

Ixchel

en debate



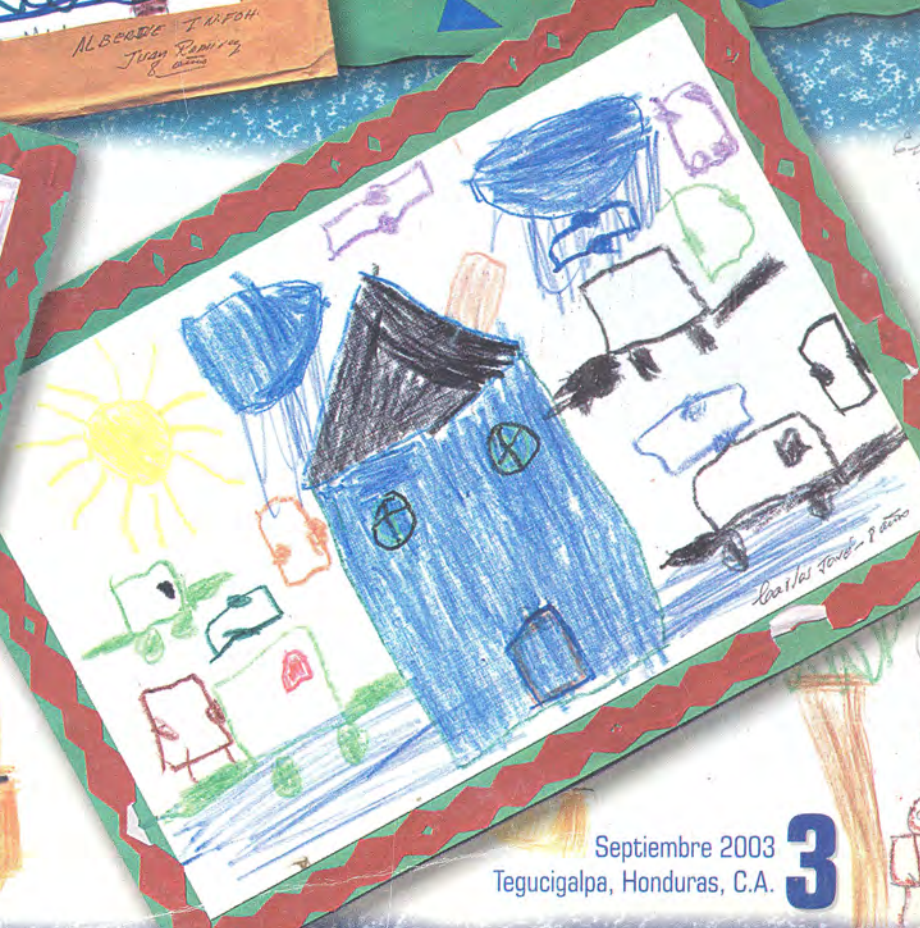
ALBERGUE TURFON
Juan Ramirez



ALBERGUE
LEONARDO



Miranda Pagan
Leticia



Carroll Torres

Ixchel

Tuvimos la atención zozobrando entre la opacidad de la noticia de la guerra. Seguro blanco que acertó en el perfil más frágil de la mirada del mundo. Cada corazón fue imán conmovido por la violación de la arena del desierto, del agua manchada con la sangre de los inocentes, de la lluvia de bombas que sombrearon la inteligencia de los "humanos", del canto sacro silenciado, del turbante huracán revolcado en su propio polvo.

Quien habló de echar yugo en la historia, habló trastornadamente de atrapar el instante del relámpago. Como raíz se hunde en la tierra el profundo sentimiento de paz, que porta la claridad de la urgencia de desarmar al mundo, de colocar en el olvido las armas y las habilidades que las construyen. Ningún continente, ninguna región, ningún país, ningún manipulador, ningún jefe con armas de destrucción de la humanidad. Que salga del corazón y de todos los órganos del cuerpo la necesidad de matar, de dominar, de aplastar a los demás. El que sea uno que lo sea por orden alfabético, pero que no deje atrás la última letra.

Quien dice guerra, dice "tengo derecho a asesinar" y quién tiene derecho a asesinar, qué es y quién es ese "derecho". Quien dice guerra, dice que tiene derecho a trastornar los derechos y el sentido común de los demás.

Trincheras, fortificaciones, murallas, blindajes siempre se desbordan con la voz enardecida que nace en la hondura del cansancio. Hospitales, clínicas, medicinas son insuficientes para curar las heridas inolvidables de las batallas siempre inacabadas.

En el campo solo quedan los latidos, la melancolía, el quebranto, el eco del llanto, el espectro del torbellino y se llevan los vendajes, los pañuelos, las heridas, el ala rota, el calor atropellado, la pasión ardiendo en las entrañas.

Quién verá la ciudad otra vez en pie, quién calmará el clamor de la congoja. Qué son la justicia, la razón y el camino correcto para levantarse como democracia sin fin, con su envoltura cultural occidental.

Pueblo de la tierra un fantasma te destroza, el fantasma del poder, que horroriza hasta tus muertos hilando eslabones siniestros en nombre de la libertad y de la seguridad. Pueblo de la tierra; ya que no puedes unirte, por lo menos desviste la pobreza y fustiga con tu verbo la miseria humana.

**Universidad Nacional
Autónoma de Honduras**

Dr. Guillermo Pérez
Rector

Dra. Margarita Oseguera
**Directora Sistemas de Estudios de
Postgrados**

Dr. Nelson Montes
Decano Facultad Ciencias Médicas

M.Sc. María Elena Cáceres
**Directora del Postgrado de Maestría
en Salud Pública**

Consejo Editorial:

Dr. Manuel Chávez Borjas
Director

M.Sc. Astarté Alegría Cerna
Secretaría

Dr. Jorge Alberto Sierra
Miembro

M.A. Rosibel Gómez Zúniga
Miembro

Dr. Jorge Haddad
Miembro

Dirección:

**PostGrado en Salud Pública
Facultad de Ciencias Médicas, UNAH**
Tel: (504) 239-1977
e-mail: inversus@multivisionhn.net
Ciudad Universitaria, Tegucigalpa

El contenido de los artículos en esta revista es responsabilidad del autor. Se permite la reproducción total o parcial de los artículos citando la fuente.

CONTENIDO

Página

Taller sin llaves 3

• Dengue Hemorrágico:
la epidemia del 2000 4

• Dengue en Olancho 12

• Las Maquilas y la seguridad laboral 18

Costilla Rota 29

• La caja negra del SIDA 30

Salud en Síntesis 37

• La Odontología en la época
Colonial Española (1502-1821) 38

Salud Vis a Vis 47

• Salud mental en desastres 48

• Articulación institucional en el
proceso de atención médica 55

Documentos 65

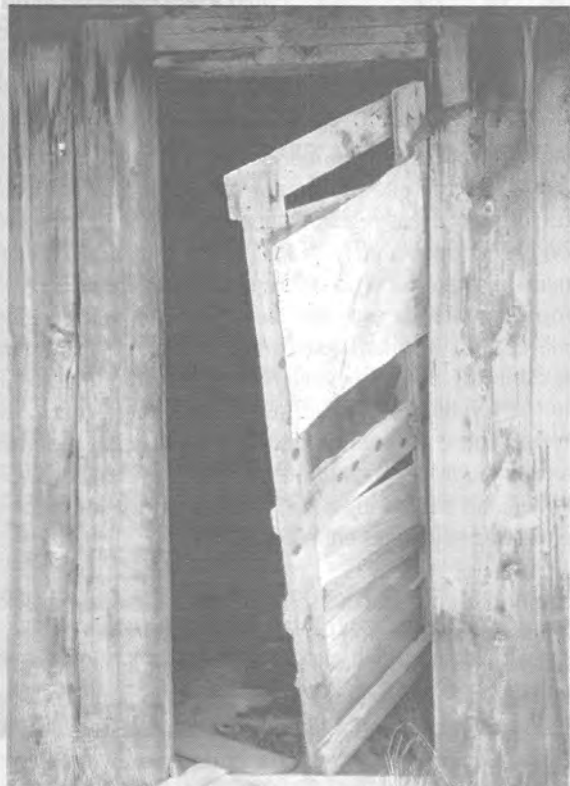
• Higiene pública 66

• Multidisciplinariedad en
Salud Pública 69

AGRADECIMIENTO:

*A todos los niños(as) que contribuyeron con sus dibujos sobre el Mitch.
A la OPS/OMS que apoyó financieramente este número.*

Taller *sin* Llaves



DENGUE HEMORRAGICO: la epidemia del 2000

*Dra. Lesby Sabina Castro Zelaya,
Lic. Mercedes Marlene Martínez,
Lic. Silvia Leticia López Erazo,
Estudiantes del Postgrado en Salud Pública*

*Bajo la asesoría del profesor, Dr. Manuel
Chávez Borjas*

El dengue está estrechamente relacionado a los estilos de vida, por lo que la urbanidad de las poblaciones que se afectan está asociada a las condiciones ambientales y sociales de los barrios y colonias, en donde la población carece de los servicios básicos como agua potable, recolección de basura, aguas negras, vivienda digna y se agrega a esto el escaso conocimiento sobre enfermedades transmisibles y transmitidas por vectores.

En Honduras la primera epidemia de dengue ocurrió en 1978 en la costa norte del país, en la cual se notificaron alrededor de 100,000 casos. Durante los años 80, hasta inicios de la década de los 90 se presentaron epidemias esporádicas y de menor magnitud. Desde entonces la enfermedad se ha comportado en forma endémica, pero en 1991 se presentaron los primeros casos de dengue hemorrágico. En 1995 se había procesado la circulación de los cuatro serotipos virales de dengue en todo el país.

En el año 2000, se desató la primera epidemia por dengue hemorrágico, confirmándose 303 casos por laboratorio, la cual fué asociada a una cepa muy virulenta del serotipo 2. Las regiones sanitarias más afectadas fueron la Metropolitana, la # 1, la # 2 y la # 3. Particularmente el área de salud #1, en la Región de Salud Metropolitana, fue la más afectada, por las condiciones de pobreza, el hacinamiento urbano y la infraestructura sanitaria deficiente favorecieron eficazmente la transmisión del virus del dengue, así como el escaso conocimiento sobre la enfermedad y su prevención. Además la proporción de casos por edad y sexo evidenció la vulnerabilidad de la mujer (54% de los casos); los niños y adolescentes jóvenes entre 6 y 30 años.

Con el presente artículo se pretende sistematizar las experiencias vividas por los diferentes sectores y actores sociales en la epidemia de dengue hemorrágico ocurrida en la Región de Salud Metropolitana durante el año 2000, a fin de brindar líneas políticas, técnicas y estratégicas de intervención contra el dengue en momento de crisis.

El proceso comenzó con reuniones de un grupo de estudiantes de la IV Promoción, ex alumnos y docentes del Post Grado de Salud Pública, de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y personal de Control de Vectores de la Región de Salud Metropolitana, con el propósito de intercambiar experiencias de las acciones realizadas en la primera epidemia de dengue hemorrágico ocurrida en el año 2000.

De estas reuniones surgió la idea de sistematizar la epidemia de dengue por lo que se constituyó un equipo coordinador responsable de conducir el proceso. Se realizó una Jornada de intercambio de estas experiencias tomando en cuenta aspectos que fueron protagónicos en la movilización, vistos desde la cotidianidad de la comunidad, de las instituciones públicas y privadas; con una visión global que trazó desde las acciones de la población hasta el manejo de los casos ambulatorios y hospitalarios.

En esta jornada participaron representantes de la comunidad, ONG del sector salud, la Alcaldía Municipal, la UNAH mediante el Post Grado y departamento de Salud Pública, Empresa privada ubicada en el sector salud, epidemiólogos, supervisores de control de vectores, trabajadores sociales, programa de control de calidad, CESAMOS y áreas de la Secretaría de Salud, personal médico del IHSS e Instituto de secundaria Superación San Francisco.

Se conformaron tres grupos de trabajo, integrados por miembros representativos de los diferentes sectores involucrados en el manejo de la emergencia, facilitándose la discusión mediante una guía previamente elaborada, recopilando la participación de los asistentes por medio de audio cassettes con la debida autorización de los mismos, realizándose posteriormente las respectivas transcripciones.

Se elaboró el primer borrador de las experiencias, validando el mismo con un grupo representativo de los participantes de la primera jornada, que será socializado

entre los diferentes sectores, instituciones y la comunidad.

Los resultados resumen los diferentes aspectos que fueron recopilados por cada grupo en sus relatos sobre el pensar, sentir, los saberes y las vivencias desde su propio quehacer ante la epidemia.

La experiencia institucional representó los conocimientos y las acciones que los participantes desde las diferentes responsabilidades y roles jugaron durante la epidemia. Este grupo estuvo constituido por directores, técnicos de control de vectores, alimentos, saneamiento básico, trabajadores sociales, enfermeras de nivel CESAMO, Área, Región y el nivel Central.

En la discusión se reveló que en el año 2000 la epidemia de dengue hemorrágico ocurrida en la Región de salud Metropolitana puso al descubierto debilidades en el manejo horizontal del programa; un ejemplo tangible fué que el levantamiento de los índices de infestación no correspondía a la instalación de la epidemia como indicador de alerta.

A pesar de que las estrategias para abordar el problema de dengue han estado enmarcadas en una normatización nacional como responsabilidad nuclear del programa de control de vectores, las diferentes acciones no han trascendido hacia una ruta de trabajo transdisciplinario que conlleve una visión integral, oportuna y con una decisiva participación ciudadana en el contexto de esta problemática.

En dicho contexto se determinó emprender una investigación rápida sobre la densidad vectorial, el predominio de criaderos y pesquia larvaria que aportó resultados arriba del 50%, además de la variedad de criaderos no permanentes, cómo canales de agua lluvia y floreros positivos por *Aedes aegypti*.

Durante la situación de crisis se dió la alarma a los diferentes niveles, se improvisaron diferentes acciones alrededor de los casos, focalizando donde estaba el mayor problema y a la disponibilidad de los insumos para fumigar. "...los directores sabemos que los índices no son confiables por lo que la supervisión es necesaria para mejorar el tipo de trabajo y evitar epidemias futuras..."

"... el levantamiento de los índices de infestación no era real por que no había una supervisión de los gerentes..."
"...una de las actividades de control y prevención que realizamos primero fue la destrucción de los reservorios pero quedaba vivo el zancudo infectado, por eso continuábamos con casos de dengue..."

Las autoridades de nivel Regional establecieron turnos en los centros de salud, para no sobrecargar la atención hospitalaria, para el personal tratante esto representó una sobrecarga de trabajo, una subutilización de recursos, para la población significó una mejora en la prestación de los servicios médicos, la ampliación de horarios resultó ser una forma muy atractiva de resolver padecimientos de índole crónico sin tener que alterar su cotidianidad.

"...en los turnos de lo que menos se atendió fueron pacientes con problemas de dengue, la mayoría fueron otras morbilidades, no siendo rechazados porque necesitaban ser atendidos, pero en algunas ocasiones no teníamos medicamentos..."

El grupo participante consideró que si sucediera después del 2000 una epidemia más grande, el Hospital Escuela se vería imposibilitado en atender todos los casos:

"...se logró enfrentar la situación porque se contaba con una sala de cuidados intensivos pediátrica que no estaba habilitada en ese momento..."

"... Se programó el día "D" que fué un día de descanso y no de trabajo, se debió haber asignado a cada UPS el personal de acuerdo al lugar donde viven para que se incorporaran al trabajo del nivel local..."

El proceso de comunicación mostró grandes tropiezos, desde la definición del problema, audiencias, mensajes o comportamientos críticos dentro de una emergencia, la definición de formatos de comunicación y la metodología de abordaje comunitario con el propósito de dar a conocer a la población lo que estaba sucediendo y de qué manera desde la institucionalidad de la Secretaría de Salud se podían proponer a la ciudadanía diferentes opciones de cómo entender y enfrentar la problemática del dengue en su comunidad.

Se desconocía a quien se iba a proporcionar en la vivienda la bolsita de Abate, qué "consejos" se le darían sobre riesgos, cómo conservarlo dentro de los depósitos, eficacia, qué hacer cuando el dueño no se encontraba en la vivienda... De la manera cómo se comunicaba la campaña, parecía que se le decía a la población que esa "bolsita" de Abate por si sola evitaría que tuvieran problema de dengue en su familia. A medida que se realizaron supervisiones se corrigieron detalles sobre la "bolsita" por ejemplo; decir a la población que tenían que conservar la "bolsita" de abate en la pila de agua, que tenían que abrir suficientes agujeros para mayor efectividad del mismo.

Esto también llevó un tanto de confusión a la población

en cuanto a la UNTADITA, creyendo en algún momento que ambas eran lo mismo, lo cual significa una agresión en el recambio de agua de pilas y barriles pues ello limitó la efectividad del químico (el abate solo resiste 14 recambios de agua). La calidad del mensaje proporcionado casa a casa fue diferente, la información no fué unificada y clara.

“El esfuerzo de ir de casa en casa es grande y eso es de aprovecharlo”. La utilización de los medios masivos de comunicación no llenó las expectativas de la población, la Secretaria de Salud no declaró la emergencia en el momento oportuno, se dió poca información de dengue, se desconocía la voz oficial para dar a conocer la situación epidemiológica y los parámetros a considerar para enfrentar el problema.

Algunos concluían que no se había tenido el verdadero apoyo con una campaña de comunicación bien orquestada a la luz de los intereses tanto institucionales, como de las condiciones de vida e intereses de las comunidades, “...se debió haber diseñado una campaña según se observaba la situación epidemiológica del dengue a tal grado que hubo ausencia de material impreso atractivo que apoyara las acciones operativas realizadas en los barrios de la Región de Salud Metropolitana...”

“Yo pienso que informar oportunamente siempre es una estrategia sostenida, en todo el proceso se debe tener vigilancia epidemiológica constante, educación a la población, eso es básico, decirle a la gente como se mata el zancudo, que acciones hacer y buena utilización de los medios de comunicación”.

En las vivencias del personal operativo, relataron los participantes del taller que tuvo sus aspectos positivos, “fué una vivencia totalmente diferente”, la disponibilidad del personal que estuvo en todo momento, no hubo renuencia a realizar los turnos de trabajo nocturno y durante los días inhábiles sobre todo, pero hubo algunas situaciones dadas en las visitas realizadas que atentaron contra la vida de compañeros, debido a la renuencia de algunos dueños de viviendas para que se ingresara con el equipo para fumigación.

“En la colonia América un señor, cuando le tocamos la puerta me dijo ustedes los chafas y un montón de ahí, están buscando vivir... como no tienen nada que hacer, están justificando un presupuesto...” “...Mire el gobierno a lo mejor va a aumentar el combustible la otra semana y por eso ahorita que el dengue que no se que... y tras... te mete un aumento al combustible la otra semana...”

En la eliminación de criaderos a nivel domiciliario, hubo

empleados que decidieron eliminar en sus viviendas la pila de abastecimiento de agua, pero siempre tenían zancudos que venían de las casas vecinas, obviamente ellos no creían o no practicaban la eliminación de los criaderos; hubo personal que no se sintió identificado con la emergencia, “La gente hacía las cosas normalmente, como días y semanas de rutina, ... es una epidemia más”.

En cuanto al personal voluntario (estudiantes, funcionarios públicos) se les explicaba, se les asignaba sus manzanas, sus casas y sin embargo no cumplían como se les pedía, evidentemente el personal que se subordinaba bien era el personal institucional y el de la policía.

Con respecto al equipo, insumos y suministros, los primeros casos sorprendieron a algunos centros de salud sin los mismos “...No teníamos abate, ni bolsitas para el abate, material informativo, medicamentos para hacerle frente a la emergencia, no teníamos transporte, combustible, maquinaria e insecticida...”

“... esto nos demuestra la importancia de contar con un stock mínimo en todos los niveles para situaciones de emergencia...”

No obstante se obtuvo la ayuda de algunos países amigos, quienes proporcionaron insumos, tales como Médicos sin Fronteras, Comunidad Española y CARE.

“...Consideramos que la participación de otras instituciones como la Alcaldía fue importante por el apoyo logístico que brindó como las volquetas para la recolección de la basura en los operativos limpieza que se realizaron, siendo muy limitada en el momento de la epidemia...”

El surgimiento de la epidemia en la comunidad desnudó una vez más las condiciones de pobreza, hacinamiento, servicios básicos de agua, recolección de desechos sólidos inadecuados e infraestructura sanitaria deficiente que favorecía eficazmente la transmisión del dengue.

El sentimiento de comunidad en una población es un elemento representativo de valores e intereses de personas, familias, grupos organizados, sectores que tienen un espacio, un territorio... el grupo se conformó a partir de criterios de participación, roles, alianzas en torno a la epidemia de dengue; lo integraron voluntarios de salud, patronatos, estudiantes, docentes, organizaciones no gubernamentales, organizaciones privadas de desarrollo, Ejército Nacional, empresa privada e instituciones descentralizadas.



Minaka Pagsapa.
6 años

Camilo Alberto
7 años



... Esta epidemia... no causó sorpresa en la población, pero tampoco se conoce como se inicia; sin embargo, se obtienen ganancias de algunas acciones, como por ejemplo, "... la recolección de la basura en tres veces mas de lo que se recolectaba el año pasado...". La epidemia obliga a que la alcaldía se preocupe por la limpieza, esto último es una condición sobresaliente de las condiciones de vida en la que la epidemia brota en la comunidad.

Por eso una epidemia de este tipo no causa sorpresa, porque es asimilada como una consecuencia típica del nivel de sus condiciones de vida, sin embargo el hecho de que la epidemia posibilita que un servicio como la recolección de la basura se incremente, aparece como una ventaja a favor de la comunidad que obliga a las autoridades a actuar en función de una demanda social permanente.

Esto significa que la población atrae la atención y logra que se atiendan algunas demandas que bajo otras circunstancias no lo logran. Es un riesgo de su situación social porque hay una utilización de la epidemia para obtener otros resultados en términos de satisfacción de sus demandas sociales, lo cual puede provocar la extensión de la epidemia y su utilización en el tiempo y el espacio.

En función de sus condiciones de vida y con otra perspectiva en mente no se puede obtener la colaboración de la comunidad para la erradicación de los riesgos endémicos de una patología como la del dengue.

"...al otro lado de la cuadra teníamos un caso dengue y nadie sabia nada, nadie le daba la importancia... le decíamos... cambie el agua de su planta... no... si mi planta se mira bonita, pero no le cambiaba el agua a la planta, se molestaba cuando le echaban abate, porque eso reduce la vida de la planta..."

"... todos dicen dengue y lo tiran al zancudo, pero ese zancudo está allí por el mismo descuido de nosotros, de no asear nuestros hogares, de no asear nuestra comunidad..."

En la comunidad se piensa que hay dengue, esta enfermedad no llegó como epidemia, esta dentro de la comunidad, las noticias que llegaron de El Salvador y Guatemala acerca del dengue hemorrágico tampoco sorprendieron, las instituciones se preparaban para evitar la propagación, que creían como una nueva extensión del dengue que se sufre cada año.

"... yo pienso que todos sabíamos que iba a llegar, todos

escuchábamos en las noticias que estaba en Guatemala y El Salvador y que por ser fronterizos iba a llegar y que las condiciones que nosotros teníamos íbamos a traerlo pronto y lo estábamos esperando..."

Entre dengue clásico y dengue hemorrágico no hay distinción en la comunidad y aunque el brote fue de dengue hemorrágico la gente en la comunidad sigue pensándolo como dengue clásico.

