido contraída prestando servicios para un empleador anterior o desempeñando un trabajo independiente ya que no siempre el agente causante de una enfermedad se encuentra en una empresa o dentro del ámbito de control del empleador, por tal razón corresponde precisar que la enfermedad profesional se puede manifestar en un momento determinado. (Sierra Herrero & Nasser Olea, 2012).

La Constitución Política de la República de Nicaragua reconoce el derecho de prevalecer de manera eficaz unas condiciones de trabajo que garanticen la integridad física, Salud, Higiene y la disminución de los riesgos profesionales para hacer efectiva la seguridad ocupacional de los trabajadores.

Dicho precepto trae consigo la necesidad de desarrollar una política preventiva para preservar la seguridad, eliminación y riesgos de infección en la salud de los trabajadores en todos los centros del país, tanto públicos como privados en los que estén expuestos a riesgos biológicos debido a la naturaleza de su actividad laboral donde existan peligros contaminantes.

Dado que en Nicaragua no existen estudios de investigación sobre los Riesgos asociados a enfermedades y accidentes ocupacionales en trabajadores de laboratorios clínicos es fundamental la tarea de sensibilizar a empleadores para una cultura de prevención acondicionando las instalaciones físicas y proporcionar de manera gratuita y efectiva los equipos de protección colectiva, individual y médico a los colaboradores, además brindarles mantenimiento, seguimiento y restituirlos cuando lo amerite, así como informar con veracidad cuales son los agentes biológicos presentes en el ambiente laboral. Por su parte los empleados deberán cumplir las órdenes e instrucciones dadas para garantizar reducir y/o eliminar los riesgos profesionales que pudieran encontrar en el entorno del puesto de trabajo a los que se expone el trabajador de la salud durante sus actividades

diarias y contribuir a la difusión y divulgación de la correcta aplicación de las precauciones universales de bioseguridad para disminuir el riesgo de adquirir una enfermedad infecciosa, considerando que ello implica daños a la salud, pérdidas de horas laborables y pagos por incapacidad.

Evitar esto comprende la adopción de una serie de medidas de protección personal, como la bioseguridad en laboratorios, las precauciones universales como las inmunizaciones, la eliminación correcta del material biopeligroso y una adecuada salud mental. Otras medidas importantes y tan simples como el lavado de manos o el cambio frecuente de batas o uniformes serían de suma importancia en el control de las infecciones adquiridas en el laboratorio.

En conclusión, el trabajador de la salud deberá identificar los riesgos de infección, relacionados a su trabajo e introducir medidas adecuadas de prevención. La capacitación y entrenamiento frecuentes en estos temas son recomendables para disminuir los accidentes, aparte de fomentar en el colaborador una buena salud física y emocional.

Referencias bibliográficas:

Barbosa Maria Helena, Floriano Daniela Rosa, Oliveira Karoline Faria de Nascimento, Kleiton Gonçalves do, Ferreira Lúcia Aparecida. (2016). Patient safety climate at a private hospital. 25(3): e1460015. Citado el 12 de Agosto de 2019 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300312&lng=en.%20%20Epub%20Sep%2012,%202016.%20%20http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001460015

CDC/NIH. Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories. (2009). 5th Edition. Disponible en: <http://www.cdc.gov/biosafety/publications/bmbl5/index.htm>

CDC/NIH. Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories. (2009). 5th Edition. Disponible en: <http://www.cdc.gov/biosafety/publications/bmbl5/index.htm>

Centers for Disease Control. Perspectives in Disease Prevention and Health Promotion Update: Universal Precautions for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, and Other Bloodborne Pathogens in Health-Care Settings. MMWR. 1988;37(24):377-88.

Centers for Disease Control. Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. MMWR. 1987;36 (suppl no. 2S).

Corrao CR, Mazzotta A, La Torre G, DE Giusti M. Biological risk and occupational health. IndHealth 2012; 50 (4): 326-37.

De Giusti M, Corrao CR, Mannocci A, Palazzo C, Riccardi R, Schmidt SL, Sernia S, La Torre G. Occupational biological risk knowledge and perception: results from a large survey in Rome, Italy. Ann IstSuper Sanita 2012; 48 (2): 138-45.

Gambino D, Padrón J. (2014). Rev Cubana de Salud y Trabajo. 15(3):58-62. Recuperado el 12 de agosto de 2019 de: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol15_3_14/rst09314.htm

Gómez DA, Muñoz DP. Caracterización de los accidentes laborales en un hospital de alta complejidad de la región de Antioquia, Colombia. Rev Cubana de Salud y Trabajo 2015;16(2):31-6. http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol16_2_15/rst05215.pdf

Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (2018). Anuario Estadístico. División General de Estudios Económico. 178-179. <https://www.inss.gob.ni/index.php/estadisticas-38/332-anuario-estadistico-2018>.

Manno M, Viau C, Cocker J, Colosio C, Lowrye L, Muttif A, Nordbergg M, Wangh S. Biomonitoring for occupational health risk assessment (BOHRA). Toxicol Lett. 2010; 192: 3-16.

Manual de Bioseguridad en el Laboratorio 3a Edición. OMS 2005 [Internet]. Es.slideshare.net. 2016 [cited 16 May 2016]. Available from: <https://es.slideshare.net/marcovinicioroblesaguiar/manual-de-bioseguridad-en-el-laboratorio-3a-edicin-oms-2005>

MINSAL (Ministerio de Salud de Chile), 2007. Norma técnica de vigilancia de intoxicaciones agudas por plaguicidas REVEP. Disponible en <http://epi.minsal.cl/epi/html/normas/normaREVEP.pdf>

Morelos RR, Ramírez PM, Sánchez DG, Chavarrín RC, Meléndez-Herrada E (2014) El trabajador de la salud y el riesgo de enfermedades infecciosas adquiridas. Las precauciones estándar y de bioseguridad. (Rev. Fac. Med. (Méx.) vol.57 no.4 Ciudad de México jul./ago. 2014), 2014 Recuperado el 22 agosto de 2019, de http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/articulo_51020

Padrón Vega, Yoel, Moreno Pérez, Sonia de las Nieves, Márquez Ferrer, Alejandro, González Valdés, Laura Margarita, & Pérez Hernández, Fabián. (2017). Accidentalidad laboral en expuestos a riesgos biológicos en instituciones de salud. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 52-59. Recuperado el 22 de agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200008&lng=es&tlng=es.

Resolución Ministerial relativa a la Notificación de las Enfermedades Profesionales Publicada en La Gaceta, Diario Oficial No. 128 del 6 de Julio del 2000.

Sewell DL. Laboratory -Associated Infections and Biosafety. Clin Microbiol Rev. 1995;3:389-405.

Sewell DL. Laboratory -Associated Infections and Biosafety. Clin Microbiol Rev. 1995;3:389-405.

Sierra Herrero, Alfredo, Nasser Olea, Marcelo. (2012) La Responsabilidad del Empleador por Enfermedades Profesionales de sus Trabajadores, Enfoque Jurisprudencial. *Revista Chilena de Derecho*, vol.39 n°1 Santiago abr.2012.

Valdés MV, Perdomo M, Salomón J. Caracterización y categorización de los riesgos biológicos en el laboratorio clínico del policlínico docente 'Rampa', municipio Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba. Rev Cubana de Salud y Trabajo 2014;15(2):40-6 http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol15_2_14/rst07214.pdf

Vives A, Jaramillo J. Salud laboral en Chile. Arch PrevRiesgos Labor 2010; 13 (3):150-6.

6

El Sistema de Emergencias Médicas: un reto de hoy para un mejor futuro

William Genderson Barquero Morales

Introducción

La atención de Medicina Urgencias en el sistema de atención prehospitalaria puede brindarse en cualquiera de los niveles de atención médica, pero cada uno de ellos adoptará sus propias características, en dependencia de los recursos materiales y humanos con los que cuente. (Pérez, 1999). Por tanto, este se convierte es un verdadero reto en la calidad de atención a la población. Mahler (2009) desde su artículo el sentido de “La salud para todos en año 2000”, enmarca la importancia de no ver la salud únicamente en el ámbito hospitalario o de salud pública sino de una atención integral en todos los ámbitos habidos del campo de la salud.

Las lesiones de tráfico no-intencionales a escala global causan 1.2 millones de muertes cada año, afectan a personas en edad productiva y son eventos potencialmente prevenibles. Los sistemas prehospitalarios han sido diseñados para extender los servicios médicos hospitalarios a la población, a través de la interacción de una compleja red de transportación, comunicación, recursos materiales y humanos, recursos económicos y participación pública (Pinet, 2015). En base a esta declaración del aumento de la accidentalidad, reajustan los sistemas de emergencias médicas en busca de incidir meritoriamente en la disminución de la morbimortalidad, ejemplo claro el realizado en el estudio sobre mejoramiento de la ubicación de las ambulancias de atención prehospitalaria en Colombia, donde el aumento de accidentes los llevo a considerar alternativas de mejora en el sistema de emergencias (Villegas, Castaneda & Blandón, 2012)

La Secretaria de Salud de México (marzo, 2017), establece que, para otorgar una atención oportuna y eficiente, debemos contar con un efectivo sistema de atención de urgencias médicas que incluya todas las fases del tratamiento del lesionado o enfermo grave: la atención medica prehospitalaria, la atención hospitalaria especializada y la rehabilitación.

Es importante destacar que a pesar de que a nivel de país no se cuenta con un Sistema de Emergencias Médicas (SEM), contamos con esfuerzos de país que han podido brindar atención de primera respuesta a la población estos a través de equipos de trabajo en esta área como son los Equipos de Bomberos, Cruz Roja Nicaragüense y Ministerio de salud, al igual que profesionales de la salud, sin embargo, no existen políticas públicas que generen respaldo y seguimiento al trabajo que se realiza.

En la Compilación de legislación sobre sistemas de servicios de emergencia en América Latina (OPS-OMS, 2010) queda claro que en Nicaragua es necesario mejorar el Sistema de Emergencias Médicas y refleja que las organizaciones de primera respuesta, Bomberos y Cruz Roja, atienden situaciones de emergencia y traslados, siendo necesario articular al MINSA con la atención de primera respuesta o pre hospitalaria en el país, por lo que apremia definir nuevas propuestas de trabajo y organización que faciliten la atención en este ámbito.

Desarrollo

Según Garnica, Mena & Moreno (2015), citando a Ministerio de Salud y Protección Social (2013), el concepto de Atención Prehospitalaria nació aproximadamente en 1940 con los cuerpos de bomberos de los Estados Unidos, quienes fueron los primeros en brindar atención médica a los enfermos o heridos mientras eran transportados. En 1951 los helicópteros son utilizados por primera vez para evacuar heridos desde el área de combate. En 1956 se perfecciona las técnicas de reanimación básica boca – boca y en 1959 se desarrolla el primer desfibrilador portátil, y se estructura en los países europeos un sistema de Atención Prehospitalaria. “En 1960 la Academia Nacional de Ciencias introdujo normas para el entrenamiento del personal que tripula las ambulancias y en 1962 se programó el primer curso para la formación de ‘Técnicos en Emergencias Médicas’” (Garnica, Mena & Moreno, 2015, pág. 10).

De manera que el Sistema de Emergencias Médicas puede conceptualizarse como

“conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica prehospitalaria encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial, que puede incluir acciones de salvamento y rescate”. (Garnica, Mena & Moreno, 2015, pág. 11)

Entonces, queda claro que esta asistencia es esencial para salvaguardar la vida de la población antes que este sea integrado a un centro hospitalario, por consiguiente, es necesario el desarrollo de habilidades y destrezas del talento humano para la atención de la persona familia y comunidad.

Pinet (México, 2005), estudió la atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal y el cumplimiento con los requerimientos de la American Ambulance Association Guide for contracting Emergency Medical Service para mayor eficiencia en los Sistemas de atención prehospitalaria (SAPh). Plantean que uno de los estándares analizado fue el tiempo de respuesta el cual no fue definido de parte de los proveedores, el segundo fue la educación continua la cual no está regulada gubernamentalmente, además que no se posee un plan de educación estandarizado y no hubo registro de control médico en la atención del paciente. Por tanto, refieren la importancia de una estructura organizada que tenga una legislación apropiada, para que permita diseñar un sistema de alta calidad con menor costo.

Herrera Carranza y col (España, 2017) proponen un modelo fisiológico de servicio de urgencias hospitalario, principios de funcionamiento, tipificación de la saturación y pautas para el rediseño, reflejando que la asincronía entre los elementos merma el flujo y capacidad del área y que al rediseñar el modelo tal como la fisiología del gasto cardiaco podrá ayudar al rediseño del servicio y a prevenir el colapso y la saturación de las unidades.

A nivel nacional, a pesar de los avances como país en las diferentes políticas de gobierno no existe una estructuración de EMS, sin embargo, en la Ley número 423, Ley General de Salud en su artículo 8 establece el derecho de los usuarios en ser atendidos, tanto a nivel público y privado de acuerdo con las complejidades del servicio.

En apoyo a este punto, cabe mencionar lo planteado por la Asamblea Nacional (2002). En la Ley General de Salud, la que busca que toda persona disfrute, conserve y recupere su salud en armonía con lo establecido. Además de establecer en su artículo 8 el trato equitativo en las prestaciones y gratuidad de los servicios públicos.

La Ley Orgánica De La Dirección General De Bomberos de Nicaragua (2013) establece en su capítulo 1 los Artos. 4 sección 15 que el servicio pre hospitalaria es la Acción que se desarrolla por personal especializado, que garantiza mediante la aplicación de técnicas adecuadas de primeros auxilios, la atención y estabilización de las personas que por su estado o condición requieran de esta urgencia médica, hasta su traslado a un centro hospitalario, de igual forma en sus artículos 11 y 13 refleja que son el rectorado de las políticas públicas encaminadas a incendios y riesgos especiales, búsqueda, rescate y otros

siniestros, además de la atención en otros servicios y emergencias, bajo la rectoría del Ministerio de Gobernación.

Con esto cabe integrar a la reflexión ¿cuál es el trabajo intersectorial en salud que se está llevando a cabo que permita el mejoramiento de la atención prehospitalaria en Nicaragua?

El concepto de intersectorialidad se define como la “intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” (FLACSO, 2015). Y tomando este concepto como fundamento teórico desde la intersectorialidad no se ha revisado el trabajo multi sectores para definir la articulación de su trabajo para el mejoramiento de la atención prehospitalaria en Nicaragua y el trabajo para la creación del modelo de Sistema de Emergencias Médicas de país.

¿Ayudará en algo el Modelo de SEM a nivel de país?

En esencia el poder contar con un SEM como país ayudará a mejorar las tasas de morbilidad y mortalidad de los pacientes con traumatismos y emergencias médicas, permitiendo de esta manera tener mejores condiciones laborales en la atención prehospitalaria, y permitirá articular el trabajo prehospitalario y hospitalario. Ya que este permitirá definir protocolos, estándares y normativas que regulen el quehacer dentro de la atención prehospitalaria y ayudando a mejorar la sobrevida de los que son atendidos. Ya que de acuerdo con la Policía Nacional (2016), los accidentes de tránsito son un problema de salud pública en Nicaragua, reportándose 76 lesiones en accidentes por cada cien mil habitantes, siendo la tasa más alta en Managua. en este año se reportaron 41,588 de accidentes de tránsito, 7,915 más que en 2015. Los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte, seguido de homicidios y asesinatos

La atención de urgencias en un Sistema de Emergencias Médicas es un reto de país, esta frase me lleva a pensar ***“Existirá la posibilidad de la aprobación y aceptación de una propuesta de un sistema de emergencias médicas por parte de las autoridades de gobiernos”.***

Nicaragua a pesar de las turbulencias económicas globales, se destaca por sus niveles de crecimiento. Según la encuesta de Medición de Nivel de Vida 2014 desarrollada por el Instituto Nacional de Desarrollo (2009 al 2014), Nicaragua disminuyó 13 % de pobreza Nacional, pero a pesar de todo el progreso la pobreza sigue siendo alta, considerándose

aún uno de los países menos desarrollados de América Latina, donde el acceso a los servicios básicos es un reto a diario. También en el Plan Nacional de Nicaragua para el Desarrollo Humano (PNDH) (2016), plantea como objetivo general reducir la desigualdad mediante el aumento del combate a la pobreza, la reducción del gasto y el incremento de la inversión en los sectores sociales y la infraestructura rural. Por tanto, desde esta óptica se visualiza que como país no hay visión de la creación del SEM o hasta aquí no se ha visto alguno propuesto en fin de esta temática.

Sin embargo, la Policía Nacional (2016) metafóricamente manifiesta la necesidad de una estrategia que ayude a salvaguardar la vida de las personas que sufren accidentes, también de la necesidad de estrategias públicas que permitan la reducción de los accidentes de tránsito. Sin embargo, no se ha descrito un perfil epidemiológico de estos.

Las instituciones de primera respuesta expresan y resaltan la necesidad de la creación no solo de un SEM sino de la capacitación técnica y equipamiento de las unidades que permitan tener medios de respuesta. Ya que estos adquieren una alta responsabilidad al trasladar o remitir un paciente a una unidad de salud, por tanto, al no estar capacitado o no tener directrices limita el abordaje a profundidad de la conducta del paciente, por tanto, lleva a poner en riesgo la vida de las personas atendidas.

Otro gran dilema es la articulación entre la atención prehospitalaria y la atención hospitalaria ya que en esta no se cuenta con un mecanismo de información fluida entre ambos por tanto limita conocer el estado de salud del paciente que está siendo trasladado, retrasando la atención del trasladado y disminuyendo sus probabilidades de vida.

De igual forma los problemas radican en nuestra legislación ya que esta no faculta a los que atienden a nivel pre hospitalario a realizar muchos procedimientos que pueden salvar la vida de una persona, por tanto, faltamos en aspectos éticos al tener a una persona con daños a su salud y que atenten contra su vida y no se realiza los procedimientos necesarios para salvar la vida, basado esto en los principios bioéticos, pero nos conduce también a los aspectos médicos legales los cuales apuntan a la negligencia, impericia, imprudencia, y como punto focal el consentimiento informado ya sea implícito o explícito, las cuales radican en la puesta en marcha de acciones en perjuicio de las personas a sabiendas de lo que se está haciendo.

En todos los casos, sin excepción, resulta imprescindible que el personal de primera respuesta, estén debidamente entrenados para este trabajo, que sin lugar a duda es verdaderamente especializado y que, por tanto, requiere de capacidades, habilidades y virtudes específicas. No obstante, los mejores deseos de los paramédicos, de sus

conocimientos y experiencias, pueden en determinadas situaciones ofrecer dudas sobre si sus conclusiones son ciertas o verdaderas; en estos casos está en la obligación de evitar, por falso orgullo, una conducta individualista y consultar la opinión de otros superiores.

En la atención de urgencias, cualquiera que sea el nivel de atención médica al que corresponda, se observan 3 elementos importantes que intercalan desde el inicio hasta el final de proceso de atención: por una parte, el actor principal, el paciente, acompañado generalmente de algún familiar, amigo o vecino; por otra, la institución que los recibe y por la otra, actores secundarios del proceso, pero no por eso sin importancia, el personal que atiende. En la interacción pragmática de estos 3 elementos radica el principal factor que posibilita la verdadera calidad de la atención (García, Quintana y Prats 2012). Esto sin dejar por fuera los recursos empleados, el grado de satisfacción de todos los actores implicados y la óptima gestión de la demanda que contribuya a difundir la necesidad de un uso racional de los servicios sanitarios.

Por tanto, puedo concluir diciendo que es justamente en la atención prehospitalaria donde se ponen en evidencias los principios éticos tradicionales en salud: *no dañar, hacer el bien, fidelidad y veracidad, ante todo, no dañar a causa de un diagnóstico irreflexivo, por frialdad o indiferencia en el actuar del que atiende*. Puede ser también la equivocación en algún procedimiento, al violar lo reglamentado. No se deberá faltar al principio de fidelidad con el paciente, especialmente en las condiciones que impone la urgencia, en que la capacidad, la habilidad y la destreza, y el sentido de responsabilidad, posibilitan en considerables ocasiones, el salvar una vida.

Conclusiones

El desarrollo de un Modelo de Atención Prehospitalaria permitirá la integración multisectorial para el cumplimiento de los compromisos interinstitucionales y gubernamentales a nivel de país dispuestos en las cumbres como están reflejados en los ODS, además del cumplimiento del PNDH.

Queda claro que en Nicaragua es necesario crear el Modelo del Sistema de Emergencias Médicas y que las organizaciones de primera respuesta, Bomberos y Cruz Roja, tengan una articulación directa con el Ministerio de Salud (MINSa).

La creación del SEM beneficia primeramente a las personas o usuarios que serán atendidos de forma rápida y oportuna, teniendo eficacia y eficiencia en la atención, además de que la personas recibirá atención personal calificado.

Aportará directamente a la disminución en la morbilidad por traumatismos o enfermedades dentro de la atención prehospitalaria.

El presente ensayo es un primer acercamiento a la investigación a realizar como tesis en el Doctorado en Ciencias de la Salud del CIES, en este se abordaron algunos ejes fundamentales a tomar en consideración durante el desarrollo del proceso investigativo.

Referencias Bibliográficas:

Asamblea Nacional. (17 de mayo del 2002). Ley General de Salud 423. Publicado en la Gaceta No. 91. Obtenido de [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/FF82EA58EC7C712E062570A1005810E1?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/FF82EA58EC7C712E062570A1005810E1?OpenDocument)

Asamblea Nacional de Nicaragua. (marzo 2013). Ley orgánica de la dirección general de bomberos de Nicaragua. Obtenido de <http://legislacion.asamblea.gob.ni/Diariodebate.nsf/76ed72912dd57e570625698c00773f5d/28ca0650d6b560a106257b9b0077846d?OpenDocument>

FLACSO. (2015). Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

García, F. M., Quintana, A. I. F., & Prats, A. D. (2012). La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial. Informe SEESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 134-141.

Garnica González, T. M., Mena González, L. M., & Moreno Ríos, J. J. (2017). Estudio comparativo de los modelos de atención prehospitalaria entre Colombia y México (Doctoral dissertation).

Herrera Carranza, M., Aguado Correa, F., Padilla Garrido, N., & López Camacho, F. (2017, April). Una propuesta de modelo fisiológico de servicio de urgencias hospitalario. Principios de funcionamiento, tipificación de la saturación y pautas para el rediseño. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 40, No. 1, pp. 11-24). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

OPS. (2010). *Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina*. Washington, D.C.: 403 págs. OPS/HSS/HP&SP/2010/006.

Pradere Pensado, J. C., Chao González, S., García Gómez, A., & Gutiérrez Gutiérrez, L. (2012). Consideraciones éticas sobre la atención médica en situaciones de desastre. *MediSan*, 16(8), 1295-1305.

Pérez Morales, A. (1999). Problemas éticos en la atención de urgencias. Descripción de experiencias. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(2), 133-140.

Pinet, L. M. (2005). Atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud. *salud pública de méxico*, 47(1), 64-71.

Mock CN, Arreola-Rissa C, Vega F, Romero HE, de Boer M, Dominique LJ (2004) Fortaleciendo la atención del trauma en México y a nivel mundial: Proyecto Atención Esencial en Trauma

Mahler, H (2009). El sentido de “La salud publica para todos en el año 2000”. *Revista Cubana de Salud Pública*, Volumen: 35, Numero: 4, obtenido de: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2009.v35n4/2-28/es/>

Villegas, J. G., Castañeda, C., & Blandón, K. A. (2012). Mejoramiento de la localización de ambulancias de atención prehospitalaria en Medellín (Colombia) con modelos de optimización. *CLAIO/SBPO2012*, 123, 12.

8

La creación del sistema nacional de farmacovigilancia de El Salvador: el desafío, una brecha entre la teoría y la práctica. Lecciones, decepciones y logros

Miguel Ernesto Elas Rodríguez

Dicen que “el que no conoce la historia está condenado a cometer el mismo error dos veces”

Antecedentes de la farmacovigilancia en El Salvador

El desarrollo de la farmacovigilancia de medicamentos, exceptuando vacunas, en El Salvador, es relativamente nueva, comenzó a ser considerada como un área de desarrollo específica a finales de la década de los años 2000, bajo la conducción de la Unidad Técnica de Medicamentos e Insumos Médicos (UTMIM); dependencia del Ministerio de Salud que tomo diferentes nombres a lo largo del tiempo: Unidad Reguladora de Medicamentos e Insumos Médicos (URMIM) del 2004 al 2008, Dirección de Medicamentos, Equipos y Dispositivos Médicos (DIRMED) del 2009 al 2014 y a partir del 2015 Dirección de Tecnologías Sanitarias (DIRTECS). Las acciones implementadas durante esta época estuvieron enfocadas principalmente en la calidad de los medicamentos y en menor medida en las reacciones Adversas (RAM) y las fallas terapéuticas (FT), las cuales tomaron un mayor realce, a partir del año 2015 (Ministerio de Salud, 2015).

Por otro lado, la vigilancia de los Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación de Inmunización (ESAVI) serios, fue iniciada prácticamente desde la fundación del Programa de Vacunaciones e Inmunizaciones (PVI) en 1976; la cual surgió como una necesidad para darle sostenibilidad a la vacunación como medida de prevención en salud pública, ante los comentarios de desprestigio que surgían en contra de esta y la ausencia de otra dependencia ministerial responsable de dar respuesta a los casos esporádicos de ESAVI serios notificados; lo cual incluyó la observancia a la ejecución de la vacunación segura para evitar los errores programáticos y otros factores relacionadas a la calidad del producto, como la inspección física rutinaria de las mismas y la conservación de la cadena de frío. Esta vigilancia fue fortalecida en el 2001, con la conformación del Comité Asesor de Prácticas

de Inmunizaciones (CAPI)³; instancia integrada por profesionales representantes de diferentes asociaciones de especialidades médicas, universidades, enfermería, epidemiología y salud pública; quienes participaban en las discusiones, análisis y evaluación de los casos notificados durante las campañas de vacunación masiva desarrolladas en ese período; además influyeron en el inicio de la elaboración de la propuesta de la ley de vacunas, la cual incluye la notificación obligatoria de los ESAVI por parte del sector salud.

A partir del 2005, la vigilancia de los ESAVI, experimento su mayor desarrollo, con el auge de la introducción de nuevas vacunas, en especial la vacuna contra rotavirus, la cual suponía un aumento de intususcepción como reacción adversa; motivando a la elaboración sistemática de instrumentos de notificación, procedimientos, flujos, lineamientos, capacitaciones (curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones) y el desarrollo de la primer base de datos de ESAVI serios en el país; siendo prácticamente el subsistema de farmacovigilancia más antiguo y mejor desarrollado a nivel nacional; experticia que fue capitalizada a través de los años, consolidando su organización e implementación.

La visión del Sistema Nacional de Farmacovigilancia: sus desaciertos operativos y la vigilancia de los ESAVI como único componente desatacado en las evaluaciones internacionales de OPS

En el año 2009, dentro del plan de reforma de salud, eje estratégico 3 “respuesta a la demanda de medicamentos y vacunas” (Ministerio de Salud, 2009); se establece por primera vez la visión para la conformación y desarrollo del Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNFV), en él se describen los desaciertos, que en materia de medicamentos y vacunas; incurrieron las administraciones pasadas y que incidieron en la falta de desarrollo del Sistema Nacional de farmacovigilancia; entre estos se mencionan:

- La existencia de una dicotomía entre el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).
- La falta de la capacidad instalada (incluyendo personal competente) para cumplir con las responsabilidades.
- La ausencia de un marco regulatorio y conflictos de interés, que compromete la garantía de la calidad de los medicamentos, entre otros.

Y se plantean las líneas estratégicas de solución para lograr el éxito en la conformación del SNFV, entre estas están:

³ Por Resolución Ministerial N° 320, a los 20 días del mes de mayo del año 2001, se crea el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunizaciones (CAPI).

- Definir al Ministerio de Salud como única autoridad reguladora. Con lo que solventaría la dicotomía existente.
- Crear la Dirección Nacional de Medicamentos dentro del Ministerio de Salud. Lo que contribuirá a garantizar la calidad de los medicamentos y su uso racional.
- Gestionar la aprobación de la Ley de Medicamentos. Dando respuesta a la ausencia de marco regulatorio.
- Crear el SNFV, tomando como referencia los estándares internacionales aceptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con financiamiento suficiente y sostenible.
- Contar con el asesoramiento de expertos externos, para orientar la adecuada conformación y fortalecer la gestión del SNFV.
- Dotar de recursos humanos competentes, logrando una mejor gestión, dirección y ejecución de las actividades en la implementación y desarrollo del SNFV.
- Capacitar continuamente los recursos humanos, contribuyendo a su mejor desempeño.
- Fortalecer al PVI, para lograr una adecuada y sostenible vigilancia de los ESAVI.

Bajo estos preceptos se da inicio a la construcción del SNFV, creando el 1 de junio del 2009, dos Viceministerios dentro del Ministerio de Salud (Presidencia de la Republica, 2009); por un lado, el Viceministerio de Políticas de Salud (VMPS), responsable de la construcción del SNFV y de la farmacovigilancia de medicamentos (no vacunas), a través de su dependencia DIRMED/DIRTECS; y por otro lado, el Viceministerio de Servicios de Salud (VMSS), con la responsabilidad de la vigilancia de los ESAVI, a través del PVI, dependencia de la Dirección de Enfermedades Infecciosas (DEI).

Y, además, se inicia la implementación de las siguientes líneas estratégicas del plan de reforma:

- Nombramiento de recursos idóneos como director de DIRMED/DIRTECS, especialista en la materia para la conducción y gestión del desarrollo de SNFV.
- Formación y capacitación del personal técnico de la DIRMED/DIRTECS, para su mejor desempeño en la ejecución de los procesos de farmacovigilancia.
- Solicitud a la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), para iniciar el proceso de evaluación internacional de la Autoridad Reguladora Nacional de Medicamentos (ARN) (OPS, 2010b), respecto de las funciones básicas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual incluye el componente de farmacovigilancia; con el objetivo de lograr la certificación de nivel IV.

Es así que, en agosto de 2010, la OPS/OMS, ejecuta la primera preevaluación internacional en El Salvador (OPS, 2010a), cuyos propósitos fueron:

- Evaluar el Sistema Regulator de Medicamentos de El Salvador bajo los indicadores y criterios internacionales definidos por la OPS/OMS y
- Hacer las recomendaciones necesarias para elaborar un plan de desarrollo de la ARN y superar las limitantes encontradas.

Dentro de los hallazgos más relevantes y coincidentes con los mencionados en el eje estratégico 3 del plan de reforma de salud, se reportan:

- Que las funciones de Regulación, de la Autoridad Reguladora Nacional de Medicamentos de El Salvador, esta compartida entre dos instituciones: el MINSAL y el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP). Siendo la primera responsable de las actividades propias de post-registro y la segunda responsable de las actividades propias del pre-registro;
- Que no se cuenta con la base legal para la farmacovigilancia

Se evidencia que el personal técnico cuenta con los conocimientos y actitudes para el correcto ejercicio de sus funciones y que existe un compromiso de la alta dirección para el desarrollo del SNFV, entre otros.

Las recomendaciones de OPS/OMS sirvieron de base para la elaboración de un plan de desarrollo estratégico que marcó el inicio de la construcción del SNFV y aunque en los documentos, que se mencionarán más adelante, se hace referencia al componente de vacuna, en la práctica esta no fue integrada con el mismo nivel de relevancia que los demás medicamentos, ni se consideró la integración y participación del PVI en el SNFV, siendo esta una limitante de la visión y ejecución del plan estratégico.

En el 2011, se establece la política nacional de medicamentos, la cual contempla la construcción del SNFV y la formación del CNFV (Ministerio de Salud, 2011).

El 2 de marzo del 2012, se aprueba la ley de medicamentos, la cual dio origen a la creación de la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) (Órgano Legislativo, 2012), siendo esta independiente del MINSAL y competente para la aplicación de la ley, quien a partir de la fecha, asume las funciones de pre-registro de medicamentos en lugar del CSSP y retoma otras funciones desarrolladas por la DIRMED/DIRTECS; siendo el MINSAL la instancia competente para ejecutar la farmacovigilancia (artículo 48 de la ley de medicamentos), situación que lejos de resolver la dicotomía planteada, la reafirma; fragmentando a aún más el sistema nacional de salud (MINSAL-CSSP-DNM); desacierto que marcaría sensiblemente el futuro de la farmacovigilancia nacional, su organización y su operativización; configurándose inmediateamente un conflicto, particularmente entre la

DNM y el VMPS del MINSAL, al establecerse una rivalidad en el rol protagónico que tendría cada una de las instancias estatales y dependencias intervinientes, en la rectoría y la regulación, así como también en la atribución de créditos por los éxitos o fracasos, durante la construcción del sistema nacional de farmacovigilancia, terminando por vulnerar el trabajo conjunto, integrado y apoyo mutuo.

En abril del 2012, se fortalece el apoyo financiero al MINSAL para la “Creación y Puesta en Marcha del Sistema Nacional de Farmacovigilancia” (Ministerio de Salud, 2016), con fondos provenientes de un préstamo del Banco Mundial (BIRF-No 8076-SV - Componente 2: “Fortalecimiento Institucional), aprobado por Decreto Legislativo N° 201 (Órgano Legislativo, 2012).

El PVI, al no haber sido integrado y desconocer el plan de desarrollo, por su parte ejecuta las siguientes acciones:

- En el 2010, desarrolla el primer taller internacional de vacunación segura y ESAVI, capacitando a recursos de nivel local, de SIBASI, Regional y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).
- En el 2011 se:
 - Desarrolla e implementa el primer sistema mecanizado de vigilancia de ESAVI en el país, incorporado al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (VIGEPES)⁴, en consonancia con la estrategia institucional de unificación de sistemas y generar el Sistema Único de Información en Salud (SUIS) (Ministerio de Salud, 2009).
 - Se actualizan los lineamientos de vacunación segura y ESAVI, sin embargo, su oficialización fue detenida por el VMPS; ya que coincidentemente es la misma autoridad institucional revisora de documentos regulatorios a oficializar; quien solicitó retirar el tema de los ESAVI de la normativa del PVI, justificando que dicho tema pasaría a ser responsabilidad de la DIRMED/DIRTECS y no del PVI; siendo este otro revés para la farmacovigilancia nacional, al relegar y fragmentar al PVI de la función de farmacovigilancia de ESAVI en lugar de coordinar e integrar y vulnerando su función reguladora; como resultado de esta acción ni los lineamientos de vacunación segura, ni los lineamientos de vigilancia de ESAVI, fueron oficializados.

El PVI, acata las disposiciones (a pesar de no estar de acuerdo) y a partir de esa fecha inicia la transferencia de métodos, instrumentos y conocimientos sobre la farmacovigilancia de ESAVI a la DIRMED/DIRTECS; no obstante, ante el poco interés mostrado por este,

⁴ Ver en: <http://vigepes.salud.gob.sv/>

evidenciado en la falta de investigación y respuestas a los casos de ESAVI notificados, además de la falta de respuestas a las continuas consultas de otras situaciones técnico-administrativas relacionadas a los ESAVI; el PVI en un esfuerzo para contrarrestar los rumores surgidos, evitar el desprestigio de la intervención preventiva y evitar la caída de las coberturas nacionales de vacunación, retoma nuevamente la vigilancia de los ESAVI.

Se aprueba la ley de vacunas (23 de marzo de 2012), la cual establece que la instancia competente del Ministerio de Salud, para la vigilancia de vacunas y ESAVI es el PVI.

Entre los años 2013 y 2014, la DIRMED/DIRTECS, ejecuta el proyecto “Fortalecimiento del Sistema nacional de Farmacovigilancia para la detección, evaluación y prevención de reacciones adversas, fallas terapéuticas y de calidad de los medicamentos y la promoción de su uso racional en El Salvador”, financiado con fondos de la Cooperación Española ⁵, y entre los componentes del proyecto están:

La creación de la red nacional de Farmacovigilancia a través del equipamiento del centro nacional de Farmacovigilancia y la dotación de recursos y equipos para su correcto funcionamiento, así como la conformación de comités de Farmacovigilancia en cada uno de los hospitales de la red nacional de salud y

La formación de cuatro miembros del Centro Nacional de Farmacovigilancia en Farmacovigilancia avanzada.

Como parte de los resultados del proyecto se reportan (Quintero Aragón, 2015):

- Que el Sistema Nacional de Farmacovigilancia cuenta con los recursos y capacidades para realizar las labores de evaluación y detección de las reacciones adversas, fallas terapéuticas y de calidad de los medicamentos en El Salvador.
- Que ha habido capacitación de los niveles gerenciales y coordinadores en temas propios del sistema y funcionamiento de un sistema de Farmacovigilancia.
- Que se impulsaron actividades de recolección de datos, consolidación e intervención propios de Farmacovigilancia.
- Que el funcionamiento se vio orgánicamente fortalecido a través del equipamiento, dotación de mobiliario y asignación de espacio físico y organizativo en el MINSAL.
- Que la intervención potenció las actividades de recolección, consolidación, análisis e intervención del sistema de farmacovigilancia.

⁵ Ver en: <http://cooperacion.femp.es/index.php/proyecto/35949?pagina=1238>

- Que las principales debilidades fueron: la falta de garantía de estabilidad de los recursos capacitados, la baja relación entre el personal capacitado / el total de personas laborando y la desarticulación del proceso docente con el sistema de monitoreo y evaluación de las competencias desarrolladas.
- Que, en conclusión, el proyecto se ejecutó con un fuerte componente de capacitación a los integrantes de la red de Farmacovigilancia complementado con actividades educativas dirigidas a la población.

En el 2014, se inicia la creación del sistema informático de farmacovigilancia (SIFAVI) (Ministerio de Salud, 2009), para obtener la primera base de datos de farmacovigilancia; sin embargo este intento fracasa, ante la inefectiva gestión técnico-administrativa con las instancias ministeriales correspondientes y la contradicción que plantea su creación con la política del SUIS, además de la falta de apoyo de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC) del MINSAL, dependencia responsable para el desarrollo de sistemas informáticos; situación un poco suigéneris debido a que, tanto la DIRTECS como la DTIC, son dependencias pertenecientes a la misma rama de autoridad: el VMPS, situación que suponía una posición ventajosa, en relación a la vigilancia de los ESAVI la cual depende de la otra rama de autoridad: el VMSS, cuyas relaciones colaborativas con el VMPS, adolecían de algunas limitantes.

Después de considerar haber cumplido con las recomendaciones dadas por OPS/OMS; se solicita a OPS/OMS realizar la evaluación internacional final de certificación, sin embargo, esta instancia considera pertinente, realizar previamente una nueva preevaluación, la cual es ejecutada en mayo del 2015, y al evaluar el funcionamiento y organización de la farmacovigilancia de ESAVI, esta no pudo ser respondida por la DIRMED/DIRTECS, solicitando de forma apremiante a la Ministra de Salud, su apoyo para designar a un técnico del PVI que conociera y pudiera dar respuestas sobre la vigilancia de ESAVI; decidiendo, enviar al epidemiólogo del PVI, solventando de esta manera la situación.

Como resultados de la preevaluación; la OPS/OMS verifica que el subcomponente de farmacovigilancia de los ESAVI era la mejor desarrollado en el país, la cual estaba planificada, organizada, conducida y ejecutada por el PVI; pero debido a que se había excluido de las actividades de desarrollo del SNFV, se considera desvinculado de la farmacovigilancia nacional y por lo tanto concluyen que no se cumplen los indicadores de evaluación de farmacovigilancia; además evidencian que las recomendaciones dadas en el 2010, todavía no habían sido cumplidas, quedando la farmacovigilancia nacional como el componente peor evaluado de la ARN; recomendando establecer mecanismos de coordinación e integración entre la DNM-DIRMED/DIRTECS y consideran que la

experticia desarrollada por el PVI en la construcción de la farmacovigilancia de los ESAVI, puede servir de ejemplo para el desarrollo del SNFV.

Bajo estos resultados de preevaluación en farmacovigilancia, el PVI expone a la DIRMED/DIRTECS, que la vigilancia de los ESAVI debe ser retomada con responsabilidad, importancia y prioridad debida en la integración al SNFV y que debe de ser desarrollada con las características y requisitos técnicos necesarios que garanticen una vigilancia de calidad; que mientras estas características técnicas no tengan la certeza de ser cumplidas, el PVI no puede desvincularse de la vigilancia de los ESAVI, por el riesgos y amenazas que esto implica en el prestigio de la vacunación como medida preventiva en salud pública, en la caída de las coberturas y el riesgo de enfermedades inmunoprevenibles; de esta forma, se reinicia un nuevo ciclo de reuniones entre el PVI-DIRMED/DIRTECS para explicar los detalles sobre cómo se desarrolla y funciona el sistema nacional de farmacovigilancia de ESAVI y el funcionamiento del sistema de farmacovigilancia en el VIGEPES y su base de datos.

En el 2016, la DIRMES/DIRTECS implementa las siguientes acciones (Ministerio de Salud, 2016):

- Contratación de un consultor internacional especialista en el área, para el Diseño e Implementación del Sistema Nacional de Farmacovigilancia y la organización del Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV).
- Establecimiento de un convenio de cooperación entre la DIRTECS y la DMN para la creación de un Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV) en las instalaciones de la DNM, así como el intercambio de información en materia de farmacovigilancia.
- Aprobación del Reglamento Técnico Salvadoreño de Productos Farmacéuticos. Medicamentos Para Uso Humano. Farmacovigilancia (octubre del 2016)
- Compra y entrega de equipos de cómputo y mobiliario de oficina a los referentes de cada uno de los nodos de la red de farmacovigilancia a nivel nacional: hospitales, regiones y SIBASI (diciembre del 2016)⁶
- Y, ante al fracaso del SIFAVI y la cercanía de la evaluación internacional, se toma la decisión de utilizar el sistema Vigyflow⁷, sistema internacional de farmacovigilancia de la OMS⁸ (sistema de información de seguridad de los medicamentos), adoptándolo íntegramente para ser presentado como sistema

⁶ Portal de transparencia, Ministerio de Salud: MINSAL entrega equipamiento a los nodos de la red de la Farmacovigilancia Institucional, 7 de diciembre de 2016. <https://www.salud.gob.sv/07-12-2016-minsal-entrega-equipamiento-a-los-nodos-de-la-red-de-la-farmacovigilancia-institucional/>

⁷ <https://adr.who-umc.org/container.asp?sSessionId=&csPage=>

⁸ Upsala Monitoring Centre, <https://www.who-umc.org/>

nacional de farmacovigilancia y solventar de esta manera la ausencia de la base de datos nacional.

- Contratación e incorpora de dos recursos nuevos al CNFV, entre los meses de abril y mayo del 2017; quienes junto a los antiguos miembros formarán el equipo que le hará frente a la evaluación internacional programada para el mes de julio del 2017.
- Creación y oficialización del CNFV, por Acuerdo Ministerial N° 1053, en julio de 2017, siendo esta la instancia “responsable de coordinar las actividades de farmacovigilancia de los medicamentos autorizados para su comercialización y distribución a nivel nacional, dirigido por un coordinador dependiente de la Dirección de Tecnologías Sanitarias”⁹.
- Lanzamiento de los lineamientos técnicos para las actividades de farmacovigilancia¹⁰.

Con estas acciones se considera haber cumplido con las recomendaciones y haber superado limitantes señaladas, por lo que se solicita a OPS/OMS, realizar la evaluación internacional final.

En julio del 2017, la OPS/OMS ejecuta la evaluación internacional final y para la verificación de evidencias, deciden visitar un establecimiento de salud y corroborar nuevamente la farmacovigilancia de los ESAVI, el CNFV y la DIRTECS al tener dificultades para explicar el funcionamiento y organización de esta vigilancia, solicitan nuevamente la designación de un técnico del PVI, para acompañar a la misión evaluadora y presentar la vigilancia de los ESAVI, decidiendo el VMSS y la DEI, enviar nuevamente al epidemiólogo del PVI.

Como resultados de la evaluación final, se determinó que persistían el incumplimiento de los indicadores del módulo de farmacovigilancia y que este continuaba siendo el componente peor evaluado de la ARN; no obstante, destacan que con la evidencia recolectada durante el monitoreo realizado al establecimiento de salud, se reafirma que el subcomponente de farmacovigilancia de ESAVI es el mejor desarrollado e implementado a nivel nacional, pero sigue siendo tema de dominio del PVI y no del CNFV / DIRTECS y por tanto continúa sin ser integrado al SNFV.

La OPS/OMS, considerando que solamente dos módulos se encontraban por debajo del 80% de cumplimiento de los indicadores de evaluación: 1- El módulo de ensayos clínicos

⁹ Acuerdo Ministerial No 1053, Art. 1, publicado en diario oficial el día 26 de julio del 2017.

¹⁰ Lineamientos técnicos para actividades de farmacovigilancia, Viceministerio de Políticas de Salud Dirección de Tecnologías Sanitarias, Ministerio de Salud, julio de 2017 http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_actividades_farmacovigilancia.pdf

y 2- El módulo de Farmacovigilancia; brinda una nueva oportunidad al país, para reevaluar estos módulos, dando un lapso de 12 meses para superar las limitantes y estableciendo como fecha límite para la reevaluación el mes julio del año 2018; ya que posterior a esta fecha todas las evaluaciones internacionales mundiales únicamente serán realizadas por un equipo de expertos de la OMS, lo que supone un nivel de complejidad y exigencia mucho mayor.

En un esfuerzo por superar las observaciones en farmacovigilancia, la DNM adquiere los servicios profesionales de una consultora internacional, sin embargo, sus aportes son limitados ya que su experticia se basa en el sector privado y no en el área de agencias reguladoras y no cuenta con experiencia en farmacovigilancia de ESAVI, lo que plantea otras limitantes y desafíos, por lo que los avances en el desarrollo de la farmacovigilancia nacional son limitados.

La re-creación de la farmacovigilancia, el desafío y descredito de los profesionales nacionales y las consecuencias para el PVI

A finales de octubre del 2017, la Ministra de Salud y el Director Nacional de Medicamentos, con la intención de solicitar a OPS/OMS realizar la reevaluación dentro de 1 meses (el 4 de diciembre del 2017); junto a sus asesores, hacen un análisis de los problemas y sus causas, basándose en la valoración de las acciones ejecutadas y los resultados obtenidos, entre las cuales están:

- La designación de dos direcciones superiores competentes y especialistas en el tema (DIRMED y DIRTECS).
- La elaboración y ejecución de planes estratégicos de desarrollo del SNFV.
- La formación de recursos humanos de la DIRMED/DIRTECS, a través de capacitaciones, seminarios y pasantías nacionales e internacionales desde el 2009 al 2017.
- Contar con la asistencia técnica debida con expertos en la materia, incluyendo la contratación de una consultoría internacional.
- Contar con el apoyo financiero requerido de distintas fuentes, incluidos los fondos del préstamo del Banco Mundial.
- Tener muy poco avance en la conformación del SNFV y el trabajo del CNFV, evidenciado en las preevaluaciones y evaluación final de la OPS/OMS.
- Estancamiento del trabajo del CNFV en los últimos meses, de agosto a octubre del 2017. posterior a la evaluación internacional.
- Y, por otra parte, tener un PVI excluido del SNFV y sin ningún apoyo para el desarrollo de la farmacovigilancia de ESAVI y a pesar de ello con una vigilancia

de ESAVI fortalecida, siendo el único componente destacado en la farmacovigilancia nacional, ubicándolo como un modelo a seguir para el desarrollo del SNFV.

Bajo este análisis concluyen que el problema fundamental es la mala gestión e incapacidad de dirección demostrada en el CNFV/DIRTECS para el desarrollo del SNFV, lo que, sumado a la rivalidad sobre el rol protagónico en la rectoría y regulación del SNFV entre la DNM y el VMPS/MINSAL, contribuyo a elevar esta discusión a otros ámbitos del ejecutivo, que dejaron supeditada una institución a la otra, disminuyendo aún más los espacios para fomentar el trabajo armónico, integrado y de apoyo mutuo; tomando de forma inmediata y determinante las siguientes decisiones:

- Traspasar la responsabilidad de la conducción jerárquica del CNFV del VMPS al VMSS y consecuentemente relevar del cargo a la DIRTECS.
- Asignar una nueva coordinación técnico-administrativa del CNFV y un epidemiólogo, los cuales serán nombrados por el VMSS.
- Quitar a todo el equipo técnico del CNFV, excepto a uno, siendo este personal no capacitado y de reciente incorporación al CNFV.

Y trasladar de inmediato al epidemiólogo del PVI al CNFV; un desacierto que evidencio un sesgo político-gerencial sobre las prioridades de salud pública *versus* el interés particular, al considerar:

- Que la competencia técnica y experticia individual desarrollada en 10 años por el técnico propuesto, era imprescindible para el CNFV, pero no para el PVI; por tanto, sustituible para este, pero insustituible para el CNFV.
- Que la única manera de realizar la transferencia tecnológica para la construcción del Sistema Nacional de Farmacovigilancia era trasladando al técnico específico y, por tanto, no podía ser asumida por otra opción técnica disponible.
- Y por último al concebir que la mejor opción de solución para el CNFV era cubrir una necesidad desatendiendo otra. Sin considerar las posibles consecuencias e implicaciones; tanto para el programa como para la vigilancia de los ESAVI, ya que al desvincular los ESAVI del PVI, contradictoriamente se quita la oportunidad de crecimiento y generación de experticia en el análisis de los mismos, siendo que el PVI; rector de la política vacunal nacional, es el de mayor acceso y participación en las discusiones nacionales e internacionales sobre evidencias de nuevas vacunas, nuevas investigaciones y descubrimientos no publicados así como el análisis nacional e internacional con grupos de expertos para la toma de decisiones e inclusive participando de las mismas investigaciones

que indiscutiblemente incluyen los ESAVI, siendo el CNFV, por efecto lógico, relegado en dicha participación y conocimiento oportuno.