El dengue no llega, está en casa, se convive con el zancudo y este forma parte de sus vidas, no le incomoda hasta que se enferma, esto genera un círculo vicioso en el que cada gente se siente fuera del área de contaminación, los del barrio o colonia de clase media piensan que solo a los de las colonias marginales y estos piensan que allí no llega la epidemia, sino solo a la gente del mercado, y los del mercado rebotan pensando que solo a los que están en el área de la quebrada y viceversa.

"... Tanto en las colonias marginales como de primera clase nunca ellos pensaron que el dengue podía llegar..."

La epidemia no representa posibilidades para mejorar la atención en salud, porque el centro de salud solo maneja la patología con acetaminofén y descanso. Entonces la gente conoce o escucha de esta forma de manejo, opta por la automedicación y el manejo domiciliar.

"... voy al centro de salud.. que es lo que me van a dar, nada mas que Panadol y ya estuvo y me voy a acostar, entonces la gente deja de ir..."

Hay una visión institucional que para coincidir con las demandas de la comunidad, en el sentido que las instituciones abordan como acción clave la limpieza y junto con ello la educación sobre el manejo de la basura, no obstante en la comunidad la preocupación es la recolección de la basura por parte de la alcaldía y no el dengue en sí.

En este punto, ante la misma problemática, limpieza o recolección de la basura, ambas están colocadas como acciones en sí mismas tanto para la comunidad como a las instituciones.

"...En mi comunidad, me gustaría que usted pueda ir a ver, es una comunidad donde hay callejones, el distrito nos tiene abandonados..."

"... nosotros estamos formados por manzanas y conseguimos allí con un vecino que tiene pailita, le damos para la gasolina para que lleve la basura..."

Las organizaciones comunitarias piensan que participan, que harán su trabajo y no hay nada nuevo con que lidiar, así que resisten los consejos o las ordenes que les llegan, por que ellos harán lo que piensan que deben hacer. El acercarse a la comunidad de otra forma para empezar a introducir el manejo ambiental en un contexto de prevención, el actuar sobre los bajos niveles de las condiciones de vida, posibilita la oportunidad de que la comunidad participe.

El manejo de casos ha sido un paradigma enmarcado en las líneas internacionales dictadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), llevado a la praxis de una clínica dinámica en busca de respuestas apropiadas en la atención integral y vigilancia del dengue.

Los participantes de este grupo tuvieron responsabilidades y roles específicos durante la epidemia, constituido por epidemiólogos, pediatras, internistas, directores de CESAMOS, enfermeras, laboratorio de virología y coordinadora regional de hospitales.

... Al inicio de la epidemia... uno de los problemas fundamentales en los centros de salud fue el desconocimiento de la definición de caso de dengue, sobre todo de dengue hemorrágico por parte de los médicos (as) de la institución, hecho que ocasionó un manejo inadecuado de los casos; esta situación había sido identificada desde años anteriores a través de la revisión y valoración de expedientes clínicos que realiza el nivel local.

"...Cualquiera que fuese la queja de las personas, si se relacionaba con la enfermedad estábamos obligados a pensar en dengue. Todas las personas que llegaban con frío, escalofrío o fiebre era dengue, mientras no se descartara..."

En el transcurso de la epidemia algunos establecimientos de salud de la región realizaron reuniones semanales para la discusión de casos y auditorias médicas a través de los expedientes clínicos, con el propósito de verificar el cumplimiento de las normas nacionales, pero esta acción se vio imposibilitada por el marcado subregistro de la sintomatología en la historia clínica, anotándose solamente el diagnóstico de dengue clínico o dengue.

"...Muchos casos de dengue hemorrágico fueron diagnosticados como faringoamigdalitis, indicándose un antibiótico y referencia a su casa, siendo los casos que regresaban al hospital más graves e incluso fallecieron"... La mayor parte de los fallecidos habían sido atendidos en centros de salud o en clínicas privadas, en estas instancias no se siguieron las normas nacionales establecidas por la Secretaria de Salud, debido a la permanencia y acceso limitado a los protocolos de manejo expresados a través de flujogramas.

El conocimiento sobre el manejo integral de la enfermedad fue adquirido progresivamente en el transcurso de la epidemia, a través de un programa de tutorías rápidas a 28 médicos de diferentes CESAMOS en el Hospital Escuela, posibilitando decisiones acertadas en el manejo de los casos, trascendiendo más allá del seguimiento teórico de una norma.

"... Cada uno de los médicos facilitó el conocimiento con el resto de compañeros (as) de los establecimientos de salud..."

"...En los CESAMOS las acciones fueron importantes para disminuir la mortalidad por dengue hemorrágico, la captación y referencia oportuna de pacientes fue evidente después del proceso de capacitación que se brindó al personal médico y de enfermería, alrededor de 3 semanas de haber iniciado la epidemia..."

Había mayor claridad en los criterios diagnósticos y del nivel en que correspondía el manejo de los casos; la referencia y contra referencia entre el Hospital y los CESAMOS en general fue satisfactoria, sin embargo existieron algunas fallas en la retroalimentación de la información del hospital a los centros de salud, desconociéndose el manejo intra hospitalario del paciente y los resultados de los exámenes de laboratorio.

La notificación de casos entre el Hospital Escuela, el departamento de Epidemiología Regional y niveles locales fue diaria, permanente; este reporte de casos generó intervenciones oportunas en la comunidad específicamente alrededor de cada uno de ellos; sin embargo hubo sub registro de casos en clínicas, hospitales y laboratorios privados.

"...En cuestión de horas, de uno o dos días dependiendo de la ubicación geográfica de la localidad hacíamos el cerco epidemiológico..."

"...Recordemos que existe el código sanitario donde establece la obligatoriedad en caso de epidemia de que todos los establecimientos en atención de salud tiene que dar información..."

La ficha de dengue es un instrumento esencial en la vigilancia epidemiológica para la debida certificación de casos; durante esta epidemia se evidenció un marcado subregistro en la misma sobre todo al inicio de la epidemia; ocasionando rechazo de las muestras en el laboratorio de virología, que incidió en el sub registro significativo de la cuantificación de casos a certificar.

"...Creemos que hizo falta más información a los centros de salud, sobre la manera correcta de enviar la muestra; en el nivel local se debe revisar las fichas para

identificar los problemas a tiempo y evitar que esa muestra sea rechazada por virología...”

“... Es una necesidad apoyar el proceso de descentralización del diagnóstico de dengue, para hacer una vigilancia oportuna de los casos, conocer su comportamiento y los serotipos circulantes...”

En la búsqueda de respuestas eficaces en la atención oportuna de casos, se hizo una nueva revisión de la definición de caso de dengue clásico y hemorrágico de acuerdo a las características epidemiológicas durante la epidemia, construyéndose un nuevo algoritmo de manejo clínico.

“...Se tomó en consideración que el dolor abdominal puede ser tan intenso que obligue al médico a hacer el diagnóstico diferencial con la apendicitis aguda u otro cuadro quirúrgico agudo, pero en los momentos de auge de la epidemia es forzoso sospechar dengue ya que en algunos pacientes la evolución puede ser rápida y mortal...”

Una observación importante que debe establecerse para los lactantes menores con sospecha de dengue para su confirmación, se le debe tomar muestra serológica de anticuerpos a su madre o padre, no siendo aconsejable realizar la muestra a todo el que convive con el niño.

“Nos enteramos de aspectos importantes sobre el manejo de los pacientes pediátricos como el hecho de que no solamente tenemos que ver hemorragias en los niños, sencillamente tenemos que ver signos evidentes de shock hipovolémico, como frialdad en sus miembros, debido a un sangrado interno, dolor abdominal, vómitos, que no son cuadros típicos que ocurren como en el adulto”

La experiencia de haber vivido la epidemia de dengue en el año 2000 nos permitió aprender de ella para poder no solamente contarla sino sistematizarla como la manera de aprovechar al máximo esa experiencia; como una modalidad de reconstruir el hecho y cómo se hizo con la posibilidad de plantear nuevas formas de ver, entender y actuar frente al problema no solo de dengue sino de otras situaciones de salud.

Es un momento coyuntural para trabajar junto con patronatos, escuelas, colegios, grupos organizados de la comunidad y además comprender que las diferentes acciones de prevención de dengue no deben considerarse como hechos aislados y separados de un manejo ambiental sostenible, debiendo existir un compromiso político ligado al derecho a la salud.

“...No se trata de aplicar abate, fumigar, que no es la solución del problema... sino que es de ver con la gente que lave su recipiente, que tenga agua, que la elimina-

ción de basuras y de excretas sea adecuada....”

El problema de dengue trasciende mas allá de una epidemia. Las acciones dirigidas a cambios de comportamientos cada vez son más limitadas debido a las condiciones de vida. Un proceso de comunicación social plantea la oportunidad de investigar junto con la comunidad, buscando alternativas de cómo construir formas de vida dignas con entornos saludables.

El manejo de casos de dengue debe ser objeto de un proceso de revisión continua, dinámica y acorde a las características epidemiológicas de la enfermedad, considerando los diferentes aportes de los actores que participan en cada uno de los ámbitos de la atención ambulatoria y hospitalaria; debiendo promover programas de capacitación permanente en todos los niveles y no continuar en la modalidad de entrenamientos rápidos, aislados en momentos de epidemia.

La monitoría debe ser considerada como una acción constante a fin de que esta sea eficaz y eficiente dentro del contexto de la prevención y control de dengue. La relación entre la información de las distintas fuentes y su interpretación deben ser claves para un buen sistema de vigilancia epidemiológica.

V.- BIBLIOGRAFÍA

1. Davini, María Cristina. Educación Permanente en Salud. Serie PALTEX para Ejecutores de programas de Salud No. 38. OPS. Washington, D.C. 199
2. Bu Figueroa, Efraín. “Dengue clásico y hemorrágico en Honduras”. Revista Medica Hondureña. Colegio Medico de Honduras..vol 67-no.3 julio, agosto, septiembre 1999.
3. Labonte, Ronald. “Estrategias para la promoción de la salud en la Comunidad” en Promoción de la Salud: Una antología. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 557. 1996.
4. Departamento de Virología. SSH. Informe de evaluación laboratoral de la epidemia de dengue año 2000.
5. Lalonde, Marc. El concepto de “campo de la salud” una perspectiva canadiense.
6. Secretaría de Salud, OPS. Guía y línea-mientos para el manejo clínico del paciente con dengue clásico y dengue hemorrágico. Honduras. Octubre, 2001.
7. Andrade, Henry. Informe final del manejo de la epidemia de dengue hemorrágico. Secretaria de Salud de Honduras. Octubre 2000.
8. Secretaría de Salud. Normas para la prevención y control de dengue. Tegucigalpa MDC. Honduras. septiembre 1993.

DENGUE en Olancho

*Dra. Jenny Mercedes Meza Paguada
Subdirectora y epidemióloga del Hospital San Francisco de Juticalpa*

Este estudio presenta datos de pacientes con Dengue Clásico y sobre todo con dengue Hemorrágico que fueron atendidos en el Hospital San Francisco a través de una investigación epidemiológica rápida realizada con los pacientes que egresaron en el mes de julio del año 2002, el cual fué el mes en el que se presentaron la mayoría de los casos de dengue hemorrágico. Se estudiaron 50 casos de pacientes con dengue hemorrágico con el objetivo de investigar el comportamiento clínico epidemiológico sobre todo del dengue hemorrágico tomando como fuente de información el expediente clínico y la ficha epidemiológica, encontrándose las observaciones que se describen a continuación.- Los casos de dengue hemorrágico se presentaron más en el área urbana, el sexo femenino fue el más afectado, la mayoría de los casos se presentaron en mayores de 15 años, siendo los síntomas mas frecuentes fiebre, cefalea, dolor retro ocular, dolor en el cuerpo, anorexia y con menos frecuencia las manifestaciones hemorrágicas, solo en un 4% se utilizaron hemoderivados, el dengue hemorrágico grado I fué el que se presentó en la mayoría de los pacientes y casi todos fueron ingresados con trombocitopenia menor de 100,000.00 mm³, de los pacientes sujetos de estudio se refirieron el 18% de los casos al Hospital Escuela; la mortalidad fue de 0%.

Desde hace mas de 200 años se han venido notificando enfermedades como la del dengue en las Américas y durante el decenio de 1980, la magnitud del problema aumentó considerablemente. considerando que el brote de DH-SCD que afectó a Cuba en 1981 fue el acontecimiento mas importante en la historia del dengue en las Américas. El dengue ha aumentado su incidencia en comparación al año pasado convirtiéndolo en una verdadera epidemia en la Región Sanitaria # 7 y en otras Regiones del País.

En este Centro Hospitalario el año pasado desde la semana epidemiológica # 1 a la semana epidemiológica # 52 se reportaron un total de 193 casos de dengue clásico, y un total de 9 casos de la forma hemorrágica. Actualmente en este año de la semana epidemiológica # 1 correspondiente del 30 de diciembre del 2001 al 5 de enero del 2002 hasta la semana epidemiológica # 34

que comprende del 18 de agosto al 24 de agosto del 2002 se ha reportado un total de 313 de dengue clásico y un total de 110 casos de dengue hemorrágico, de los cuales se presentaron mas de 75 casos en los meses de julio y agosto del 2002. Las semanas epidemiológicas de la # 29 a la # 33 fueron las semanas que mas reportaron casos de dengue clásico, el dengue clásico junto con sus formas más graves, el dengue hemorrágico y el síndrome de choque del dengue son un grave problema de salud y básicamente un problema de saneamiento doméstico en donde con poco o ningún gasto los miembros de cada unidad familiar pueden eliminar fácilmente el problema. Lo difícil es encontrar maneras de transferir a la comunidad la responsabilidad, la capacidad y la motivación para prevenir y controlar el Dengue. En el presente estudio se presentan las observaciones clínicas y epidemiológicas de Dengue Hemorrágico en el Hospital San Francisco Región # 7.

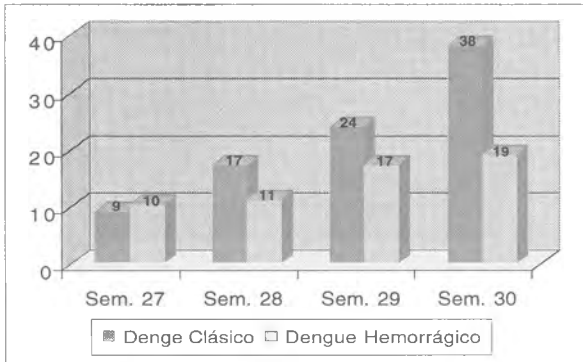
MATERIALES Y METODOS

El presente trabajo se realizó en el Hospital San Francisco, la UPS de mayor complejidad en la Región # 7 la cual da respuesta a toda la población del Departamento de Olancho por ser el único Hospital Publico, atiende por demanda espontánea y a través del sistema de referencia que utiliza la red de los 23 municipios del Departamento. Contando con una población de 39,000 Habitantes conformados por 52 barrios y mas de 20 comunidades rurales que son sus áreas de influencia para la atención de programas básicos; cuenta con servicios de emergencias las 24 horas, internamiento y consulta externa (con atención en medicina general y en las cuatro especialidades Básicas y ortopedia).

La recolección de los datos. La información se obtuvo de las historias clínicas y de la ficha epidemiológica a través de un cuestionario a demás se revisó información de los telegramas epidemiológicos. Se realizó una investigación epidemiológica rápida en la cual se revisaron 50 casos de pacientes con dengue hemorrágico que fueron egresados del Hospital San Francisco en el mes de julio del 2002; que fué el mes en que se presentaron la mayoría de los casos de la epidemia posteriormente se procedió a introducir los datos en el programa de EPIINFO, el cual nos generó los siguientes resultados:

Las semanas epidemiológicas que mas reportaron casos de dengue hemorrágico fueron de la semana epidemiológica # 27 a la # 30 (ver gráfico comparativo).

GRAFICO COMPARATIVO DENGUE HEMORRÁGICO, DENGUE CLÁSICO, SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 27 ~30
HOSPITAL SAN FRANCISCO Región No. 7



El municipio que mas presentó casos de Dengue Hemorrágico fue el municipio de Juticalpa seguido de Catacamas y San Francisco de la Paz.

En el municipio de Juticalpa los barrios más afectados fueron el barrio Jesús y Barrio Hoya en los pacientes estudiados.

El sexo mas afectado fue el femenino. (ver graficas)

CASOS DE DENGUE HEMORRÁGICO, SEGÚN SEXO EN MENORES DE 15 AÑOS

HOSPITAL SAN FRANCISCO Región No.7, Julio, 2002



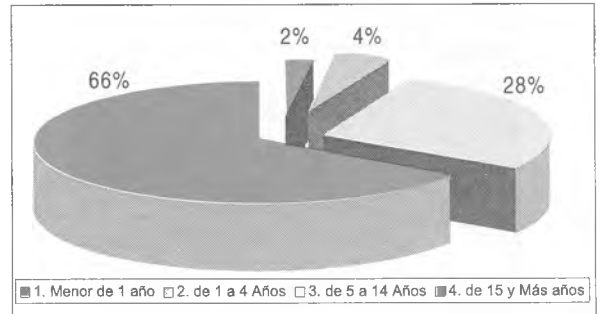
CASOS DE DENGUE HEMORRÁGICO, SEGUN SEXO EN MAYORES DE 15 AÑOS

HOSPITAL SAN FRANCISCO Región No.7, Julio, 2002



En cuanto a la edad se encontró que se presentaron más casos en los adultos que en los niños y en los menores de 15 años las edades mas afectadas fueron las de 5 a 14 años (ver gráficas).

DENGUE HEMORRÁGICO SEGÚN GRUPOS DE EDAD
HOSPITAL SAN FRANCISCO Región No.7, Julio, 2002



En cuanto a las manifestaciones clínicas en menores y mayores de 15 años observamos lo siguiente. (ver cuadros).

DENGUE HEMORRÁGICO SEGÚN MANIFESTACIONES CLÍNICAS, > 15 AÑOS

HOSPITAL SAN FRANCISCO Región No.7, Julio, 2002

FIEBRE	100.0%
CEFALEA	94.0%
DOLOR RETRO OCULAR	87.5%
DOLOR EN EL CUERPO	87.5%
DOLOR ARTICULAR	91.0%
DIÁFORESIS	56.3%
ANOREXIA	84.0%
ESCALOFRIOS	84.0%
NAUSEAS / VOMITOS	71.9%
CONGESTION NASAL	21.9%
EXANTEMA	25.0%
TOS	25.0%
HEMOCONCENTRACION	42.0%

DENGUE HEMORRÁGICO SEGÚN MANIFESTACIONES CLÍNICAS, >15 AÑOS

HOSPITAL SAN FRANCISCO Region No.7, Julio, 2002

PETEQUIAS / EQUIMOSIS	19%
EPISTAXIS	13%
GINGIVORRAGIA	16%
SANGRADO VAGINAL	10.5%
HEMATURIAS	9%
HEMATEMESIS	6%
MELENA	8%
TORNIQUETE POSITIVO	9%

DENGUE HEMORRÁGICO SEGÚN MANIFESTACIONES CLÍNICAS, >15 AÑOS

HOSPITAL SAN FRANCISCO Region No.7, Julio, 2002

DOLOR ABDOMINAL	56%
PALIDEZ	44%
FRIALDAD DE LAS EXTREMIDADES	25%
DIARREA PROFUSA	6%
VÓMITO FRECUENTE	22%
SOMNOLENCIA	6%

DENGUE HEMORRÁGICO SEGÚN MANIFESTACIONES CLÍNICAS, <15 AÑOS
HOSPITAL SAN FRANCISCO Región No.7, Julio, 2002

FIEBRE	100%
CEFALEA	72%
DOLOR RETRO OCULAR	50%
DOLOR EN EL CUERPO	78%
DOLOR ARTICULAR	50%
DIÁFORESIS	39%
ANOREXIA	72%
ESCALOFRIOS	33%
NAUSEAS / VOMITOS	56%
CONGESTION NASAL	33%
EXANTEMA	17%
TOS	22%
EDEMA PALPEBRAL	11%
HEMOCONCENTRACION	47%

DENGUE HEMORRÁGICO SEGÚN MANIFESTACIONES CLÍNICAS, >15 AÑOS
HOSPITAL SAN FRANCISCO Región No.7, Julio, 2002

PETEQUIAS / EQUIMOSIS	11%
EPISTAXIS	17%
GINGIVORRAGIA	0%
SANGRADO VAGINAL	0%
HEMATURIAS	0%
HEMATEMESIS	0%
MELENA	0%
EDEMA PALPEBRAL	11%
TORNQUETE POSITIVO	17%

DOLOR ABDOMINAL	50%
PALIDEZ	17%
FRIALDAD DE LAS EXTREMIDADES	17%
DIARREA PROFUSA	6%
VÓMITO FRECUENTE	22%
IRRITABILIDAD	6%
SOMNOLENCIA	6%

En cuanto a los casos de dengue hemorrágico según días de evolución al ingreso en menores de 15 años se encontró que la mayoría acudieron al hospital del tercer al sexto día de haber iniciado los síntomas, mientras que en los mayores de 15 años del tercer al octavo día por lo que se pudo observar que los familiares acuden más oportunamente con sus familiares menores de edad.

En cuanto a los días de hospitalización el promedio fué de cuatro días. Un 12% de los pacientes refirieron que viajaron diez días antes de enfermarse, los lugares que visitaron El Encino, Juticalpa, La cruz San Felipe, San Francisco de la Paz, Santa María del Real. La mayoría de los casos refieren no haber tenido antecedente previo de dengue clásico o por lo menos no sabían. Solo se usaron hemoderivados en dos de los casos que equivale a un 4% en uno de ellos fue porque presento un hematocrito de 13 volúmenes.

Las patologías más frecuentes que se presentaron acompañando al dengue hemorrágico fueron Malaria, Infección del tracto urinario y neumonía. (ver cuadro).

DENGUE HEMORRÁGICO SEGÚN CLASIFICACIÓN CLÍNICAS
HOSPITAL SAN FRANCISCO Región No.7, Julio, 2002.

GRADO DENGUE	Frecuencia	Porcentaje
I	38	76.00%
II	9	18.00%
III	1	2.00%
SIN CLASIFICAR	2	4.00%
Total	50	100.00

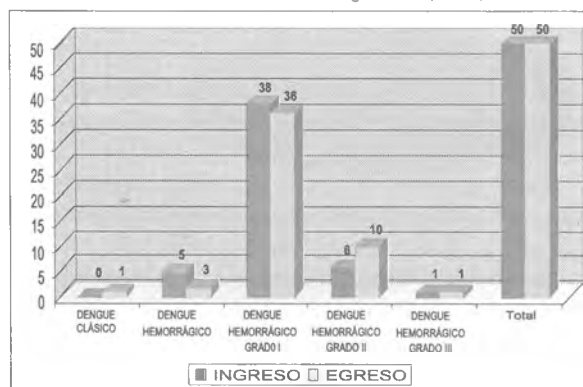
En cuanto a los estudios laboratoriales se pudo observar que a todos los pacientes se les practicó hemograma y hematozario, general de orina y con menor frecuencia otros estudios.

La mayoría de pacientes que fueron ingresados como sospechosos de dengue hemorrágico tenían trombocitopenia menor de 100,000 mm³. observando hemoconcentraci3n en un buen porcentaje (ver cuadros anteriores), con la limitaci3n que no se conocía el valor del hematocrito antes de enfermarse y en algunos pacientes no se conocía el valor de la hemoglobina, si se conocían los valores del hematocrito durante la enfermedad.