Bajo estas decisiones, el VMSS ordena a los nuevos participantes, presentarse inmediatamente al CNFV, a quienes les explica la misión y solicita que le respondan las siguientes preguntas: ¿Es posible finalizar lo pendiente en farmacovigilancia para ser evaluada el día 4 de diciembre del 2017? ¿Qué es lo que se necesita para lograrlo? Y agrega que necesita respuestas técnicas y honestas para no quedar mal ante la responsabilidad asumida.

Para responder de forma técnica y realista posible, basados en la experticia desarrollada en el PVI en la farmacovigilancia de los ESAVI; se solicita un lapso de 48 horas, para hacer un diagnóstico situacional y posteriormente dar una respuesta, la cual fue brindada en reunión sostenida con las autoridades de ambas instituciones involucradas: la DNM y el MINSAL, el día 26 de octubre de 2017, siendo estas las siguientes:

- Que son demasiadas las cosas pendientes en la construcción del SNFV, las cuales requieren gestiones políticas, administrativas, organizacionales, regulatorias, económicas, jurídicas, además de las técnicas y formativas de los recursos humanos y por ser complejas requieren un tiempo y carga laboral considerable, razón por la cual no es imposible superarlas en 25 días hábiles.
- Que la base de datos adoptada (VigyFlow) para la farmacovigilancia nacional, no es la más idónea porque no se adapta a las necesidades nacionales de información e investigación, en especial a la de ESAVI, por tanto, la opción es diseñar un sistema de farmacovigilancia propio y similar a la diseñada para los ESAVI en el VIGEPES; siendo esta una condición sine qua non para el funcionamiento del SNFV y sin la cual no será posible la recolección de datos.
- Que es necesario retomar la experiencia del uso del VIGEPES en la vigilancia de ESAVI, y desarrollar del Sistema Nacional de Farmacovigilancia de El Salvador (SIFAVES) dentro del VIGEPES, ya que tiene 8 años de desarrollo, con personal operativo ya capacitado, en funcionamiento en línea y redes configuradas para la notificación descentralizada desde los niveles locales, SIBASI, Regiones de Salud, y todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud incluyendo los servicios privados de salud; con las capacidades técnicas informáticas en el nivel superior para ejecutarlo a la brevedad posible y además, para el intercambio de datos con otros sistemas internacionales a través de un puente informático, similar al desarrollado por el PVI para la vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles el cual conecta al VIGEPES (sistema nacional) con el sistema informático integrado para la vigilancia de poliomielitis, sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita desarrollado por la OPS/OMS denominado ISIS (sistema

internacional)¹¹, entre otras herramientas diseñadas como el uso del sistema de información geográfica para instalaciones de salud¹²; pero para esto se requiere voluntad política, técnica y administrativa para que la DTIC haga las modificaciones en el VIGEPES.

- Que el diseño de sistemas de información y de vigilancia, demora entre 6 meses a 1 año; pero de contar con personal experto en informática, dedicado a tiempo completo y con las orientaciones técnicas debidas, se puede elaborar en 1 mes; pilotarlo en otro mes y estar funcionando en 2 meses. Lo que supondría que el sistema podría iniciar a partir de enero del 2018.
- Que los procedimientos burocráticos de oficialización de documentos regulatorios, por parte del VMPS, dentro del MINSAL, con lleva un período de 1 a 2 años, sin contar con el periodo de elaboración y validación. Sin embargo, con voluntad política y ordenes de la Ministra de Salud se podrían hacer en menos tiempo.
- Que, si se cuenta con una dirección estratégica, se ejecuten las actividades precisas bajo una orientación técnica adecuada y se cuenta con el apoyo político necesario, se pueden hacer todos los cambios y en todos los niveles y se podrían tener resultados satisfactorios en un periodo aproximado de 6 meses.

Respuestas que generaron malestar, escepticismo e incredulidad en las autoridades y demás técnicos presentes; interpretándolas como una actitud pesimista, negativa, no realistas y reflejo de una falta de voluntad de trabajo; ante tal situación uno de los técnicos desafía la opinión de las autoridades, indicando que convocaran al mejor consultor del mundo para ver si podía realmente desarrollar el SNFV en 25 días y agrega que inclusive los 6 meses propuesto es poco tiempo para resolver lo que no se pudo resolver en 8 años y eso bajo el supuesto que se contará con todas las condiciones necesarias y suponiendo que el personal involucrado es experto calificado y en número suficiente. Ante la indignación por el descredito, el técnico involucrado solicita autorización para retirarse y retornar a sus funciones originales de las cuales había sido trasladado; recordándoles que estaba allí por mandato y no por solicitud propia; petición que le fue denegada.

¹¹ Sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacuna en eliminación y erradicación denominado ISIS desarrollado por la OPS/OMS en el 2009, en sustitución de los sistemas de vigilancia epidemiológica regional de erradicación de la poliomielitis y eliminación del sarampión: PESS/MESS, creados en los años 90's. http://www.paho.org/immunization-toolkit/spanish/?page_id=15, <http://www.paho.org/immunization/toolkit/surveillance-es.html>

¹² La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en el marco del Proyecto Hospitales Seguros y Riesgo Urbano en Centroamérica, pone a su disposición la herramienta de sistema de información geográfica para instalaciones de salud con la que intenta proveer a los países de una mejora en sus sistemas de información sanitaria (<http://hsgeo.salud.gob.sv/>)

Ante esta reacción, poco común para un técnico nacional y totalmente inesperada (ya que la gran mayoría usualmente obedece órdenes, sin cuestionarlas, ya sea por temor a represalias o cese laboral o ignorancia, lo que generalmente termina en fracaso. De hecho, una jefatura presente, en algún momento menciono que a la “Dirección no se le podía decir que no”); hizo que los presentes reaccionaran de formas variadas, pero calmo los ánimos, al final se llegó a la determinación que:

Debido a que el VIGEPES estaba bajo el mando del VMPS y no del VMSS; el VMSS, no tenía injerencia alguna sobre la instancia que administraba el VIGEPES, la DTIC, ni sobre sus técnicos, ya que dependían del VMPS y existía una falta de armonía en las relaciones laborales con el VMPS, por lo tanto, no se comprometía a hacer los cambios sugeridos en el VIGEPES. Siendo esto el primer revés al proceso de reorientación estratégico propuesto.

Que la DNM contaba con 8 técnicos informáticos, a los cuales podía asignar a tiempo completo para crear el SIFAVES dentro del VIGEPES, pero se requería hacer las gestiones con la Ministra de Salud para pedir los accesos debidos y modificar el sistema. Sin embargo, se reflexionó que las probabilidades que la DTIC podía tener para brindar los permisos de acceso era prácticamente nula.

Que se podía convocar a dos recursos formados y expertos en farmacovigilancia del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) para apoyar el proceso de elaboración de documentos.

Que para evitar la burocracia institucional del MINSAL, se adoptarían los procedimientos de elaboración, diseño y oficialización de documentos regulatorios de la DNM, además de considerar que el VMPS era el responsable de revisar los documentos para oficialización dentro del MINSAL, lo que supone una dificultad adicional; y que estos documentos serían adoptados como oficiales para el MINSAL. Siendo esta una alternativa parcial ya que la mayoría del equipo era recurso no formado y con poca experticia en farmacovigilancia y farmacoepidemiología, teniendo limitantes para la validación de los documentos, además del poco tiempo para la revisión y oficialización lo que conlleva a ser aprobados en primera intención. Siendo esta otra limitante de la solución.

Que de fracasar en el intento de modificar el VIGEPES, la DNM podía designar a sus 8 recursos técnicos informáticos para crear el SIFAVES dentro de su plataforma informática, con la asesoría técnica del equipo del MINSAL.

Que en vista de la falta de colaboración de la DTIC por pertenecer al VMPS del MINSAL y no al VMSS, era más adecuado que el dominio y administración de la página web del CNFV sea trasladada a la DNM.

Que la DNM se comprometía a brindar los apoyos logísticos, técnicos y financieros para el funcionamiento del CNFV, pero para todo esto requería la firma de un convenio, entre el MINSAL y la DNM, en el cual se estableciera que la coordinación del CNFV se

trasladaba a la DNM, quedando el MINSAL, solamente en carácter administrativo. Con esto se procede a firmar el convenio el 30 de octubre del 2017, prorrogable cada 6 meses.

En este nuevo orden, en noviembre del 2017, se constituye una nueva fuerza técnica operativa en el CNFV conformado por 5 técnicos del MINSAL a tiempo completo, con la misión de superar las limitantes y hacerle frente a la próxima evaluación internacional; quienes trabajarían junto a técnicos designados a tiempo parcial por la DNM y el apoyo temporal por 2 meses de 2 técnicos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

La falta de dirección estratégica, los resultados de la preevaluación y la lucha por el protagonismo

Bajo la dirección de la DNM, se distribuyen las tareas a desarrollar, estableciendo un régimen de seguimiento y monitoreo diario, pero sin ninguna dirección estratégica. Ante este vacío evidente y retomando la experiencia desarrollada por el PVI, el equipo del MINSAL comienza a dar orientaciones sobre la forma de cómo construir y desarrollar el SNFV y el SIFAVES: forma de organización de los servicios de salud e intervenciones en inmunizaciones, ejecución de procedimientos de investigación epidemiológica y los mecanismos de redes de vigilancia e investigación epidemiológica de campo, el desarrollo y organización de talleres, cursos y seminarios para la formación de recursos humanos, el diseño y planificación de los sistemas mecanizados de vigilancia, el trabajo intersectorial e interinstitucional, entre otras; fundamentando su trabajo en la estructura de trabajo en Redes Integrales e Integradas (RIISS) del Sector Salud público y privado, tanto a nivel municipal, departamental y regional; así como la integración del 1er, 2do y 3er nivel de atención.

Además se brindan orientaciones para la construcción del SIFAVES, tomando como referencia el sistema de ESAVI en VIGEPES; incluyendo el método de diseño de un puente informático para el intercambio de datos con uppsala monitoring centre de la OMS o al sistema de Farmacovigilancia Centroamericana Datos de Reacciones Adversas a Medicamentos (FACEDRA) de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamerica y República Dominicana (SECOMISCA); así como la necesidad de crear un presupuesto específico para el funcionamiento del CNFV y el SNFV; a lo cual los técnicos de la DNM, comienza a establecer acciones de oposición pasiva, ignorando y desestimando las orientaciones técnicas o correcciones sobre las acciones implementadas, sacando de las actas de las reuniones dichos puntos, evitando establecer compromisos o mal interpretar esto como una condición para el cumplimiento implícito de indicaciones dadas por el MINSAL; lo que ocasiono discusiones, confrontaciones y retrasos importantes en el trabajo.

En especial en el inicio del funcionamiento y desarrollo del SIFAVES; hechos que incidieron para caracterizar a los técnicos del MINSAL como trabajadores rebeldes, pero curiosamente soportables, sin solicitar la remoción o sustitución de los mismos; pero contradictoriamente adoptando sigilosamente y sutilmente algunas de las indicaciones, particularmente la forma de creación del SIFAVES, lo que termino en una lucha de protagonismo, siendo claramente evidenciado al otorgar los derechos de autor del SIFAVES únicamente para la DNM¹³, ignorando los aportes técnicos del MINSAL, situación que fue señalada en su oportunidad para incluir al MINSAL dentro de estos derechos de autor, pero igualmente ignorada.

En este mismo sentido, varios casos investigados, analizados y evaluados por el equipo técnico del CNFV del MINSAL y que lograron generar cambios en la regulación, impactando de manera positiva en la seguridad de algunos medicamentos; fueron retomados, presentados y apropiados protagónicamente por la DNM, minimizando la labor del CNFV, siendo invisibilizados, inclusive hasta de la representación ministerial a nivel nacional e internacional.

En este contexto y después de 3 meses de trabajo, entre discusiones y oposiciones en el desarrollo de instrumentos regulatorios variados y con poco avance del SIFAVES; la DNM solicita a la OPS/OMS, realizar una preevaluación, la cual se ejecuta a finales de enero del 2018; en donde los expertos evaluadores, al enterarse de los cambios radicales efectuados en el CNFV; plantean algunos comentarios y consideraciones, entre estas están:

El hacer un cambio tan drástico en el CNFV, en poco tiempo y someterlo a una evaluación internacional es una medida bastante arriesgada.

¿Cómo quedo el PVI? al quitar al epidemiólogo para trasladarlo al CNFV. Siendo esto un hecho inusual y único en la región ya que en ningún otro país se ha considerado esto como alternativa para el fortalecimiento del CNFV.

Como resultado de esta nueva preevaluación se tiene que:

- En general, fue insatisfactoria debido a que el plan de desarrollo elaborado no respondía adecuadamente a las limitantes, ni a las recomendaciones dejadas en la evaluación de julio del 2017, posiblemente por no haber entendido bien el sentido de las mismas, por tal motivo es necesario volver a revisarlas y volver a resolverlas.

¹³ Dirección Nacional de Medicamentos, Sistema Nacional de Farmacovigilancia de El Salvador (SIFAVES), Hoja RAM-ESAVI electrónica en línea, diseñado por IT DNM 2017. <http://farmacovigilancia.medicamentos.gob.sv/>

- Que al presentar la forma en que se desarrolla la farmacovigilancia de los ESAVI esta sigue siendo satisfactoria y recomiendan: “hagan lo mismo que hace vacunas”.
- Se les presento los avances del SIFAVES, siendo este el próximo sistema a utilizar en lugar del VigiFlow por el CNFV.
- Recomendando tomarse todo el tiempo disponible (5 meses, hasta junio del 2018) para desarrollar las respuestas y superar las limitantes, antes de hacer la evaluación final en julio de 2017.

Después de estos resultados se realiza dos reuniones. La primera entre el VMSS con técnicos del CNFV, quienes le expusieron las limitantes en la dirección estratégica que han influido en los decepcionantes resultados y el poco avance de algunos puntos, los cuales desmotivan al equipo por continuar en el trabajo, a quien el VMSS intenta compeler el trabajo recordando una consigna histórica utilizada por la guerrilla para continuar en la lucha. Misma que se revierte para él en los meses próximos.

La segunda reunión se efectúa con las autoridades y técnicos del MINSAL, CNFV y la DNM, para analizar la situación, en la cual el VMSS menciona que el equipo del CNFV del MINSAL es parte de la DNM por lo cual debía trabajar acorde a las directrices dadas por esta, a lo cual los técnicos del MINSAL exponen que se le ha dado muy poca importancia a las recomendaciones técnicas dadas, incluyendo el diseño, planificación, variables necesarias, hoja de captura de datos, funcionamiento e interacciones con los usuarios y la reportería del SIFAVES, entre otras limitantes que condicionan la falta de construcción del SNFV y enfatizan que “cualquier esfuerzo realizado que no rinde el producto esperado es un fracaso” y reflexionan que es necesario recomenzar pero de la manera y dirección correcta.

Los resultados de 5 meses de trabajo del equipo del CNFV, la reevaluación final de OPS/OMS y el fin del ciclo de evaluaciones de OPS/OMS

Ante los resultados obtenidos, a partir de febrero del 2018, se le da mayor libertad de acción al equipo del CNFV para el desarrollo del SNFV, se le quitan las reuniones intensivas diarias de seguimiento y monitoreo; siendo el apoyo de la DNM principalmente de tipo logístico, financiero e informático, pero este último de manera marginal, ya que contradictoriamente, los 8 técnicos ofrecidos fueron designados a otras múltiples funciones dejando en segundo plano la continuidad de la construcción del SIFAVES, siendo este otro revés en la construcción del SNFV. Sin embargo, ante la tenaz insistencia del equipo del CNFV se ejecutan las siguientes acciones, entre otras:

- Trabajo conjunto con el equipo informático de la DNM para concluir la primera versión del SIFAVES, el cual se finaliza con casi 3 meses de retraso, iniciando su funcionamiento a finales de febrero del 2018. Presentando varias deficiencias debidas a falta de cumplimiento de las recomendaciones técnicas de cambios necesarios y en tiempo oportuno solicitadas por el CNFV y el desacuerdo colaborativo del equipo informático y disminución de la fuerza de trabajo.
- Capacitación a los recursos humanos del sector público y privado relacionados a la farmacovigilancia, sobre los procedimientos de detección, notificación, investigación y reportes de resúmenes complementarios de los casos de RAM/ESAVI y Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), así como en las buenas prácticas de farmacovigilancia.
- Capacitación sobre el uso del SIFAVES y entrega de claves a referentes de regiones de salud y SIBASI e ISSS.
- Operativización de la página web del CNFV con apoyo de informática de la DNM.
- Organización de las redes regionales, departamentales y municipales para la farmacovigilancia y supervisiones a las mismas.
- Recepción, revisión de calidad de dato, análisis y evaluación de casos de RAM/ESAVI/PRM, con sus conclusiones, recomendaciones y acciones de manejo de crisis.
- Operativización de todos los procedimientos escritos y modificando la mayoría de ellos durante la práctica ya que no fueron validados y por tanto no se adaptan al ejercicio práctico de la farmacovigilancia en la realidad.
- Reunión con el CAPI-PVI-CNFV-DNM para analizar un caso de ESAVI serio, evidenciando la intersectorialidad. Así como reunión con el Comité Técnico Consultivo (CTC), para la discusión de casos e información relevante.
- Generación y recolección de evidencias del SNFV operativizado a través de la redes integrales e integradas de salud y base de datos de los casos analizados y evaluados a nivel nacional.

Reuniones con la DNM para ordenar las evidencias conforme al plan de desarrollo y cumplimiento de recomendaciones a ser presentadas en la evaluación final de OPS/OMS. En julio del 2018 (del 17 al 20), se efectúa la reevaluación final de OPS/OMS, la cual solo se hace para el componente: farmacovigilancia, pero no para ensayos clínicos¹⁴ debido a problemas logísticos de la OPS (ausencia del consultor experto que no pudo venir a la

¹⁴ El Salvador se encamina a ser Autoridad de Referencia Regional de Medicamentos y productos biológicos. https://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=1189:el-salvador-se-encamina-a-ser-autoridad-de-referencia-regional-de-medicamentos-y-productos-biologicos&Itemid=291

evaluación). Se presentaron todas las evidencias recolectadas de los casos y acciones desarrollados en farmacovigilancia durante los últimos 5 meses, teniendo como resultado que se han mejorado los indicadores de evaluación con un desempeño aceptable; sin embargo los evaluadores consideran que el sistema, por ser un sistema prácticamente joven, es poco robusto en donde no se tiene una base histórica de datos lo suficientemente grande y sólida para realizar algunos análisis necesarios en la farmacovigilancia; por tanto manifiestan que el sistema requiere más tiempo para seguir desarrollándose siendo esta la principal desventaja, razón por la cual no cumple con los requerimientos necesario para alcanzar la certificación de nivel IV; No obstante reconocen que han habido avances acelerados e importantes y dentro de los más significativos están: la conformación del sistema nacional de farmacovigilancia (SNFV), el fortalecimiento de los recursos humanos a través de cursos y capacitaciones a todos los referentes del SNFV y el desarrollo e implementación del SIFAVES, el avance en señales, la gestión del riesgo, evaluación de reacciones adversas serias y los cambios en la regulación a partir de las mismas; a tal grado de considerar al CNFV como un modelo de experiencia exitosa de farmacovigilancia para ser seguido por los demás países de la región latinoamericana.

Siendo esta la última vez que la OPS/OMS realiza este tipo de evaluación, ya que, a partir de enero del 2019, los únicos evaluadores de las ARN a nivel mundial será la OMS, utilizando un nuevo instrumento de evaluación con nuevos estándares mundiales e indicadores revisados y mejorados en farmacovigilancia, por lo que se prevé que las siguientes evaluaciones serán mucho más complejas, difíciles de lograr y por tanto con menos probabilidades de ser superadas, que las desarrolladas hasta el momento.

El abandono del equipo técnico del CNFV, el reconocimiento internacional del SIFAVES y la creación de una nueva estructura protagónica de la DNM: “la Comisión Técnica Coordinadora de Farmacovigilancia”

Después de la evaluación final de OPS/OMS, el CNFV insiste por las mejoras de las deficiencias que presenta el SIFAVES; ante tal situación, la unidad de informática de la DNM condiciona su apoyo, a la realización previa de una auditoría de calidad, la cual debía contener las modificaciones a realizar en el SIFAVES y no a solicitud directa del equipo técnico del CNFV, quedando el SIFAVES prácticamente en total abandono. Sin embargo, durante ese mismo período, el equipo técnico de la DNM inicia en privado la elaboración de un documento sobre el diseño y funcionamiento del SIFAVES, con la intención de someterlo a concurso en el XV Encuentro Internacional de Farmacovigilancia de las

Américas, próximo a desarrollarse en Santiago de Chile¹⁵, trabajo que ignoró totalmente el aporte y contribución, que el equipo del CNFV del MINSAL había hecho al SIFAVES.

En septiembre del 2018, con la intención de soslayar, lo que por ley se le otorga al MINSAL sobre la rectoría y regulación de la farmacovigilancia nacional, ejercida a través del CNFV; se crea dentro de la DNM la “Comisión Técnica Coordinadora de Farmacovigilancia” (CTCFV); intentando justificar técnica y organizativamente, la necesaria supeditación del CNFV-MINSAL a la acción protagónica de la DNM, pero esta dependencia nace sin una estructura organizativa definida y sin ningún marco estratégico y operativo que defina sus funciones, responsabilidades, perfiles de conformación, visión y misión, entre otros aspectos que cuestionan su razón de ser y que forzosamente es impuesta sobre el CNFV.

En octubre del 2018, el diseño y funcionamiento del SIFAVES es premiado en el XV Encuentro Internacional de Farmacovigilancia de las Américas, evento que fue desarrollado en Santiago de Chile; designando al futuro líder de la CTCFV, para viajar, en representación de la DNM, a recibir “tan merecido premio”.

En noviembre del 2018, se realiza la auditoría interna de calidad el SIFAVES, constatando las inconformidades que, a nivel organizativo, administrativo y normativo, entre otros, presenta esta herramienta; situaciones previamente identificadas y señaladas por el equipo del CNFV; entregando el informe final de los hallazgos en enero del año 2019.

A pesar de todas estas dificultades y limitantes y ante la mística de trabajo del equipo del CNFV, estos continúan fomentando la notificación de casos de RAM/ESAVI/PRM en el SIFAVES, recolectando nuevas evidencias, nuevas investigaciones y hechos relevantes importantes, logrando durante el año 2018, la construcción de la mayor base de datos de farmacovigilancia que haya existido en el país hasta el momento.

El 4 de diciembre del 2018, el VMSS convoca a reunión al equipo técnico del CNFV junto al Director Nacional de Medicamentos y técnicos de la DNM, informando que a partir de la fecha, la coordinadora administrativa del CNFV del MINSAL, sería sustituida por la Directora Nacional de Medicamentos, quien ejercería el doble cargo, desligando totalmente al MINSAL de la responsabilidad técnico-administrativa del CNFV, quedando el equipo técnico del CNFV en abandono, justificando que dicha acción se hacía bajo firma de convenio entre el MINSAL y la DNM y con la intención de solicitar la modificación de ley para que el CNFV pasará a ser responsabilidad de la DNM; indicando que la Ministra de Salud había autorizado la permanencia de los recursos técnicos en el CNFV hasta el 30 de junio del 2019, y que la excoordinadora pasaba a desempeñar funciones técnicas.

¹⁵ Chile: XV Encuentro Internacional de Farmacovigilancia de las Américas, 11-12 de octubre de 2018. <http://prais.paho.org/es/19277-2/> <http://www.ispch.cl/sites/default/files/Programa-13082018A%20VVVG.pdf>

Afirma, además, que esa será su última participación como responsable del tema (esto trajo el recuerdo de un dicho que dice que “más rápido cae un hablador que un ciego”). Ante estos eventos, los técnicos del CNFV solicitan que dichos cambios se hagan a través de nota oficial, la cual fue entregada el 21 de enero del 2019 (Las consecuencias de esta decisión quedan por verse en el futuro próximo).

La marginación del equipo técnico del CNFV y el inicio de funciones de la nueva instancia protagónica de la DNM

En enero del 2019, la DNM contrata 4 recursos técnicos para conformar el equipo del CTCFV, duplicando esfuerzos y ejecutando acciones paralelas a las desarrolladas por el CNFV y las de otras dependencias de la DNM; situación lógicamente esperada por la ambigüedad y falta de definición de sus objetivos, funciones, responsabilidades y organigrama; siendo estos los que posiblemente sustituirán al personal del CNFV.

En este contexto y considerando que, a partir de este año, la OMS es la única instancia mundial responsable de realizar las evaluaciones internacionales de las ARN, la DNM solicita se ejecute en El Salvador, el pilotaje del nuevo instrumento de evaluación diseñado por la OMS; siendo El Salvador el primer país del mundo en el cual se aplicará la nueva herramienta; es así que el instrumento es entregado a la DNM-CTCFV quienes inician la preparación de todas las respuestas a los indicadores de evaluación y designado al líder del CTCFV para representar y defender el tema durante dicha evaluación; sin involucramiento e ignorando al equipo técnico del CNFV.

El desacierto de la CTCFV, la proeza del equipo técnico del CNFV en la evaluación internacional de la OMS y el augurio de su fin

Ante la dificultad de la CTCFV de la DNM por responder a los criterios e indicadores contenidos en el nuevo instrumento de evaluación entregado por la OMS, estos convoca al equipo técnico del CNFV, a 2 semanas de ejecutar la evaluación, indicándoles que deben preparar la defensa con todas las evidencias necesarias en Farmacovigilancia y acompañar al líder de la CTCFV, junto a sus técnicos; para apoyarlo en brindar todas las respuestas técnicas y evidencias respectivas, durante las sesiones de evaluación a las que sean convocados.

Es así que el equipo técnico del CNFV inicia de inmediato a preparar todas las evidencias, elaboran presentaciones, documentos y material técnico de conformidad a los indicadores solicitados, se supervisan los establecimientos de salud a ser visitados por los evaluadores, entre otras acciones y evidencias, que a juicio del equipo del CNFV, son relevantes y podrían ser importantes para los evaluadores internacionales, quedando todo listo 24 horas antes de la evaluación.

Finalmente, del 1 al 5 de abril del 2019, se realiza la evaluación internacional por la OMS, utilizando por primera vez en el mundo, la herramienta global de evaluación de ARN¹⁶, logrando el cumplimiento del 99% de todos los indicadores y durante la sesión de devolución de resultados, junto a la DNM, la representante del equipo evaluador internacional de farmacovigilancia manifestó que después de verificar todas las evidencias en el manejo de casos, investigaciones, así como datos consistentes, robustos, sistematizados, ordenados, además de constatar el desempeño y competencias profesionales del equipo técnico del CNFV, entre otras cualidades, a su juicio, el Sistema Nacional de Farmacovigilancia de El Salvador satisface las expectativas para ser considerado como un sistema de nivel IV; no obstante por efecto de programación del cálculo de criterios establecidos, el puntaje alcanzaba el 99% de cumplimiento; nivel récord, más alto obtenido en la historia de las evaluaciones de la farmacovigilancia en El Salvador; siendo esta, probablemente, la última participación que tendría la nueva fuerza técnica operativa conformada originalmente en el CNFV para este fin, ante el cambio de visión y desentendimiento del rol rector y protagónico, que las autoridades actuales del MINSAL, han tenido sobre el CNFV y la farmacovigilancia nacional; así como su apoyo a la modificación de la ley de medicamentos y el próximo cambio de gobierno previsto para el 1 de junio del 2019.

Indiscutiblemente las lecciones, decepciones y logros, planteadas en esta experiencia, tienen por finalidad contribuir a la mejora continua, en especial para todos aquellos que aún no han emprendido este camino, aquellos que están a la mitad del mismo o tendrán la misión de continuarlo; siendo este aporte una evidencia que esquematiza la brecha entre la teoría y la práctica, entre el conocimiento sin experticia y la experticia sin conocimiento; y que junto al conocimiento de la historia particular en la lucha de poderes, puede servir para evitar cometer los mismos errores y aumentar sus probabilidades de éxito y disminuir las de fracaso.

Bajo este enfoque el equipo técnico del CNFV del MINSAL de El Salvador, desconocidos para muchos y sin reconocimiento alguno, incluyendo el de las autoridades del MINSAL; podemos afirmarle a nuestro país, a nuestra población y a la salud pública general: “misión cumplida”.

Referencias bibliográficas:

Ministerio de Salud. (2009a). Reforma de Salud en El Salvador. San Salvador, El Salvador. Recuperado el 18 de abril de 2019, de

¹⁶ Herramienta de referencia mundial de la OMS (GBT) para la evaluación de los sistemas normativos nacionales, https://www.who.int/medicines/regulation/benchmarking_tool/en/

https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1047-reforma-de-salud-1&category_slug=reforma-del-sector-salud&Itemid=364

Ministerio de Salud. (2011). Política Nacional de Medicamentos. Página 33. San Salvador, El Salvador. Recuperado el 21 de abril de 2019, de https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=politicas-de-salud&alias=811-politica-nacional-de-medicamentos-18012012&Itemid=364

Ministerio de Salud. (Septiembre de 2015). Manual de organización y funciones de la Dirección de Tecnologías Sanitarias, 1^o edición.

Ministerio de Salud. (17 de Octubre de 2016). Acuerdo No 1529, Reglamento Técnico Salvadoreño de Productos Farmacéuticos. Medicamentos Para Uso Humano. Farmacovigilancia. *Diario Oficial de la República de El Salvador, Número 192, tomo No 413*, págs. 30-39. Recuperado el 22 de abril de 2019, de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/rtca/reglamento_tecnico_salvadoreno_productos_farmacuticos_para_uso_humano.pdf

Ministerio de Salud. (26 de Julio de 2017). Acuerdo No 1053, Créase el Centro Nacional de Farmacovigilancia. *Diario Oficial de la República de El Salvador, Número 139, tomo No 416*. Recuperado el 19 de abril de 2019, de <https://imprentanacional.gob.sv/archivo-digital-del-diario-oficial/>

Ministerio de Salud de El Salvador. (Septiembre de 2015). Manual de Organización y Funciones de la Dirección de Tecnologías Sanitarias. (1^o edición). San Salvador, El Salvador. Recuperado el 17 de abril de 2019, de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_organizacion_y_funciones_direccion_de_tecnologias_sanitarias.pdf

Ministerio de Salud, Dirección de Medicamentos, Equipos y Dispositivos Médicos (DIRMED). (2014). Sistema Institucional de Farmacovigilancia. San Salvador, El Salvador. Recuperado el 19 de abril de 2019, de <https://es.scribd.com/presentation/220793643/Sistema-Informatico-de-Farmacovigilancia-SIFAVI>

Ministerio de Salud, Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC). (2009). Sistema Único de Información de Salud (SUIS). Software libre creado en el Gobierno de El Salvador. San Salvador, El Salvador. Recuperado el 23 de abril de 2019, de <https://www.uls.edu.sv/sitioweb/component/k2/item/320-sistema-unico-de-informacion-de-salud-software-libre-creado-en-el-gobierno-de-el-salvador>, <http://www.cienciytecnologia.edu.sv/india/Dia%202-Congreso%20India-El%20Salvador/Sesion%205/4-Sistema%20Unico>

Ministerio de Salud, Dirección de Tecnologías Sanitarias. (2016). Términos de Referencia de Consultoría Creación y Puesta en Marcha del Sistema Nacional de Farmacovigilancia. San Salvador, El Salvador. Recuperado el 19 de abril de 2019, de http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/uaci2016/consultoria_individual/CI-FSSPSV-325-3CV-CI/CI-FSSPSV-325-3CV-CI_TDR-sig.pdf

Ministerio de Salud, Dirección de Tecnologías Sanitarias. (julio de 2017). Lineamientos Técnicos para Actividades de Farmacovigilancia. San Salvador, El Salvador. Recuperado el 20 de abril de 2019, de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_actividades_farmacovigilancia.pdf

OPS/OMS. (9 al 11 de agosto de 2010a). Informe de Preevaluación de la Autoridad Reguladora Nacional de El Salvador. San Salvador, El Salvador. Recuperado el 20 de diciembre de 2017, de https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=290-informe-de-evaluacion-pre-evaluacion-de-la-autoridad-reguladora-nacional-de-el-salvador&category_slug=medicamentos&Itemid=364

OPS/OMS. (Julio de 2010b). Manual de Proceso de Evaluación de las Autoridades de Regulación Nacional de Referencia de OPS. (3ra edición). Washington, DC, Estados Unidos. Recuperado el 15 de abril de 2019, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1615:2009-sistema-evaluacion-autoridades-reguladoras-nacionales-medicamentos&Itemid=1179&lang=es

OPS/OMS, 50.o Consejo Directivo 62.a sesión del comité regional. (2010). resolución cd50.r9 fortalecimiento de la autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos. Washington, DC, Estados Unidos. Recuperado el 21 de abril de 2019, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R9-s.pdf>

Órgano Legislativo. (29 de noviembre de 2012). Convenio de Préstamo No 8076-SV suscrito entre el Gobierno de la República de El Salvador y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento para financiar el "Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Salud Pública" y Decreto Legislativo No.201. *Diario Oficial de la República de El Salvador, Número 224, Tomo No 397*, págs. 26-167. Recuperado el 21 de abril de 2019, de <https://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-2012/11-noviembre/29-11-2012.pdf>

Órgano Legislativo. (2 de marzo de 2012). Decreto No 1008. Ley de Medicamentos. *Diario oficial de la República de El Salvador, Número 43, tomo No 394*, págs. 4-28. Recuperado el 20 de abril de 2019, de <https://imprentanacional.gob.sv/archivo-digital-del-diario-oficial/>

Órgano Legislativo. (23 de marzo de 2012). decreto No 1013 Ley de vacunas. *Diario Oficial de la República de El Salvador, número 58, tomo No 394*, págs. 17-24. Recuperado el 22 de abril de 2019, de <https://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-2012/03-marzo/23-03-2012.pdf>

Presidencia de la República. (1 de Junio de 2009). Decreto No 3 Creación de Viceministerios de Políticas y Servicios de Salud. *Diario Oficial de la República de El Salvador, Número 99, tomo No 383*, pág. 9. Obtenido de <https://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-2009/06-junio/01-06-2009.pdf>

Quintero Aragon, D. (Julio de 2015). Fortalecimiento del Sistema Nacional de Farmacovigilancia. (Informe final). San Salvador, El Salvador. Recuperado el 2 de mayo de 2019, de http://www.farmaceticosmundi.org/farmamundi/descargas/pdf/2015/Evaluacion_Final_SLV%20190-001-11_Resumen_Web.pdf

8

Limpieza del instrumental quirúrgico como base para evitar presencia de endotoxinas

Erika Edith Lawrence Berroterán

Introducción

La Limpieza del instrumental quirúrgico es el primer paso necesario para eliminar físicamente la contaminación por partículas de polvo, tierra, material orgánico como sangre, secreciones, excreciones y microorganismos, para preparar un dispositivo médico a la desinfección o esterilización. Todo esto con el objetivo de evitar la formación de biofilms al no realizarse como está establecido, provocando un riesgo de endotoxinas que impedirán la curación de la herida y causaría enrojecimiento del área operatoria del paciente. Diversos estudios, manuales de esterilización como el de OMS y recientemente manual de procedimiento en Nicaragua reflejan la importancia de limpieza como base fundamental del proceso de esterilización. El presente ensayo tiene como finalidad dar a conocer la importancia de la limpieza para evitar la presencia de endotoxinas en el instrumental quirúrgico.

Los Servicios de Central de Equipo y Esterilización juegan un papel predominante en la seguridad del paciente. La desinfección y esterilización apropiada de materiales e instrumentos, se ha estudiado y vinculado como un factor importante en la prevención de Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

Según OMS en su Manual “Descontaminación y reprocesamiento de productos sanitarios de los centros de salud 2016. “La limpieza es la primera y más importante paso antes de cualquier proceso de desinfección o esterilización. ¡Uno puede limpiar sin esterilización, pero no se puede esterilizar sin limpieza! (OMS, 2016, p.46).

La limpieza se refiere a la eliminación de material extraño visible, polvo y suciedad de un elemento utilizado en interacción o no con el paciente. Este proceso generalmente puede acompañarse de una reducción importante de los microorganismos de dichos elementos, sin que éste sea el objetivo principal. Por lo tanto, la limpieza es absolutamente esencial y base antes de que se realice la desinfección y/o esterilización (Ministerio de Salud, 2019).

Una buena limpieza evita que al instrumental quirúrgico se le adhiera biofilms que son proveedores de endotoxinas y reacciones en el paciente.

En Nicaragua recientemente el Ministerio de Salud por medio de la Dirección de Enfermería elaboró Manual de Procedimiento para la Esterilización de Materiales e instrumental médico en los establecimientos de la salud. En el describe los pasos de la limpieza como guía para el personal de Central de Equipo y Esterilización y Técnicos quirúrgicos. Sin embargo, es muy joven y en la mayoría de los establecimientos de salud que se utiliza instrumental quirúrgico no se está aplicando lo que ha provocado un incumplimiento del mismo (Ministerio de Salud, 2019).

El presente ensayo permitirá conocer la importancia de la limpieza para evitar biofilms que provoca liberación de endotoxinas - pirógenos. Él se realizó haciendo una revisión de la literatura sobre la limpieza y su importancia para evitar el biofilms que provoca las endotoxinas en los pacientes.

Resultados

Limpieza es el primer paso necesario para eliminar físicamente la contaminación por partículas extrañas como polvo, tierra, también material orgánico (sangre, secreciones, excreciones y microorganismos) para preparar un dispositivo médico a la desinfección o esterilización.

Biofilms son las capas de microorganismos organizados que pueden recubrir cualquier superficie, por residuos orgánicos o suciedad, está la podemos encontrar en instrumentos, equipos o utensilios médicos. Según Organización Mundial de la Salud uno de los “efectos del no desmontaje y limpieza de los dispositivos es que protege a las bacterias con una capa impermeable de revestimiento como *Pseudomonas aeruginosa*”. (OMS,2016, P.46)

Los dispositivos no se pueden desinfectar o esterilizar en presencia de suciedad y materia orgánica debido a que provoca pobre penetración de productos químicos, además produce la inactivación de algunos desinfectantes por la materia orgánica provocando reacciones alérgicas por la liberación de endotoxinas y pirógenos en los pacientes.

Las endotoxinas bacterianas provienen de las bacterias Gram negativas, que tras la muerte liberan al medio donde se encuentren los lipopolisacáridos que constituyen su pared celular y que son sustancias muy tóxicas para otros organismos. Estas endotoxinas están consideradas como el pirógeno reportado con mayor frecuencia. Las endotoxinas bacterianas causan infecciones que pueden ser de gran gravedad, incluso llegar a ocasionar la muerte de seres humanos. (Flujifilm-Wako chemicals, 2016)

El análisis de pirógeno es la prueba que determina cualquier producto que tenga contacto con sangre y fluidos corporales por lo tanto puede contener endotoxinas bacterianas que ocasionan una respuesta pirogénica. Es por ello por lo que muchos productos como

catéteres, implantes e instrumental pueden estar visiblemente limpio y estériles y todavía ser peligroso al paciente debido a altos niveles de pirógenos. La prueba que se utiliza para determinar el nivel de endotoxinas es el lisado de amebocito limulus (LAL).

Para la limpieza del instrumental se utiliza detergentes enzimáticos en donde su acción es que el material orgánico como proteínas, sangre, tejido y heces se rompen por la acción de una enzima. Al utilizarse debe realizarse de acuerdo a las instrucciones del fabricante, tomando en cuenta los pasos como son la clasificación, remojo, lavado, enjuague con agua potable, enjuague con agua desmineralizada y por último el secado.

También se debe tomar en cuenta que los dispositivos o instrumental que puedan desarmarse se debe realizar antes de su limpieza.

Los objetivos principales de limpieza son: Remoción de suciedad visible; Remoción de suciedad invisible y Remoción de tantos microorganismos patógenos como sea posible.

A través de la limpieza el instrumental quirúrgico reduce la carga microbiana o sea elimina el caldo nutritivo y residuos de microorganismos muertos (endotoxinas) que pueden producir fiebre, hipotensión y shock en el paciente.

Otro aspecto importante de la limpieza adecuada es que es la base del mantenimiento, durabilidad y funcionamiento correcto del instrumental quirúrgico.

Después de la limpieza se debe realizar un control con el objetivo de asegurar la efectividad de los procedimientos, esto se realiza a través de la Inspección visual cuidadosamente al instrumental quirúrgico y/o equipos.

La limpieza puede ser manual o utilizar lavadoras ultrasónicas u mecánicas.

Discusión

Cualquier institución de salud que utilice instrumental quirúrgico debe realizar el proceso de esterilización que va desde el lavado y desinfección, empaque, esterilización, almacenaje y distribución de forma estandarizada con el objetivo de evitar infecciones Asociadas a la atención en salud provocada por el mal procesamiento y sobre todo por la formación de biofilms que da como resultado la presencia de endotoxinas.

Oliveira & Costa (2019) dicen que

La existencia de comportamientos no estandarizados en la institución, en relación con la limpieza y desinfección de materiales, en la que el propio funcionario instituyó la rutina de trabajo sin fundamentación para esa práctica, su seguridad y su idoneidad, es uno de los factores que pueden contribuir al surgimiento de eventos adversos, principalmente las infecciones

(presencia de biofilms y endotoxinas) e intoxicación debido a la presencia de residuos de productos químicos utilizados para la limpieza y la esterilización.

La limpieza en el instrumental quirúrgico tiene la finalidad de eliminar el material biológico que es el causante de formar biofilms al no realizarse como está establecido provocando un riesgo de endotoxinas que impedirán la curación de la herida y causará enrojecimiento del área operatoria en el paciente.

Goveia et al (2016) identificaron que hubo presencia de endotoxinas en instrumentales quirúrgicos de artroplastia de cadera en el 13.3% de la muestra con una cantidad $\geq 0,125$ UE/mL, para ello se utilizó el método de gelificación (Gel-clot) Lisado de Amebocitos de Limulus (LAL) Endosafe(tm). El estudio también refleja que el

límite de endotoxinas en dispositivos de salud es regulado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para los fabricantes de dispositivos médicos que entran en contacto directo o indirecto con los sistemas cardiovascular y linfático, siendo el límite de 0,5 UE / mL o 20 UE / dispositivo. Con respecto a Dispositivos que entran en contacto con el líquido cefalorraquídeo el límite es 0.06 UE / mL o 2.15 UE / dispositivo. Sin embargo, no hay límites establecidos o regulados para las endotoxinas en instrumentos quirúrgicos esterilizados, o cualquier requisito para realizar pruebas que evalúen su presencia.

Hay varios factores que pueden afectar la eficacia del proceso de limpieza, dependiendo de la Cantidad y tipo de suciedad presente. Estos pueden ser mal manejo de los productos químicos al diluirse o ser mal enjuagados, inaccesibilidad de agua limpia y dureza del agua que puede depositar las toxinas en los dispositivos médicos.

Para minimizar el riesgo de estos factores es importante la formación del personal, estandarización de los procesos y seguir las instrucciones del fabricante. Así como la selección del producto de acuerdo a las características del instrumental y/o equipos. Estas propiedades son emulsificación, quelación, enzimática y otras.

Conclusión

Se concluye que la limpieza es el primer paso para el proceso de esterilización y la base fundamental para que el material a procesarse como el instrumental quirúrgico y/o equipos no se le forme biofilms que provoca la endotoxina - pirógeno. Dando como consecuencia reacciones alérgicas e infecciones en el paciente.

Es la razón el por qué los dispositivos médicos deben ser desarmados para permitir una limpieza efectiva que reduzca la carga biológica o microorganismos en la superficie para permitir que el proceso de esterilización o desinfección de alto nivel sean eficaces.

Las endotoxinas en el instrumental quirúrgico son formadas cuando no son bien limpiado los instrumentos debido a que la suciedad protege a los microorganismos del contacto con el desinfectante, vapor y otros productos químicos, haciendo el proceso ineficaz para dispositivos de reprocesamiento.

Para que el personal encargado de la limpieza lo realice correctamente deberá ser entrenado. También deberá haber procesos estandarizados y supervisados que garantice el control de calidad de la ausencia de material biológico y químico en el instrumental quirúrgico y/o equipos.

Referencias bibliográficas:

Flujifilm-Wako chemicals U.S.A corporation (2016). Diferentes medios donde se pueden encontrar endotoxinas bacterianas. <https://www.wakopyrostar.com/blog-es/post/diferentes-medios-donde-pueden-encontrarse-endotoxinas-bacterianas/>

Goveia, Vania Regina et al. (2016). Endotoxinas en instrumentos quirúrgicos de artroplastia de cadera. *Revista de la Escuela de Enfermería de la USP*, 50 (3), pp.405-410.

Ministerio de Salud. (2019). *Normativa 150*. Manual de Procedimiento para la Esterilización de Materiales e Instrumental médico en los Establecimiento de Salud. 1ra edición.

Oliveira, A.C., Costa, et al. (2009). Preparación de materiales en salas de depósito instrumental y de material residual: una reflexión sobre esa práctica. *Revista Scielo*, 16, ISSN 1695-6141.

Organización Mundial de la Salud // Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Descontaminación y reprocesamiento de productos sanitarios de los centros de salud*. ISBN: 9789241549851.

09

Factores de calidad en los servicios de emergencias de hospitales nacionales en Honduras

Sergia J. Nuñez Dolmo

Introducción

La calidad en los servicios de salud son un conjunto de procesos organizados para brindar la atención a determinada población con equidad, eficiencia y efectividad, el cual exige el cumplimiento de estándares establecidos por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y políticas del país tomando en cuenta la cultura de la población demandante (OPAS, 2009).

El sistema de salud de Honduras está experimentando cambios para dar respuesta al Plan Nacional de Salud 2014-2018 funcionando con dos niveles de atención: primer y segundo nivel. El primer nivel de atención es la primera puerta de entrada al sistema de salud, brinda atención ambulatoria y tiene programado el mayor volumen de demanda de atención. Este se divide en 3 niveles de complejidad según su personal y equipamiento. Este nivel básicamente viene a sustituir los términos CESAR, CESAMO, CLIPPER y CEO¹⁷ del modelo vigente. El segundo nivel debe asegurar la continuidad del proceso de atención a los problemas de salud, que por su nivel de complejidad son referidos del primer nivel. Ofrecerán servicios de emergencia, hospitalización y atención quirúrgica. Este a su vez se divide en 4 niveles de complejidad y viene a sustituir los términos de hospital de área, hospital regional y hospital nacional del modelo vigente (Gobierno ..., 2013; 2014; 2015).

En Honduras existen 31 Hospitales de diferentes niveles, tres de referencias nacionales con servicios de emergencia las 24 horas del día y los 365 días del año. Los hospitales nacionales tienen una antigüedad de 50 a 25 años cuando el país contaba con 4 a 6 millones de habitantes y para este año 2019 Honduras cuenta con 9.5 millones de habitantes (Gobierno ..., 2010).

El sistema de salud de Honduras se caracteriza por ser fragmentado y tener problemas de coordinación y articulación entre instituciones y unidades de servicios; lo que conlleva la

¹⁷ Clínica Periférica de Emergencia (CLIPER), Centro de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO), Centro de Salud Rural (CESAR), Centro de Odontología Escolar (CEO).

duplicidad de actividades, esfuerzos y recursos, lo antes provoca la sobrecarga en los hospitales nacionales (Carmenate-Milián, Herrera-Ramos, Ramos-Cáceres, 2016).

Este es un ensayo teórico construido a partir de la revisión y selectiva de literatura para identificar factores de Calidad en los Servicios de Emergencias de Hospitales Nacionales en Honduras en vista de la sobrecarga evidenciada por el aumento de la demanda producto del crecimiento poblacional, presencia de enfermedades emergentes y reemergentes, aumento de eventos adversos y procesos de cambios en el sistema de salud en estos últimos 10 años.

Calidad en servicios de salud

La definición de calidad ha ido cambiando, de ser el producto el aspecto central, luego el control de los procesos de producción para finalmente llegar al concepto de calidad total. En el mundo actual solo existe un punto central clave para las instituciones: el cliente, por lo tanto, la calidad la definen los clientes y solo las instituciones que se centran en los requisitos de sus clientes sobrevivirán en el futuro (Martín Delgado, Gordo-Vidal, 2011). Desde el punto de vista de la gestión, la calidad total implica la calidad en todos los procesos, la calidad del producto y la satisfacción del cliente o usuario (Miyahira Arakaki, 2001).