En cuanto al resultado del sexto día del inicio de los síntomas (IGM) se reporto 4 casos negativos, 23 casos positivos, 3 casos indeterminados, 20 casos en el que se desconocía el resultado; la mayoría de estos fueron realizados por la Secretaria de Salud y un mínimo porcentaje se realizaron en clínicas privadas. Se refirieron al Hospital Escuela 9 casos de dengue hemorrágico que equivale a un 18%, en su mayoría la referencia fue por presentar trobocitopenia menor de 30,000 mm³. (Ver Gráfica).

COMPARACIÓN CASOS DE DENGUE HEMORRÁGICO, SEGÚN CLASIFICACIÓN CLÍNICA, AL INGRESO Y AL EGRESO

HOSPITAL SAN FRANCISCO Región No.7, Julio, 2002



Como se puede observar en la gráfica de arriba, un paciente fue ingresado como dengue hemorrágico y egreso con diagnóstico de dengue clásico, de 5 pacientes que egresaron como dengue hemorrágico egresaron solo 2 lo que significa que tres de ellos entraron sin clasificación y fueron clasificados durante los días que estuvieron ingresados en el Hospital, 38 casos ingresaron como dengue hemorrágico grado I y egresaron 36 casos de dengue hemorrágico grado I ya que de dengue grado I, 2 pasaron a grado II, además se pudo observar que ingresaron 6 casos de dengue hemorrágico grado II y egresaron 10; ya que dos pasaron de grado I a grado II y de los tres casos que ingresaron sin clasificar dos de ellos eran de dengue hemorrágico grado II y solo se presentó un solo caso de dengue hemorrágico grado III que fue el único caso que se presentó y fue en una paciente embarazada, no se presentó ningún caso de dengue hemorrágico grado IV y lo más importante fue que la mortalidad fue de 0%

DISCUSIÓN

Antes de iniciar la discusión es importante señalar la definición de caso de dengue clásico y la definición de caso de dengue hemorrágico que a continuación se presenta.

Definición de Caso de Dengue Clásico Descripción Clínica

Enfermedad febril aguda que dura de 2 a 7 días con dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, mialgias, artralgias, dolor retro-ocular, escalofríos, erupción cutánea, fatiga, anorexia y postración, edema palpebral (en niños).

Clasificación de Casos

Sospechoso:

caso compatible con la descripción clínica

Confirmado:

1. por laboratorio: caso sospechoso con resultado positivo (prueba serológica Mac Elisa) y/o aislamiento viral.
2. clínico epidemiológico: caso sospechoso con nexo epidemiológico de otro u otros casos confirmados por laboratorio.

EXAMEN DE LABORATORIO

La confirmación de caso por laboratorio se hará mediante procedimientos virológicos preferentemente serológicos o ambos. Diagnóstico Serológico (determinación de anticuerpos): una muestra de suero o sangre en disco de papel filtro analítico. Método de Inhibición de la Hemaglutinación (IH): dos muestras, la primera de 0 a 5 días después del inicio de la enfermedad (fase aguda) la segunda 14 a 21 días (fase convaleciente). Esto se expresa con un incremento de los títulos en 4 veces o más. Técnica de recolección, conservación y envió.

Definición de Caso de Dengue Hemorrágico.

Caso Sospechoso: Pacientes con manifestaciones clínicas de dengue clásico al cual se asocia algún tipo de sangrado y/o manifestaciones de choque.

Las manifestaciones de choque más frecuentes encontradas en Honduras durante la epidemia del año 2000 fueron dolor abdominal intenso, palidez exagerada, frialdad de los miembros, llenado capilar mayor de 5 segundos, pulsos débiles y presión diferencial menor de 10mm de mercurio.

CASO CONFIRMADO

GRADO	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	LABORATORIO
I	Fiebre, síntomas generales, dolor abdominal y vómito especialmente en niños. Prueba de torniquete positivo (especialmente en adultos).	Hemoconcentración (esta puede o no ser mayor al 20%). Trombocitopenia (plaquetas menor o iguala 100,000 mm ³ o cambios significativos entre dos o más tomas) Serología y/o Aislamiento Viral (serología pareada cuando la muestra es tomada en los primeros cinco días).

GRADO	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	LABORATORIO
III	Datos de shock, taquicardia, frialdad de extremidades, pulsos débiles y llenado capilar mayor de 3 segundos con presión diferencial menor de 10 mm Hg. con o sin colecciones serosas (derrame pleural, pericardio, ascitis o colecistitis acalculosa).	Hemoconcentración (esta puede o no ser mayor al 20%). En pacientes con sangrado activo puede presentar descenso de hematocrito y no demostrarse la hemoconcentración. Trombocitopenia (plaquetas menor o igual a $100,000 \text{ mm}^3$ o cambios significativos entre dos o más tomas). Serología y/o Aislamiento Viral (serología pareada cuando la muestra es tomada en los primeros cinco días).
IV	Shock Profundo	Hemoconcentración (esta puede o no ser mayor al 20%). En pacientes con sangrado activo puede presentar descenso de hematocrito y no demostrarse la hemoconcentración. Trombocitopenia (plaquetas menor o igual a $100,000 \text{ mm}^3$ o cambios significativos entre dos o más tomas). Serología y/o Aislamiento Viral (serología pareada cuando la muestra es tomada en los primeros cinco días).

CASO CONFIRMADO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

Caso sospechoso con nexo epidemiológico de otro u otros casos confirmados por laboratorio.

La dinámica de transmisión del virus del dengue depende de interacciones entre el ambiente, el agente, la población de huéspedes y el vector. La magnitud e intensidad de tales interacciones definirán la transmisión del dengue en una comunidad, región o país. Debido a su estrecha asociación con el hombre el dengue es principalmente una enfermedad urbana aunque probablemente la infestación rural sea común, una urbanización no planificada y densidades habitacionales muy elevadas, las casas que tienen puertas y ventanas sin protección, permiten el acceso a los mosquitos y los desagües bloqueados con la basura favorecen su reproducción, el agua almacenada en los hogares durante más de una semana y el uso de tanques destapados para almacenar agua, crean focos de proliferación.

En el presente estudio la mayoría de los pacientes procedían del área urbana, tenían condiciones de las mencionadas anteriormente aunque no se profundizó en los datos de las fichas epidemiológicas y el expediente clínico pero sí, lo confirmó los encargados de la atención al medio que confirman las condiciones sanitarias en la cual viven las mujeres y los niños pequeños que pasan largos períodos de tiempo en el hogar, con una actividad mínima durante las horas del día pueden

experimentar exposiciones más largas a mosquitos potencialmente infectados que las personas que están fuera de la casa o activos.

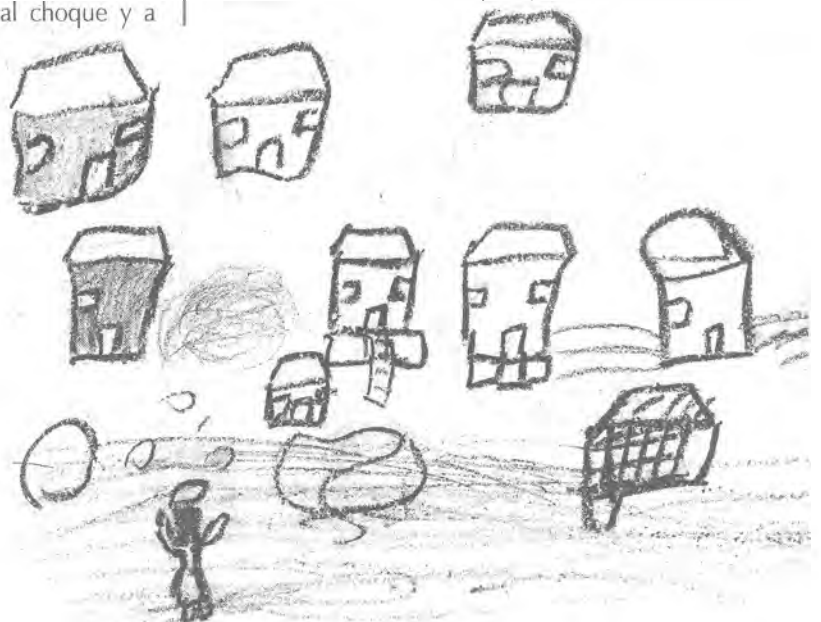
En el presente estudio no fueron afectados más frecuentemente los niños como dice la literatura, sino que fueron afectados más la población adulta y en los menores de 15 años las edades más frecuentemente afectadas fueron las comprendidas entre 5 y 14 años, si fue afectado más el sexo femenino debido a que en su mayoría son amas de casa, porque sus actividades condicionan mayores períodos de contacto con los mosquitos afectados en el entorno doméstico; en cuanto a las manifestaciones clínicas más frecuentemente encontradas fueron fiebre, cefalea, dolor retro-ocular, dolor en el cuerpo, anorexia, escalofríos tal como lo describe la literatura, en menores de 15 años petequias-equimosis en un 11% y un 17% presentaron el signo del torniquete positivo. En los mayores de 15 años las petequias – equimosis se presentaron en 19% y la prueba de torniquete fue positiva en un 9% como se pudo observar en los cuadros de las manifestaciones clínicas, la mayoría no presentaron manifestaciones hemorrágicas y casi no se presentaron los signos de alarma, solo en un 4% se utilizaron hemoderivados y se refirieron al Hospital Escuela 9 casos de

dengue hemorrágicos, es que equivale a un 18% en su mayoría el motivo de referencia fué por presentar trombocitopenia menor de 30,000 mm³ aunque con la experiencia adquirida durante la epidemia, al final no se estaban refiriendo pacientes casi todos estaban siendo manejados en ese centro Hospitalario, por lo que se puede concluir que los pacientes que egresaron del Hospital San Francisco no presentaron complicaciones producidas por el dengue hemorrágico; ya que el equipo de trabajo en la epidemia del dengue tenía su propio protocolo para el manejo de pacientes, se tenía a menudo la discusión de casos, la socialización de todos los eventos que se presentaron y la constante actualización y lo mas importante que se puede decir es que la mortalidad puede ser 0% , por lo que se puede decir desde el punto de vista de la salud publica que concienciar a la población en forma sostenida para evitar los criaderos de zancudos es una medida muy importante, la razón para que las comunidades participen en ayudar en el control de Ae. Aegypti señalando que la mejor manera de movilizar las comunidades es hacer concientes de la amenaza que representa el dengue hemorrágico para ellas y especialmente para sus niños, e informarlas con respecto a la forma en que se transmite la infección, al ciclo de vida , los principales criaderos del vector y la manera en que se puede reducir la amenaza del DH haciendo que todos asuman su responsabilidad en forma personal y colectiva. Desde el punto de vista clínico podemos hacer las siguientes recomendaciones: la importancia de la detección precoz y manejo oportuno de los casos, asegurar la hidratación, recomendar sales de rehidratación oral, mantener vía parenteral funcionando, evaluar hemodinamicamente al paciente, identificar los pacientes de riesgo y monitorear de cerca, no hay que permitir que los pacientes nos lleguen al choque y a

muerres por lo que es necesario el manejo enzimático, monitorear la presión arterial , la presión arterial media, monitorear las plaquetas, vigilar al paciente por sangrado, estar pendientes de signos de alarma como ser: dolor abdominal intenso, vómitos frecuentes, dificultad respiratoria, frialdad de los miembros, alteración de la conciencia, por lo general las transfusiones solo son necesarias en aquellos pacientes con sangrados masivos o que estén en peligro de muerte, en lo posible no remitir al paciente y si es indispensable hay que estabilizarlo y garantizar el aporte de líquidos y llenar correctamente las fichas epidemiológicas.

REFERENCIAS

1. CDC – El Dengue y el dengue hemorrágico preguntas y respuestas. WWW. Cdc .gov
2. Dengue y Dengue Hemorrágico en las Américas. Guías para su prevención y control publicación científica # 548, Organización Panamericana para la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización para la Salud # 525 TWENTY-THIRD STREET, N.W. WASHINGTON, D.C. 20037 E.U.A.
3. Guía y lineamientos para el manejo clínico con dengue clásico y dengue hemorrágico, Honduras C.A. octubre 2001.
4. Revista Panamericana de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud volumen 8 No 4 octubre 2000
5. Revista Salud Pública de México Volumen 35 No 1 pagina 39 Enero Febrero 1993.
6. Salud Pública de México suplemento de 1995, Volumen 37 No Supl. Pps29-544



LAS MAQUILAS Y LA SALUD LABORAL*

M.Sc. Brenda Elizabeth Meléndez R.
Directora de la Unidad de Investigación Científica de la
Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH

Cada día miles de trabajadores acuden a su jornada laboral, enfrentándose a un ambiente de trabajo que les somete a grandes tensiones, tanto físicas como emocionales, poniendo en peligro su ya precaria salud. Las cifras estadísticas relacionadas a enfermedades y lesiones ocupacionales alcanzan alta incidencia y prevalencia, pero la mayor parte de ellas se encuentran subregistradas especialmente aquellas que son producto de una prolongada y continua exposición al frío, calor, ruido, polvo etc.. Las que se registran son aquellas en las que la enfermedad o lesión es obvia (heridas, traumas, intoxicaciones severas), pero generalmente muchos trabajadores/as mueren por una enfermedad registrada como común pero que en realidad fue debido a una agresión del ambiente laboral

El surgimiento de nuevas formas laborales expresadas en la reconversión industrial, la flexibilidad laboral, la polivalencia en el trabajo y la incorporación masiva de sistema de producción tipo maquila, impactan grandemente en la salud y calidad de vida de la población en general y más específicamente en la población trabajadora.

Este artículo resume la tesis de maestría titulada "MAQUILA Y SALUD RIESGOS, EXIGENCIAS Y NOCIDIDAD LABORAL", recoge en alguna medida el pensar y sentir de ese grupo de trabajadores/as que están insertos en la industria maquiladora, reconociendo aquellos riesgos a los que se ven expuestos constantemente

Dados los riesgos y exigencias laborales a que está expuesto el/la trabajador/a y que le llevan a contraer una lesión por accidente o una enfermedad por exposición continua y sin protección a un determinado agente nocivo para la salud, así como el grado de conocimiento que el/la trabajador/a tiene sobre estos aspectos, el estudio recopila, analiza y sistematiza la información sobre los riesgos y exigencias a los que se ve enfrentado el/a trabajador/a en el ambiente de trabajo que determina la nocividad o no nocividad laboral.

El estudio también retoma las acciones que los dueños de los medios de trabajo realizan o ponen en práctica para disminuir el riesgo, a fin de que los entornos sean saludables.

De manera que se trata de los siguientes aspectos:

1. Analizar la experiencia y el saber colectivo en torno al trabajo y la salud, sistematizando ese conocimiento con el fin de emitir en forma participativa y consensuada estrategias válidas en la generación de nuevas formas laborales saludables, organización de acciones de prevención de enfermedad y protección de la salud de las/los trabajadoras/es.
2. Analizar la presencia, magnitud y característica de los riesgos y exigencias laborales y su relación con los daños a la salud
3. Analizar los medios y objetos de trabajo que sean nocivos a la salud del trabajador
4. Analizar el tiempo de exposición a riesgo o exigencia a que se ve sometido el/la trabajador/a y que le lleva al deterioro de su salud.
5. Graficar el mapa de riesgo que servirá para la capacitación de los/as trabajadores/as y la vigilancia epidemiológica de los factores que pueden provocar daños a la salud
6. Sistematizar las propuestas emitidas por los/las trabajadores/as, para el control de la nocividad.

Estrategia metodológica

El estudio tiene un diseño analítico cualitativo, utilizando como metodología la investigación participativa de modelo obrero: investigación -acción - educación - aprendizaje, como una propuesta en la búsqueda del conocimiento acerca de la relación Salud - Trabajo, analizando las formas concretas del proceso laboral, la organización y división de trabajo, identificando y analizando la presencia, magnitud y características con que se presentan los riesgos, las exigencias laborales y su relación en el

* Este trabajo es una síntesis de la tesis de grado titulada "Maquila y salud: Riesgos, exigencias y nocividad laboral" Presentada para optar al grado de Master en Salud Pública

proceso de trabajo y por último identificando y sistematizando las propuestas de los participantes para el control de la nocividad.

El universo del estudio fueron todos los/as trabajadores/as que están insertos en la industria maquiladora. La muestra fue establecida a través de grupos de trabajo que participaron en forma activa y espontánea tal como se describe en la siguiente tabla.

CUADRO N° 1

MAQUILA	N° PARTICIPANTES
Boston Textil	4
Cosmos 1	4
Cosmos 2	3
Exportex	8
Génesis Exportex	4
Perry de Honduras	2
Shing Sung Honduras	2
Warner's Honduras	3
TOTAL	30
Personal Institucional	8
TOTAL DE LA MUESTRA	38

Para dar respuesta a los objetivos planteados y garantizar los resultados de la investigación se consideró adecuado organizar la investigación por etapas:

Primera etapa: Consistió en la visita y reconocimiento del área de investigación a fin de detectar la viabilidad y factibilidad del proceso, por lo que se tuvieron entrevistas con los gerentes de las maquiladoras, con los encargados de la seguridad social de cada ambiente de trabajo y/o las organizaciones de trabajadores que existen en el ambiente de trabajo.

Segunda etapa: Organización de los grupos de trabajo con la colaboración y apoyo de la FUTH (Federación Unitaria de Trabajadores de Honduras) y la FEDISITRAH, especialmente con la colaboración del Señor Rolando Mateo y la Señora Gloria Guzmán.

Tercera etapa: La aplicación de los instrumentos de investigación (encuesta colectiva) que permitió el análisis del proceso de trabajo, los riesgos, exigencias laborales, los daños a la salud y las propuestas de prevención y control (taller).

La salud laboral en la era de la globalización

La globalización de la economía se caracteriza por:

- Mercados financieros que funcionan las 24 horas del día
- La transferencia internacional de capital.
- Permite al capital una mayor movilidad en el mundo
- Hacer los componentes de un mismo producto en diferentes partes del mundo.
- La regionalización como proceso económico cuyas condiciones son:
 - Alto Producto Interno Bruto PIB
 - Flujo de inversión, información, conocimiento, capacitación, formación, tecnología y comercio.
 - Poca capacidad adquisitiva, que permite dinamizar procesos nacionales más allá de las fronteras locales e imprimir esa dinámica en una región.

Nuestro país para participar de la manera más dinámica en la globalización deberá contar con mayores aportes, pero las potencialidades de Honduras residen en la mano de obra barata, como único factor de competitividad, por lo que la industria maquiladora opta por contratar mujeres jóvenes, grupo vulnerable sometido a una cultura machista que no dispone de tiempo para organizarse y luchar por una mejor calidad de vida: mujer, madre, esposa o compañera; comprometida con el bienestar de su familia y de sus hijos.

De las 151 empresas maquiladoras existentes en Honduras desde 1996, el 40% pertenecen al capital Norteamericano, el 33% a los asiáticos, hondureñas el 23%, mixtas el 2% y las de capital británico y del Gran Caimán el 1%.

La mayoría de las maquilas se encuentran en la zona norte del país entre las ciudades de San Pedro Sula, Cortés y la Ceiba, específicamente en Villanueva, Búfalo, y Choloma, zonas preferidas por los capitales extranjeros por la proximidad al mercado N.A. y por su excelente estructura topográfica.

INDUSTRIA MAQUILADORA DE CHOLOMA, CORTÉS

(Información recabada por informantes claves)

Boston Textil

Ubicación: San Miguel de Choloma, Cortés.

Número de trabajadores: 900 de los cuales 850 son mujeres.

Dedicación: confección de pantalones, shorts, camisas.
Turnos: de 7:30 a.m. - 3:00 p.m. de 8:00 a.m.. - 5:00 p.m., de 3:00 p.m. 11:00 p.m.

Jornada Extra: 5:00 p.m. - 7:00 p.m. de lunes a viernes y los sábados de 8:00 a.m. - 4:00 p.m. y de 8:00 a.m.. - 12:00 m.

Descanso: 30 minutos para almorzar

Áreas de trabajo: oficinas administrativas, oficinas de personal, cooperativa, oficina de métodos, fotocopiadora, sala de conferencias y sala de recepción, módulos de producción, cortinas, área de corte, sala de controles, área de ingeniería, área de mantenimiento, Dispensario médico.

División del trabajo: Operarias, manuales, bodega, repartidores, sorgeteo, costura, etiquetas, mecánicos.

Materia prima utilizada: tela dockers, botones, hilos, si-peres

Maquinaria: Máquinas de coser, de sorgeteo

Herramientas: Bobinas, sangrías, descosturadores, pinzas, cambiador de agujas.

Formas de realizar las actividades: en equipos e individual.

Supervisión: Estricta en todas las áreas para garantizar la calidad y la productividad.

Formas de pago: Salario mínimo y a destajo

Construcción: Piso de mosaico, paredes de bloque, techo de asbesto, sistema eléctrico interno, agua por tubería, tiene 8 sanitarios para mujeres y 6 para hombres, un comedor pequeño, no tiene área de descanso ni de recreo, no hay vestidores, botiquín de emergencias.

Warner's de Honduras

Ubicación: Zona libre de Cortés.

Número de trabajadores: 300, de los cuales 285 son mujeres.

Dedicación: confección de ropa íntima de mujer

Turnos: de 7:00 a.m. - 4:00 p.m.

Jornada Extra: 5:00 p.m. - 7:00 p.m. de lunes a viernes y los sábados de 8:00 a.m. - 12:00 m.

Descanso: 15 minutos mañana y tarde, 1 hora para almorzar

Tiene organización sindical.

Áreas de trabajo: oficinas administrativas, oficinas de personal, máquinas, área de empaque, sección de cu-chillas, bodega, planta eléctrica, cafetería.

División del trabajo: Operarias, manuales, bodega, repartidores, sorgeteo, costura, etiquetas, mecánicos.

Materia prima utilizada: tela, elástico, hilos.

Maquinaria: Máquinas de coser, de sorgeteo

Herramientas: Bobinas, sangrías, descosturadores, pinzas, cambiador de agujas.

Formas de realizar las actividades: en equipos e individual.

Supervisión: Estricta en todas las áreas para garantizar la calidad y la productividad.

Formas de pago: Salario mínimo y por cuota.

Construcción: Piso de mosaico, paredes de bloque, techo de asbesto, sistema eléctrico interno, agua por tubería, tiene 20 sanitarios para mujeres y 10 para hombres, una cafetería, no hay vestidores, botiquín de emergencias.

Shing Sung

Ubicación: Río Nance, Choloma, Cortés.

Número de trabajadores: 200, de los cuales 60 son mujeres y 140 varones.

Dedicación: Fabricación de hilados y tejidos.

Turnos de 7:00 a.m. - 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. - 12:00 m.

Jornada extra: no hay.

Descanso: 30 minutos para almorzar

Áreas de trabajo: oficinas administrativas (Gerencia y presidencia), contabilidad, almacén, oficina de Knitting, almacén, finche, bodega, tintorería, bodega de telas, bodega de químicos, la-boratorio, mantenimiento, área de parqueo.

División del trabajo: Bodega, tintoreros, blanqueadores, laboratoristas, operarios del Knitting, inspectores, mecánicos.

Materia prima utilizada: algodón, material sintético, químicos, desmanchadores.

Maquinaria: Knitting, Haister

Herramientas: pinzas.

Formas de realizar las actividades: individual.