En Honduras el principal hospital de Referencia Nacional (Hospital Escuela Universitario) fue fundado hace 50 años cuando Honduras tenía cuatro millones de habitantes y otros dos (Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social y Hospital Mario Catarina Rivas de San Pedro Sula) fueron fundados hace 30 a 25 años. Para este año 2019 Honduras cuenta con 9.5 millones de habitantes continuamos con los mismos establecimientos de salud igual capacidad instalada (Instituto ..., 2019). Lo antes descrito exige promover la evaluación la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas para el cual es necesario contar con líderes comprometidos y actualizados de modo que el proceso sea seguro y sostenible (Novaes, Paganini, 1994).

Según Carmenate-Milián, Herrera-Ramos y Ramos-Cáceres (2016)

El sistema de salud hondureño en las dos décadas posteriores ha tenido leves enmiendas, pero continúan utilizando el mismo modelo de salud y protección social de hace más de 50 años. En los últimos años se ha discutido la reforma del sector salud en Honduras y debido a crisis sanitarias, un colapso de los centros asistenciales y una severa crisis financiera por casos de corrupción se ha acelerado el proceso. A pesar de ser una reforma muy

prometedora en muchos aspectos tales como la ampliación de la cobertura, la universalización y la modernización del sistema de salud; este ha generado serios cuestionamientos en múltiples sectores de la sociedad Hondureña. (Adaptación del autor).

Para situar el papel del estado en el sistema de salud la Constitución de la República en el artículo 145 decreta que: “se reconoce el derecho a la protección de la salud, el deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas...” y en el artículo 129 establece el derecho a la estabilidad laboral (Constitución, 1982). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el desempeño de los sistemas nacionales de salud Honduras ocupa la posición 131 de 191 países (OMS, 2000; 2009; 20012). La importancia de contextualizar el rol del Estado en el sistema de salud radica en que sólo 2.9% de la población está cubierta por seguros privados (OPAS, 2012; Comissionado, 2014).

El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente y la calidad asistencial ha ido paulatinamente situándose en el centro angular de la atención sanitaria, alcanzando en los últimos años un mayor protagonismo la seguridad del paciente como una de las dimensiones clave de la calidad.

Los servicios de emergencias de los hospitales de referencia nacional y regional en Honduras en los últimos diez años se han sobre pasado la capacidad instalada situación que ha exigido la necesidad de brindar la atención en condiciones no adecuados según norma y lineamientos de manejo el cual favorece la violación a los derechos humanos y provoca la insatisfacción de los usuarios.

Las violaciones o la inobservancia de los derechos humanos (Declaración, 2000) pueden conllevar graves consecuencias sanitarias. La discriminación manifiesta o implícita en la prestación de servicios de salud viola derechos humanos fundamentales. Y para comprender un conflicto hay que seguir un procedimiento que ayude a resolver el problema.

Conclusiones

Los hospitales de referencia nacional en Honduras en los últimos 10 años han sobrepasaron su capacidad instalada por el aumento de la población demandante, presencia de enfermedades emergentes y reemergentes, eventos adversos, entre otros.

La insatisfacción del usuario (paciente y su familiar) en los servicios de emergencia de los hospitales nacionales de Honduras es evidente el cual se expresa a través de los medios de comunicación y denuncias públicas en instituciones responsables.

La estructura de los servicios de emergencias de los hospitales nacionales en Honduras presenta limitantes según los lineamientos establecidos por la OPS/OMS.

Referencias bibliográficas:

Carmenate-Milián, Lino; Herrera-Ramos, Alejandro; Ramos-Cáceres, Dany. (2016). Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud Propuesto, dic. 30/2016.

Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH). (2014). Primer informe especial sobre aspectos del servicio público de salud en honduras. (el derecho humano a la salud y el servicio público de salud). Tegucigalpa, Honduras.

Constitución de la Republica de Honduras. (1982). Asamblea Nacional Constituyente. Decreto N. 131, 11 de enero 1982, Artículo 129 y 145. La Gaceta No. 23612.

Gobierno de la Republica de Honduras. Secretaria de Salud (SESAL). (2014). Plan Nacional De Salud 2014-2018. Tegucigalpa, Honduras.

Gobierno de la Republica de Honduras. Secretaria de Salud (SESAL). (Nov. 2010). Blog Historia de los Hospitales de Honduras.

Gobierno de la Republica de Honduras. Secretaria de Salud (SESAL). (2013). Modelo Nacional de Salud. "Por una Honduras Saludable". Tegucigalpa, Honduras.

Gobierno de la Republica de Honduras. Secretaria de Salud (SESAL). (2015). Plan Nacional de Salud 2021. Tegucigalpa, Honduras.

Declaración de Jalisco sobre sistemas de atención médica a las urgencias, emergencias y catástrofes. Guadalajara, Jalisco a 2 de diciembre del 2000. Recuperado de <https://pt.slideshare.net/fisiba5/declaratoria-jalisco>.

Instituto de Acceso a la Información Pública (2019) Portal único de Transparencia. Secretaria de Salud.

Martín Delgado, M.C.; Gordo-Vidal, F. (2011). La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España. Algo más que palabras. Recuperado de <http://www.medintensiva.org/es-la-calidad-seguridad-medicina-intensiva-articulo-S0210569111000490>.

Miyahira Arakaki, Juan M. (2001). Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? Revista Medica Herediana, 12(3), 75-77. Recuperado en 17 de septiembre de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000300001&lng=es&tlng=es.

Novaes, Humberto de Moraes; Paganini, Jose María. (1994). Estándares e Indicadores para la acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe, OPS/OMS. Pg.39 y 56. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16603s/s16603s.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000) Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012) Salud en las Américas.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2009) Perfil de los sistemas de salud Honduras. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, DC. Recuperado de http://www.bvs.hn/Honduras/salud/perfil_sistema_salud-honduras_2009.pdf.

10

Género y depresión: contribuciones a la investigación y la atención en el campo de la salud

Maria Sol Pastorino.

Introducción

Existen amplias investigaciones en salud mental, basadas en el paradigma biomédico, pero este enfoque resulta insuficiente para explicar y visibilizar otros determinantes y características sociales que afectan la salud mental principalmente de las mujeres.

Bajo tal paradigma, lo que tienen en común mucho de estos estudios, es que señalan la importancia de desarrollar prácticas de atención y de cómo organizar mejor los sistemas y servicios de salud, situando principalmente a los profesionales de la salud, al diagnóstico y tratamiento como eje central de la atención en salud mental. Tales prácticas están basadas, en un modelo de atención de tipo curativo, que pueden conllevar más costos y que no siempre resultan eficaces. Son modelos e investigaciones, a los que Menéndez llama curativos, reparativos y no preventivos (Menéndez, 1988). Incluso, entre las recomendaciones halladas en estas investigaciones, se resalta el déficit y la necesidad de desarrollar programas preventivos en depresión (Salvo, 2014).

Ahora bien, se tiene en cuenta una perspectiva que incluya al género como categoría de análisis, se pueden advertir algunos hechos que pasan desapercibidos, tanto en la práctica médica asistencial, como en el modo de hacer investigación, o de pensar acerca de ciertas problemáticas de salud mental. En este sentido, también es legítimo y necesario preguntarse, sobre cómo la salud de las mujeres está vinculada a su posición en la sociedad, por factores como su integración al mundo laboral, el acceso a la salud, los espacios de participación, las restricciones, etc., y a su vez, como desde esa posición, deriva en mayor o menor grado, la vulnerabilidad en la que desarrollan sus condiciones de vida.

La depresión normalizada en las mujeres

Si hay algo que resulta natural y hasta universal en la sociedad, es el hecho de que las mujeres se deprimen más, y que son más diagnosticadas con nomenclaturas que caen bajo el espectro de los "trastornos del ánimo", "trastornos depresivos" o "trastornos inespecíficos o psicosomáticos". Por consiguiente, también son las que consultan más servicios de salud y también son las que consumen más psicofármacos (Burín, 1991; Valls-Llobet, 2006; Velasco, 2006). Diferentes estudios epidemiológicos, dan cuenta de la existencia de marcadas diferencias en los patrones y en la frecuencia de la depresión entre ambos sexos. (Rodríguez, Khon, y Aguilar-Gaxiola, 2009).

La medicina en general, la psiquiatría y la psicología, tienen un cúmulo de conocimientos sobre la depresión en la mujer y sobre la eficacia de tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos. Así como también, cuentan con una serie de estrategias y formas de prevención, que generalmente apuntan a que sean las propias mujeres las que las pongan en práctica para salir adelante, más allá de las situaciones y los contextos de vida en los cuales estén inmersas.

Es posible entonces sugerir, basándose en el paradigma biomédico, que la preponderancia de la depresión en mujeres se encuentra universalmente "normalizada" por parte de los profesionales de la salud y de la institución médica. Por otra parte, también podría pensarse que, al no considerar ciertas condiciones sociales y culturales que contribuyen a crear desventajas para ellas en diferentes ámbitos, también se la está normalizando. Ante lo cual, se plantean los siguientes interrogantes: Más allá de cierta vulnerabilidad biológica que se le ha atribuido a la población femenina, ¿Sería la depresión para algunas mujeres una condición ineludible y constante, bajo determinadas condiciones sociales y culturales? De otra manera, se podría pensar que detrás de un diagnóstico de depresión, ¿se enmascaran ciertas condiciones socio estructurales de desigualdad?

Desde tales interrogantes, se propone pensar la depresión en su manifestación social en clave de género, como una forma de mantenimiento de ciertas condiciones estructurales de desigualdad, y a su vez, de padecer o de experimentar malestar. La depresión puede convertirse en un modo de vida, mala salida o alternativa para condiciones desventajosas en la vida.

La cronicidad y la recurrencia son claves para entender por qué la depresión puede instalarse como una mala salida y un estado permanente de malestar que va minando, empobreciendo y perpetuando desventajas personales y sociales en la vida de las mujeres. Por ejemplo, se ha encontrado que, la falta de red de apoyo, eventos estresantes, problemas laborales y económicos, son factores de riesgo de recurrencia (Hardelveld, Spijker, De Graaf, Nolen, y Beekman, 2010). Por otra parte, desventajas sociodemográficas, largas horas de trabajo, conflictos laborales y socio familiares, cogniciones negativas y enfermedades comórbidas, son factores de riesgo para las formas crónicas (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, y Ustun, 2007). Tales características y desventajas de la organización social y el modo de vida se denominan determinantes sociales y estructurales de la salud.

A partir del planteamiento anterior podemos pensar que la investigación sobre el impacto de los determinantes socio estructurales sobre la salud mental es un tema de investigación pendiente. No se intenta reducir las causas o explicaciones de la génesis de un proceso de salud- enfermedad, en este caso la depresión, a un aspecto, el socio estructural, como tampoco se trata de negar otros determinantes que pueden estar implicados. Más bien intenta destacar la relevancia de los aspectos socio estructurales, más allá de la eficacia o evaluación de los tratamientos clínicos o el aumento de cobertura y adherencia a los mismos. Por lo tanto, uno de los puntos a considerar para las políticas, será conocer qué implicancias tiene correr la mirada de lo exclusivamente sanitarista, para el desarrollo de programas sociales o políticas de salud mental de prevención y promoción, considerando la perspectiva de género en salud.

A continuación, se describen algunas cifras epidemiológicas sobre la depresión en el mundo, y América Latina. Se intenta caracterizar algunas de las razones por las cuales las mujeres son más medicadas, diagnosticadas o por qué acuden más a los servicios de salud a diferencia de los hombres. Desde la biomedicina, la mujer se presenta como vulnerable tanto biológica como psicológicamente a ser más propensa a la depresión, en determinadas edades. Sin embargo, esto hechos, también están vinculados a la construcción sobre el género y la salud mental presente en la historia de la medicina y la psicología, y revelan otras situaciones que hay que abordar y que tienen que ver con: a) el uso de las clasificaciones arbitrarias y homogéneas de los síntomas, b) las condiciones socio-estructurales de vida, y c) la observación de la mujer frente al trabajo y a la familia.

Depresión, trastorno mental común

La depresión es, para las mujeres de todas las edades, la principal causa de discapacidad sumado a esto el comportamiento suicida, que es una de las principales causas de muerte de las mujeres entre las edades de 20 a 59 años a nivel mundial (OMS, 2009). Algunos datos revelados por la Organización Mundial de la Salud, sobre la salud mental en las mujeres desde una perspectiva de género, son que los trastornos depresivos constituyen el 42% de los casos de discapacidad por trastornos mentales entre mujeres, en cambio en los hombres alrededor del 29,3%.

Los principales problemas de salud mental de la tercera edad son la depresión, los síndromes orgánicos cerebrales y la demencia y se presentan principalmente en mujeres. Los casos de violencia contra las mujeres varían de un 16% y un 50%. Y, por último, 1 de cada 5 mujeres, sufre de violaciones o intentos a lo largo de su vida (OMS, 2005).

En América Latina, es de las tres patologías mentales más prevalentes, sólo por debajo del abuso y dependencia de alcohol (Khon, et al, 2005).

Las mujeres tienen una particular y mayor vulnerabilidad a los trastornos depresivos durante la edad reproductiva: aproximadamente, entre los 15 y 44 años de edad. Pero no sólo se debe a la mayor vulnerabilidad o riesgos biológicos, sino a una serie de desigualdades de salud que tienen que ver entre otros, con el papel del género.

La tendencia de las mujeres a reportar más síntomas de depresión que los hombres, puede ser responsable de su mayor probabilidad de cumplir con los criterios para un trastorno depresivo, mientras que los hombres, utilizan alcohol y otras sustancias para disminuir los síntomas depresivos. Sin embargo, en general, los profesionales de la salud no asocian el consumo de alcohol y otras sustancias en los hombres con la posibilidad de presentar síntomas depresivos y sus causas.

La manera o la forma de los procedimientos de medir la depresión también influye. No existen procedimientos que hagan diferencias de los síntomas por género. Las diferencias de género en el perfil de síntomas tienden a ser limitadas en el tipo y gravedad, y los patrones de respuesta género-específica sobre las escalas de evaluación para la depresión, no parecen tener plenamente en cuenta las diferencias de género en niveles de depresión (Steer, Beck, y Brown, 1989; Stommel, Given, Kalaian, Schulz, y McCorkle, 1993). A lo anterior se suma que,

en los manuales diagnósticos, las definiciones son arbitrarias y las mujeres suelen ser diagnosticadas sobrevalorando síntomas, incluso con una mayor presencia de síntomas somáticos.

Las mujeres reportan más frecuentemente trastornos del apetito y del sueño, cansancio, ansiedad e hipocondría (Piccinelli y Wilkinson, 2000). Recurren a los servicios de salud e informan más de los síntomas físicos y psicológicos. Igualmente, los médicos tienden a pensar más en el diagnóstico de la depresión en las mujeres.

Históricamente, esto tiene sus orígenes alrededor del siglo XIX, donde se comenzó a atribuir “la enajenación mental de las mujeres” a la relación entre el sistema nervioso de la mujer y su fisiología femenina y reproductiva como causa de trastornos mentales. Como resultado de esto último, la relación entre enfermedad mental y género devino en un sistema de control social producto de la tendencia a patologizar el comportamiento o sentir femenino (Ortega-Ruiz, 2011).

Salud mental, determinantes sociales y género

El estatus o posición socioeconómica, por ejemplo, de aquellas mujeres que son jefas de hogar, ha sido propuesto como un posible factor que conduce a altas tasas de depresión (Brown y Moran, 1997; Rousou, Kouta, Middleton y Karanikola, 2013).

El trabajo y sus características, la conciliación laboral y familiar son también determinantes que se consideran de relevancia. Se ha constatado a nivel mundial que la mayoría de las mujeres realiza labores de menor jerarquía, trabajan en pequeños negocios, en labores domésticas o en la economía informal (ONU, 2010) y estas características sobre los modos en que las mujeres logran insertarse y trabajar, revelan la creciente feminización de la pobreza, la flexibilización y la precariedad laboral para ellas.

Tanto la condición laboral como los hijos/as y la actitud de la pareja frente a ello, pueden influir en el riesgo de depresión en las mujeres. Un trabajo gratificante, más que la cantidad, la calidad de ese trabajo, puede ayudar a disminuir el riesgo de la mujer a deprimirse, pero solo si ella ha elegido trabajar, más que sentirse forzada a hacerlo por presiones económicas. Son muchas las mujeres que desean

trabajar y tener ingresos, pero son innumerables las barreras: la pareja que no quiere, la imposibilidad de dejar a los hijos/as, la edad, la apariencia física, las bajas remuneraciones cuando no se tiene ninguna formación profesional y solo pueden optar al empleo doméstico, etc. Otras mujeres prefieren no trabajar, y que sea el hombre el que se haga cargo económicamente de la familia, aunque vivan en condiciones precarias. En otros casos, es el hombre el que rechaza el trabajo remunerado de la mujer.

El impacto sobre la salud mental también se afecta en situaciones en que la mujer trabaja fuera del hogar, y tiene que delegar en terceras personas el cuidado de sus hijas/os. Con la incorporación de las mujeres al trabajo laboral remunerado, aún queda pendiente el cómo resolver las tareas de cuidado de la familia imprescindibles para subsistir. Las tareas de cuidado incluyen cuidar a los hijas e hijos, al marido o pareja, gestionar las tareas de la casa sus derivados (trámites, pago de cuentas, traslados), cuidado de personas mayores como padres enfermos o de personas discapacitadas. Además, tramitar subsidios y ayudas, en caso de familias de bajos niveles socioeconómicos, asistir a controles médicos, etc. (Magaña, Calquín, y Silva, 2011).

Es importante considerar más que los roles en sí, sus características en las demandas, en el control y en la satisfacción tanto en hombres como mujeres (Weich, Sloggett, y Lewis, 2001).

Otro aspecto considerado en el análisis de determinantes, que influyen en la salud mental ha sido el estatus marital. Aunque el mismo, haya sido considerado como un factor de riesgo para depresión en la mujer, algunos trabajos evidencian que es un factor menos protector para las mujeres que para los hombres. Un matrimonio en el cual existe un buen soporte por parte de la pareja en los momentos estresantes puede disminuir el riesgo de depresión en hombres y mujeres; sin embargo, las mujeres casadas continúan sosteniendo mayores tasas de depresión, y en un matrimonio infeliz las mujeres son más proclives a deprimirse que los hombres (Wu y De Maris, 1996).

Los puntos anteriormente mencionados, se relacionan con determinantes sociales y de género, y aluden tanto a condiciones estructurales como psicosociales. Es de utilidad describirlos, como menciona Valls-Llobet (2011), en un marco que aborde los sesgos de la investigación, que pueden derivar al no considerarlos. Esto último

supone incorporar una perspectiva de estudio que visibilice diferencias entre los sexos, pero atendiendo a las desigualdades de género.

A modo de síntesis, se pueden identificar aspectos teóricos centrales sobre el abordaje de la salud con perspectiva de género:

- La clase social, el empleo, los roles sociales y familiares son factores importantes para comprender la desigualdad en la salud de hombres y mujeres (Arber, 1997; Artazcoz, Borrell, Cortés, Escriba Agüir, y Cascant, 2007).
- Los condicionantes del trabajo, sea remunerado o doméstico, incluyendo las demandas excesivas y el soporte social para realizarlo, más que las diferencias psicológicas y biológicas entre los sexos (Frankenhauser, 1996).
- La excesiva psicologización de las condiciones de salud de las mujeres frente a lecturas más sociales (Esteban, 2003).
- Los rasgos de la Biomedicina (biologismo, a-historicidad, eficacia pragmática, etc.) que invisibilizan esta perspectiva (Menéndez, 2005).
- El Impacto negativo que esto puede tener sobre la salud de estas mujeres, por ejemplo, la medicalización de la vida (Ashton, 1991; Burín, 2013).

Por lo anterior, es relevante situar la problemática de la depresión en la mujer más allá de la eficacia o evaluación de resultados en los tratamientos, o el aumento de cobertura o la adherencia a los mismos. Es decir, situarla en el marco de reconocimiento de determinantes socio estructurales que propician que las mujeres se depriman más y, por consiguiente, pensar estrategias y políticas para intervenir sobre tales situaciones.

En este marco de reconocimiento de las realidades que afectan a las mujeres, se destaca la necesidad a futuro de contar con información y formación de los profesionales en una perspectiva de género sobre el abordaje (diagnóstico, causas, intervenciones, tratamiento) de la depresión y los padecimientos psicológicos más allá de la existencia de programas enfocados en la salud sexual, reproductiva, materno infantil, etc.

La centralidad que se le da a la categoría género radica en su capacidad para determinar en cuáles aspectos de la determinación habría que centrarse: aquellas características de la vida social que se consideran cruciales para comprender los resultados en salud.

El género como determinante en salud

Las diferentes teorías o modelos de explicación de la salud-enfermedad, conllevan implícitamente un paradigma dominante que tiene relación directa con las prácticas y actuaciones en el campo de la medicina y de la salud pública. Ese corpus de conocimientos concepciones y técnicas fijan normas, es decir fijan una racionalidad, que está ligada a las políticas que se implementan en salud, a prioridades de investigación, organización de la provisión de servicios, programas, etc. en determinado contexto histórico.

Este apartado está dedicado al género como determinante en salud. Se describen algunos enfoques de género en salud: salud de la mujer, desigualdades de género en salud y determinantes psicosociales de género. Se incluye un apartado donde se expone la línea de desigualdades de género en salud, y los conceptos principales vinculados: la clase social, las medidas de posición socioeconómica, y la estratificación social. Otros conceptos complementarios son sexo-género, roles de género y sesgos de género. Finaliza con una serie de puntos que se tienen que considerar al analizar la salud con perspectiva de género.

Existen modelos que explican como el género exclusivamente, eje de desigualdad, funciona como determinante de la salud. Borrell y Malmusi (2010). Uno de ellos es el modelo de Arber (1997) en el cual, son importantes tanto la posición ocupacional de la mujer como la de su pareja.

También se destaca la influencia de la educación, la clase y el empleo, que tiene la mujer y a su vez esto repercute sobre los roles familiares de la misma. Además, este modelo considera la división sexual del trabajo.

Otro modelo, es el modelo de Sen y Östlin (2007), donde se destaca el estudio de causas, factores y consecuencias de las desigualdades entre los sexos. En este modelo, el género es una causa en sí misma y es un determinante estructural que afecta la salud. En los factores intermedios, se consideran elementos culturales,

prácticas y comportamientos y la influencia del ordenamiento y prescripciones de género sobre los sistemas de salud y cómo esto introduce sesgos en la investigación y en la atención. Finalmente, en este modelo, las consecuencias económicas y sociales se relacionan con determinados resultados en salud.

Los modelos que enfatizan el género como determinante principal, nos ayudan a comprender que las inequidades que se producen en la salud no provienen principal y únicamente de analizar aisladamente la posición socioeconómica entre hombres y mujeres. Ya que se considera al género como un factor social de peso, donde las prescripciones, valores, normas y prácticas en una sociedad también están relacionadas con la generación de diferencias en la salud y la enfermedad. Es decir, los determinantes psicosociales de género, los modos de vida y los modos de relacionarse están presentes en el imaginario de una sociedad y también son relevantes y dejan marca en la vulnerabilidad.

A continuación, se presentan un resumen de los modelos de género en la sociedad occidental, que según Velasco (2009), sustentan determinados modos de vivir y que están relacionados con el contexto social más amplio. La misma autora, investigó, sintetizó y compiló los modelos de género tradicional, de transición y contemporáneo. Estos modelos, como se puede observar, destacan procesos psicosociales que interactúan junto a determinantes más amplios y que influyen en la forma de enfermar de mujeres y hombres y en cómo también son atendidos en los sistemas sanitarios.

El modelo de género tradicional

Este modelo, junto al de transición, se considera fundamental para entender la configuración de los estereotipos de género en una sociedad. Es un modelo que a nivel de época histórica se sitúa hasta finales del siglo XIX y comienzos de la sociedad capitalista. La organización del mismo se basa en la división sexual del trabajo, donde los roles están basados en relaciones de jerarquía entre el hombre y la mujer y en donde la familia es típicamente nuclear, regida por las reglas del contrato matrimonial clásico y permanencia y en donde las consecuencias en la feminidad son la asunción de roles de subordinación, entrega, pasividad, colocando la maternidad como centro de realización personal. En cambio, para los hombres, los roles tienen que ver con el ejercicio del poder, la propiedad, la potencia y con ser cabeza de familia.

El modelo de género de transición

Se desarrolla durante todo el siglo XX, y tiene que ver con la salida de las mujeres del ámbito doméstico hacia el público en la búsqueda de acceso e integración al mundo de la educación y el trabajo. Las mujeres y hombres transgreden el modelo anterior, pero conservan valores tradicionales en la esfera íntima de éste. La pareja es el núcleo central familiar, en donde dos personas de cualquier sexo, junto a sus hijos forman un proyecto común, y en donde el tipo de convivencia es cambiante. Ambos tienen un trabajo remunerado, pero el trabajo doméstico es desigualmente repartido. Hay mayor flexibilidad en el par poder/subordinación, es decir, hay dependencia mutua junto al apoyo económico y afectivo. Habría roles múltiples, derivado de la flexibilización de la jerarquía dentro del núcleo familiar. La realización para las mujeres tiene que ver con tener un proyecto de trabajo propio o público, pareja satisfactoria sostenedora de la vida cotidiana y maternidad cuidadora. Para los hombres, mantener la superioridad relativa sobre la mujer, estar en actividad, con una activa vida social laboral, paternidad nominal y responsabilidad social.