Supervisión: Estricta en todas las áreas para garantizar la calidad y la productividad.

Formas de pago: a destajo.

Construcción: Piso de mosaico, paredes de bloque, techo de asbesto, sistema eléctrico interno, agua por tubería, tiene 6 sanitarios para mujeres y 10 para hombres, dos salidas de emergencia, cafetería al interior, no tiene área de descanso ni de recreo, no hay vestidores, botiquín de emergencias.

Perry de Honduras

Ubicación: Choloma, Cortés.

Número de trabajadores: 1,500 de los cuales 1350 son mujeres.

Dedicación: confección de shorts de niñas, mujeres y hombres.

Turnos: de 8:00 a.m.. - 5:00 p.m.

Jornada Extra: 5:00 p.m. - 7:00 p.m. de lunes a viernes

y los sábados de 8:00 a.m. - 12:00 m.

Descanso: 30 minutos para almorzar

Áreas de trabajo: oficinas administrativas, área de plancha, líneas de trabajo, área de inspección, área de limpieza, cafetería.

División del trabajo: Operarias, manuales, bodega, cortadoras, sorgeteo, costura, etiquetas, empaque, inspectores.

Materia prima utilizada: tela azulón, kaki, botones, hilos, ziperes.

Maquinaria: Máquinas de coser industrial, de sorgeteo.

Herramientas: Bobinas, sangrías, descosturadores, pinzas, cambiador de agujas.

Formas de realizar las actividades: en equipos e individual.

Supervisión: Estricta en todas las áreas para garantizar la calidad y la productividad.

Formas de pago: Salario mensual y a destajo

Construcción: Piso de mosaico, paredes de bloque, techo de asbesto, sistema eléctrico interno, agua por tubería, tiene 20 sanitarios para mujeres y 10 para hombres, un comedor pequeño, no tiene área de descanso ni de recreo, no hay vestidores, botiquín de emergencias.

Génesis

Ubicación: Parque Indelba de Choloma, Cortés.

Número de trabajadores: 1000, de los cuales 800 son mujeres.

Dedicación: fabricación de blusas y camisetitas

Turnos de 7:30 a.m. - 4:00 p.m.

Jornada extra 4:00 p.m. - 6:00 p.m. de lunes a viernes y los sábados de 8:00 a.m. - 12:00 m.

Descanso: 30 minutos para almorzar

Áreas de trabajo: oficinas administrativas, área de costura, área de corte, área de plancha, bodega, área de limpieza, área de empaque, cafetería.

División del trabajo: Operarias, manuales, bodega, repartidores, sorgeteo, costura, etiquetas, mecánicos.

Materia prima utilizada: tela de algodón, de camiseta, botones, hilos, ziperes.

Maquinaria: Máquinas de coser, de sorgeteo.

Herramientas: Bobinas, sangrías, descosturadores, pinzas, cambiador de agujas.

Formas de realizar las actividades: en equipos e individual.

Supervisión: Estricta en todas las áreas para garantizar la calidad y la productividad.

Formas de pago: Salario mínimo y a destajo.

Construcción: Piso de mosaico, paredes de bloque, techo de asbesto, sistema eléctrico interno, agua por tubería, tiene 5 sanitarios para mujeres y 5 para hombres,

un comedor pequeño, no tiene área de descanso ni de recreo, no hay vestidores, botiquín de emergencias.

Exportex

Ubicación: Parque Indelba de Choloma, Cortés.

Número de trabajadores: 1,600, de los cuales 1,400 son mujeres.

Dedicación: confección de shorts, ropa de mujer.

Turnos de 7:00 a.m. - 8:00 p.m.

Jornada Extra: 5:00 p.m. - 7:00 p.m. de lunes a viernes y los sábados de 8:00 a.m. - 12:00 m.

Descanso: 30 minutos para almorzar.

Áreas de trabajo: oficinas administrativas, oficinas de personal, sala de computo, área de calidad, cooperativa, área de empaque, área de sorgeteo, área de moldes, cocina, cafetería, plantas de trabajo, planta eléctrica.

División del trabajo: Operarias, manuales, bodega, repartidores, sorgeteo, costura, etiquetas, mecánicos, inspectores.

Materia prima utilizada: tela de algodón, sintética, botones, hilos, siperes

Maquinaria: Máquinas de coser, de sorgeteo.

Herramientas: Bobinas, sangrías, descosturadores, pinzas, cambiador de agujas.

Formas de realizar las actividades: En equipos e individual.

Supervisión: Estricta en todas las áreas para garantizar la calidad y la productividad.

Formas de pago: A destajo.

Construcción: Piso de mosaico, paredes de bloque, techo de asbesto, sistema eléctrico interno, agua por tubería, tiene 10 sanitarios para mujeres y 10 para hombres, un comedor pequeño, no tiene área de descanso ni de recreo, no hay vestidores, botiquín de emergencias.

La descripción de cada maquila arroja un total de 6,400 trabajadores de los cuales el 87% pertenece al sexo femenino. El 86% de esas maquilas se dedican a la confección de ropa, presentan similares características en cuanto a la división del trabajo, formas de pago, turnos que van más allá de las horas especificadas por la OIT (8 horas), la maquinaria y herramientas utilizadas son similares así como la forma de supervisión que es estricta en todas las áreas para garantizar la productividad.

Características de los (as) trabajadores (as) de la maquila

Este apartado es producto de la entrevista individual que se hizo a los 30 participantes, el objetivo era saber el ni-

vel educativo, edad, número de dependientes, procedencia, opinión sobre el trabajo en la maquila antes y después de ser un/a trabajador/a más de los parques industriales.

Los resultados fueron los siguientes: en cuanto a la edad media es de 26.7 años, pero hay que destacar que esta edad se ve influenciada por las edades mayores (35 - 40 años de 5 personas) y que al quitar esa influencia se reduce la edad a 22.6 años.

Predomina el sexo femenino por lo que anteriormente se explicó, es la mano de obra menos calificada y con mayores deseos de insertarse en ámbito laboral, en el estado civil se destaca la soltería (17) en cuanto a relación de pareja 5 refieren ser casados y 5 mantienen la relación de unión libre, 3 son madres jefas de hogar.

El nivel educativo 19 cursaron algún grado de educación primaria, 7 cursaron la primaria, 2 refieren haber cursado un grado de educación media y dos la completaron.

El número de dependientes, 22 mujeres refieren tener más de un hijo y 20 reportaron ayudar a sus familiares colaterales.

La procedencia, se destacan como municipio expulsores Ocotepeque, santa Barbara, Lempira, Olanchito, Comayagua y Copan, una minoría procede de Tegucigalpa, San Pedro Sula. El lugar de residencia un 95% refirió vivir cerca de su zona de trabajo.

La pugna establecida entre el capital y el trabajo es el origen del desarrollo de los derechos laborales que regulen las condiciones de trabajo y que generalmente son pasmados en los contratos de trabajo, como un ordenamiento laboral protector. Los derechos de trabajo que se cumplen los podemos ver en la siguiente tabla.

CUADRO N° 2
CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS LABORALES AL INTERIOR DE LA INDUSTRIA MAQUILADORA CHOLOMA, CORTÉS 2001

DERECHOS	No.	%
B	5	16.7
C	6	20.0
D	4	13.3
E	4	13.3
K	1	3.3
TODOS EXCEPTO J*	1	3.3
NINGUNO	13	43.3

FUENTE: Investigación sobre riesgos, exigencias y nocividad. estudio de las maquilas de Choloma Cortés 2001.

* Se refiere a la Maquila Warnwr's de Honduras que permite la organización sindical por lo que sus trabajadores han logrado conquistas salariales y normativas.

Todos los derechos que se cumplen se refieren al pago salarial, pero no así el pago de horas extras.

Las personas que participaron en la investigación refieren que la ventaja de trabajar en la maquila es que les asegura un salario y un trabajo, no necesitan tener mayor grado educativo para ser admitidos.

Entre las desventajas refieren la violación de sus derechos, la no protección del trabajador porque al interior de la maquila no hay un programa de salud, por otro lado las condiciones de trabajo son malas.

Riesgos, exigencias y nocividad laboral

El proceso Salud - Enfermedad es complejo en el cual coexiste de manera inseparable las formas de vida y de trabajo de los distintos grupos sociales, en la cual la habilidad del organismo para conservarse y protegerse, constituye el sistema de defensa natural, permitiéndole al ser humano estar vivo día a día a pesar del contacto con gérmenes, basura y otros peligros para la salud. Un ambiente ruidoso, caluroso, lleno de humo y polvo desafían constantemente ese sistema de defensa del organismo de tal manera que cuando son excesivamente altos terminan de derrotarla y la persona enferma.

1. Riesgos derivados de los medios de trabajo a los que se les denomina como riesgos del grupo N° 1

1.1 Temperatura: El nivel térmico de los cuerpos y el ambiente o la magnitud que tiene el intercambio calorífico entre los cuerpos. Al analizar este medio se reporta una temperatura alta en todas las áreas de trabajo exponiendo a los 8,000 trabajadores, la causa es la falta de ventilación, el vapor producido por las máquinas, el exceso de energía eléctrica y el calor producido por las lámparas, e hacinamiento durante 12 - 13 horas les produce cansancio, sofoco, pesadez, dolor de cabeza.

1.2 Humedad o cantidad de vapor acuoso contenido en el área de trabajo como producto del vapor de las máquinas, la transpiración de los cuerpos y el calor excesivo, vuelve el aire que respiran pesado y dificultoso, provocándoles disnea, náuseas, mareos, dolor de cabeza.

1.3 Ventilación, las modernas construcciones exigen suficiente ventilación para que entre aire fresco y salga el aire caliente, un ambiente cerrado como las maquilas no permite una adecuada ventilación, provocando pesadez, afecciones en el aparato respiratorio (gripe, tos) y cansancio.

1.4 Iluminación, la intensidad de la disposición de luces en un espacio de trabajo es muy importante para la salud de los trabajadores, una excesiva iluminación provocada por un sistema de luces de alto voltaje y colocadas a la altura de la cabeza, afecta gravemente a los trabajadores presentando agotamiento, dolor de cabeza, nerviosismo, estrés y problemas visuales.

1.5 Ruido, connotado como un sonido molesto o indeseable, con efectos a largo plazo ya que el trabajador paulatinamente va perdiendo la capacidad auditiva. Las maquilas presentan un ruido muy alto y ensordecedor, afectándoles el estado anímico, dolor de cabeza, cansancio, pesadez

1.6 Vibraciones, transmitidas al cuerpo en forma vertical de los pies a la cabeza provoca mareos y daños al sistema musculo esquelético, desgarrós musculares, estrés, tal como lo señalan los trabajadores y trabajadoras; dolor de hueso, piernas, brazos, columna y músculos.

1.7 Radiaciones, difícilmente se percibe, pero es transmitida por la luz visible, por el calor y la electricidad de las máquinas y se siente en todas las áreas del trabajo durante 12 - 13 horas provocando náuseas, vómitos, diarrea y dolor de cabeza.

2. Riesgos resultantes de los objetos de trabajo, sus transformaciones y daños a la salud., son los llamados del grupo II

2.1 Polvo, partículas pequeñas que difícilmente se pueden ver pero que el trabajador siente al respirar, tal como el tamo que provoca afecciones a las vías respiratorias, de la piel, de los ojos (Gripe, tos, bronquitis, conjuntivitis, caspa)

2.2 Humo, producto gaseoso de la combustión incompleta, del vapor que exhala cualquier máquina o producto químico, se expone a 1,600 trabajadores afectándoles en su salud, presentan mareos, amigdalitis, vómitos, asma, alergias.

2.3 Gases, introducidos al organismo a través de las vías respiratorias, irritándoles constantemente produciéndoles: dolor de cabeza, quemaduras de la piel, gripe, vómitos, mareos, ardor en los ojos, intoxicaciones.

2.4 Vapores, Fase de estado gaseoso de una sustancia es arrojado por las máquinas de vapor, los químicos para desmanchar telas presentando: dolor de cabeza, mareos, ardor en la vista y garganta en las personas que se ven sometidas a este riesgo.

2.5 Líquidos, estado de la materia que tiene volumen propio que puede fluir o evaporarse, utilizado en los químicos y que se introduce a través de la piel o la boca, es en el Daydy y el Finish los de mayor exposición y son 150 trabajadores los que constantemente están expuestos afectándoles con alergias, quemaduras y manchas en las manos, alergias e intoxicaciones graves.

2.6 Aerosoles, suspensión de partículas microscópicas en el aire, utilizados en la maquila para desmanchar telas, son altamente tóxicos provocan mareos, vómitos, ardor en los ojos e intoxicaciones severas cuando la exposición es continua.

2.7 Otras sustancias, pegamentos utilizados en el área de empaque, 20 trabajadores se quejan de mareos, dolores de cabeza, náuseas y ardor en los ojos.

3.. Exigencias de la actividad laboral.

Son en función a la división y organización del trabajo pertenecen al grupo IV de riesgos.

3.1 Actividad física intensa, las nuevas formas de trabajo requieren de una tecnología mecánica en la cual el proceso de trabajo es fraccionado en varias partes, lo que demanda de cada obrero realizar actividades de máxima concentración y jornadas extenuantes en lugares cerrados, calurosos, ruidosos, llenos de humo, polvo, etc.. lo que les provoca cansancio, agotamiento, estrés, nerviosismo, dolor de cabeza y cambios de conducta: se vuelven agresivos, apáticos.

3.2 Posiciones incómodas, trae como consecuencia problemas de columna, dolores musculares, agotamiento físico.

3.3 Posición sentado normal, si se tiene la misma posición durante 12 - 13 horas, esta posición se vuelve incómoda y es común en los operarios de las máquinas de coser, sorgeteo; lo que les afecta el sistema muscular, circulatorio y el sistema nervioso presentándose los siguientes síntomas: dolores de cabeza, de los riñones, várices, "dolor de cerebro", dolores musculares en piernas y brazos.

3.4 Posición sentado con los brazos en alto, al igual que la anterior presentan síntomas que van desde dolores de cabeza, calambres en los brazos, dolor en el cuello y en los huesos; refieren específicamente los empleados de bodega y empaque.

3.5 Posición parado normal, específico en los volteadores, inspectores, cortadores de hebra, auditores,

quienes reportan cansancio, várices, calambres, pies hinchados, aburrimiento y estrés.

3.6 Posición parado con los brazos en alto, específico de los empleados de empaque y bodega, reportan dolor de cabeza, de brazos, espalda, columna y cansancio.

3.6 Parado con los brazos al frente, específico de los bodegueros, cortadores de hilo, cortadores de tela, quienes reportan dolor de cabeza, piernas, y brazos.

3.7 Posición parado encorvado, específico de los selladores de bolsas y cajas, inspectores de obra quienes refieren dolor en la columna, en la espalda, los brazos, la cintura y cansancio.

3.8 Trabajo sedentario, específico de todos los puestos de trabajo, ya que las 12 ó 13 horas no cambian de posición, ni se mueven de sus sitios de trabajo agregando que este tipo de trabajo es monótono, repetitivo y pesado por las metas impuestas, reportan cansancio, estrés, trastornos visuales, agregando los síntomas de cada exigencia.

Como se puede observar las afecciones de este tipo de exigencia afectan el sistema musculo esquelético, es conocido que el uso repetitivo de alguna parte de nuestro cuerpo en una posición antinatural y por un período prolongado causa daños en los tendones, y pueden volverse crónicos y deformativos (artritis, escoliosis, artralgias)

4. Exigencias laborales de la organización y división del trabajo. (pertenecen al grupo IV de riesgos)

4.1 Jornada extensa de trabajo, en todas las maquilas y todos los puestos se exigen tareas repetitivas, monótonas y los trabajadores se sienten controlados, dominados e impotentes ante la máquina; reportan cansancio, debilidad, dolor de pierna, malestares estomacales, agotamiento físico, estrés, impotencia y descontento.

4.2 Tiempo extra, realizado fuera de la jornada de trabajo normal, a la que se llega mediante un acuerdo entre el trabajador y el empleador, el estudio reporta que en todas las maquilas se trabajan horas extras por requerimiento de metas y por exigencia de calidad, las que no son remuneradas, los y las trabajadores/as reportan cansancio, estrés, debilidad, insomnio, cansancio físico y sexual (no responden a su pareja por llegar muy cansados a sus hogares), disconformidad e impotencia por no poder protestar por miedo a perder el trabajo.

4.3 Rotaciones por turnos, a veces se realiza en el área de empaque y solo en la maquila Shing Sung, los trabajadores reportan problemas gástricos, agotamiento, estrés.

4.4 Guardias, en todos los puestos existen guardias lo que pone nerviosos a los y las trabajadores/as reportando problemas gástricos, enojo, se sienten vigilados constantemente, irritabilidad, impotencia.

4.5 Pausa inadecuada, en todas las maquilas a excepción de la Warner's de Honduras, solo les conceden de 20 a 30 minutos para tomar los alimentos por lo que reportan fatiga, trastornos gastrointestinales, náuseas, mareos, nerviosismo.

4.6 Pago a destajo, es la forma de pago de todas las maquilas, los y las empleados/as reportan ansiedad, preocupaciones y estrés, porque si no cumplen con su cuota, tienen que realizar horas extras las cuales no son remuneradas.

4.7 Peligrosidad en el trabajo, Todos los puestos son altamente peligrosos debido al uso de una maquinaria que no es conocida, por la velocidad y porque no se les capacita adecuadamente, reportan peligrosidad por defectos, falta de extractores de polvo y aire viciado, humedad, lo que les provoca cansancio y accidentes, heridas, quemaduras, etc.

4.8 Trabajo repetitivo, el 100% del trabajo es repetitivo, monótono y de mucha velocidad que requiere de la concentración, rapidez y habilidad del/a trabajador/a, reportan nerviosismo, ansiedad, malestar general, agotamiento físico y mental.

4.9 Ritmo de trabajo elevado, todos los puestos tienen este ritmo por la exigencia de metas altas de producción y calidad esto provoca dolor de cabeza, estrés, agotamiento y malestar general.

4.10 Trabajo monótono, todos los puestos tienen este tipo de exigencia, provocándoles endurecimiento de los dedos, dolor de cuello, cambio de conducta, descuido de su hogar.

4.11 Supervisión estricta, a excepción de la Warner's de Honduras, todas tienen este tipo de supervisión, exigen calidad y cantidad por lo que reportan nerviosismo, estrés, impotencia, ira y baja autoestima.

4.12 Dificultad para desplazarse, los pasillos son estrechos, la vigilancia es estricta por lo que el centro de trabajo se vuelve una cárcel de concreto provocando estrés, irritabilidad, preocupación, porque no se les con-

sidera como seres humanos, si no, como robots.

4.13 Comunicación difícil, es común en todas las maquilas, no se les permite platicar al interior del trabajo, corriendo el riesgo de volverlo una persona ansiosa, estresada, irritable e introvertida.

No cabe duda que las afecciones reportadas pertenecen a las mentales y que de no ser tratadas oportunamente serán producto más tarde de trastornos psiquiátricos y de conducta.

5. Riesgos que los medios de trabajo representan por sí mismos.

Conocidos los riesgos mecánicos

La tecnología mecánica como producción de trabajo basado en la coordinación característica de la exigencia de un producto y del ciclo de trabajo, comprende actividades que van desde las operaciones más sencillas hasta la utilización de maquinaria, accesorios y herramientas que determinan las condiciones de trabajo (velocidad de corte, costura, etc...), tiempo de realización del trabajo y el volumen o cantidad de piezas que han de producirse (metas) constituyen la tecnología cuyo fin es producir beneficios a la sociedad pero que a su vez deterioran la salud de aquellos que en ellas laboran.

La ley de seguridad garantiza un ambiente de trabajo saludable y seguro para todos los trabajadores, desgraciadamente la maquilas no cumplen porque más parecen campos de concentración de obreras y obreros, donde la exigencia y el riesgo están a la orden del día.

La estructura física de las maquilas estudiadas presentan una construcción de paredes, techo adecuados, los pisos son de mosaico, en algunas como la Cosmos 1 y 2 se han construido rampas y escaleras necesarias para estibar y almacenar el producto, tienen salidas de emergencia de 5 a 7 cada una. El alumbrado eléctrico es muy bajo, tienen previsto motores para la falta del fluido eléctrico así como Extinguidores.

La maquinaria y aparatos eléctricos son complejos y ayudan a los/as obreros/as a realizar determinadas funciones y son altamente peligrosas por la velocidad de movimientos y rapidez con que trabajan y a veces son inseguras por falta de mantenimiento provocando accidentes por desperfectos de la máquina o descuido del trabajador.

A este apartado los y las trabajadores/as reportan nerviosismo, desconfianza, estrés y temor a sufrir accidentes.

En cuanto a los servicios sanitarios se observa un déficit ya que para 7,400 trabajadores solo existen 140 sanitarios (déficit de 300), la OPS estipula una relación de un sanitario por 16 usuarios, si al déficit se le agrega el mal estado en que se encuentran agrava más la situación (no se les da mantenimiento, hay derrame de agua, hay malos olores, humedad) lo que provoca accidentes (caídas) hongos y problemas gastrointestinales

Ninguna maquila provee vestidores, ni áreas de recreo y descanso a sus trabajadores.

La dotación del servicio de agua, algunas la hacen a través del sistema de tubería, solo una reporta una dotación de agua filtrada y fresca (oasis). Los comedores son privados y se observa mala higiene y presencia de cucarachas, moscas.

Una visión desde el mundo de los (as) trabajadores (as)

Los países pobres especialmente los de centro América están sometidos a estrategias de ajuste estructural que les llevan a una redefinición de orden económico y con ello a cambios importantes en el mercado laboral y a nuevas formas de trabajo, ejemplo: Maquilas, basados en un modelo de sustentación de importaciones ligadas a mercados nacionales y subregionales, enmarcados en regulaciones especiales como ser excepciones aduaneras y fiscales, ventajas cambiarias, su producción es de ensamble de insumos importados y el producto es para la exportación.

Es así que aparece en Honduras la industria Maquiladora y con ello la contradicción fundamental capital - trabajo o sea ricos - pobres.

En Honduras en el 2000 habían 23 parques industriales y 216 empresas maquiladoras generando 123,000 empleos directamente e indirectamente un millón, pero los problemas donde están ubicadas estas maquilas incrementaron sus problemas, entre ellos:

- Incremento desmedido de la población.
- Desestructuración familiar.
- Disminución de la producción agrícola
- Incapacidad de los gobiernos locales de satisfacer la demanda de la población móvil, se observan estructuras desorganizadas incremento de cinturones de miseria.
- Incremento del gasto público (agua, luz, vivienda, limpieza, salud, seguridad, transporte)

- La industria maquiladora solo genera el salario de la población trabajadora que trabaja en esa industria.

Por otro lado las condiciones no adecuadas a las que está expuesta el/la trabajador/a en la que no se permite la organización sindical que les de fuerza para reclamar sus derechos, se puede decir que las maquilas son campamentos carcelarios de trabajo que sirven para aumentar la economía de los empresarios ricos pero los pobres seguirán siendo siempre pobres.

La salud - enfermedad como un continuo cuyo origen puede ser antes o después de su concepción, los riesgos físicos, biológicos, químicos y sociales presentes en el mundo real que rodea al ser humano, interactúan en los diferentes períodos de la enfermedad (prepatogénico y patogénico), tal como se observa en la industria maquiladora de Honduras, que presenta una serie de riesgos que lo vuelven nocivo para la salud de los trabajadores, ejemplo las reacciones al calor, ruido, vibraciones, y los efectos tóxicos que tienen los gases y vapores utilizados, así como el aumento de las horas de trabajo desencadenan el estrés del trabajador y por otro lado las preocupaciones económicas que tienen aunadas al temor de perder el empleo, les vuelven una persona insegura y preocupada.

Por último se puede argumentar que la industria maquiladora ha creado sus propias fuentes de enfermedades psicológicas, emocionales, orgánicas e incapacitantes.

La enfermedad de los/las trabajadores/as de la industria maquiladora obedece a múltiples factores de riesgos y exigencia cuyo control puede ser abordado a través de la promoción de la salud con el propósito de disminuir la cantidad o calidad de esos riesgos y exigencias.

La promoción de la Salud se hará a través de:

- Acciones educativas.
- Políticas económicas y sociales.
- La legislación sanitaria que contemple una actitud preventiva basada en la cultura de la vida y de la salud ya que la enfermedad, la invalidez y la muerte no pueden formar parte de la experiencia laboral.

La protección específica insistiendo en la promoción de centros de trabajo limpios y saludables, donde la fuerza de trabajo, la salud y la longevidad de los /las trabajadores/as sea un credo para todos y cada uno de los actores del trabajo.

Se les debe proporcionar ropa protectora, viseras y mascarillas adecuadas, períodos de descanso y aclimatación, sitios de descanso, adecuado sistema de ventilación,

minimizar el ruido incorporando sistemas de reducción de ruido, como silenciadores, colocación de las máquinas en sitios alejados, construcción de habitaciones con materiales que absorben el ruido.

Se deben diseñar sistemas de instalaciones de luz para evitar el brillo, sombras o reflejos, se deben promover conversatorios y lo más importante que se respeten y practiquen los derechos de las y los trabajadoras/es.

CONCLUSIONES

Es razonable pensar que unos factores estarán siempre presentes en la ocurrencia de un determinado problema de salud y en un determinado espacio - población, mientras que los mismos factores se identificaran como poco influyentes en otros espacios - población aún tratándose del mismo problema de salud. Eso significa que además de las condiciones materiales de hábitat, la base territorial laboral, juegan un papel importante en la expresión de determinadas enfermedades.

Al conocer los diversos planos y condiciones influyentes en la generación de los problemas de salud, es el resultado de múltiples procesos de investigación, de capacitación y de decisiones políticas.

La agrupación y reagrupación de los espacios - población - trabajo conforme a condiciones de trabajo, constituye una oportunidad de identificar aquellos espacios de trabajo en situación de riesgo.

El modelo obrero como metodología de estudio, trata de concebir el problema Salud - Enfermedad de la población laborante en el seno de lo social, trata de construir una aproximación viable y real de la vida de las mujeres y hombres trabajadores/as de las maquilas, apropiándose de las desigualdades e iniquidades que afectan de manera diferencial a esos espacios laborales y que a través de una visión estratégica se promuevan acciones decisivas en cuanto a promover entornos de trabajo saludables.

El ser humano está expuesto diariamente a muchas agresiones tales como: polvo, ruido, humo de cigarrillos, de autos, contaminación del medio ambiente; factores que hacen casi imposible identificarlos como efectos peligrosos para la salud, volviendo crónicas las afecciones y enfermedades que desencadenan en la resistencia natural del organismo humano. Es ante esta realidad que se hace necesario la eliminación del riesgo en su fuente de origen a través de la evaluación de la magnitud de la exposición a los diversos riesgos y del control del medio ambiente laboral.

Es una realidad que trabajar en condiciones peligrosas e insalubres es una violación del derecho de la vida, al bienestar y a la libertad del individuo, de ahí la importancia de orientar y capacitar a los/as trabajadores/as sobre sus derechos laborales, para que conozcan la problemática y estén dispuestos a luchar por sus convicciones y conquistar los beneficios adecuados para su bienestar y para su trabajo y lo más importante, su dignidad. Así como también proporcionar información general sobre las técnicas de control de los riesgos con el propósito de que los trabajadores sepan que demandar cuando se plantee el control del medio ambiente del espacio de trabajo.

Promover la organización de comisiones de higiene y seguridad en forma bipartita (trabajadores y patrones) a través de la organización sindical, para que velar que se apliquen las medidas de prevención, inspección, investigación y supervisión de las prácticas de seguridad e higiene, la investigación de accidentes y enfermedades ocupacionales, emitir las recomendaciones pertinentes para eliminar aquellas prácticas y condiciones insalubres e inseguras.

Generalmente en algunas plantas industriales para eliminar el riesgo se diseñan procesos de eliminación de puestos riesgosos, pero en realidad no se está pensando en la seguridad de la población trabajadora, porque se induce a estos a dejar su empleo sin dar los beneficios que establece la ley de trabajo (pago de prestaciones). Se debe recordar que ningún trabajador debe ser forzado a abandonar su trabajo, solo porque desee que éste sea seguro.

A través del diseño de los mapas de riesgo que fueron elaborados por los participantes se detectan espacios de trabajo con riesgo en todos los puestos, en otras palabras son centros que se vuelven nocivos para todos aquellos que en su afán de obtener el recurso económico que satisfaga sus necesidades, deterioran día a día su salud, por lo que el costo beneficio es muy poco para el trabajador.

La globalización con sus nuevas formas de mercado de trabajo, enmarcan condiciones de trabajo que resaltan la problemática laboral en la que los actores principales constituye una fuerza laboral joven de baja escolarización que ha migrado de sus lugares de origen en afán de nuevas expectativas de vida.

El proceso de modernización laboral, la inserción de nuevas tecnologías, y la organización y división del tra-

Ashton J. *La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad*. Monografías sanitarias. Serie D. N° 1 Generalitat Valenciana. Valencia, año 1987

bajo, característico de la industria maquiladora, tiene tres aspectos fundamentales: uno conlleva la feminización del empleo, jornadas muy intensas y prolongadas que desgastan la capacidad laboral, de ahí la preferencia de contratar mano de obra joven y tercero el salario percibido no es suficiente para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas.

Sigerist (citado por Ashton)¹ planteó que cualquier programa de salud a nivel nacional debería incluir:

- “... ”
- Las mejores condiciones de vivienda y trabajo,
 - Los mejores medios posibles de descanso y ocio,
 - Un sistema de instituciones de salud con personal y medios disponibles para todos los ciudadanos...”

Se puede afirmar que la Seguridad Social, específicamente en lo que se refiere a las prestaciones de salud, no dan respuesta a las demandas de la clase trabajadora especialmente la del área de la maquila, incrementando así el costo de la asistencia médica para la clase pobre, esto es debido a que el Sector Salud no tiene esquemas de articulación, coordinación e integración institucional e intersectorial.

Ante la decadencia de los servicios públicos de atención a la salud de la clase trabajadora, florecen los servicios privados lucrativos que frente a la insatisfacción de la población con la atención en los centros de salud y seguro social, absorben en gran medida la demanda de atención individual altamente curativa, pero que no está al alcance de las/os trabajadoras/es de las maquilas, por tanto sus dolencias y malestares pasan de leves a crónicas.

La investigación de la problemática de salud de las/os trabajadoras/es es de mucha importancia, porque a través de ella se conocen cuales son los elementos principales para que se de una nocividad laboral y en base a ello emitir estrategias de intervención, por otro lado se enfrentaron serias limitaciones, el acceso a las maquilas no fue posible por lo que se recurrió a trabajar con los/as trabajadores/as fuera de los centros de trabajo, lo que limitó en gran medida profundizar más en el estudio.

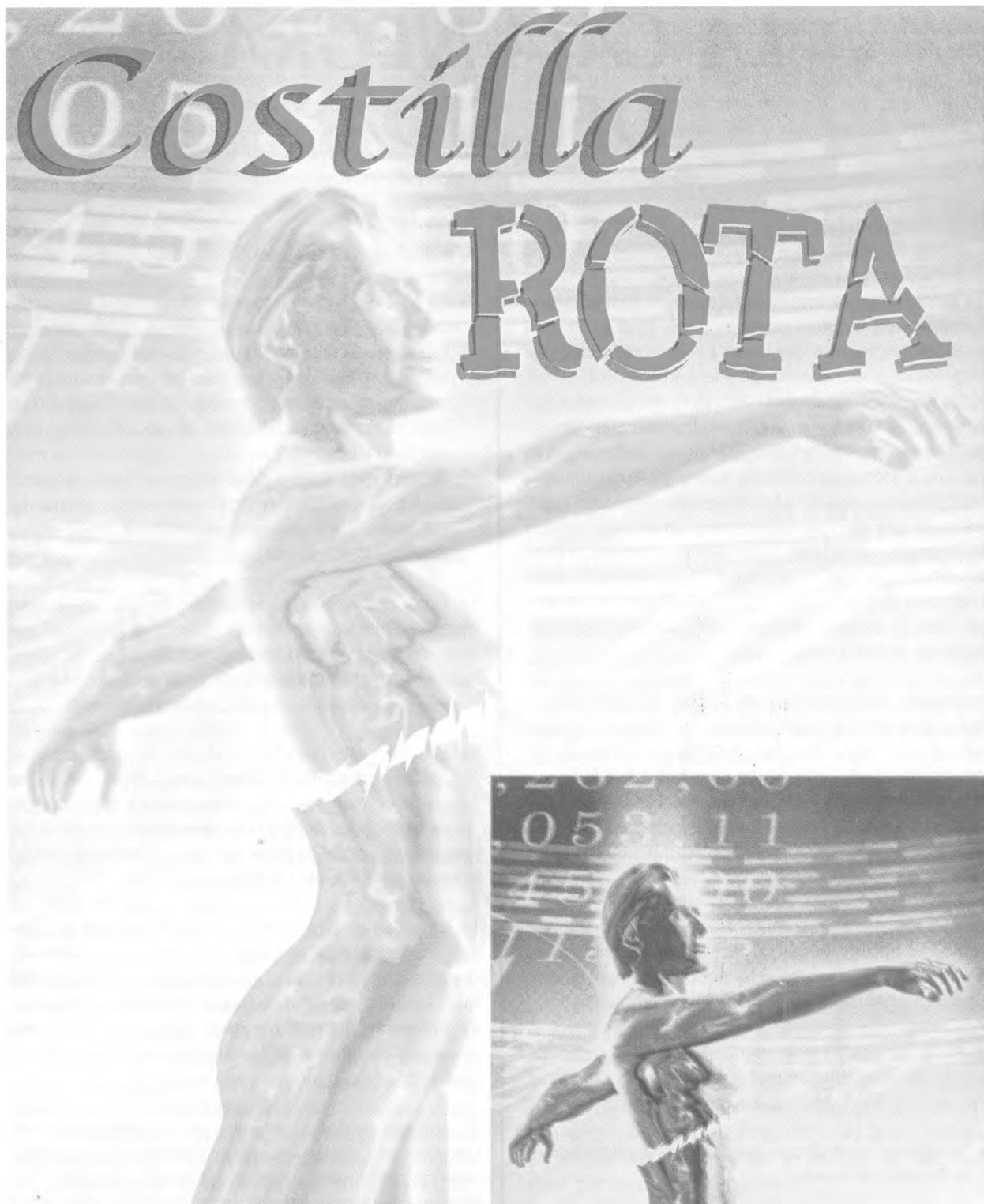
BIBLIOGRAFÍA

- Ashton J. *La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad*. Monografías sanitarias. Serie D. N° 1 Generalitat Valenciana. Valencia, año 1987
- Berman, Gregorio: “Estudio de la salud mental en relación con el trabajo” *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores* de Asa Cristina laurell (coordinadora) Serie Paltex, Salud y Sociedad 2000 N° 3 OPS/OMS año 1993.

- Betancourt, Oscar: *La Salud y el Trabajo. Reflexiones Teóricas Metodológicas, Monitoreo Epidemiológico. Atención Básica en Salud*. Centro de Estudio y Asesoría en Salud CEAS/OPS Quito, año 1995
- Breilh, J.: *Epidemiología del Trabajo. Reflexiones Metodológicas para un avance de la línea contra-hegemónica*. Mimeo. CEAS Quito, año 1992
- Breilh, J.: *Neoliberalismo en pastilla, para profesionales de la Salud*. Cuadernos de Salud Colectiva, Vol I, Nº 4, Quito, año 1991
- CEEA: *Mujer, Trabajo y Salud*. Serie Mujer y Salud. Ediciones CEAS Quito, año 1994
- Cueva, A.: *La teoría Marxista de las clases sociales*. FCPS UNAM, México, año 1999
- Durao, Alvaro: *"La educación de los trabajadores y su participación en los programas de Salud Ocupacional"*. Educación Médica. Salud Vol 21, Nº 2, año 1987
- EPP, Jake: *Logros La Salud para todos. Un marco para la Promoción de la Salud*. Health Canadá. Se publica con permiso del Ministerio de Suministros y Servicios Canadá, año 1995.
- Evans, Ronald: *Causalidad en Medicina*. Fotocopia, sin fecha de edición, sin casa editora
- Fúnez, Mateo: "El aporte de la maquila en la economía nacional. La visión sindicalista" *Memoria Encuentro Intersectorial para buscar nuevas alternativas de organización sindical en la maquila*, OIT San Pedro Sula, Cortés Honduras C. A., julio 2000
- H. Sabelli: *Biological Priority and Psychologist Dupremacy. A new interrogative Paradigm derived from process theory*. A.M. Journal of Pciachitry, 1989
- Honduras: *Indicadores del Mercado de Trabajo: Banco de datos 1988 - 1995. Proyecciones de Población Económicamente Activa*. SECLAN - FNUAP - DGCE. Proyecto Político Social, Población, Género y Empleo HON/94/PO3 Tegucigalpa M.D.C., marzo 1996
- I. Ferrando, Pere Boix: *La Salud Laboral: Las formas de Intervención*. Salud Pública. OPS, 1999.
- Lalonde, Marc. *"El concepto de Campo de la salud. Una perspectiva canadiense"*. *Boletín Epidemiológico 1993*. Resúmenes reproducidos con permiso de A New Perspectives on the health of Canadians. A working Document. Información de Canadá, 1974.
- Laurell, Asa Cristina: *"Un estudio sobre el proceso Salud - Enfermedad en América Latina"*. En revista Latino Americana de Salud Vol I, Nº 2, Edición Imagen, México D. F., año 1982
- Laurell, Asa Cristina: *"Un estudio sobre el proceso Salud - Enfermedad en América Latina"*. Cuadernos Médico Sociales Nº 37, Rosario, República de Argentina. setiembre 1982
- Laurell, Asa Cristina: *El estudio social del proceso Salud - Enfermedad en América latina*. Curso de Educación a distancia. Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo Modulo I, Necesidades y Calidad de Vida CELATS 1ª Edición. Año 1991.
- Marquez, M.; Romero, J.; Zubieta M.: *Proceso de producción y patrones de desgaste en los obreros de la industria maquiladora*. Tesis de Maestría, UNAM Metropolitana- X, México D.F., año 1986.
- Marx, Carl: *El Capital. Crítica a la economía política*. Fondo de Cultura económica, México D. F. Traducción de Wensslao Roces, año 1946
- Marx, Carl: *El capital. Crítica a la Economía Política*. cita a D. Molinari, G.. "Etudes économiques." París 1846 Fondo de Cultura Económica, México D. F., año 1946
- Noriega, M. y Col.: *En defensa de la salud y el trabajo*. SITUAM. México, año 1989
- Noriega, M.: *Organización laboral, Exigencias y Enfermedades*. En Laurell (Coord)
- OPS: *La salud en Las Américas*. Vol I, OMS/OPS Washington D. C., año 1998
- OPS: *Lo Biológico y lo Social: Su articulación en la formación del Personal de salud*. Serie Desarrollo del Recurso Humano Nº 101, OPS/OMS Washington D. C. EUA, año 1994
- Posas, Marido, Weitz, Bettina (compiladora): *Las maquilas en Honduras y el monitoreo independiente en Centro América*. Editorial FES, Fundación Friedrich Ebert - Hond -ISBN 99926 - 602-3-6 Diciembre 1998
- Rothman, Kennet: *Influencia causal de la epidemiología moderna*. Edición Díaz Santos S. A. Documento Nº 12. sin año
- San Martín, Hernan y otros: *El Concepto de Salud y el problema de los indicadores de Salud: En Salud y Enfermedad*. Estudios de Epidemiología Social, Edición Ciencias 3, Madrid, año 1986
- Stellman, Jeanne y Daun, Susan M.: *El trabajo es peligroso para la salud. Manual de riesgos en el lugar de trabajo y que hacer al respecto*. Colaboración de James L. Week, Steven d, Stellman, Michael E. Green. Traducción Gustavo Molina. Revisión Dayanira González de León. Siglo XXI 1ª Edición en Español México, año 1998.
- Villegas Rodríguez, Jorge A. Ríos Cotazar, Víctor: *La investigación participativa en la Salud Laboral: Modelo Obrero para la Investigación sobre la Salud de los obreros*. Asa Cristina Laurell Coordinadora. Serie Paltex Salud y Sociedad 2000 Nº 3 OPS/OMS, año 1993

Costilla

ROTA



LA CAJA NEGRA DEL SIDA

M.Sc. Emilia Alduvin
Docente del Postgrado en Salud Pública
FCM/UNAH

Los seres humanos somos capaces de realizar cambios dramáticos en nuestros patrones conductuales, sin embargo los mecanismos que llevan a esas modificaciones y su posterior sostenimiento son la parte oscura, semi-oculta en el devenir de cada individuo. Así, sostienen algunas teorías comportamentales utilizadas en las estrategias de prevención del VIH/SIDA, para poder esperar que una persona logre cambiar su comportamiento, primero debemos esperar que esa persona reconozca (perciba) que está en riesgo al mantener un determinado tipo de conducta. Después deberá confiar en sus propias capacidades (eficacia percibida / autoeficacia) para emprender el cambio hacia una nueva conducta. Posteriormente la nueva conducta pasará a formar parte del repertorio normal de la persona.

El propósito de esta exposición es llamar la atención hacia la lógica que ha venido guiando las acciones preventivas en VIH/SIDA, a partir de nociones como la de "percepción de riesgo" y discutir por qué, referidas a estos propósitos, dejan en el camino muchas lagunas que impiden el logro de la meta que se persigue en las estrategias preventivas, como el aludido "cambio de comportamiento".

El problema comienza cuando las personas tienden a negar el riesgo. Se ha comprobado que independientemente del tipo de riesgo de que se trate (contraer un cáncer, padecer un infarto...) las personas siempre se ven a sí mismas con un riesgo por debajo del promedio.

La situación, obviamente, tiende a ser más compleja cuando de lo que estamos hablando es del riesgo de contraer VIH/SIDA, básicamente por varias razones:

- Se trata de un síndrome que conlleva implícitamente la etiqueta de muerte.
- La carga moral asociada a los primeros "grupos de riesgo" que fueron identificados (trabajadoras del sexo, grupos homosexuales) influye para que las personas en general no tiendan a sentirse identificadas con el tipo de conductas atribuibles a tales grupos.

➤ La noción de "percepción de riesgo" -o ausencia de la misma-, nos remite a que el "riesgo" se ubica en una posición externa al sujeto, lo cual es visto como lejano a su realidad y a su persona en tanto no haya una mayor comprensión sobre los mecanismos que median entre "mi" conducta y el supuesto riesgo que no puedo percibir. Esta mayor comprensión acerca de tales mediaciones debería tenerse, tanto de parte de los sujetos directamente involucrados, como de los responsables de guiar las políticas y estrategias preventivas en materia de VIH/SIDA.

La lógica que subyace a la noción de "percepción de riesgo" se inserta en el llamado "enfoque de riesgo", el cual, dentro de la Epidemiología y la Salud Pública permite identificar factores asociados con determinadas patologías bajo un esquema de correlación estadística.

Es así como estudios clásicos dentro de estos campos han llevado a documentar situaciones y permitir avances concretos en campos tan diversos como la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas o las crónico-degenerativas, lo cual ha supuesto un notable mejoramiento en la calidad de vida de muchas poblaciones.

La limitación de este enfoque, aplicado sin más, a la situación concreta de prevención del VIH/SIDA reside en quererle atribuir a todo una explicación de riesgo, ya que el mismo, -atendiendo a una definición de peligro o inconveniente del cual me debo resguardar- varía ampliamente en función de las condiciones sociales y culturales en que vive inmersa cada sociedad.

El "enfoque de riesgo" permite, en una primera fase de conocimiento de la patología, identificar poblaciones, clasificar conductas, priorizar recursos y acciones; sin embargo, hablando de la situación particular del VIH/SIDA, los avances en la identificación de poblaciones y conductas y las correspondientes estrategias de abordaje han dejado más preguntas que respuestas en lo concerniente a lo que hay que hacer para frenar el avance de la pandemia.

Por otro lado, si consideramos el término "percepción" incluido en la noción de "percepción de riesgo" como un proceso de índole cognoscitivo/afectivo en que se procesa la información sensorial, vemos que para que pueda darse exitosamente, se deben sortear una serie de escollos de índole intelectual, social y cultural que la lleven a buen puerto en términos de entendimiento, comprensión y asimilación.

Las estrategias de prevención de VIH/SIDA han sido generosas en cuanto a la diseminación de información en las poblaciones blanco, lo cual ha permitido que entre las mismas se eleven significativamente los niveles de conocimientos en relación a los mecanismos de transmisión y prevención de la infección; sin embargo, traducir dichos logros a los ansiados "cambios de comportamiento" no ha sido del todo posible.

Dolorosamente se ha ido descubriendo que el conocimiento tiene muy poco o nada que ver con el cambio de conducta. De nuevo aquí nos encontramos con algunas explicaciones que apuntan a aclarar este fenómeno:

En primer lugar, y sin aludir en este momento a los aspectos de índole afectivo, moral y de poder que se dan en las relaciones de género, se parte del supuesto de que la transmisión de conocimientos, por sí misma, basta para tener una comprensión cabal de los mecanismos de transmisión y prevención del VIH.

Opuestamente, nosotros postulamos que la representación mental, y por ende la comprensión, que se tiene del fenómeno VIH/SIDA, -en la cual intervienen desde las experiencias pasadas, las creencias, los conocimientos, no necesariamente basados en evidencias científicas, hasta las interacciones entre las personas-, es demasiado general para guiar las acciones de las poblaciones "en riesgo" en materia de conductas protectoras. En pocas palabras, como plantea Keller (1993), conocimiento y representación no es lo mismo.

Esta situación difícilmente se superará si no procedemos a abrir la caja negra de las determinaciones que siguen dando pie a las "conductas de riesgo" aún en poblaciones no tipificadas como tales. En otras palabras, estamos hablando de las mediaciones entre los conocimientos y las conductas de las poblaciones que nos plantean la necesidad, impostergable, de un mayor entendimiento acerca de la dinámica de las relaciones que se ponen de manifiesto previo y durante el ejercicio de la sexualidad entre las personas.

Esta visión del abordaje a la problemática del VIH/SIDA demanda, por tanto, del aporte de las Ciencias Sociales

al entendimiento de la sexualidad de las diferentes poblaciones, toda vez que es éste elemento -el entendimiento y la vivencia de la sexualidad- el que signa, como aspecto cultural determinante, los patrones de transmisión de la infección a nivel mundial, regional y local.

En segundo lugar, los modelos de cambio comportamental de tipo individual usados ampliamente en las estrategias de prevención de VIH/SIDA presuponen, como propone Amuchástegui (1996), la existencia de un sujeto autónomo cuyo proceso de toma de decisiones en la esfera del manejo de su sexualidad es eminentemente racional.