El modelo de género contemporáneo

Este modelo está en el corazón de la sociedad post-capitalista en donde la persona y la pareja se sitúan en el centro, hay uniones que facilitan proyectos compartiendo recursos, no hay relaciones jerarquizadas, hay uniones con personas del mismo sexo y en diversas modalidades de convivencia. El lugar de los hijos/as es uno más dentro de otros proyectos, las relaciones sexuales no están regidas por exclusividad y las prescripciones y normas tienen que ver con la libertad individual. Tanto la feminidad como la masculinidad tienen los mismos atributos e ideales, con proyectos personales y vitales propios, profesionales, amorosos, paternales, maternos.

Para finalizar se presentan los principales enfoques del estudio del género en salud, se aborda la especificidad y la importancia de las desigualdades de género en salud y algunos conceptos claves que pueden interactuar con el género y que hay que tener en cuenta para la investigación y el desarrollo de políticas.

Enfoques de género en salud

En la literatura sobre estudios de género y salud, pueden diferenciarse líneas de investigación o enfoques. Sara Velasco (2008) las sintetiza de acuerdo con sus objetivos, alcances y métodos y propone recomendaciones para cada una.

La descripción de estos enfoques de género tiene como objetivo brindar información para generar investigaciones, que consideren los elementos que proponen estos modelos, en función de lo que interese profundizar.

La primera línea de investigación, denominada “Salud de las mujeres” es la más clásica, y está centrada en la morbilidad femenina diferencial, a partir de las necesidades que tienen las mujeres por problemas de salud específicos.

La segunda línea de investigación comenzó a desarrollarse por la década de los noventa en España y es la de “Desigualdades de género en salud”, la cual añade la importancia de la relación jerarquizada entre los sexos, a las desigualdades en el estado de salud y a la morbilidad diferencial por sexos, detectando si se omite la diferente prevalencia y presentación clínica de enfermedades como pueden ser las endocrinológicas, autoinmunes, de salud mental, de dolor crónico, musculoesqueléticas.

La tercera línea de investigación se centra en el análisis de los determinantes de género, referido a los modelos y roles sociales. En esta línea, son de importancia los factores de riesgo psicosocial que son diferentes para hombres y mujeres y la denominada “vulnerabilidad de género,” buscándose influir sobre los modelos sociales de género a partir de las intervenciones tanto clínicas como socio-comunitarias

Junto a estos enfoques, es importante considerar el cruce de variables sociales que son relevantes en el estado de salud y la atención sanitaria como la edad, la clase social, el nivel de estudios, la ocupación, la etnia y la orientación sexual (Velasco, 2008). Es decir, atender integralmente a la morbilidad diferencial, las desigualdades e inequidades y los factores determinantes psicosociales del género.

Desigualdades de género en salud

El punto de partida para el estudio de las desigualdades de género en salud tiene relación con poder identificar situaciones sociales discriminatorias, que tienen

impacto en la salud. Así, en general, los problemas de salud mental de las mujeres se dan en relación con condiciones sociales injustas, como ya se pudo identificar en los modelos de género en salud.

Sexo, género y sesgos en la atención en salud

En Salud, muchas veces se han confundido la diferenciación entre sexo y género. Esto se ha observado en muchos trabajos en los cuales no se han tenido en cuenta los conceptos de género en los parámetros de análisis o cuando se ha justificado su uso sólo por el hecho de que la población de estudio esté desagregada según el sexo (Borrell y Artazcoz, 2008).

La confusión entre sexo y género ha implicado que muchas veces en la práctica asistencial se cometan sesgos. El caso de la exclusión sistemática por décadas de las mujeres de los ensayos clínicos, o de investigaciones médicas, generalizando para las mismas los hallazgos visto en hombres es un claro ejemplo de cómo han operado los sesgos en el campo de la medicina. El estudio de los factores de riesgo del infarto de miocardio sólo en hombres es un claro ejemplo de lo ocurrido durante décadas (Ruiz y Verbrugge, 1997; Ramasubbu, Gurm, y Litaker, 2001).

En salud mental, los sesgos pueden darse al no advertir la variabilidad que imprime el género, considerando que las mujeres consultan más, están sujetas a factores psicosociales más dañinos y también porque puede que existan formas diferentes de escuchar, diagnosticar y tratar según el sexo. Las causas de tal variabilidad de género en las diferencias en el patrón desigual de trastornos mentales comunes han sido compiladas por Velasco (2009) y son los procesos de vulnerabilidad, la experiencia de enfermedad, la manifestación de la enfermedad somática, la búsqueda de ayuda, y la atención en los servicios sanitarios.

El sexo se define como un hecho biológico que tiene diferentes niveles de expresión (cromosómico, fisiológico, anatómico) y a partir del cual, se clasifica a los seres humanos en dos grupos, hombres y mujeres (Esteban, 2003).

En cambio, el constructo sistema sexo- género fue propuesto por Gayle Rubin (1975) siendo parte de la terminología utilizada en el discurso científico de las ciencias sociales. Denomina sistema sexo-género al conjunto de dispositivos socioculturales, en particular los sistemas de parentesco forjados por reglas

matrimoniales que transforman a las hembras y machos poseedoras/es en la infancia del potencial sexual humano en su totalidad, en mujeres y hombres, dividiéndolos en dos categorías sociales incompletas la una sin el otro (Rubin, 1975, citado en Stolcke, 2004).

Así, el género refiere a un constructo social basado en las convenciones culturales, actitudes y relaciones entre hombres y mujeres y por lo tanto no es una categoría estática, sino que se produce y reproduce a través de las acciones de las personas. El género puede cambiar de una sociedad a otra y también a lo largo de la historia (Jayme y Sau, 1996). Mientras el sexo hace referencia fundamentalmente a los factores biológicos y fisiológicos, el género implica el abanico de normas socioculturales que determinan las expectativas, comportamientos y roles, así como las desigualdades estructurales del acceso a los recursos entre mujeres y hombres.

Son muchas las interacciones entre sexo y género y no siempre es posible diferenciarlos claramente (Rohlf, Pérez, y Valls-LLobet, 2005).

La asignación de papeles, obligaciones y responsabilidades a cada sexo fomenta la producción de diferencias comportamentales. Los roles de género funcionan como mecanismos cognoscitivos y perceptivos por los cuales la diferenciación biológica se convierte en diferenciación social que delimita los contenidos de la masculinidad y feminidad, incide en la identidad subjetiva y crea estereotipos (Martínez Benlloch y Bonilla Campos, 2000). Sin embargo, el género no se refiere sólo a los roles sociales, de manera de no perder un punto de vista estructural en el estudio del género. Es decir, no sólo es importante el cambio de comportamientos a nivel individual, sino que es necesario que esté vinculado al análisis de desigualdades estructurales que sustentan los roles y comportamientos. Por ello, es esencial analizar cómo se relaciona el género con la clase social ocupacional y las circunstancias materiales del entorno, observando que las personas que se encuentran en desventaja en estos factores tienen peores indicadores de salud, principalmente las mujeres (Borrell, 1995).

Al respecto en una revisión sobre “género, desigualdades y salud pública” se menciona la contribución realizada por Verbrugge en 1985, de las principales hipótesis y evidencias que pueden explicar las desigualdades en salud según sexo/género (Rohlf, Borrell, Fonseca, 2000). Esta autora, destacaba que las principales desigualdades en la salud de mujeres y hombres se debían a los riesgos

diferenciales adquiridos derivados de los roles, estrés, estilos de vida y prácticas preventivas. Como factores importantes, aunque secundarios, citaba la subjetividad de cómo mujeres y hombres perciben y valoran los síntomas y la habilidad y prontitud para buscar ayuda terapéutica. Asimismo, señalaba como factores de menor importancia los contactos anteriores con la asistencia sanitaria, los riesgos biológicos, la capacidad de referir problemas relacionados con la salud y los efectos relacionados con el personal sanitario (p. ej., sesgos relacionados con el sexo del/la médico/a) (Verbrugge, 1985).

Por lo tanto, una perspectiva de desigualdades de género en salud tiene en cuenta las diferencias en la socialización de mujeres y hombres, las cuales determinan distintos valores, actitudes y conductas, las desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos y la división sexual del trabajo, al momento de abordar los problemas de salud además de los factores biológicos ligados al sexo.

Sin concluir

El género no es un determinante más, sino un “entre” que complejiza el estudio de otros determinantes, ya que permite considerar las redes de relaciones de poder tanto a nivel inter-género como intra-género. Estas últimas relaciones, muchas veces perpetúan las discriminaciones en múltiples niveles y ámbitos: en lo subjetivo, las relaciones interpersonales, las estructuras sociales, laborales, económicas y normativas.

Esta observación permite constatar diferencias y tendencias, principalmente, que en la historia occidental y la salud mental en donde, las mujeres han sido las principales protagonistas de las consultas psicológicas y psiquiátricas por depresión. Así, por ejemplo, el malestar mental o psíquico de las mujeres ha sido frecuentemente explicado y construido, a partir de alteraciones en su sistema reproductor, aduciéndoles que sus síntomas o trastornos depresivos eran atribuidos al funcionamiento de aquél. Por consiguiente, los correlatos psicológicos para ellas han sido la sumisión, la dependencia y el sentimentalismo. La feminización de la locura es el título dado al nombrar y esencializar las patologías mentales en las mujeres.

Del lado de los hombres, una invisibilización positiva, es decir, la tendencia a omitir profundizar en las formas del malestar, también en parte porque los

hombres son renuentes a realizar consultas o a hablar de sus malestares o porque expresan más bien mediante conductas agresivas o autodestructivas. El correlato psicológico masculino para ellos ha sido la independencia, la autonomía y la objetividad. Esto es una constante enraizada en nuestra cultura que es preciso advertir y tener presente en el estudio de la salud mental.

El género como meta-determinante pone en suspenso lo que se ha considerado legítimo o inamovible como las representaciones de la salud y la enfermedad en ambos sexos, construidos histórica y científicamente bajo los postulados de una ciencia biologicista y reduccionista, pero también aceptados e interiorizados social y culturalmente por unos y otras.

A partir de lo anterior, los modelos de abordaje de determinantes propuestos han de considerar al género y a la vulnerabilidad sexuada. Por consiguiente, se necesita utilizar un enfoque de género en salud, que considere morbilidades diferenciales, desigualdades e inequidades y determinantes psicosociales de género. Un enfoque que considere las tres líneas es lo óptimo de acuerdo con la recomendación de los expertos.

Si leemos a las desigualdades en clave de género, se precisan modelos que introduzcan elementos que puedan diferenciar los efectos de la vulnerabilidad sexuada -aquello que lo social filtra en los sexos a través de prescripciones, normas, valores y comportamientos definidos para ambos sexos-, acudiendo a enfoques que brinden elementos para identificar los componentes que subyacen a las diferencias en salud mental de hombres y mujeres.

Tanto el modelo de salud de la mujer de Arber, el modelo del género como determinante de la salud de Sen y Östin, son modelos que brindan elementos para hacer una lectura de la salud y además porque jerarquizan diferentes dimensiones de análisis, incluyen la relación de determinantes socio-estructurales con determinantes psicosociales de género y sus efectos en la salud.

No se trata solamente de nombrar los factores que subyacen a las diferencias de género en la depresión, sino también de tratar de mostrar un nivel de determinación, que considere complejizar categorías como ya se mencionó, categorías de la vida social que tienen que ver con la distribución de los recursos, el acceso a oportunidades, la clase social, la ocupación, la etnia, el contexto socio-

cultural donde hombres y mujeres se enferman y lo expresan asimétricamente en cada sociedad de manera particular.

No debe pasarse por alto que la salud mental tiene un alto componente de construcción social. Siendo así, tanto la masculinidad como la feminidad son expresiones de la vida social, pero muchas veces se expresan sobre bases sociales y políticas asimétricas. Por ello, las relaciones de género desiguales, la normalización de la depresión en las mujeres no debe enmascarse bajo las cifras, como así tampoco debe asumirse que los hombres no se deprimen.

Referencias bibliográficas:

- Arber, S. (1997). Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in 1990's. *Soc. Sci. Med.*, 44(6), 773-787.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Cortés, I., Escriba Agüir, V., & Cascant, L. (2007). Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *Epidemiol Community Health*, 39-45.
- Ashton, H. (1991). Psychotropic drug prescribing for women. *Br J Psychiatry*, 10 (suppl), 271-272.
- Borrell, C. (1995). Evolució de les desigualtats socials a la ciutat de Barcelona, 1983-1992. Barcelona: Tesis Doctoral.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp de Salud Pública*, 82, 245-249.
- Borrell, C & Malmusi, D (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, Vol 24 N° extra 1. Págs 101-108
- Brown, G., & Moran, P. (1997). Single mothers poverty and depression. *Psychol Med*, 27(1), 21-33.
- Burín, M. (2013). El modelo hegemónico de salud no tiene como codificar lo que nos pasa a las mujeres. Recuperado el 20 de enero de 2014, de Comunicar Igualdad: <http://www.comunicarigualdad.com.ar/el-modelo-hegemonico-de-salud-no-tiene-como-codificarlo-que-nos-sucede-a-las-mujeres/>
- Burín, M., & Velázquez, S. (1991). El malestar de la mujer. La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós.
- Esteban, M. (2003). El género como categoría analítica: Revisiones y aplicaciones en Salud. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 22-39.
- Frankenhauser, M. (1996). *Women, work and health, stress and opportunities*. New York: Plenum Press.

- Hardelveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W., & Beekman, A. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatr Scand*, 122, 184-91.
- Jayme, M., & Sau, V. (1996). *Psicología diferencial del sexo y género*. Barcelona: Icaria.
- Khon, R; Levay, I; Caldas de Almeida, JM; Vicente, B; Andrade, L; Caraveo-Anduaga, JJ;. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*, 18 (4/5), 229-40.
- Magaña, I., Calquín, C., & Silva, S. (2011). Diversidad familiar, relaciones de género y producción de cuidados en salud en el modelo de salud familiar: análisis de un caso en un CESFAM de la Región Metropolitana de Santiago, Chile. *Terapia Psicológica*, 29(1), 33-42.
- Martínez Benlloch, I., & Bonilla Campos, A. (2000). *Sistema Sexo/Género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universitat de Valencia.
- Menéndez, E. (1988). El modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de atención primaria de la salud*, (págs. 451-64). Buenos Aires.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Revista Salud Colectiva*, 1, 9-32.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-8.
- OMS. (2005). *Género y Salud Mental de las Mujeres*.
- OMS. (2009). *Las mujeres y la salud. Los datos de hoy. La agenda de mañana*. Ginebra.
- ONU. (2010). *The Worlds Women. Trends and Statistics*. Department of Economic and Social Affairs. United Nations.
- Ortega-Ruiz, C. (2011). Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. *Cuadernos Koré. Revista de historia y pensamiento de género*, 1(4), 208-23.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender Differences in Depression. *Critical Review. British Journal Psychiatry*, 177, 486-492. Doi:10.1192/bjp.177.6.486.
- Ramasubbu, K., Gurm, H., & Litaker, D. (2001). Gender bias in clinical trials: do double standards still apply? *J Womens Health Gend Based Med*, 10(8), 757-764.
- Rodríguez, J., Khon, R., & Aguilar-Gaxiola, J. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y El Caribe*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Rohlfs, I., Pérez, G., & Valls-Llobet, C. (2005). Desigualtats de gènere en la salut. En C. Borrell, & J. Benach, *Evolución de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània.
- Rohlfs, I; Borrell, C; Fonseca, M. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanitaria*, 14, 60-71.

Rousou, E., Kouta, C., Middleton, N., & Karanikola, M. (December de 2013). Single mothers self assessment of health: a systematic exploration of the literature. *Int Nurs Rev* , 60(4), 425-34. doi: 10.1111/inr.12044.

Ruiz, M. T., & Verbrugge, L. M. (1997). A Two way view of gender bias in medicine. *Journal Epidemiology Community Health*, 51, 106-109.

Salvo, L. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión con referencia a Chile. *Rev Médica de Chile*, 142, 1157-64.

Sen, G; Östlin , P; Gerorge, A. (2007). Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it Final Report from the Women and Gender Equity Knowledge Network.

Steer, R., Beck, A., & Brown, G. (1989). Sex differences on the revised Beck Depression Inventory for outpatients with affective disorders. *J Pers Asss*, 4, 693---702.

Stolke, V. (2004). La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Estudios Feministas*, 12(2), 77-105.

Stommel, M., Given, C., Kalaian, H., Schulz, R., & McCorkle, R. (1993). Gender bias in the measurement properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D). *Psychiatry Res*, 3, 239-5.

Valls-Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Mondadori.

Valls-Llobet, C. (2011). *Mujeres, Salud y Poder*. Madrid: Cátedra.

Velasco, S. (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en salud*. Madrid: Observatorio de salud de la mujer.

Velasco, S. (2009). *Sexos, género y salud*. Madrid: Minerva.

Velasco, S; Ruiz, M T; Álvarez-Dardet, C. (2006). Modelos de Atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiológicos al malestar de las mujeres. *Revista Española de Salud Pública*, 317-333.

Verbrugge, L. (1985). gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156-182.

Weich, S., Sloggett, A., & Lewis, G. (2001). Social roles and the gender difference in rates of the common mental disorders in Britain: a 7- years population- based cohort study. *Psychological Medicine*, 31, 1055-1064. DOI : 10.1017/S003329170105426.

Wu, X., & De Maris , A. (1996). Gender and marital status differences in depression: the effects of chronic strains. *Sex roles*, 34(5-6), 299-319.

11

Acceso a servicios de salud en territorios *adversos*: registros metodológicos y empíricos de una investigación en la Amazonía Brasileña

Nicolás Esteban Castro Heufemann,
Francisco José Mayorga Marín,
Tania Esmeralda Rodríguez Vargas,
Joana Maria Borges de Freitas,
Elioinai de Araújo Miller,
Júlio César Schweickardt,
Alcindo Antônio Ferla.

Introducción:

El texto que aquí presentamos tiene el formato de un ensayo teórico con motivación empírica y fue producido dentro del contexto de un estudio sobre el acceso a la atención de urgencia y emergencia en un territorio específico del Estado de Amazonas. El artículo fue estructurado a partir de dudas surgidas entre los autores durante el periodo de recolección de datos en campo y en conversaciones e intercambio de opiniones para comprender mejor la dimensión micropolítica del acceso de la población a los servicios, considerando la complejidad de saberes y prácticas que tienen su expresión en ese territorio pero, principalmente, considerando que el recorrido por los caminos de la producción de la salud permite que nos encontremos con situaciones que estaban más allá de las normas y de los protocolos oficiales. La *adversidad* presente en el título pretende destacar un contexto muy diferente del habitual en la planificación de la salud, pero también muy distante de los estándares de pensamiento de la Salud Colectiva el cual, de una u otra forma, constituyó nuestro bagaje previo de conceptos y teorías. En muchos momentos, algunos cuestionamientos rompieron/quebraron hasta el pensamiento y la práctica anterior de gestión e, incluso, de la investigación. Ruptura que fue fortalecida por la presencia de una *mirada extranjera*, que acompañó los hallazgos, traducida por investigadores que tienen producciones en otros territorios de la región amazónica y por estudiantes profesionales visitantes que viven y constituyeron su aprendizaje en otro país¹⁸. Así, al mismo tiempo

¹⁸ Francisco Mayorga y Tania Rodríguez acompañaron la actividad de campo durante la etapa sandwich del Curso de Doctorado en Ciencias de la Salud del CIES/UNAN Managua, en intercambio con el LAHPSA/Fiocruz Manaus.

que relatamos los hallazgos sobre el acceso y uso de los servicios en contextos tan singulares y los modos de ampliar el pensamiento sobre la producción de salud en el territorio, también reflexionamos sobre los modos de *investigar para descubrir*; no solamente para sistematizar lo que fue descubierto. Y los efectos de ese proceso en términos de modos de investigar sobre el acceso a los servicios de salud. Romper ideas y estándares de pensamiento, en este caso, significó abrirse para descubrir otros conocimientos y el aprender durante la ejecución del proyecto.

Establecerse parámetros para entender el uso de los servicios de salud es una tarea ardua y requiere múltiples análisis, centrados en el ciudadano que utiliza la red de servicios de salud, su conformación y, principalmente, en su contexto de vida. Innumerables textos están disponibles para una aproximación con la temática, generalmente aplicando los métodos disponibles en realidades de ciudades con importante grado de urbanización, o manifestando aspectos teóricos del acceso a la salud producidos en contextos generalmente urbanos. El debate sobre el acceso y uso de los servicios de salud es, predominantemente, marcado por las realidades urbanas, por la racionalidad gerencial y por el modelo biomédico de oferta de servicios. Al pensar en la “aventura” de este texto, existe el cuidado de traer aspectos inherentes a un territorio diferente, por ser Amazónico; potente, por ser la mayor biodiversidad del planeta; desafiador, por poseer particularidades geográficas que instiga nuestro imaginario creativo de la investigación, especialmente por la distancia simbólica en términos del *estandar* del pensamiento utilizado en la gestión da salud. En este contexto, la imagen de la pirámide jerárquica de los servicios es poco significativa para representar la red de atención y, así, opera en el sentido de reprimir el pensamiento y no para expandirlo, como se pretende en un trabajo de investigación.

Haciendo una analogía con una “tarrafa”¹⁹ tendríamos una imagen de la red como siendo el contexto de vida de las personas, que en este caso es el ribereño amazónico; los puntos de encuentro de la malla representarían a los locales destinados a la atención del individuo en la red de salud o a los cuidados comunitarios recibidos en su residencia; la malla en sí representaría ese caminar por “entre los puntos de atención” – tanto los formales (red de salud) como los informales (red de apoyo comunitaria). Em el encuentro de la *tarrafa* con el agua tendríamos el producto de esta “caminata”. Entender esa caminata como método (o sea, como un camino y, al mismo tiempo, como una forma o de recorrer), ese modo de andar la vida, ese acceso de los ribereños de *Boa Vista do Ramos* en situación de urgencia y emergencia, es lo que nos interesa destacaren este texto compartido. La comprensión aquí está lejos de la idea de juicio, usual en estudios evaluativos; y comprender significa

¹⁹*Una *tarrafa*es una red de pesca circular con pequeños pesos distribuidos alrededor de toda la circunferencia de la malla. La *tarrafa*es lanzada generalmente con las manos, de tal manera que ésta se abra lo máximo posible antes de caer al agua. Al entrar en contacto con el agua, la red se hunde inmediatamente.

constituir pensamientos otros a partir de las observaciones del cotidiano, considerando el grado de complejidad y la diversidad que ellos presentan.

El acceso ha sido descrito como la oportunidad de la utilización de los servicios en circunstancias que permitan el uso apropiado del mismo, destacando que la mayor parte de la literatura concuerda que acceso no equivale a la simple utilización de servicios de salud (Sanchez & Ciconelli, 2012). El término *acceso* surge en la literatura en la década de los 70 (Aday & Andersen, 1974; Ronald & Newman, 1973), en Estados Unidos, con conceptos que envuelven aspectos geográficos y de características de las poblaciones. En la década de los años 50 y 60 hubo las primeras tentativas de desarrollo de modelos teóricos sobre la utilización de los servicios de salud, destacándose como precursores el modelo de creencias en salud (*health belief model*) y el modelo de Andersen, de 1968, que está centrado en la mediación por factores individuales para la entrada en el sistema de salud y la continuidad del tratamiento (Travasso& Martins, 2004). Desde el Relatorio Lalonde, producido por el Ministerio de la Salud de Canadá, en 1974, que sistematiza las dimensiones de determinación de la salud, se reconoce que el modo cómo se organizan y las condiciones del acceso a acciones y servicios de salud constituye uno de los factores que explican los niveles de salud de la población como un todo y de grupos específicos (Lalonde, 1974).

En Brasil, para garantizarla cobertura universal del *Sistema Único de Saúde* (SUS), la Constitución Federal de 1988 estableció que acciones y servicios públicos deberían integrar una red regionalizada y jerarquizada, capaz de garantizar, como noción de derecho, acceso a servicios integrales de cuidados de salud, lo que representó un paso importante para atenuar las profundas desigualdades entre las regiones del país en lo que respecta al acceso a los servicios de salud (Constituição do Brasil, 1988). La razón de la existencia del SUS es también su principal desafío: asegurar el acceso resolutivo, integral e humanizado a todo ciudadano que procure atención. Sabiendo que la formación histórica y cultural se dio de modo muy diferente entre las regiones del país, era de esperar que tales diferencias marcaran igualmente la implantación del SUS en los diferentes escenarios del país.