La realidad es otra, ya que la vivencia de la sexualidad en hombres y mujeres es el producto de intrincadas relaciones que ponen de manifiesto condiciones de índole económico, social y cultural. Como también manifiesta Amaro (1995), los modelos teóricos utilizados en las estrategias preventivas del VIH/SIDA no dan cuenta ni ponen de manifiesto la importancia de las relaciones de género.

Hasta ahora los estudios sobre sexualidad se han venido centrando básicamente en la cuantificación de las diversas manifestaciones de la misma, o sea, de las diferentes conductas de los grupos estudiados, sin adentrarse en lo verdaderamente importante, a saber, los condicionantes sociales y los significados culturales que es donde se afincan los patrones comportamentales en materia de sexualidad.

El hablar de condicionantes sociales y significados culturales nos remite inevitablemente a hablar de las distintas vulnerabilidades que nos caracterizan como seres humanos, dependiendo de nuestra etnia, sexo, edad, así como de nuestra condición económica y educativa.

Para el caso, está plenamente documentada la mayor vulnerabilidad biológica de la mujer en lo concerniente a la transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales. Sin embargo, tomando este hecho como la excepción, todos los otros elementos o "factores" se circunscriben dentro de la dinámica de relaciones de las personas en sus diferentes escenarios en los que, el elemento clave que los define es el poder.

Estos aspectos, que han sido identificados ya anteriormente y que han sido conceptualizados como "factores de riesgo", denotan un estado de inmutabilidad que les confiere el término "factor" dificultando, de esa forma, el adentrarse a una mayor comprensión de sus determinaciones internas y por ende de sus reales posibilidades

de cambio. Postulamos, por tanto, el empleo de la noción de "situación de vulnerabilidad", la cual, nos permite adentrarnos en los fenómenos a estudiar desde un punto de vista social más dinámico, con miras al cambio.

Las situaciones de vulnerabilidad que a lo largo del tiempo han podido documentarse en lo atinente a la transmisión del VIH/SIDA van desde los niveles educativos diferenciados que logran alcanzar hombres y mujeres en diferentes zonas geográficas del mundo, la relativa ausencia de alternativas económicas para la mujer y la escasa independencia que ella tiene para fijar los términos de las relaciones sexuales en lo concerniente a medidas de sexo seguro.

Si bien, pudiéramos afirmar que la vulnerabilidad, que como sociedad tenemos, es global, una mirada más cercana y específica al fenómeno del VIH/SIDA, nos dirá que la vulnerabilidad es más bien cultural, y que curiosamente, el signo que marca todos los escenarios es la vulnerabilidad de género. O dicho de otra forma, la vulnerabilidad de que son presa hombres y mujeres en virtud de las formas como se dan las relaciones entre los sexos y que sirven de telón de fondo a la vivencia de sus sexualidades.

A modo de ejemplo, sírvanos reparar en unas cuantas situaciones que nos hablan de las diferentes facetas que adopta la vulnerabilidad y que ponen de manifiesto cómo la socialización sexual diferenciada de hombres y mujeres aumenta las posibilidades de infección de ambos, aunque por distintas vías:

- Los beneficios económicos y la coerción sexual son el trasfondo de las experiencias sexuales de muchas mujeres jóvenes.
- Las expectativas sociales de la virginidad en la mujer no necesariamente le protegen de las ETS/VIH, debido a prácticas como sexo anal, las que están más asociadas a la infección.
- La dificultad para hablar sobre sexualidad y prácticas sexuales de hombres y mujeres entre sí, en función de las expectativas mutuas que se tienen en la pareja en nuestra sociedad.
- Las jóvenes que se muestran reacias a tomar precauciones al ejercer su sexualidad, ya que implica una aceptación –ante sí mismas y ante los demás– de una vida sexual activa, lo cual es incongruente con las normas culturales esperadas.

- Las diferencias en los roles y responsabilidades de hombres y mujeres que inhiben las habilidades de estas últimas para comunicarse, tomar decisiones y buscar información y servicios a lo largo de su ciclo de vida.
- La arrogancia que por presión social se ven obligados a desplegar los varones jóvenes en relación a conocimientos y conductas sobre sexualidad y prevención, que les inhibe a apropiarse de una información y conducta protectora.
- Las pérdidas, reales o imaginarias, que tienen que enfrentar las chicas al pedirles a sus parejas la utilización del condón o prácticas de sexo seguro, parecen más importantes que las eventuales consecuencias que tiene para su salud las ETS/VIH.
- Los eufemismos utilizados por padres y madres al advertirles precaución a sus hijos e hijas en las manifestaciones de su sexualidad, que no llegan a desvelar la verdadera conexión entre sexualidad e infección por ETS/VIH.
- Los rodeos y énfasis en aspectos fisiológicos de las acciones educativas que, de igual forma, eluden la discusión de las verdaderas vulnerabilidades que enfrentan los y las adolescentes al enfrentar su sexualidad.
- Las limitaciones de maestros y personal de salud para abordar la temática de sexualidad en forma franca, amplia y libre de aspectos moralizantes y culpabilizadores.

Todas estas manifestaciones de vulnerabilidad en hombres y mujeres se dan en función de las relaciones de género y de la doble moral sexual imperante en las diferentes sociedades y, si bien, ha sido posible llegar a documentarlas, también nos abren las puertas hacia mayores interrogantes sobre las formas de revertir estas situaciones en procura de poblaciones más sanas.

Existe la urgente necesidad de mirar más de cerca hacia los valores, creencias y prácticas relacionadas con los roles de hombres y mujeres en su sexualidad, así como las implicaciones de estas conductas sexuales en la propagación de la pandemia y de las estrategias para los cambios necesarios.

De igual forma, la profundización en las respuestas a estas interrogantes debe dar pie para la construcción de indicadores de proceso que permitan verificar eventuales cambios en las relaciones de género en dirección hacia

formas de comportamiento más equitativas y por ende más seguras. Estos indicadores de proceso, en la medida de lo posible, deberán ser construidos por las mismas poblaciones vulnerables en estudio.

Postulamos, por tanto, la urgente necesidad de adoptar un enfoque de "percepción de vulnerabilidad" como un proceso de autoconocimiento y autodescubrimiento de las poblaciones vulnerables que las lleve a tener los elementos necesarios para un abordaje, desde su propia subjetividad, de estrategias para la ganancia y homogenización del poder para mejorar las habilidades en toma de decisiones y conductas de prevención ante las ETS/VIH/SIDA por parte de ambos sexos.

El cambio de enfoque se plantea, más que como un simple cosmético en las estrategias de abordaje, como un giro desde el punto de vista epistemológico de la Salud Pública, ya que las estrategias que plantean el incremento en el uso del condón sin entender las condiciones sociales que facilitan la infección por VIH son tan solo reformistas sin una visión de transformación de la sociedad para satisfacer las necesidades de las personas.

La operacionalización de este enfoque se plantea, por tanto, ligado a ciertas estrategias que le permitan su viabilidad:

- Participación comunitaria a través de procesos generales del grupo para ver, analizar y actuar juntos como herramienta efectiva para la transformación y el cambio social.
- Incorporación de aspectos relativos a estudios de género y psicología de la mujer en el abordaje de la temática de sexualidad.
- Importancia de la ganancia del poder a través de las interacciones y conexiones interrelacionales surgidas del diálogo de las y los involucrados como mecanismo para el cambio individual y social.
- Investigación-acción participativa para que las y los involucrados procuren el cambio social, actuando sobre el sistema y el mundo que les rodea.
- Debatir al interior, entre ambos sexos e intrageneracionalmente las normas sociales, valores y expectativas de cada uno.
- Involucramiento de los medios de comunicación para la modificación de los conceptos de masculinidad y feminidad y su relación con la sexualidad y el VIH.

- Formulación de indicadores de proceso adecuados para detectar los cambios sociales y culturales que conlleven a posteriores cambios comportamentales.

Al plantear el presente enfoque basado en la percepción de la vulnerabilidad es pertinente destacar que, estar a favor de un modelo de abordaje que ponga de manifiesto, no solo la necesidad, sino la posibilidad de un cambio, lleva aparejada la concepción de que la forma como funciona el mundo de los géneros debe mejorarse con miras a la superación de la doble moral sexual y a la aproximación hacia una ética de la sexualidad.

La ética de la sexualidad la concebimos como la posibilidad de construir, desde una visión conjunta de ambos sexos, las normatividades básicas para que la sexualidad en sus formas libremente elegidas sea buena y placentera para la pareja, evitando sus resultados indeseables como la enfermedad, los embarazos no deseados y el padecimiento psicológico y basada en el grado de honestidad, igualdad y responsabilidad de cada uno de los miembros de la pareja.

Esta concepción parte de la convicción de que la sexualidad no es un supuesto, sino que es, más bien, como plantea Jeffrey Weeks, el producto de la negociación, la lucha y la acción humana. Vista la sexualidad en sus mismos términos, como una herramienta de penetración crítica, se resalta su valor como promotora de otros aspectos de la organización de la cultura y por ende del desarrollo de la sociedad.

Tener una visión de percepción de vulnerabilidad nos coloca en un nivel más alto para detectar las diferentes interconexiones en las que se entrelaza la vida sexual de hombres y mujeres que se liga, por un lado con sus posibilidades de enfermar y morir, y por otro con sus posibilidades de cambio y desarrollo.

Las posibilidades de cambio y desarrollo social, si bien se han planteado como producto de la interacción y la participación comunitaria, no obstante deben partir de las propias subjetividades particulares para, en un proceso dialéctico, permitir la construcción de nuevas y valederas identidades de género con mayores posibilidades de enraizar en las nuevas generaciones.

Se plantea como piedra angular para la reconstrucción social de la sexualidad, siguiendo a Zemelman (1997), a la subjetividad como umbral del pensamiento social, ya que se constituye en el espacio privilegiado desde el cual se puede pensar la realidad social y lo que pensamos y sentimos sobre la misma.

En esta propuesta, la percepción de las vulnerabilidades a partir de la subjetividad, encuentra su sendero en el mundo triangulado entre las necesidades, la memoria y la visión utópica. Es decir, entre mi realidad como es actualmente, las tradiciones bajo las cuales he sido criado o criada y las aspiraciones por un mundo mejor guiados por una ética de la sexualidad.

Dicho en otras palabras, se trata de, conjuntamente, ir construyendo los sentidos de futuro a partir de la percepción subjetiva de las vulnerabilidades y necesidades actuales. Las necesidades se constituyen en las representaciones inmediatas y sentidas de las vulnerabilidades vividas y por tanto son más tangibles y fáciles de expresar.

La experiencia o memoria se remite, hablando en materia de sexualidad, a las tradiciones de la doble moral sexual que han venido imperando con diferentes matices en las distintas épocas y sociedades.

La visión utópica, por su parte, deberá guiar las interacciones y negociaciones a modo de procurar un balance de poder que permita condiciones más equitativas a futuro. El reto consiste, como lo apunta el propio Zelman, en negociar cómo un determinado futuro, que se considera deseable por una de las partes se llega a transformar en prácticas políticas, es decir en las necesidades prácticas del presente.

El reto pasa, entonces, por hacer emerger sentidos, orientadores de construcciones posibles, prescindiendo de los parámetros impuestos por la ideología dominante. Refiriéndonos a la construcción de una nueva moral sexual o de una ética de la sexualidad, desde la subjetividad, el reto pasa por la percepción de hombres y mujeres de los altos niveles de vulnerabilidad en que los ubica la vivencia de una doble moral sexual y en la convicción que solo a través de una construcción conjunta se podrá aspirar a un futuro más justo, sano y equitativo para la humanidad en su conjunto.

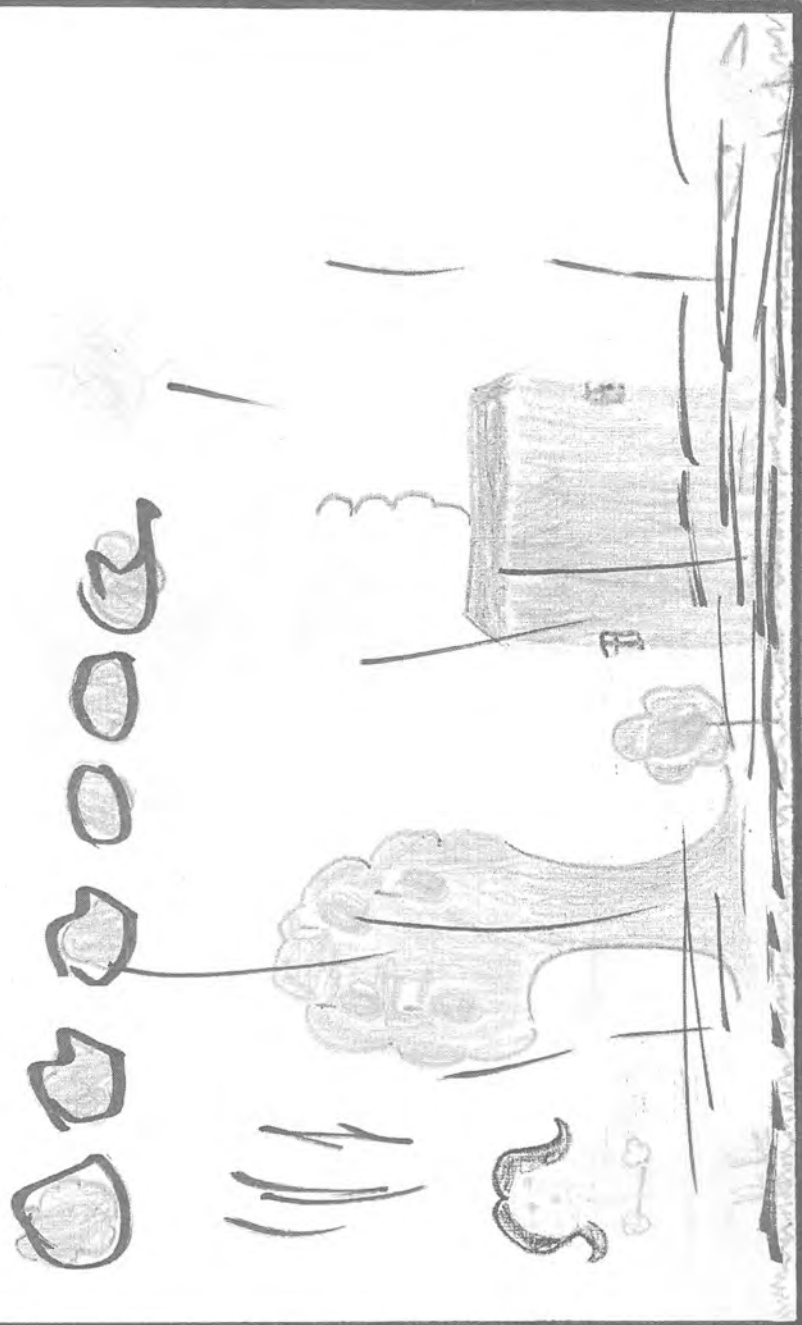
BIBLIOGRAFÍA

- Amaro, H., "Love, sex and power. Considering the realities of women in the prevention of HIV." En: American Psychologist. Vol. 50, # 6, 437-447. June, 1995.
- Amuchástegui, A. "Aportaciones de las Ciencias Sociales para la prevención del SIDA". En: Izazola, J.A. SIDA: Estado actual del conocimiento. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca. 1996.
- Basen-Engquist, K. "Psychosocial predictors of Safer Sex behaviors in young adults". En: AIDS Education and Prevention 4(2) 120-134, 1992.
- Booth, W. "Social Engineers Confront AIDS". En:

Science. Vol. 42, 2 December, 1988.

- Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. "Las mujeres y el SIDA". En: Puntos de vista de las Naciones Unidas. Washington. Febrero 1991.
- Fernández, E. y Ortíz, L. *Comunicación personal*. Tegucigalpa. 2,001.
- Flores, F. y Parada, L. "Las sexualidades y las ideologías". En: Pérez, C.J. y Rubio Auriolles, E. Coords. Antología de la sexualidad humana. Vols. I y II. Grupo Editorial Porrúa / CONAPO. México. 1994.
- Gil-Cruz, M; Matute, S. Y Aragón, R. *Comportamientos de riesgo para la salud: Análisis de una comunidad*. Investigación subvencionada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad de Zaragoza. 1996.
- Hierro, G. "Ética y sexualidad". En: Pérez, C.J. y Rubio Auriolles, E. Coords. *Antología de la sexualidad humana*. Vols. I y II. Grupo Editorial Porrúa / CONAPO. México. 1994.
- Keller, M.L. *Why don't young adults protect themselves against transmission of HIV?* Possible answers to a complex question. En: AIDS Education and Prevention, 5(3) 220-233. 1993.
- Persson, E. "The sexual behaviour of young people". En: British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Dec. 1993. Vol. 100, pp. 1074-1076.
- Reiss, I. "La Filosofía de la Ciencia aplicada al estudio de la Sexualidad". En: Pérez, C.J. y Rubio Auriolles, E. Coords. *Antología de la sexualidad humana*. Vols. I y II. Grupo Editorial Porrúa / CONAPO. México. 1994.
- Secretaría de Salud. Departamento de ETS/SIDA/TB. *Resumen de Estrategia Nacional de Comunicación VIH/SIDA Secretaría de Salud de Honduras y ONGs 2001-2006*. Tegucigalpa. 2,001.
- Weeks, J. "La sexualidad e Historia: Reconsideración". En: Pérez, C.J. y Rubio Auriolles, E. Coords. *Antología de la sexualidad humana*. Vols. I y II. Grupo Editorial Porrúa / CONAPO. México. 1994.
- Weiss, E., Whelan, D. y Rao Gupta, G. *Vulnerabilidad y Oportunidad. Los adolescentes y el VIH en el mundo en desarrollo*. International Center for Research on Women. ICRW/FHI/AIDSCAP/USAID. Washington. 1996.
- Worth, D. "What's love has to do with it? The Influence of Romantic Love on Sexual Risk Taking". En: Zeidenstein, S. Y Moore, K., eds. Learning about sexuality. A practical beginning. New York. The Population Council/International Women's Health Coalition. 1996.
- Zelman, H. "Sujetos y subjetividad en la construcción metodológica". En: León, E. Y Zelman, H. Coords. Subjetividad: umbrales del pensamiento social. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Universidad Nacional Autónoma de México. Anthropos Editorial. México. 1997.

Rebeca María -
6 años.





SALUD

en Síntesis

La Odontología en la época Colonial Española (1502-1821)

Dr. Marco Antonio Cáceres
Expresidente del Colegio de Odontología
de Honduras

La consecuencia de la presencia española sobre la población aborigen se dejó sentir antes de que los indios y conquistadores se encontraran físicamente. Porque los españoles sin saberlo iban precedidos por un frente invisible de gérmenes y bacterias que produjeron epidemias de consecuencias desastrosas en los indígenas, desde el momento en que los hispanos llegaron al Darién y a México (18). Muy pronto se pudo verificar que el aliento de los blancos era letal. El tifus, viruela, paperas, sarampión, varicela, tuberculosis, difteria, gripe, cólera, disentería amebiana y malaria, todas ellas enfermedades desconocidas para los habitantes de esta tierra, males que provocaron grandes catástrofes demográficas, porque su población no tenía inmunidad fisiológicas contra ellas. Las epidemias que se presentan durante la época colonial en Honduras, constituyen un campo de estudio todavía no explotado, no solo desde el punto de vista demográfico, sino también para la historia social.

La población sufría de paludismo en sus zonas costeras del Atlántico; avitaminosis entre 1516 y 1526; en 1517 es común el tifus, en 1520 se presenta el cólera y en 1521 es corriente la viruela (19), en 1529 y 1531 la población indígena de Nicaragua, Honduras y Chiapas, fueron afectados por la peste neumónica, seguida de hambruna (20); según refiere Oviedo y Váldez el sarampión mata más de la mitad de los indios de Honduras en 1530 (21). En 1545-48 aparece nuevamente la peste neumónica con una mortalidad muy alta cuyos cadáveres insepultos quedaron a merced de las aves de rapina; en 1555 muchas familias sucumbieron ante la peste "se apoderaba de la gente un frío intenso y fiebres, les salía sangre de la nariz, luego venía la tos más y más fuerte, se les torcía el cuello y les brotaban llagas pequeñas y grandes".

En 1560 fué tal la cantidad de muertos que no fué posible contar el número de hombres, mujeres y niños que fallecieron. Estas epidemias solas o juntas vuelven a aparecer en 1562 y en 1564 es la viruela, en 1576 peste de bubas, 1588 sarampión o varicela en la población infantil, 1590 tos, frío y calenturas, 1591 mal de orina y tos. 1601, 1631, 1666 en Supusique, nombre de un

caserío con que se conoció por los indios lo que hoy son los barrios de La Leona, El Bosque y Buenos Aires (22).

1686 y 1693 influenza en Gracias, 1669 viruela en Comayagua, 1775 tifoidea en la Villa de San Miguel de Heredia. 1776 fiebre amarilla en Trujillo. En 1786 apareció en algunos pueblos del oriente y sur de Honduras la epidemia de gripe, en 1787 escorbuto en Trujillo (23). Entre 1780 y 1820, viruela, escorbuto, fiebre amarilla y toda la gama de enfermedades de las vías respiratoria. (24) .

Todas estas enfermedades han sido juzgadas como algunas de las mas crueles herencias de la conquista, además fueron consideradas como "las fuerzas de lucha, las cuales debilitaron y redujeron las resistencias de sus habitantes para enfrentarse debidamente a los extranjeros, al tener en los microorganismos sus mejores aliados".

A lo anterior debemos agregar los caprichos de la naturaleza que tuvieron períodos de inundaciones, como la de 1803 con sus llenas que convirtieron grandes porciones del Valle de Comayagua en pantanos, creaderos de zancudos transmisores del paludismo. Otras veces fueron las sequías y la aparición de plagas que aniquilan los sembradillos como en 1513 y 1774 en que la langosta arruinó por completo los cultivos (25). lo mismo en 1563 y 1564, las que se encargan de entorpecer la etapa de convalecencia y recuperación de la población. Luego sucede todo lo contrario, se manifiestan grandes inundaciones, en 1584 y 1598 trayendo desolación y muerte.

Ante la magnitud de estos sufrimientos, la Monarquía Española se preocupó por los súbditos y ordenó que las expediciones fuesen siempre acompañadas de médicos y medicamentos. La realidad fué otra, en esas expediciones que venían a Honduras y el resto de Centroamérica, no traían ni médicos ni cirujanos; en todo caso barberos, cuya función era practicar sangrías, poner cataplasmas, sobar, poner vendajes y hacer extracciones dentarias, por lo que no es de dudar que los españoles que vinieron a estos lares, se sintieron felices y dieron gracias a Dios, porque un vecino que fuera barbero fue-

se además herrero (26). Entre tanto en España, Francisco Martínez Castrillo de Oviedo de Valladolid, había escrito el primer libro de odontología en el que describió diferentes técnicas para las extracciones dentarias y daba indicaciones para el tratamiento de la estomatitis, figurando en su trabajo todas las técnicas conocidas en su tiempo, siendo el primero en usar el escoplo y martillo para hacer extracciones (27).

En esa época el botiquín era considerado un precioso tesoro, pues aparte de su valor curativo, ante la necesidad de su utilización en el restablecimiento de los expedicionarios debió ser una mina de oro para el curandero de la expedición, el cual era conducido a lomo de mula o de algún indio de servicio, celosamente vigilado. Pero pasado el tiempo, cuando empezaban las asperezas del camino, cuando las montañas se espesaban, cuando los ríos después de las lluvias se volvían infranqueables y empezaban a caer calamidades sobre la expedición, los soldados se olvidaban de todo y más de alguna botica fue a rodar al fondo de un precipicio o era arrastrada por las aguas de algún río embravecido o simplemente en el fango del camino (28).

Estimulados por todas esas adversidades, desde muy temprano los españoles ante la escasez de recursos para curar a sus enfermos, empezaron a observar con suma atención a los indios y al medio que los rodeaba y pronto se dieron cuenta de las plantas medicinales y las utilizaron a su manera, por ejemplo usaron vinagre, y los cogoyos del pino en cocimiento para combatir el escorbuto (29), o aplicando imán para aliviar jaquecas, dolores de muelas y reumatismo (30).

En otras ocasiones no les quedó más remedio que el uso de las medicinas caseras, al utilizar el imán para aliviar las jaquecas y recurrir a las curas heroicas y los ensalmos que estaban al orden del día, no solo en las Indias, sino que también en España, estos últimos consistían en cierto modo de aliviar por medio de las oraciones, unas veces solas y en otras aplicando algunos remedios. Las personas que practicaban este sistema fueron conocidas con el nombre de ensalmadores, que tenían reconocida su profesión por orden de los Reyes Católicos en el año de 1477. Esta práctica de curar haciendo cruces sobre la parte enferma, en la que se invocaba a la misericordia de Dios y se usaban palabras de las Sagradas Escrituras no era ofensivo para la Iglesia Católica. Posteriormente no se vio bien a los ensalmadores, y mucho después se mandó establecer en las Constituciones Sinodales del Arzobispado de Toledo "que ninguno cure con ensalmos sanctiguos, so pena de comunión mayor" (31).

Se sabía que los españoles curaban resfriados con un fo-

gueo, que consistía en aplicar la hoja de un cuchillo al rojo y con agua azufrada o humo de tabaco. Para el dolor de hígado se tomaba como medicina grillos tostados y molidos los que se mezclaban con vino o chicha; y para el dolor de muelas, bastaba con colgarse al cuello una hilera de huesos de aceitunas creyendo con eso desaparecería el dolor. También usaron el tabaco y los ajos para curar toda clase de dolores. Pero es a través de la descripción que nos hace en su libro el Capitán Bernardo de Vargas, titulado *Milicia y Descripción de Indias*, que fuera publicado en Madrid en 1599, que nos enteramos realmente de la mezcla de terapia clásica, de remedios populares y medicina indígena que prevalecía en los albores de la conquista y que fueron utilizados en los famosos tratamientos de apremio, mencionando que "las heridas simples se quemaban con bálsamo, cebo o aceite, y si se originaban hemorragias y eran profundas, entonces se hacía con maíz tostado, pólvora, ceniza y sal, una masa que se metía dentro de la herida a la que se vendaba después". "También se usó el estiércol de caballo desleído en vino, chicha o caldo, para curar la disentería, lo que apremiaba era curarse, ya fuese de la enfermedad y de las heridas", "los medios no importaban, ni el momento consentía para analizarlos y discutirlos" (32).

En este horizonte sombrío, la presencia de la medicina científica española: fué mínima, hecho que contribuyó para que fueran los curanderos nativos junto con los sangradores y charlatanes, los que se constituyeron en los agentes de salud, tratando en forma indistinta a indígenas, mestizos y españoles. El indio aprende hacer cirugía menor hasta apropiarse del oficio, haciendo de sangradores y cirujanos barberos, logrando atender las necesidades ante la falta de presencia de los pocos médicos que laboraban en la Provincia. Esta situación trajo preocupación, estableciéndose la necesidad de que se dictaran algunas medidas protectoras sobre el ejercicio profesional, disponiendo los Reyes Católicos que se pusiera en vigencia en los dominios de ultramar, algunas de las leyes que regulaban la práctica de las disciplinas médicas en la Madre Patria, legislando que: "Los protomédicos, alcaldes y examinadores con real facultad lo fueran en todo el reino y que todos ellos examinaran a los médicos, cirujanos, ensalmadores, boticarios, especieros, herbolarios y demás personas de ambos sexos que se dedicaran a tales oficios, quedando además en la obligación de extenderles las licencias y cartas de exámenes de aprobación, con los que tendrán derecho al libre ejercicio" (33). Teniendo los médicos el deber de guardar lo dispuesto por el Derecho Canónico, en cuanto a advertir a los enfermos que se confesasen, inculcándoles el arrepentimiento y temor a Dios. (34).

Siendo para los barberos igualmente indispensable someterse a exámenes, adquirir certificado de aptitud y aprobación antes de ejercer la cirugía, tal como se detalla en la Novísima Recopilación de Leyes de España, del Título X, Libro VII, de Reguera y Valdemar: "Ningún barbero ni otra persona puede poner botica, tienda para sajar, sangrar, echar sanguijuelas y ventosas, ni sacar dientes y muelas; ni usar flebotomía sin proceder su examen y licencia" (35).

Las operaciones dentales en Honduras se reducían a aliviar el dolor, hacer sangrías, extraer muelas y dientes, sajar abscesos y aplicación de cataplasmas en la región afectada, siendo realizado todo ello por los barberos o en su ausencia por los misioneros y hermanos legos, individuos estos que acompañaban a los evangelizadores. La manera en cómo se hacía en esa época la extracción dentaria, consistía en sentar al paciente en el suelo, sobre una piedra o en una silla cualquiera, apoyando la cabeza del paciente en el pecho del operador, siendo sujetado por varias personas a la vez. La exodoncia se hacía usando alicates, descarnadores, tenazas y la inefable jarra de agua. En algunas ocasiones se les daba de beber en un vaso o en un guacal una bebida embriagante, que los hacía sentirse muy valientes, soportando los forcejeos del individuo encargado de hacer la extracción.

Requisito necesario exigido por el pueblo, era que la persona que lo realizaba necesitaba ser muy audaz y sobre todo tener "mano firme, sucediendo algunas veces que se equivocaran de pieza dentaria, extrayendo una buena y dejando la cariada y dolorosa.

Para curar las dolencias de la boca es probable que se hayan guiado por el libro sobre medicina que escribió Fray Agustín Farfan publicado en México en el año de 1592, en el que se encontraban los tratamientos adecuados para el dolor de muelas y dientes, dolor de la boca y narices, así como la descripción de la anatomía de los dientes, muelas, encías, quijada y otros medios de curación para otras enfermedades generales (36).

Durante la segunda mitad del siglo XVII, los colonizadores fueron atraídos por las noticias, provenientes del centro del país, de la existencia de minas de oro y plata, se trasladaron a un fresco paraje; a la vera de un río caudaloso y de montañas de un verde irradiable, coronadas por una espesa bruma, llamado Taguzgalpa y en ese sitio fueron apareciendo inadvertidamente "los artesanos, carpinteros, zapateros, albañiles, sastres, jornaleros, herreros, tal como lo asevera Reina Valenzuela. Nadie sabía decir cuando se asentó en esta Provincia el primer artesano, pero en el Real de Minas para 1592 habían al-

gunos filarmónicos y barberos a quienes se les tenía como hábiles cirujanos para realizar extracciones de los dientes doloridos (37), teniendo el cuidado de no aplicar sanguijuelas sobre las encías, porque provocaban fuertes hemorragias.

Estos barberos recomendaban para el dolor de muelas lo siguiente: Quitar la cola a un alacrán y mascarlo del lado que duele la muela, después de un rato se tragaba, esta curación se recomendaba hacerlo solo una vez. O bien doblar la punta de un clavo, alambre u otro objeto de metal el que se calentaba al rojo vivo, luego se introducía en la parte cariada una o dos veces y después se hacían enjuagatorios con agua, para que la pieza reventara y poderla extraer en pedazos. También haciendo enjuagatorios de corteza de quebrachos, espino negro y espina blanca previamente machacados y cocidos.

Hacia 1654 en Tegucigalpa existían como "entendidos en medicina", el Ensayador de la Real Caja don Pedro Sevilla y el barbero Juan Mexia, que se hacía llamar Ensalgador, el cual tenía una tienda de especiería y se decía experto en panadizos, dientes, y echar sanguijuelas" (38). Posteriormente y en ese mismo año hace su aparición el Cirujano Juan de Flores, hombre de Universidad, de 40 años, siendo el primer Cirujano aprobado en registrar los archivos en la Real de Minas (39). En Comayagua existieron unos empíricos cuya vida fue muy interesante. Uno de ellos a quien se le conoció con el nombre de "El Ensayador" apareció poco antes de terminarse el siglo XVIII, ostentando flamante y encumbrada reputación de hábil boticario y experto médico, este personaje era Francisco Redondo que había sido primero Ensayador de las Reales Caxas... y el otro se llamaba Bonifacio Castillo dueño de una botica bien surtida y que tenía por apodo "El Naturalista". Estos dos se disputaban palmo a palmo el terreno, adjudicándose para sí los mayores éxitos en abierta competencia, ante la expectación de la clientela (40).

Es un deber reconocer la labor realizada por la Iglesia Católica al ejercer un papel preponderante en la culturización de nuestro país, la vemos ligada en el desarrollo educativo a través de la evangelización, y estrechamente con el ejercicio de la medicina ante la escasez de profesionales de esta ciencia en la que consagró especial atención a las obras de sanidad pública dentro de los límites y conocimientos de la época.

Por ordenanza del Primer Concilio de la Iglesia de la Nueva Esperanza en 1550, se dieron las instrucciones para que se organizaran hospitales en todos los pueblos de indios junto a las iglesias y conventos. En otros lugares de América como en México, Quito, Buenos Aires, Bo-

gotá, Guatemala, se convirtieron en instituciones muy completas, pues comprendieron no solo los servicios usuales de la religión o de un hospital, sino talleres, escuelas y huertas.(41). En Honduras no se contó con este tipo de instituciones de beneficencia solo que en escala menor y en ínfimas condiciones económicas, cada convento contaba con una o dos salas anexas donde se prestaba todo tipo de auxilio médico. Los primeros en funcionar son el de la Merced en Gracias en 1550, la Merced en Comayagua en 1553, San Antonio de Comayagua en 1574. En 1582 son fundados los de Trujillo, Nacaome y Amapala y en 1600 el de Sulaco (42). Estos conventos tenían una botica en la que se encontraban mezcladas la medicina española y una gran cantidad de plantas medicinales aportadas por la terapéutica indígena, con las que se preparaban polvos, infusiones, ungüentos.

A partir de mediados del siglo XVII la beneficencia médica tomo nuevos rumbos. Por órdenes regias son fundados varios hospitales en Honduras, como ser el Hospital Real de la Resurrección y el San Juan de Dios en Comayagua.

Un hecho notable se escribe en nuestra historia dental. Transcurría el año de 1759, cuando hace presencia en nuestro país el Maestro Barbero Examinado Pedro Brito, en servicio de Alonzo de Arcos y Morena, con procedencia de la Capitanía General de Guatemala, donde había ejercido con eficiencia el puesto de Maestro Barbero Sangrador de Hospital San Juan de Dios (43).

Brito se radicó por un tiempo en el Castillo de Omoa, localidad insalubre con un clima excesivamente caliente que había llevado al sepulcro a vecinos de Tegucigalpa, Comayagua y de otros lugares de la provincia que llegaron a ser contratados para la construcción del castillo.

En esa centuria, durante el reinado de Felipe II, las ciencias médicas alcanzaron en España cierta importancia, señalándose progresos en las universidades que enseñaban Anatomía, Puericultura, Fisiología y la Terapéutica. Lamentablemente tales adelantos logrados en la Madre Patria no pasaron a los dominios de ultramar y más concretamente a las apartadas regiones de la Provincia de Honduras (44).

Ese siglo fue difícil, se siguieron presentando los mismos factores nativos que afectaron el crecimiento de la población: epidemias, malas cosechas, plagas de langostas, cambios forzados de residencia de la población indígena, mortalidad infantil elevada. Añadiéndose a esto las creencias de los indígenas, que los hacía vivir en sobresalto con sus leyendas y cuentos.

Se puede decir que durante más de cien años la población vivió en un estancamiento, tanto demográfico como económico. Parecía como que si la sociedad tuviese necesidad de períodos de descanso para ocuparse y encontrar un nuevo equilibrio. Hacia finales del siglo XVII, varios indicios presagiaban un arranque de la sociedad en su conjunto. Tegucigalpa presenta una mayor prosperidad entre 1750 a 1780, pero a partir de este último año, llega la viruela y la fiebre amarilla. En este siglo los profesionales de la medicina continúan siendo escasos y la caridad sigue atendiendo en los conventos. Las personas que se dedicaban a ejercer las diferentes ramas de la medicina, al no tener una mayor influencia científica, seguían prescribiendo para todas las enfermedades los acostumbrados remedios: cataplasmas, sangría y purgante.

El alejamiento de Honduras de la Capitanía General de Guatemala y de España, contribuyeron a que no fuera un medio propicio para hombres de ciencia, los cuales llegaban muy de tarde y por circunstancias excepcionales. Otra causa importante fué la escasa inmigración de europeos a Honduras, porque Centroamérica en aquellos tiempos estaba considerada como uno de los lugares mas insalubres. Los que sobrevivían en una larga permanencia en los trópicos, regresaban a su lugar nativo con la salud arruinada para arrastrar una vida miserable que estaba muy mal recompensada por cualquier fortuna que hubieran logrado reunir (45).

El Dr. José Reina Valenzuela, encontro un expediente en el Archivo del Distrito Central, el legajo No. 3, letra A, que corresponde al año de 1761 (46), cuando fungía como Alcalde Mayor de Tegucigalpa Francisco Nicolás del Busto y Bustamante, la referencia que se hace trata de un barbero llamado Manuel Medina, que empujado por los parcheros Matías Zúniga y Pedro Solórzano, vecinos de la Plazuela, pidió permiso al Señor Alcalde para abrir una Botica en aquel barrio en vista de que los enfermos eran muchos y de que en las boticas que habían, todo era muy caro. La petición le fue concedida sin mayores trámites y Medina empezó a vender emplastos, cocimientos y polvos recetados por sus amigos Zúniga y Solórzano.

"Al mismo tiempo existían las boticas muy surtidas de los hermanos Ramón y Manuel Cubas, que se había hecho famoso el primero, por la calidad insuperable de los emplastes que fabricaban y su habilidad como hechador de sanguijuelas, sin menoscabar la fama de su hermano Manuel, especialista en pedilurios y julepes. Pues bien los hermanos Cubas lesionados en su dignidad y en su negocio, apelaron ante el Alcalde Mayor por tan arbitrario procedimiento, alegando que tal permiso se había

concedido por ser Medina el barbero de su Señoría y desmintiendo los embustes de aquel al decir que en sus boticas todo era muy caro, que con todo respeto recordaban a la autoridad las Reales Prácticas en las que se fijaba el trámite necesario, como ser la prueba de limpieza de sangre, el saber latín y tener una constancia de haber practicado por cuatro años con Boticario Aprobado".

"Medina replicó que estaba pronto que se siguiera una investigación, que no tenía en su ascendencia sangre morisca, ni estaba condenado por ningún Tribunal del Santo Oficio; que en cuanto a la práctica, el mismo Manuel Callejas podía testificar cuanto tiempo había trabajado bajo sus ordenes en la Botica que tenía en la Plaza Mayor".

"Manuel Cubas fué llamado a la Alcaldía junto con su hermano; ambos negaron las pretensiones de Medina y el primero dijo que este había sido simplemente un mozo para cuidar de sus negocios y hacer mandados; que nunca había depositado en él confianza para despachar recetas o hacer preparaciones, pues era entonces un muchacho como de 14 años; que hacía diez que había dejado su servicio y que de todo lo declarado podía dar fé el Cirujano León de Moratalla. Este al ser citado al Cabildo, una vez que le fué leído todo el expediente y jura-mentado, declaró: que era cierto lo dicho por Manuel Cubas pues le constaba que Manuel Medina era mozo de casa y aprendiz de barbería; que según él, no podía despachar Botica, pues ni era examinado en el arte, no sabía latín; que en consecuencia pedía se procediera conforme a las Reales Ordenanzas y firmó. El intruso Medina perdió el pleito y el Alcalde Mayor canceló la licencia, quedando los Cubas a sus anchas".

Las noticias llegaban de España a Trujillo pasando previamente por Cuba. Con gran lentitud las de México vía Guatemala tardaban cuarenta días en llegar y de Guatemala a Tegucigalpa entre 13 y 18 días, tal como quedó demostrado cuando se recibieron en nuestra capital los Pliegos de la Independencia. Se sabe que existió un servicio de correos en Guatemala desde 1778 y uno de sus administradores fue el valenciano Juan Miguel Lastiri, futuro suegro de Francisco Morazán y un servicio regular de mensajeros a caballo entre Tegucigalpa y Comayagua que cobraba cinco pesos por viaje. La comunicación entre las provincias y de una población a otra se hacía por medio de mulas en caminos de herradura de difícil acceso y durante los meses de nuestro verano tropical. Esta incomunicación física hizo que los principales pueblos centroamericanos tuviesen una vida económica y social autosuficiente sin mayores contactos unos con los otros, excepto en cuestiones eclesiásticas, administrativas

y políticas, canalizadas por las autoridades establecidas en Guatemala (47).

La pobreza era general, imperaba la ignorancia en las masas populares, y en todas las clases sociales, con excepción de algunos sacerdotes, contados médicos y abogados. ¡Una mujer que supiera leer y escribir era una maravilla! (48).

A pesar de todo ello, Tegucigalpa a mediados del siglo XVIII, era después de León y Comayagua, la más rica población de la Capitanía de Guatemala y la que tenía el costo de vida más alto de todas las provincias de Centroamérica. Todos los alcaldes se quejaban de sus bajos sueldos, de los altos precios de los víveres y de los excluyentes alquileres de las viviendas. Cuando el Gobernador Heredia visitó Tegucigalpa (49) se dió cuenta que era una de las más hermosas ciudades del área, con casas de dos pisos habitadas por hacendados ricos y propietarios de minas.

La tranquilidad de los pueblos era contagiosa, la vida tanto en Comayagua como en Tegucigalpa, Trujillo, Choluteca, Santa Rosa y Gracias comenzaba cuando las campanas de las iglesias llamaban a misa y todo terminaba muy temprano por la noche. Han transcurrido casi trescientos años desde que los españoles llegaron a la Provincia de Honduras y su pueblo continuaba sumido en la ignorancia al no existir centros de enseñanza públicos y los pocos que fueron hechos para impartir alguna enseñanza fueron creados muy tarde en el largo período colonial para el exclusivo beneficio de los españoles y criollos, siendo la educación excluyente para los hijos de hispanos y madres indígenas. Estas Instituciones fueron establecidas con el propósito de diseminar no precisamente la cultura de España, sino la fé y creencia de los cristianos (50).

En esa etapa lejana, la salubridad era deficiente, seguía prevaleciendo el descuido de las condiciones sanitarias, no habían sistemas de aguas negras, existía limitación de provisión de agua, acumulación de residuos sólidos que ocasionaban trastornos para la higiene hogareña y personal. A determinadas horas nocturnas se podían volcar en los patios interiores o en las calles los excrementos que se mantenían en las habitaciones hasta ese momento en basínicas, al grito de "agua va" se realizaba el vaciamiento, creando graves problemas de salubridad ciudadana" y eso se veía tanto en Madrid, Buenos Aires, México, Guatemala o cualquier otra población. Tenían la creencia que las ventanas debían permanecer cerradas para que no entrara el aire fresco y así verse protegidos de no coger un resfriado. Igual se creía del aire nocturno que era considerado como peligroso (51).

Fueron descuidados en su aseo personal aún entre las clases más instruidas pero ni a uno ni a otro les daba pena andar con piojos. Por este motivo cuando se presentaba cualquier epidemia, esta se extendía por todas partes bajo estas condiciones. Fuera del aislamiento de los enfermos, de las casas infestadas y de las costumbres para la inhumación de los muertos, poco se podía hacer cuando llegaba una plaga (52).

El curso del tiempo no se puede detener y nos coloca en los umbrales del siglo XIX, encontrando una Honduras, como el resto de Centroamérica, monótona, sumergida en el fanatismo, la ignorancia, superstición, sopor y de prácticas religiosas extremas, teniendo "todas las características de una sociedad medieval, en donde se rezaba el Vía Crucis a toda hora. Las Letanías y el Rosario flotaban en el ambiente como el susurro de los pinos" (53). Este era el ambiente nada halagador prevaleciente en el Istmo durante los primeros años del Siglo XIX y al analizar el panorama médico, este tendrá que ser sombrío y lleno de amargas desventuras.

"En 1800, la Nueva Guatemala o Guatemala de la Asunción, era la que resumía la escasa cultura colonial y con la presencia de las autoridades superiores del Reino, la única que estaba en mayor contacto con la Madre Patria y que algo sabía de la marcha de Europa, de las colonias españolas en América, de la Revolución Francesa y de los recientemente fundados Estados Unidos. La Universidad de San Carlos de Borromeo daba la luz crepuscular que permitía el atraso de España. Entre tanto en Honduras, Comayagua continuaba sumergida en la pobreza, siendo merecedora de mejor suerte, la que nunca tuvo Universidad, con su Obispo y Colegio Seminario fundado en 1668; Trujillo fue la única ciudad puerto de importancia que logró mantenerse como española en la Costa Atlántica, región dominada por ingleses, misquitos y zambos. Tegucigalpa con sus minas de plata, escasa de cultura, sometida a Comayagua, Choluteca con su mineral de El Corpus de Los Reales Tamarindos y Gracias primera capital de Centroamérica, decadente después de la maldición de los mercedarios" (54).

En 1801 el Gobernador Intendente dio a conocer un nuevo Censo poblacional de la Provincia, que dio por resultado la presencia de 130,000 almas de indios, ladinos y españoles, sin contarse con los xicaques, zambos, payas a cuyas montañas impenetrables no se arriesgaron a llegar los comisionados (55).

Reina Valenzuela el gran cronista de la historia y de la medicina hondureña, nos dice que en 1802 y en 1803 aparecieron en Villa de Tegucigalpa, Manuel Callejas y Atanasio Pérez, respectivamente, diciéndose del prime-

ro que cobraba honorarios caros y del segundo que se enojaba con sus pacientes (56).

Transcurría el año de 1806 cuando se tuvo noticias que en El Tejar habían algunos enfermos de viruela en Comayagua, estaban apareciendo varios casos de escorbuto. Inmediatamente las autoridades escribieron a Guatemala urgiendo el despacho de la Vacuna, la cual había sido experimentada en España y Europa con buen suceso. A mediados de abril la viruela se presentó con violencia. Se nombró al Dr. Joseph Hoyle, que había trabajado en Trujillo en 1799 para que se pusiera al frente del hospital en el que serían atendidos los pacientes y al Bachiller Josef Tortelo para que ayudara a Hoyle en la atención de los enfermos. La Vacuna contra la viruela llegó a Comayagua el 22 de mayo de ese año. Se mandó a publicar por bando la noticia, invitando al pueblo a concurrir, so pena muy severas. El domingo 25 de ese mes, Josef Tortelo verificó la primera vacunación en Comayagua, Capital de la Provincia al toque entusiasmado de la música y el repique de las campanas de la Catedral (57).