La región amazónica se presenta como un importante espacio para el ejercicio del fomento de la equidad en la política de salud, con el fin de tener en cuenta las peculiaridades del lugar y de su población. El reconocimiento de las desigualdades y, muchas veces, de las iniquidades que esas diversidades producen, sitúa el debate en otro patamar y no en aquel que las políticas de salud deben “beneficiar” a la población regional. El tema del acceso y las formas cómo se realiza (y, también, como no se realiza) es, en este caso, también un asunto potente para reflexionar sobre los límites que el debate teórico ha colocado a los modelos utilizados en la planificación de acciones y servicios. Sin perjuicio de lo señalado, los efectos sobre la equidad e integralidad del cuidado que la adversidad local produce, lo que se quiere centralizar en este ensayo es, justamente, el hecho de que el contexto de la

salud existente no es un impedimento para la producción de líneas de acceso y organización del cuidado, sobre todo, porque esas líneas (o caminos) son portadoras de evidencias empíricas para repensar los modos de organizar y planificarlos servicios y las redes de atención.

Es innegable que el acceso es un tema de preocupación de gestores, de profesionales de salud y de usuarios del sistema de salud, principalmente cuando es pensado como una estrategia para disminuir las barreras de las personas que utilizan los servicios, con vistas a aproximar la demanda de la población a la oferta de acciones de salud. Está claro que el acceso a la salud aún es un desafío para las políticas de salud, aunque esté garantizado en la Constitución, que también asegura la salud como un derecho de todas las personas. Sin embargo, en el cotidiano de los servicios y sistema, “aún existe un acceso selectivo, centralizado y excluyente” (Assis & Jesus, 2012, p. 2866). La hipótesis de este texto, basada en el aprendizaje de la investigación, es que parte de la dificultad de planificar adecuadamente la organización de los servicios se da por la baja capacidad que las teorías y métodos tienen sobre la comprensión e interacción con contextos muy diversos de aquéllos en el cual fue desarrollado el conocimiento que sirvió de base. Lo que alerta el pensamiento para una relación entre teoría y práctica, que es de aplicación (las teorías siendo aplicadas en las prácticas de gestión) y no de transversalidad (teorías y prácticas en alianzas de falseamiento recíproco)²⁰.

El análisis de la categoría teórica acceso en este contexto debe ser entendida como constituyente de los principios organizacionales y doctrinarios del SUS, extrapolando la simple asistencia o atención a la salud, pero considerando que están envueltos también los elementos socioeconómicos y culturales que interactúan con aspectos intersectoriales relacionados a las políticas de salud de cada país. Así, el acceso está relacionado con el principio de la equidad (Unglert, 1990).

Otro estudio que refuerza el principio de la equidad como central en la discusión de acceso es el de Castro (2006), en el análisis de la atención hospitalaria según el grupo de renta. Las diferencias de acceso se mantienen, indicando que en la utilización de estos servicios en Brasil entre 1998 y 2003 persiste la desigualdad social, que es potencializada por la dificultad de acceso: “Grupos que presentan más necesidades de salud son justamente aquellos que tienen mayor dificultad de acceder y utilizar los servicios de salud” (Lima, Azoury, Bastos, Coutinho, Pereira & Ferreira, 2002, p. 69). Por lo tanto, discutir las políticas de acceso para grupos y poblaciones específicas es tratar del principio de la equidad y, principalmente, indicar la necesidad de acciones propositivas para constituir

²⁰ Sobre las relaciones entre teoría y práctica y sobre las consecuencias epistémicas y operacionales, se sugiere la lectura del texto “Los intelectuales y el poder, conversación entre Michel Foucault y Gilles Deleuze” (Foucault, 1993).

formas de compensar las adversidades que fragilizan la salud y la vida de ciertos grupos. Siendo así, la “equidad en salud es comprendida como directriz para organizar acciones y servicios de salud distintos y direccionados para grupos poblacionales desiguales socialmente”, teniendo como dispositivo movilizador la ‘discriminación positiva’ para superar estas desigualdades injustas a través de la formulación e implementación de determinadas acciones (Assis & Jesus, 2012, p. 2870).

Sin embargo, es un hecho que la disponibilidad de servicios y acciones constituye una primera dimensión relevante de la condición de acceso de la población. La distribución de los recursos de salud (instalaciones físicas y equipamientos, pero también la fuerza de trabajo, representada por los diferentes trabajadores que producen acciones y hacen funcionar los servicios) no es aleatoria, sino que sigue algún tipo de determinación política, social o ambiental (Peiter, 2005). Entender lo que determina esa distribución puede ser la clave para la comprensión de los procesos salud-enfermedad en un territorio y en un determinado momento histórico, así como la producción cotidiana de la salud. La pretensión es “colocar entre paréntesis” los modelos de atención a la salud ofrecidos a las poblaciones ribereñas *Boavistenses*, pensando en su contexto y cotidiano de vida. Esto, bajo nuestra perspectiva, no es conocido y esto trae formas nuevas de pensar y nuevos diseños de proyectos que permitan captar realidades de vida complejas; del andar, vivir, subsistir, desplazarse y trabajar a orillas del río en el cual habita, lo que dice mucho del mundo ribereño (Ferreira, 2004).

La Amazonia, por poseer la cuenca hidrográfica más grande del planeta, tiene, en su población ribereña su mayor representante, dispersa en rincones de ríos y lagos; lo que requiere conocimientos y experiencias singulares de la región. En este entorno predominan dos términos genéricos de aplicación de base popular y cotidiana: la “tierra firme” y la “várzea”²¹. Desde el punto de vista científico, la tierra firme no es igual en todas partes, presentando gran continuidad y homogeneidad en las bandejas corrugadas de la Amazonia y modificaciones sectoriales en diversos puntos debido al contraste en los suelos aflorantes. A veces, aparecen pequeños sectores donde se verifica la existencia de mucha arena y donde la floresta no se presenta: prados y tierras arenosas (Ab’Saber, 2005).

Ante la perspectiva de un territorio de *várzea*, es necesario comprender un lugar que existe y que es organizado a partir de la movilidad y fluidez. En este sentido, el constante movimiento de ese lugar tan dinámico tiene un significado importante para repensar mejor la organización y la planificación del sistema de salud en la Amazonia. No podemos olvidarnos que una parte significativa de la Amazonia es constituida por una inmensa red de ríos, lagos, cuencas y arroyos, que se modifican con el ciclo de las aguas, entre la

²¹La *várzea* es una llanura inundable formada por una red de ríos, que está sujeta, parcial o totalmente, a las inundaciones anuales, siendo su suelo constituido por sedimentos que son depositados anualmente en los ríos.

inundación y la sequía, moldeando el acceso móvil y los propios profesionales de salud en esos territorios (Schweickardt, Lima, Simões, Freitas, & Alves, 2016).

Algo representativo en nuestra realidad es lo que llamamos de “territorio líquido”, que, para Lima, Simões, Heufemann, & Alves (2016), es uno de los analizadores cualitativos de políticas públicas de salud para los escenarios de atención a la salud, presente en la organización y en el proceso de trabajo adaptados a la realidad amazónica. Así, tratamos el líquido como una realidad concreta, pero también simbólica, que une a las personas, que conecta las realidades, que tiene un tiempo y mezcla las historias de las personas con las historias de los lugares. En ese escenario de territorio líquido, el río no es un divisor-delimitador del espacio, como lo es para la geografía física, sino es un elemento que permite la conexión y la unión entre personas, servicios e instituciones (Kadri, Wilson, Schweickardt, Linn, Farias, Moreira, & Lima, 2017). Por la “superficie líquida” es que se opera el desplazamiento más cómodo y ágil, puesto que la “superficie sólida” está ocupada, en gran parte, por jungla, por poblaciones diversas y, principalmente, por enormes distancias que normalmente no cuentan con carreteras ni ferrocarriles.

La noción de territorio mencionada valoriza los modos cómo los grupos sociales organizan y modelan su espacio, dando significado a sus prácticas sociales y a los símbolos compartidos por la colectividad. De esa manera, tenemos una territorialidad que es significativa e interpretada por sujetos y grupos sociales que demarcan un determinado espacio. No podemos negar que las prácticas ocurren en una determinada área geográfica, pero no puede ser reducida por la geografía porque son los seres humanos que dan sentido al lugar (Schweickardt et al., 2016). La preservación de la *várzea* como fuente de renovación para los ríos, en términos de nacientes de agua y de la vida animal es una buena indicación de que no se trata solo de un evento geográfico.

La percepción de singularidad de esta población, de este territorio, de esta cultura y de tantas otras peculiaridades locales, nos hace pensar en un formato de investigación que se permita compartir entre “las personas” que la recorren. Se encuadran gestores, trabajadores, usuarios, discentes y docentes y otros colaboradores que directa o indirectamente fortalecen la red de apoyo de la investigación. Este encuentro, por sí solo, busca generar conocimientos y tecnologías singulares y apropiados para la realidad sentida en el contexto de vida de las personas, diseño que permite un intercambio de “miradas de investigación y de saberes”, una puerta de escape del aislamiento (sea del mundo del trabajo o del estudio), invenciones creativas en el caminar metodológico sobre todo, el sentimiento de que la distancia entre el investigar, el vivir y el trabajar en salud son acciones que se permiten conexas y que generan un saber que no pretende ser una verdad absoluta, pero sí una vivencia. La separación entre sujeto y objeto de la investigación, aquí, es falsa. No solo por un movimiento de inclusión, muchas veces artificial, sino por estar en el contexto de una tercera orilla, o sea, en el propio “lecho” del estudio, como en la metáfora poética

de Guimarães Rosa, y necesitan inventar las formas de la travesía ante las sorpresas que el río produce, continuamente (Baptista, Ferla, Machado, Nicoli, & Pellegrino, 2019).

Esa “otra” orilla nos permite pensar en recursos metodológicos que se conecten con la realidad de vida de las personas, que favorezcan el encuentro y que no se jerarquicen en importancia o preferencia en el andar de la investigación. Este recorte de análisis, como se registró precedentemente, forma parte de un proyecto “macro” intitulado: *O acesso da população ribeirinha à rede de urgência e emergência no Estado do Amazonas*; ejecutado por el Laboratorio de Historia, Políticas Públicas en la Amazonia (LAHPSA) del Instituto Léonidas y Maria Deane/ILMD FIOCRUZ AMAZONIA en el ámbito del *Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde* (PPSUS), fomentado por la *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas* (FAPEAM) en conjunto con la *Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas* (SUSAM), el *Ministério da Saúde* (MS) y el *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* (CNPq). En este texto optamos por presentar descripciones y reflexiones del encuentro entre los representantes del municipio de *Boa Vista do Ramos* y del LAHPSA; la descripción del trabajo en región habitada por poblaciones ribereñas *Boavistense*; y aspectos de la prospección en el campo de estudio.

Una aproximación: Boa Vista do Ramos (BVR) y el LAHPSA

Por ser uno de los municipios que serían contemplados en la investigación y de toda la articulación ocurrida entre BVR y el LAHPSA, ajustamos la inmersión en el cotidiano de vida del ribereño *Boavistense*. La inmersión en el municipio de BVR está vinculada a la etapa de investigación en la Regional de Salud del Bajo Amazonas (RESABA), con negociaciones previas con la gestión de salud local. *Inmersión*, en este caso, es una técnica de investigación que permite, al mismo tiempo que se entrevista y se recolectan datos de otras fuentes primarias y secundarias, establecerse en el contexto del campo empírico, teniendo el cuerpo y las sensaciones como ayudantes en el proceso del hallazgo. La decisión por iniciar el trabajo de campo en BVR surgió del grupo de investigación y, principalmente, por el interés de trabajadores y de la gestión local en entender las nuances del movimiento ribereño cuando son acometidos por un sufrimiento agudo que necesite de cuidados de urgencia y emergencia.

Estudios con marcada pertenencia amazónica, con prácticas que buscan aliar lo científico al cotidiano de la sociedad y de la naturaleza, ha sido la tónica del LAHPSA y de sus investigadores, teniendo como línea conductora, el área de salud colectiva. Estudiar a la población ribereña no permite hacer una comparación con una población urbana, ya sea de la Amazonia o de cualquiera gran ciudad del país. Siendo así, investigar bajo esa perspectiva torna inevitable la inferiorización, e inferiorizar es producir ausencia, en un

lugar donde existe una presencia única, específica, por lo tanto, incomparable, donde ocurren innovaciones también de modo particular (Schweickardt, Kadri, & Lima, 2019).

En este momento de intercambios de experiencias, de planificación y, sobre todo, de compartir saberes entre BVR y el LAHPSA, fue fundamental la educación permanente (EP) como gerenciadora de conversaciones, miradas, aprendizajes y como una potente “fuente de luminosidad” en la caminata. Para algunos autores (Ferla, Schweickardt, Bueno, Baptista, Martins, & Trepte, 2019) la política de Educación Permanente en Salud comparte la idea de que nuevas alianzas entre el conocimiento y el trabajo son posibles, cuando se define como aprendizaje en y por el trabajo (Ceccim & Ferla, 2008) para el desarrollo de sistemas y servicios de salud. De la misma manera, cuando se define como modalidad de enseñanza-aprendizaje capaz de generar conocimiento significativo, se habla de razón y emoción en el encuentro entre el aprender y el hacer. La Educación Permanente en Salud es una travesía de fronteras entre la educación y la salud, entre el hacer tecnocientífico y la integralidad de la salud, entre la salud y la ciudadanía. De forma simplificada, esas ideas fecundan la producción de conocimientos y tecnologías con el trabajo cotidiano, permitiéndonos ver otras salidas a la ecuación de fin, de caos, que circulan entre nosotros. Vale insistir que la EP fue transversal en todo el proceso de investigación, en momentos de supuestos aciertos y en momentos de equívocos de conducción, siendo vital la madurez de los participantes.

La educación permanente aplicada a la investigación nos orienta que el cotidiano del hacer del estudio también genera aprendizajes y ajustes en los planes y procedimientos definidos previamente. No como “ajuste en situaciones de inviabilidad”, sino como las adecuaciones del hacer a la motivación de la investigación en el cotidiano, con un hacer abierto a los hallazgos y aprendizajes del investigador que coloca su hacer en análisis. Para un estudio guiado por la expectativa del aprendizaje en el acto, es fundamental vivir la tensión entre la condición de alteridad (*outramentos* en el cuerpo del investigador) y la “mirada extranjera”, de la cual ya se habló precedentemente; dicho de otra forma, ahora basado en la imagen producida por Foucault y Deleuze (Foucault, 1993), no es oportuno llevar para el campo empírico la expectativa de constatación de lo ya sabido (aplicación de la teoría sobre la práctica), sino la expectativa de una alianza de transversalidad entre la teoría (constructo teórico del proyecto) y la práctica (el recorrido por el campo empírico). Algunos pasos (momentos de encuentro) fueron construidos previamente a la ida al campo, que es el caso que dio motivación para este ensayo.

En un primer momento, investigadores del LAHPSA tuvieron la oportunidad de participar de la Conferencia Municipal de Salud de BVR, espacio privilegiado de fortalecimiento de la democracia y de la participación popular en el sector salud en Brasil. En este encuentro hubo una aproximación a la gestión del municipio, trabajadores y usuarios con la propuesta de la investigación y sus posibles desdoblamientos. En este espacio de charlas y

proposiciones conseguimos exponer, en términos generales, las principales características del estudio y, al mismo tiempo, estimular la escucha de lo que moviliza la participación para la cualificación del sistema de salud local.

En un segundo momento, fomentamos un Taller de Escritura y de “impresiones de la investigación” en el municipio de Parintins (municipio de referencia del Bajo Amazonas). Espacios de madurez y de EP, los talleres fueron realizados en las dos regiones de salud participantes del estudio (Triángulo y Bajo Amazonas). Esta metodología ha ayudado a planificar, estructurar, fomentar la escritura y, sobre todo, de crear lazos de solidaridad y de compartir la investigación con todos los apoyadores locales. La escritura aquí no es sólo la representación del pensamiento; sino que también es la producción de redes ampliadas de sentido para las temáticas en estudio, puesto que el ejercicio envuelve diferentes actores, y la producción de otros pensamientos, en la medida en que los nexos que son producidos en la escritura generan nuevas conexiones y problemas al pensamiento (Ferla et al., 2019).

En un tercer momento, fue ofrecido, en Manaus, el Taller de Sistemas de Información, del cual participaron servidores de las Secretarías de Salud de los municipios pertenecientes a las regiones de salud cubiertas por el estudio. Momento formativo de investigadores y colaboradores del estudio, reforzando el empeño y compromiso de mejorar las bases de datos y todo el proceso de construcción de las informaciones municipales. Fue una importante etapa de adhesión de los municipios, de la EP y de caracterización de los municipios con datos secundarios y descriptivos. El taller también fue planificado como un dispositivo de pensamiento, en la medida que permitió relevar fuentes de datos y metodologías de análisis, demostrando lógicas que operan en los sistemas de información de uso regular en la salud, pero que pueden no representar las lógicas que construyen sentidos a los hechos notificados por los diferentes actores de donde se originan.

En las discusiones y declaraciones realizadas al final del referido taller supimos que BVR es referencia en apicultura amazense y que, a pesar de formar parte de los municipios que componen la RESABA, tiene una estrecha relación con la Región de Salud del Medio Amazonas. Un diagnóstico inicial del área de estudio se hace necesario, considerando las características peculiares del territorio y de la dispersión de su población y pautados en variables e indicadores demográficos, de salud, de la situación económica, de la situación geoecológica, etc.

Se torna interesante, para el objetivo del ensayo, identificar hechos intangibles en el momento de la planificación del estudio y en la revisión bibliográfica, que fueron percibidos en el transcurso por el campo empírico y que, por la compatibilidad con el objetivo de la investigación, tuvieron que ser incorporados con formatos diversos: nuevos aprendizajes, representaciones geográficas, imágenes, sensaciones, entre otros. La metáfora que muestra el efecto, para la pesquisa, de esos encuentros inimaginables en el

momento de la planificación es la *mirada extranjera*, como si fuera un turista explorando un nuevo territorio y haciendo sobre él nuevas preguntas, derivadas de la pregunta inicial para su viaje, que es “¿qué puede ser visto en este lugar?”

Figura 1- Mapa de Boa Vista do Ramos/AM.



Fonte: Google Maps, 2019.

El mapa registra un efecto de dispersión, distancia y de alcance que, convertido en número e indicador matemático, pierde parte del efecto para hablar de acceso. El territorio de *Boa Vista do Ramos* está ubicado en un área de cuencas, cubierta principalmente por jungla de tierra firme y matas de *várzea*, y en menor proporción, por igapós a orillas de canales y “furos”²² y campos naturales que surgen en las márgenes de los lagos ocupando sus áreas en las épocas de reflujos de las aguas (Boa Vista do Ramos, 2017).

Con relación a la capital del Estado, la sede del municipio está a una distancia de 270 Km en línea recta y a 370 Km por vía fluvial. El municipio posee un área de 2.598 km² y su población estimada para el año de 2018 es de 18.080 habitantes, distribuidos en la sede y en 47 (cuarenta y siete) comunidades rurales y 07 (siete) núcleos. Todas las comunidades

²²Comunicación natural entre dos ríos o entre un río y una laguna de *várzea* (laguna formada durante la época de crecida del río).

desplazamientos, lo que también es influenciado por la potencia del motor; de esa trama de recorridos de “aguas”, a veces llenos/a veces secos, que constituye el “tiempo amazónico”, contado en curvas de ríos y no en manzanas edificadas, contado en bordes, precipicios, y no en kilómetros, contado en litros de combustible y, sobre todo, en costos por desplazamiento.

Estas variables no son meras curiosidades o simples aspectos de la realidad local, están relacionadas de forma visceral con la capacidad de acceso de estas poblaciones a los servicios públicos de salud en momento de aguda necesidad. Estas variables nos interesan como “marcadores de entrada en los servicios de salud” que pueden ser utilizadas para pensar en posibilidades de acceso de estas poblaciones a la Red de Urgencia y Emergencia.

Una de las formas de aproximación con este campo de actuación es a través de la investigación evaluativa, que clásicamente consiste en analizar la pertinencia, los fundamentos teóricos, la productividad, los efectos y el rendimiento de una intervención (Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Pineault, 1997), que en este estudio están vinculados al acceso a la Red de Urgencia y Emergencia por la población ribereña *Boavistense*. Más que información para la toma de decisión y el fortalecimiento del sector salud, estas informaciones pueden fortalecer el campo de investigación local y subsidiar a los comunitarios en el fortalecimiento del control social. Variables como el tiempo, el costo, el tipo de motor y el “comportamiento del río”, son informaciones valiosas para “articular” la atención para esas poblaciones.

Figura 3- Territorio Líquido, BVR.



Fonte: Nicolás Heufemann, 2019.

En el abordaje evaluativo, algunas herramientas y técnicas son importantes en el esfuerzo por entender la realidad en su contexto de estudio; además, la evaluación estudia desde las prácticas del cotidiano hasta aquéllas relacionadas con el trabajo, en sus diversos ámbitos (Silva, 2005). Esta misma autora refuerza que para tales prácticas evaluativas (desde las prácticas del cotidiano en un extremo hasta la investigación evaluativa propiamente dicha, en el otro extremo) hay una multiplicidad de posibilidades de evaluación y que la construcción de un Modelo Teórico y de un Modelo Lógico son estrategias importantes para explicitar la racionalidad subyacente del programa, especificando el comportamiento perseguido, la población destinataria, las condiciones del contexto, el contenido del programa y los atributos necesarios y suficientes para producir aislada o integradamente los efectos esperados.

Aspectos de la prospección en el campo de estudio

Una de las opciones que hicimos fue la de hacer una inmersión en comunidades dispersas a lo largo de los principales lechos de río del municipio de BVR, el *Curuçá* y el *Paraná do Ramos*. Optamos, de forma compartida, cubrir las más lejanas localidades, en ambos ríos; en comunidades a media distancia y en otras cercanas a la sede de BVR. Aquí están descritos aspectos da vivencia, a veces con características de un recorrido metodológico, a veces como recorrido de vida, de **investigador in-mundo**²³.

Una de las características de este marcante inmersión en campo de investigación y de vida, de gran repercusión en la trayectoria de los investigadores, fue la posibilidad de reconocer el “objeto de estudio” no como neutralidad en nosotros, investigadores, sino como potencialidad. Como dice Cerqueira Gomes et al., (2014), el investigador y el objeto en un mismo proceso, yendo más allá en una producción intrínseca e intercesora, ellos no se diferencian en la construcción y en el hacer investigativo, siendo el usuario también productor de saber, sin embargo, un saber no dominado, no jerarquizado, pero sí transversalizado, inductor de la discolocación y distribución de las relaciones de saber-poder, creando redes de sustentabilidad y producción de vida. Red imprescindible para los diseños de las tecnologías leves, reforzando que el actuar/investigar en salud es también operar en la micropolítica de los encuentros, campo de prácticas sociales que son constituidas por dispositivos sustentados en el universo del *trabajo vivo en el acto* (Merhy, 2007a).

Otro momento que formó parte del proceso de inmersión en el campo fue el de registros de imágenes en los desplazamientos, de los paisajes (crecida del río), de los encuentros

²³Para Abrahão et al. (2014) el investigador no es neutro, por el contrario, produce acción política, activa y, en esa producción, se contamina al dar cabida a múltiples procesos de subjetivaciones y de fabricación de mundos.

entre los “vividores del proceso de investigación”, además de la posibilidad de “mantener la memoria” de lo vivido en imágenes. La posibilidad de rescate de sensaciones, de aromas, de sentidos otros del estudio forma parte del componente visual proporcionado por las imágenes y como una herramienta de los investigadores para que expongan no sólo sus vivencias, sino que puedan exponer un registro, aunque sea restringido, pero poderoso, de las acciones temporales y de los acontecimientos reales – concretos, materiales; después de todo, las imágenes y la tecnología son una contribución y no un fin, para el investigador social (Loizos, 2008).

Figura 4- Rios que colindan en BVR.

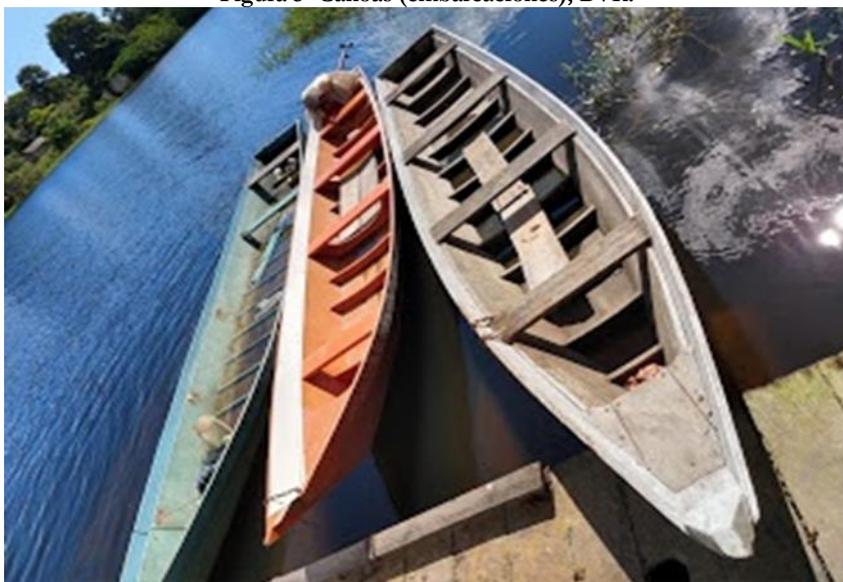


Fonte: Nicolás Heufemann, 2019.

Impregnando los caminos de la investigación, la Educación Permanente en Salud reforzó el encuentro entre la ciencia con la gestión, el trabajo, educación y usuarios ribereños. La metodología del encuentro, como lugar de la producción de cuidado fue destacada por Azevedo, Schweickardt, Martins, Lima, & Moreira (2019) como lugar de uso de tecnologías

leves²⁴. De acuerdo con los mismos autores, el encuentro siempre produce un aprendizaje porque nunca vamos a entrar en el mismo río y en la misma agua, por consiguiente, no somos los mismos, parafraseando al filósofo Heráclito, que se aplica bien a nuestro escenario, paisaje, palco y drama de la vida. Una “piel in-mundizada” en diferentes aguas, nos permite in-mundizar la investigación con métodos que no solamente triangulan, sino se permiten ser trayectos de mandalas de métodos.

Figura 5- Canoas (embarcaciones), BVR.



Fonte: Nicolás Heufemann, 2019.

Aprendizajes del Método

Este ensayo fue producido como posibilidad de pensar en la diversidad Amazónica, en especial a la ribereña, sus poblaciones y de cómo la “mirada” precisa ser atravesada por la diferencia, por la diversidad por el “local”, sin perder de vista el todo. Algunas conversaciones, apuntes y vivencias fueron rescatados por los autores en el escenario de la Educación Permanente, con vistas a la construcción de relatos más y más colaborativos. Los mecanismos de aproximación de la compleja realidad de vida de las personas requieren

²⁴Merhy (2007b) enaltece dimensiones materiales y no materiales para producir salud: tecnología dura (equipamientos y maquinas), leve-duras (saber tecnológico clínico e epidemiológico) y la tecnología leve (formas relacionales de actuar en la producción de actos de salud).

un esfuerzo de aproximación, de incorporación de métodos de construcción de investigación, que den visibilidad a lo previsto en espacios de singularidad y multiplicidad. Aquí, como en otras oportunidades, considerar la investigación como educación permanente, o sea, pensar el desarrollo de ella con respecto a las preguntas que fueron su motivación inicial, con base en el análisis del cotidiano del hacer el propio estudio. El investigador se vuelve un poco artesano de métodos y técnicas y un poco la población y el territorio en estudio. No se trata, como en los abordajes mixtos, de ajustar técnicas y métodos a las viabilidades del contexto. Se trata de reconocer que, en la investigación, también el *camino se hace al andar*. Y que, por lo tanto, el cuerpo todo del investigador está en el contexto de la investigación y puede actuar en el sentido de registrar e interpretar el contexto, en redes de alteridad con su entorno. Aprender con el cotidiano significa inventar los modos de investigación en ese cotidiano, considerando el plan inicial, las motivaciones y preguntas de investigación, pero también a partir de los aprendizajes locales.

No está demás resaltar que no hay respuestas únicas y perennes para este diseño de estudio. Existe maleabilidad, diversas miradas y el esfuerzo de conectar la realidad de vida con preceptos metodológicos que se adecúen a lo vivido y sentido por el ribereño y por el cuerpo de los investigadores. El “hacer interdisciplinario” es, en la actualidad, imperativo, para escudriñar realidades complejas que demandan respuestas también complejas. Existe un sistema complejo de registros, que coloca una fuente en diálogo con otra, incluso de aquéllas que surgen a lo largo del camino (la travesía de la tercera orilla es la propia travesía del río, en la metáfora inicial). Así, una imagen momentánea necesita de un registro fotográfico, una idea nueva necesita de datos empíricos para constituir su representación, una conversación paralela a la entrevista necesita de registro y autorización, un pensamiento exterior, movilizado por una persona o cosa, necesita de registro. Así es el cotidiano del investigador: una recolección de registros que también se incrustan en su cuerpo y se desplazan hacia su aprendizaje. Traducimos esta condición a través de la imagen de la “mirada extranjera” que siempre está llena de hallazgos y, en el caso del campo empírico del estudio, estaba materializado en el extrañamiento de los investigadores brasileños, pero también en el impacto de los colegas nicaragüenses que se asociaron a la actividad de investigación. Al final, más que un investigador con mayor experiencia, se torna un nuevo punto en la red que configura su campo de estudio. Y el resultado también es la producción de nuevos rumbos en campo empírico.

Otra reflexión que coincide con este escenario de la producción del cuidado es la que envuelve la equidad en salud en la región amazónica; no se puede dejar de incorporar el factor amazónico en las políticas de salud. Está claro para los participantes de la investigación que las ya conocidas combinaciones influyen de forma profunda el proceso salud y enfermedad: (a) grandes distancias; (b) curso de los ríos, normalmente como la única opción de acceso; (c) variaciones climáticas cada vez más expresivas, considerando

cambios en el clima en escala global (Lima et al., 2016). Así que, pese a producción social de la salud, las características de este territorio líquido necesitan ser incorporadas en la producción de la equidad en las políticas (Kadri et al., 2017; Pereira, F. R, Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., & Schweickardt, K. H. S. C., 2019).

Para la gestión de la salud en la Amazonia, entre los desafíos de primer orden, están aquéllos vinculados a las especificidades regionales. La dificultad de acceso, debido tanto a la extensión territorial como a la precariedad de los medios de transporte y comunicación, se suman a la carencia de profesionales y trabajadores de la salud. A pesar de eso, la Región Amazónica nos coloca ante la necesidad de creación y de la inventiva, produciendo innovación en los formatos de construcción de proyectos pedagógicos en salud pública en ese contexto tan específico (Schweickardt et al., 2016).

Finalmente, resaltamos que forma parte del complejo juego del cuidado, la condición de habitante de una comunidad, así como también su vida social y cultural. El contexto no es solamente una moldura de los determinantes sociales, sino que constituye el complejo escenario que es difícil de ser representado teóricamente porque es, ante todo, vivido. Aquel lugar y aquellas personas escogieron vivir allí, por lo tanto, tiene un significado y sentido de producción de vida (Heufemann, Lima, & Schweickardt, 2016) que nos estimula y desafía como investigadores. Desafío de poder utilizar y adecuarlas dimensiones de acceso en el escenario específico ribereño Amazónico, atravesando furos, enfrentando *banzeiros*²⁵ y reconociendo que los territorios son existenciales de hecho, en su dimensión material y simbólica.

Referencias bibliográficas:

- Ab'Saber, A. (2005). Problemas da Amazônia brasileira. Estudos avançados. São Paulo, 19(53), 7-35.
- Abrahão, A. L., Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Talleberg, C., Chagas, M. S., Rocha, M., Vianna, L. (2014). Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: M. P. C. Gomes & E. E. Merhy (Orgs.). Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. (pp. 155-170). Porto Alegre: Rede Unida.
- Aday, L.A, Andersen R. (1974). A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 9(3), 208-20.
- Assis, M.M.A.; Jesus, W.L.A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11), 2865-2875.
- Azevedo, E.S., Schweickardt, J.C., Martins, F.M., Lima, P.T., Moreira, M.A. (2019). Saúde ribeirinha em Tefé: aprendizados da atenção básica em um território em movimento. In: M. A. Moreira, R.

²⁵Sucesión de olas provocadas por el paso del macareo o de una embarcación a vapor, en el río.

- Figueiró, A. A. Ferla, & J. C. Schweickardt (Orgs.). Educação permanente em saúde em Tefé / AM: qualificação do trabalho no balanço do banheiro. (pp. 160-178). Porto Alegre: Rede Unida.
- Baptista, G. C., Machado, F. V., Nicoli, M. A., & Pellegrino, V. (2019). Participação em saúde e práticas de pesquisa: aprendizagem na investigação da experiência italiana do Community Lab. Em: Lemos, Flávia Cristina Silveira; Galindo, Dolores; Bicalho, Pedro Paulo Gastalho de; Oliveira, Paulo de Tarso Ribeiro de; Reis Júnior, Leandro Passarinho; Silva, Jéssica Modinne de Souza e (Orgs.). *Psicologia sociopolítica e dispositivos institucionais: a produção das subjetividades em uma cultura autoritária*. Curitiba: URV.
- Becker, B. (2005). Geopolítica da Amazônia. Estudos avançados. São Paulo. 19(53), 71-86.
- Boa Vista do Ramos. Prefeitura Municipal De Boa Vista Do Ramos. Secretaria Municipal De Saúde. (2017). Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Boa Vista do Ramos: SMS.
- Castro, M. S. M. (2006). Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. 11(4), 987-998.
- Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. educ. saúde*. 6(3), 443-456. Recuperado en: 02 setembro, 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>
- Cerqueira Gomes, M. P., Merhy, E., Silva, E., Abrahão, A. S., Vianna, L., Rocha, M., Schiffler, A. C. R. (2014). Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: M. P. C. Gomes & E. E. Merhy (Orgs.). *Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. (pp. 25-42). Porto Alegre: Rede Unida.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (2001). [Coleção Saraiva de Legislação]. (21ª ed.). São Paulo: Saraiva.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., Pineault, R. (1997). A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Z. M. A. Hartz (Org.). *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. (pp. 29-47). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ferla, A. A., Schweickardt, J. C., Bueno, A. X., Baptista, G. C., Martins, F. M., & Trepte, R. F. (2019). Narrativas como dispositivo de educação permanente em saúde: uma experiência em Tefé. In: M. A. Moreira; R. Figueiró, A. A. Ferla, J. C. Schweickardt (Orgs.). *Educação permanente em saúde em Tefé/AM: qualificação do trabalho no balanço do banheiro*. (pp. 194-208). Porto Alegre: Rede Unida.
- Ferreira, A. B. H. (2004). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 3ª ed. Curitiba: Positivo.
- Foucault, M. (1993). *Microfísica do Poder*. (11ª ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Fraxe, T. J. P. (2000). *Homens anfíbios: etnografia de um campesinato das águas*. São Paulo: Annablume.
- Garnelo, L., Sousa, A. B. L., Silva, C. O. (2017). Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 22 (4), 1225-1234.
- Giovanella, L., Fleury, S. (1995). Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz, C. (Org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. (pp. 177-198). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Haesbaert, R. (2004). Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade. In: Anais do I Seminário Nacional sobre Múltiplas Territorialidades. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Geografia da UFRGS.

Herzlich, C. (1991). A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*. 1(2), 23-36.

Heufemann, N. E. C., Lima, R. T. S., Schweickardt, J. C. (2016). A produção do cuidado em saúde num território amazônico: o 'longe muito longe' transformado pelas Redes Vivas. In: E. E. Merhy, R. S. Baduy, C. T. Seixas, D. E. S. Almeida, & H. Slomp Júnior (Orgs). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. (pp. 332-335). Rio de Janeiro: Hexis.

Kadri, M. R. A., Wilson, D. R., Schweickardt, J. C., Linn, J. G., Farias, L. N. G., Moreira, M. A., & Lima, R. T. S. (2017, abril). *Igarapé* fluvial mobile clinic: Lessons learned while implementing an innovative primary care approach in Rural Amazonia, Brazil. *Int. J. Nurs. Midwifery*, 9(4), 41-45.

Lalonde M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare.

Lima, J. C., Azoury, E. B., Bastos, L. H. C. V., Coutinho M. M., Pereira, N. N., Ferreira, S. C. C. (2002). Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 26(60), 62-70.

Lima, R. T. S., Simões, A. L., Heufemann, N. E. C., & Alves, V. P. (2016). Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: R. B. Ceccim, J. A. Kreutz, J. D. P. Campos, F. S. Culau, L. A. F. Wottrich, & L. L. Kessler (Orgs). Intensidade na atenção básica: prospecção de experiências 'informes' e pesquisa-formação. (pp. 269-293). Porto Alegre: Rede Unida.

Lima, S. M., Tourinho, H. L. Z. (2017). Território, territorialidade e fronteira: o problema dos limites municipais e seus desdobramentos em Belém/PA. *Urbe, Rev. Bras. Gest. Urbana, Curitiba*, 9(1), 96-109.

Loizos, P. (2008). Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. (2ª ed.). (pp. 137-155). Petrópolis: Vozes.

Mapa de Boa Vista do Ramos. (2019). Recuperado em: 12 setiembre, 2019 de <https://www.google.com/maps/place/Boa+Vista+do+Ramos+-+AM,+69195-000/@-3.1633566,-57.7034128,9z/data=!4m5!3m4!1s0x926433978562f22d:0xc6602e443430d554!8m2!3d-2.9715711!4d-57.5857691>

Merhy, E. E. (2007a). O cuidado é um acontecimento e não um ato. Recuperado em: 02, setiembre, 2019 de <https://sites.google.com/site/paginadomerhy/>

Merhy, E. E. (2007b). Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: E. E. Merhy (Org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. (pp. 15-35). (4ª ed). São Paulo: Hucitec.

Nogueira, A. R. B. (2014). Percepção e representação gráfica: a "geograficidade" nos mapas mentais dos comandantes de embarcações no Amazonas. Manaus: EDUA.

Peiter, P.C. (2005). Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio (Tese de Doutorado), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Geociências, Rio de Janeiro.

- Pereira, F. R., Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., Schweickardt, K. H. S. C. (2019). O banheiro no território líquido da Amazônia: a micropolítica do trabalho de uma equipe de saúde ribeirinha. In: J. C. Schweickardt, M. R. Kadri, R. T. S. Lima. *Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. (pp. 92-111). Porto Alegre: Rede Unida.
- Rojas, L. I. (1998). Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*. 14, 701-11.
- Ronald, A. & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 51(1), 95–124.
- Sanchez, R. M., Ciconelli, R. M. (2012). Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 31(3), 260–8.
- Santos M. (1996). *A natureza do espaço, técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec.
- Santos, M. (1988). *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Hucitec.
- Schweickardt, J. C., Kadri, M. R. & Lima, R. T. S. (2019). Territórios, águas, gentes e modos de fazer saúde num território em permanente movimento. In: J. C. Schweickardt, M. R. Kadri & R. T. S. Lima. *Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. (pp. 08-14) Porto Alegre: Rede Unida.
- Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., Simões, A. L., Freitas, C. M. & Alves, V. P. (2016). Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: R. B. Ceccim, J. A. Kreutz, J. D. P. Campos, F. S. Culau, L. A. F. Wottrich, & L. L. Kessler (Orgs). *In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede*. (pp.101-132). Porto Alegre: Rede Unida.
- Silva, L.M.V. (2005). Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Z. M. A. Hartz & L. M. V. Silva (Orgs.). *Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. (pp. 15-39). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Souza, E. C. F., Vilar, R. L. A. Vilar, Rocha, N. S. P. D., Uchoa, A. C., & Rocha, P. M. R. (2008). Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 24, (Suppl.1), S100-S110.
- Travassos, C. & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 20, (Suppl. 2), S190-S198.
- Unglert, C. V. S. (1990). O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo.24(6), 445-452.
- Viana, A. L. d'Ávila, Machado, C. V., Baptista, T. W. F., Lima, L. D., Mendonça, M. H. M., Heimann, L. S., Frederico, S. (2007). Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 23, (Suppl.2), S117-S131.
- Witkoski, A. C. (2007). *Terras, florestas e águas de trabalho: os camponeses amazônicos e as formas de uso de seus recursos naturais*. Manaus: EDUA.

12

Sobre los autores**Editores:**

Alcindo Antônio Ferla: Médico, doctor en Educación. Docente de Programas de Pós-Grado en Salud Colectiva (UFRGS), Psicología (UFPA) y Salud de la Familia (UFMS). E-mail: ferlaalcindo@gmail.com.

Marcia Yasmina Ibarra Herrera: Médico cirujano, Máster en Salud Pública, Postgrado en Investigación en Sistemas de Salud, Nutrición y Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia, Candidata a Doctora en Mediación Pedagógica. Subdirectora y Coordinadora del Área de Formación Académica del CIES-UNAN Managua. E-mail: mibarra@cies.edu.ni.

Miguel Ángel Orozco Valladares: Maestro en Administración de la Salud, Candidato a Doctor en Mediación Pedagógica. Docente-investigador en el CIES/UNAN, profesor universitario de pregrado y de post grado. Director Ejecutivo de CIES/UNAN. E-mail: morozco@cies.edu.ni

Autores:

Azálea Espinoza Aguirre: Licenciada en Odontología, Maestra en Epidemiología y en Computación con énfasis en Sistemas de Información, estudiante de Doctorado en Ciencias de la Salud. Desde 1983 hasta la fecha trabajo en el Ministerio de Salud en la Dirección de Vigilancia de la Salud en la Unidad de Análisis Permanente de Situación de Salud. E-mail:

Diana Medina Espinoza: Bachillerato en Ingeniería, Maestría en Agricultura Tropical. Asistente de profesores en la Universidad de Costa Rica, en el curso de Agricultura Orgánica. En Brasil realicé una Pasantía profesional en Associação Brasileira de Agricultura Biodinámica. Actualmente, realiza supervisión en la empresa Magia Verde ubicada en San José, Costa Rica.

Elioinai de Araújo Miller: Tecnólogo en Turismo Ecologico, Coordinador de los Sistemas de Información del Ministerio de la Salud en Boa Vista do Ramos. E-mail: araujomiller@outlook.com.

Erika Edith Lawrence Berroterán: Bachiller en Ciencias y Letras, Licenciada en Ciencias de la Enfermería, Lic. Química y Farmacia, Maestra en Salud Pública, Maestra en

Epidemiología, Estudiante del Doctorado en Ciencias de Salud de CIES. Jefa de Epidemiología y Docencia del Hospital Metropolitano Vivian Pellas. E-mail: erikalawrence75@yahoo.es

Francisco José Mayorga Marín: Bioanalista clínico, máster en Salud Pública. Máster en Epidemiología. Docente e investigador en El Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES UNAM Managua. E-mail: fmayorga@cies.edu.ni.

Joana Maria Borges de Freitas: Bióloga, máster en Ciencias del Ambiente y Sustentabilidad en la Amazonia. Investigadora colaboradora del Laboratorio de Historia, Políticas Públicas y Salud en la Amazônia - Instituto Leônidas y Maria Deane (ILMD/FIOCRUZ). E-mail: joana.borges.freitas@gmail.com.

Júlio César Schweikardt: Cientista Social, doctor en Historia de la Salud. Investigador del Instituto Leônidas y Maria Deane (ILMD/FIOCRUZ). E-mail: julio.ilmd@gmail.com.

Linda Jeanett Solórzano Beneditt: Estudiante Doctorado Ciencias de la Salud Grupo: II Cohorte (2017- 2019). Máster en Salud Pública, Licenciada en Nutrición, UCA (1987), Química y Farmacia, UDO (2008), Curso de actualización en nutrición clínica, MINSA-PMA 2012, Posgrado en Docencia Universitaria para la Educación Médica, 2013, (UAM), Curso sobre Metodología de la investigación, UNAN- MANAGUA 2012. Experiencia profesional en atención en salud en atención primaria, Docente de Nutrición. E-mail: lindasolorzanobeneditt@gmail.com.

Maria Sol Pastorino: Psicóloga, Doctora en Ciencias Sociales. Docente del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud. CIES UNAN MANGUA. mpastorino@cies.edu.ni

Miguel Ernesto Elas Rodríguez: Doctor en Medicina, Máster en Salud Pública, Gestión Hospitalaria y Epidemiología, Residencia en Salud Internacional y vacunólogo. Epidemiólogo en vigilancia de vacunas, Centro Nacional de Farmacovigilancia, El Salvador; Exalumno CIES y Ex-epidemiólogo del Programa de Vacunas e Inmunización, responsable de la vigilancia de vacunas y ESAVI, Ministerio de Salud, El Salvador. E-mail: migelas@yahoo.com.mx

Nicolás Esteban Castro Heufemann: Médico, máster en Salud, Sociedad y Endemias en la Amazonia. Docente e investigador de la Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: nheufemann@uea.edu.br

Norma Helena Rodríguez Hernández: Médico y Cirujano. Licenciada en Farmacia. Máster en Salud Ocupacional. Licenciada en Nutrición y Dietética. Doctorante 3ª cohorte, Ciencias de la Salud, CIES, UNAN-Managua, Nicaragua. Relación Laboral: Médico Especialista en Medicina Laboral. Servicios Médicos Especializados (SERMESA), Managua. Docente Invitado en la Maestría de Salud Ocupacional Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, CIES, UNAN- Managua. Médico y Cirujano, Msc.

Salud Ocupacional, Doctorante 3ª cohorte, Ciencias de la Salud, CIES, UNAN-Managua.
E-mail: dra.rodriguezmedical@gmail.com

Sergia J. Núñez Dolmo: Doctorado en Ciencia de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua), Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES Escuela de Salud Pública de Nicaragua. Enfermera Coordinadora Nacional de Investigación, promoción y prevención IHSS 2009-2015, directora de los Servicios de Enfermería Hospital Escuela Universitario Bulevar Suyapa (Honduras, 2015-2019), actualmente Supervisora de los Servicios de Enfermería de HEU/IHSS. E-mail: sergiar27@yahoo.es.

Tania Esmeralda Rodríguez Vargas: Cirujana Dentista, máster en Salud Pública. Docente e investigadora en El Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES UNAM Managua E-mail: rodrigues@cies.edu.ni.

William Genderson Barquero Morales: Fellow del Doctorado en Ciencias de la Salud (CIES, 2019), Máster en Epidemiología, Máster en Enfermería con Mención en Docencia, graduado de la Licenciatura en Enfermería en con mención en Paciente Críticos. Diplomado de “Promoción de salud en el contexto de la Atención Primaria de Salud”. Las experiencias profesionales en las áreas de especialización son: Docencia directa (UNAN, desde 2011), manejo de equipos hospitalarios, simulación clínica, aprendizaje basado en problema, elaboración de proyectos sociales y de investigación, educación virtual, Epidemiología, comunicación medico paciente, innovación y emprendimiento. E-mail: williambarquero1988@gmail.com.

Yandy Macied Guardado Ibarra: Médico General con diplomado en Diabetes Estudiante de la Maestría Salud Pública CIES E-mail: yandlyci2017@gmail.com.

Revisión y evaluación de los artículos: Alcindo Antônio Ferla, Erica Rosalba Mallmann Duarte, Emerson Elías Merhy, Francisco José Mayorga Marín, Gabriel Calazans Baptista, Héider Aurélio Pinto, Júlio César Schweikardt, Marcia Yasmina Ibarra Herrera, Miguel Ángel Orozco Valladares, Túlio Batista Franco. CIES/UNAN y Editora Rede Unida agradecen la colaboración científica en la evaluación del mérito y la revisión académica de los manuscritos.

Revisión gramatical y bibliográfica: Alcindo Antônio Ferla. CIES/UNAN y Editora Rede Unida agradecen la colaboración científica en la evaluación del mérito y la revisión académica de los manuscritos.



Este libro es el resultado de una asociación institucional del Centro de Investigación y Estudios en Salud (CIES), de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN Managua), con la Associação Brasileira da Rede Unida. Fue compuesto y lanzado en el contexto de CIES 37 años. Con el interés de comprender el desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud pública en la región centroamericana y sus contribuciones al desarrollo de los sistemas de salud de los países, se lanzó una convocatoria para la presentación de manuscritos. En conjunto, los estudios aprobados y presentados en este libro hablan sobre el envejecimiento y los desafíos para las políticas públicas y la atención, enfermedades crónicas y hábitos de vida saludables, enfermedades y enfermedades ocupacionales, emergencias médicas en la vida cotidiana de los sistemas de salud, buenas prácticas de seguridad y calidad. en servicios hospitalarios, farmacovigilancia y acceso a servicios en regiones desfavorables. Pero hay otra característica relevante: la cobertura territorial. Los estudios involucraron a investigadores y contextos en Nicaragua, Honduras, El Salvador, Costa Rica, México y Brasil, señalando la relevancia y oportunidad de los estudios comparativos, ya sea para representar la diversidad de países o para ampliar la comprensión de aspectos únicos de problemas estudiados.