A pesar de tantas calamidades sufridas a través del tiempo, la vida del pueblo continuaba tranquila. Honduras crecía económicamente muy lentamente, se desarrollaba la agricultura, el beneficio del añil, del liquidambar, la ganadería y laboreo de cueros de res, creando nuevas necesidades.

En toda esta parte del siglo XIX, se adquirió la costumbre de utilizar para aliviar las molestias ocasionadas por la erupción de los dientes temporales mamareras de vidrio, práctica que se realizaba en el seno de las familias acomodadas y es a través del Editorial Constitucional, que encontramos el siguiente comentario que hace al respecto el Dr. Pedro Molina, "... ya que se ha tocado en los males de los recién nacidos diremos de paso lo que es bien sabido de todos: que la dentición es una de sus causas. En este caso para facilitarla se acostumbra darle a los niños mamonos de vidrio, costumbre cruel, porque un cuerpo duro es mas propio para causarles dolor que para consolarles de la comezón que entonces padecen en las encías y que los incitan a morder; un pedazo de pan francés, es lo que se les debe dar en tales circunstancias, que cediendo a los primeros impulsos de la masticación se reduce a una pulpa que ablanda la encía y nutre al niño si lo traga" (58).

Mario Felipe Martínez dió a conocer que la población de Tegucigalpa, según empadronamiento levantado por la Diputación Provincial de 1820, era de 6,547 personas de las cuales la mitad eran comerciantes, pardos ricos, propietarios de minas y mulatos y la otra mitad estaba

formada por mestizos e indios dedicados a las labores de campo. Componían la elite de la ciudad setenta familias españolas criollas que dirigían los destinos económicos, políticos y culturales de la Villa (59). Ya en los albores de nuestra independencia, nuevamente se hizo otro censo poblacional en Tegucigalpa, el que se inició el 1 de Enero y se concluyó en Marzo de 1821, habiendo registrado un lote de 6,029 habitantes. En ese empadronamiento se da a conocer con mayor claridad las diferentes ocupaciones de sus pobladores, entre los que figuraban: eclesiásticos, coheteros, fundidores, músicos, pintores, 5 barberos, sastres, mineros, comerciantes, tejedores, plateros, labradores, curtidores, talladores, escribientes, escultores y esclavos (60). Este censo nos demuestra que para el año de nuestra emancipación, Tegucigalpa carecía de profesionales de la medicina, cubriendo ese vacío individuos que desempeñaban las funciones de barberos que se hacían llamar "barberos y cirujanos flomotomanos", por los conocimientos y pericia que tenían en hacer las tantas veces mencionadas sangrías y extracciones, dentarias entre los que se encontraba Matías Zúniga (61), que falleciera en combate en el año de 1827 en la insurrección promovida por los habitantes del barrio La Plazuela al pretender estos desconocer la autoridad del Jefe de Estado Dionisio de Herrera.

Seríamos injustos, si dijéramos que los antiguos médicos, boticarios, barberos y frailes eran ignorantes. John A. Hayward dice: hay que tomar en cuenta el tiempo en que ellos se desarrollaron, pero sobre todo en que ellos se atenían a sus propios sentidos casi maravillosos para el diagnóstico y el pronóstico, aparte de que su tratamiento era guiado por una experiencia obtenida mediante observaciones precisas y almacenadas en su memoria" (62).

BIBLIOGRAFIA

- (1) Civilización Arqueológica Indígena e Inicios de la Cultura Hispánica en América. Instituto Hondureño de Cultura Hispánica, Honduras, C.A., 1974, pág. 57.
- (2) Roberto Reyes Mazoni. Introducción de la Arqueología en Honduras. Editorial Nuevo Continente, Imprenta Calderón, Tegucigalpa, D.C., Honduras, C.A., abril de 1976. pág. 21
- (3) *Ibid* op. cit. pág. 22
- (4) Rodolfo Pastor Zelaya Biografía de San Pedro Sula 1536-1954. Impreso por Central Impresora, S.A., San Pedro Sula, Honduras, C.A., pág.
- (5) Olga Joya Crónica de las Crónicas. La Conquista de la Provincia de Honduras (S. XVII). Parainfo, Revista del Instituto de Ciencias del Hombre, Rafael Heliodoro Valle, Tegucigalpa, Honduras, C.A., diciembre 1992, Año I, No. 2, pág. 112.
- (6) Pastor Zelaya op. cit. pág. 39
- (7) José Reina Valenzuela Comayagua Antañona 1530-1821. Colección León Alvarado, Biblioteca de la Academia Hondureña de Geografía e Historia, Imprenta La República, pág. 7
- (8) Atanasio Herroz Herranz Los Mayas-Chortis de Honduras. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. MAYAB, Sociedad Española de Estudios Mayas. Impreso en Fernández.
- (9) Mardoy S. Macloud Historia Socio Económica de la América Central Española, pág. 316
- (10) Francisco de Solano Los Mayas del Siglo XVIII. Ediciones Cultura Hispánica, Madrid, 1974, pág. 68.
- (11) *Ibid* pág. 72
- (12) Luis Mariñas Otero Honduras. Ediciones Cultura Hispánica, Madrid, 1963, pág. 178.
- (13) *Ibid* pág. 177
- (14) Sentido Histórico del V Centenario. op. cit. pág. 37.
- (15) Mariñas Otero op. cit. pág. 179
- (16) Sentido Histórico Loc. cit.
- (17) Ernesto Alvarado García Los Forjadores de la Honduras Colonial. La Conquista Pacífica de Honduras. Hé-roses y Mártires. Ediciones de Divulgación de la Sociedad de Geografía e Historia de Honduras, Talleres Tipográficos Nacionales, Tegucigalpa, Honduras, 1938, pág. 18
- (18) Elías Zamora Acosta La Conquista de América Central. Departamento de Antropología y Entomología de América, Universidad de Sevilla, HISTORIA, Año IV, Extra X, junio de 1979, pág. 72.
- (19) Francisco De Solano op. cit. pág. 68
- (20) *Ibid* pág. 18
- (21) Murdo S. Macloud op. cit. pág. 82
- (22) J. Erick Thompson Historia y Religión de los Mayas. Siglo Veintiuno. XXI. Nuestra América, Siglo Veintiuno Editores, S.A., México, D.F., pág. 78
- (23) José Reina Valenzuela Bosquejo Histórico de la Farmacia y Medicina en Honduras, op. cit. pág.
- (24) *Ibid* pág. 85
- (25) José Reina Valenzuela Comayagua Antañona, 1537-1821, pág. 113
- (26) José Pérez de Barradas Plantas Mágicas Americanas.
- (27) Salvador Lerman Historia de la Odontología y su Ejercicio Legal, op. cit.
- (28) José Pérez de Barradas op. cit. pág. 5
- (29) Francisco Cruz Botica del Pueblo, Flora Medicinal de Honduras, Librería General de Victoriano Suárez, Madrid 48-Preciados 48, pág. 26
- (30) *Ibid* pág. 87
- (31) Barradas pág. 9
- (32) *Ibid* Loc. cit.
- (33) *Ibid* pág. 7
- (34) Reina Valenzuela Bosquejo pág. 50

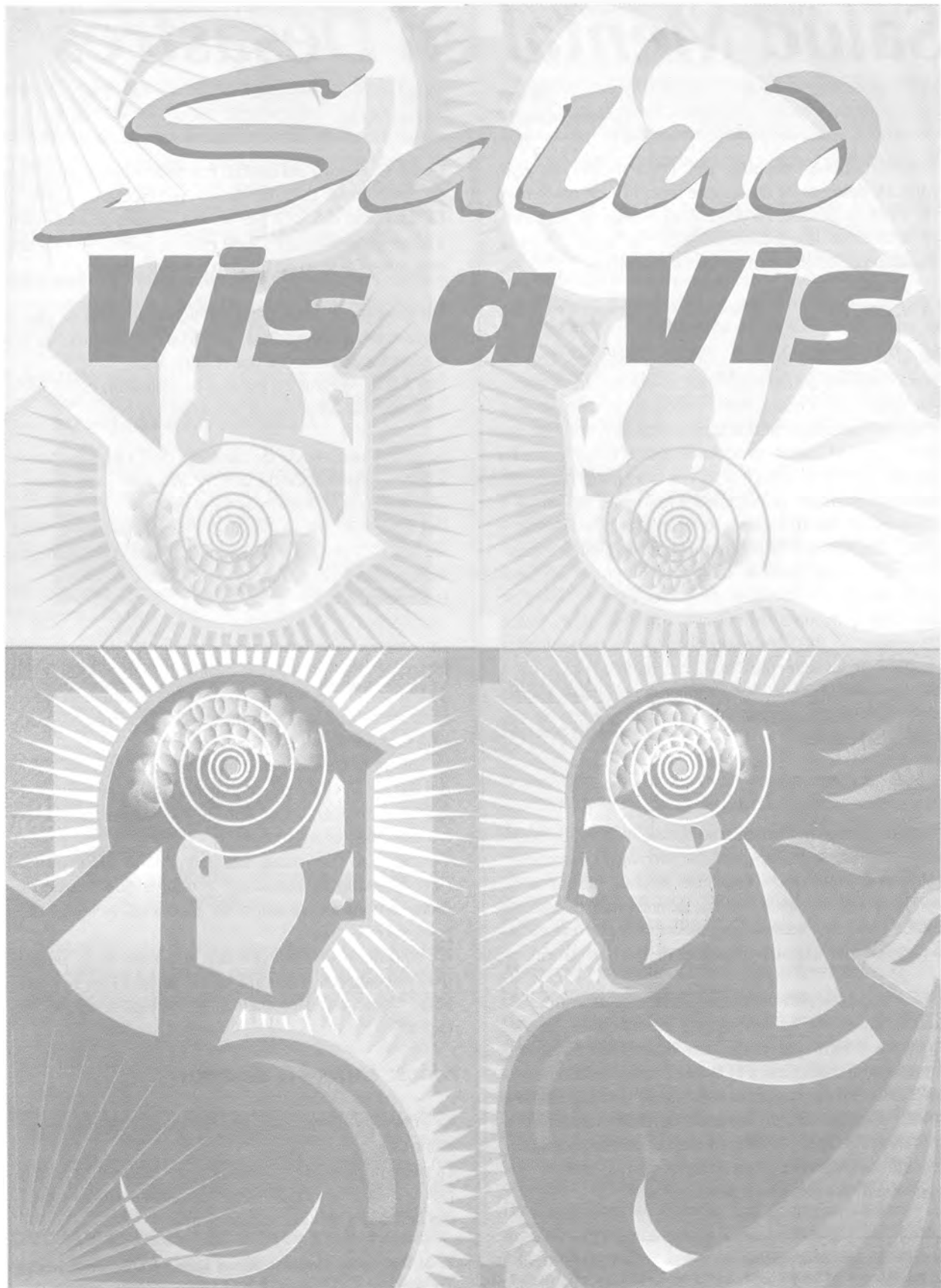
- (35) *Ibíd* pág. 51
- (36) Fray Agustín Farfan. *Tractado Breve de Medicina*. Colección de Incunables Americanos. Siglo XVI, Impreso en México en 1592. Volúmen X, Madrid, Ediciones Culturales Hispánicas, 1944.
- (37) José Reina Valenzuela Tegucigalpa. *Síntesis Histórica*. Tomo I, Consejo Metropolitano del Distrito Central, Tegucigalpa, 1981, pág. 43.
- (38) Valenzuela Bosquejo Histórico op. cit. pág. 83.
- (39) *Ibíd* pág. 107
- (40) *Ibíd* pág. 83
- (41) Mario Felipe Martínez Higiene y Atención Médica en Honduras Durante la Colonia. *Revista de la Universidad* Nos. 2 y 3, Etapa V, Noviembre de 1970, pág. 2
- (42) *Ibíd* pág. 71
- (43) Eduardo Cáceres *Historia de la Odontología en Guatemala*, pág. 46
- (44) Reina Valenzuela *Bosquejo*, pág. 53
- (45) Jhon A. Hayward *Historia de la Medicina*. Fondo de Cultura Económica, México, 1965, pág. 36.
- (46) Tegucigalpa, *Síntesis Histórica*, pág. 42
- (47) *Escritos del Dr. Pedro Molina*. El Editor Constitucional. Tomo I. Ediciones del Ministerio de Educación Pública. Colección Documentos, Guatemala, C.A., pág. XII
- (48) *Ibíd* Loc. cit.
- (49) Mario Felipe Castillo *Antología*. Elogio de Tegucigalpa, Consejo Metropolitano del Distrito Central, Tegucigalpa, D.C., Honduras, 1978, pág. 41
- (50) José Reina Valenzuela Tegucigalpa, pág. 42
- (51) *Revista del Museo de la Facultad de Odontología*. Departamento de Impresiones de la facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, Año 4, No. 8, diciembre de 1989, pág. 13
- (52) Hayward op. cit. pág. 33
- (53) Alfredo León Gómez *El Escándalo del Ferrocarril*
- (54) Pedro Molina op. cit. pág. XIV
- (55) José Reina Valenzuela *Comayagua Antañona*, pág. 126
- (56) *Bosquejo Histórico* pág. 91
- (57) *Comayagua Antañona* op. cit. pág. 129, 130
- (58) Pedro Molina op. cit.
- (59) Mario Felipe Martínez *Antología*
- (60) Salvador Turcios Tegucigalpa *Legendaria*
- (61) Antonio R. Vallejo. *Compendio de la Historia Social y Política de Honduras*. Tomo I, Segunda Edición, Tipografía Nacional, Tegucigalpa, Honduras C. A., 1926, pág. 236
- (62) Hayward. op. cit. pág. 36
- (63) *Revista del Museo*. Diciembre 1989, pág. 16



PLATE GIDE Z. MONT
David Joré
7 ans



Salud Vis a Vis



Salud Mental en Desastres*

Lic. Rita Tamashiro
Carrera de Psicología de la UNAH

Inmediatamente después del impacto del huracán MITCH, desde el 24 de octubre hasta el 1 de noviembre de 1998, se procedió a realizar un estudio de las condiciones en que la salud mental es afectada por el trauma causado por un desastre de tales dimensiones.

La muestra

Se utilizó el método Kish (método estadístico, con un procedimiento determinado que se utiliza para seleccionar una muestra que cumple la condición de azar) para elegir la muestra estratificada que estaba constituida por 800 adultos (15 años en adelante) y 200 niños "entre las edades de 6 a 14 años", a su vez la muestra estaba dividida en 6 grupos poblacionales residentes de barrios y colonias de las tres clases o niveles socioeconómicos (NSE) alta, media y baja, con máxima o mínima exposición al huracán, también se incluyó un grupo adicional de residentes de albergues constituidos por personas de bajo NSE y máxima exposición al trauma, cuyo índice de exposición fué construido por la suma de respuestas positivas de los siguientes seis ítems, daño a la casa, ver a alguien sufrir un daño, ver a alguien morir, haber sufrido algún daño físico, pérdida de propiedad, pérdida de animales domésticos.

Adultos

A través de este instrumento se obtuvo información sobre datos sociodemográficos, distres psicológico, depresión, estrés post-traumático, abuso del alcohol, búsqueda de ayudas y exposición al trauma, la entrevista de adultos estaba dividida en secciones conformada por una escala o parte de ella aplicable a los fines de la investigación.

El distres psicológico fue medido usando dos instrumentos, la Entrevista Epidemiológica de Investigación Psiquiátrica (PERI) que mide desmoralización (Trastorno Emocional Inespecífico) y la escala o cuestionario de autoreporte (S.R.Q.) que es una escala de tamizaje de trastornos psiquiátricos, de la escala de desmoralización se utilizaron 25 de los 27 ítems y del cuestionario de autoreporte se empleó completamente ya que este se encontraba disponible en el idioma español.

Como el objetivo del estudio era determinar la presencia de problemas psiquiátricos y psicológicos, tanto el P.E.R.I. como el S.R.Q. fueron modificados al preguntarle a los entrevistados acerca de estos problemas en los últimos siete días y no en función del mes pasado.

De la escala de Texas del sentimiento de pena se usaron cinco ítems para medir las pérdidas que tuvieron los entrevistados ocasionados por el huracán.

Del S.R.Q. versión en español se utilizaron cinco ítems para detectar un probable abuso de alcohol.

Se utilizó una escala de tamizaje de Depresión Mayor según la clasificación D.S.M. IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales - IV)

Del compositi International Diagnostic Interview Schedule (C.I.D.I.) versión en español se utilizó el módulo para evaluar estrés post-traumático P.T.S.D. y no otro evento traumático.

La presencia de síntomas actuales de P.T.S.D. en los últimos siete días fue además evaluado utilizando la escala de Evaluación del Impacto del Suceso Traumático, de esta escala se incluyen las referencias a la intrusión y evitación siempre en relación al evento.

La entrevista concluía preguntándole a la persona acerca del uso de servicios de salud generales y por nervios seguidos al huracán y que tipo de recurso buscaría de ser necesarios en el futuro.

Otro aspecto que incluía esta última parte era la evaluación del grado de exposición al trauma que ocurrió durante el huracán así como de conductas violentas después del desastre.

Un sólo ítem de control sobre la presencia de problemas psicológicos premorbo fue incluido en la entrevista: "¿tuvo usted problemas de nervios antes del huracán?".

Niños: Entrevista de niños

La entrevista de niños estaba compuesta de nueve secciones.

La primera parte era completada por uno de los padres. Esta incluía una sección sobre los datos sociodemográficos del niño y la búsqueda de ayuda.

* Investigación con el nombre de Huracán Mitch y Salud Mental: Un estudio de Tegucigalpa, Honduras. Robert Kohn, MD. Brown University, Itzhak Levav, MD. OPS/OMS, Irma Donaire MD. Secretaría Salud, Miguel Machuca MDOPS/OMS, Lic. Rita Tamashiro UNAH.

CIE- 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - 10

Las siguientes dos partes que los padres completaban eran preguntas de *Conners' Parent Rating Scale* de la versión larga, de esta escala se utilizaron las subescalas de oposición ansiedad y psicósomática referentes a los últimos siete días. De esta escala versión corta se incluyeron aquellas que median aspectos de oposición y cognición desde el momento del huracán.

A los padres también se les preguntó sobre los cambios sobresalientes en la conducta, presencia de síntomas de depresiones de sus hijos desde el huracán.

Finalizando esta parte de los padres estos respondían acerca de la exposición que tuvieron sus hijos al huracán y su conducta durante este período.

La parte de la entrevista que era contestada por los niños estaban conformadas por escalas que examinaban psicopatologías, los síntomas post- traumáticos fueron evaluados utilizando la prueba de sobrevivencia al trauma en niños y adolescentes (CATS) los autores del CATS sugieren que una puntuación mayor de 44 indican clínicamente en P.T.S.D.

También fue utilizada la escala seleccionada de la escala multidimensional de ansiedad para niños (M.A.S.C.), las subescalas utilizadas fueron tensión- relajación, somático- autónomo, síntomas físico (total de las dos primeras), ansiedad- capacidad de enfrentamiento, separación- pánico e índice de desordenes de ansiedad. Los síntomas depresivos fueron investigados utilizando el inventario de depresión para niños (C.D.I.). Se administró la escala completa que incluía las siguientes subescalas: ánimo negativo, problemas interpersonales, inactividad, anhedonia, baja autoestima.

La puntuación total de 20 sugiere que existe una significancia clínica. La entrevista concluía con preguntas a los niños a cerca de su nivel de exposición al evento traumático.

Procedimiento

Para la selección de casas y elección de cada participante en el estudio se contó el número total de casas, luego se dividió entre el número total de entrevistas a realizar en cada una de las muestras, así se contaba cada cuantas casas se realizaría la entrevista. En albergues se entrevistó a todas las familias hasta completar la muestra.

Procedimiento de la entrevista

1. Presentación del entrevistador
2. Lectura y firma del consentimiento informado a la primera persona que recibía al entrevistador.
3. Aplicación del método Kish para elegir a una persona que se encontraba en esa casa la noche del 30 de octubre de 1998.
4. Una vez elegida la persona a entrevistar, ésta era localizada; se procedía luego a la presentación, lectura y firma del consentimiento informado, una vez realizado lo anterior se aplicaba el cuestionario.
5. En caso de los niños se seguía el mismo procedimiento del adulto, para el método Kish, para el consentimiento informado y la presentación.- La entrevista de niños estaba dividida en dos partes, la primera era de preguntas para los padres respecto al niño o niña y la segunda de preguntas directas al niño o niña.
6. Al finalizar las entrevistas se hacía el cierre agradeciendo a las personas adultas y niños por su colaboración.
7. Las personas que al ser entrevistadas reportaron tener ideas o intentos de suicidio, eran informadas al Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud para su posterior atención.

Resultados obtenidos en la primera fase (adultos)

Demográfico:

A nivel demográfico se obtuvo los siguientes resultados el 62.3% de la muestra esta constituida por mujeres y el 37.7% por hombre, el 31% eran casados, el 22.5% en unión libre, el 34.9% eran solteros y los restantes 11.5% eran viudos, divorciados o separados, la mayoría de estos se encontró en las zonas de máxima exposición al huracán. La edad promedio de los sujetos estaba entre 37.5 ± 16.8 años.

Aproximadamente el 7.1% de los entrevistados no habían asistido a la escuela, el 36% cursó la escuela primaria, el 33.3% tenía educación secundaria y el 22.6% educación universitaria.

El 21.4% de la muestra se encontraban desempleados en ese momento y el 19% se calificó como ama de casa. Una quinta parte el 20.3% reportó que tenía problemas de nervios previo al huracán, este último grupo pertenecían a las personas que habían sufrido una máxima exposición al desastre.

De los principales eventos que ocurrieron durante el huracán reportaron que su casa fue dañada un 30.4%, el 4.3% reportó que haber observado que alguien había sido herido por causa del huracán, el 1.5% presenció la

muerte de otras personas, un 4.9% reportaron que fueron dañados directamente por el desastre, un 27.6% manifestó la pérdida de sus pertenencias y el 8.8% perdió sus animales domésticos.

Según la escala de desmoralización (PERI), reportó que las mujeres se encuentran más desmoralizadas que los hombres, este grupo pertenecía a un bajo nivel socioeconómico, estaban divorciadas, viudas ó separadas y que habían presentado problemas de nervios previo al huracán.

El grupo que presentó mayor desmoralización fueron las personas de los albergues, también se observó que los grupos de bajo NSE tanto los de máxima y mínima exposición al huracán presentaron mayor desmoralización que los grupos restantes.

A los resultados obtenidos del S.R.Q. se le aplicó el modelo de regresión múltiple mostrando como predicción que el 75.8% de los que tuvieron problemas de nervios antes del huracán posiblemente reciban un diagnóstico de depresión mayor.

Desorden de estrés post- traumático (P.T.S.D.)

Según los resultados las personas más afectadas que presentaron P.T.S.D. fueron los de la muestra de máxima exposición y N.S.E. bajo, los del grupo de albergue y luego, el grupo de mínima exposición y bajo N.S.E. y N.S.E. alto y máxima exposición.

El grupo de mínima exposición y alto N.S.E. presentaron menos P.T.S.D. en comparación con la muestra total. Aunque estas personas no fueron afectadas directamente en sus casas, varios de ellos sufrieron pérdidas materiales al encontrarse sus negocios en los lugares directamente impactados por el desastre.

No existe diferencia significativa estadísticamente respecto a presentar síntomas de P.T.S.D. entre los grupos de N.S.E. medio de mínima y máxima exposición.

La comorbilidad entre episodios de P.T.S.D. y un episodio de depresión mayor fueron altas. El nivel de comorbilidad total fue de 7.1% y 9.5% en el grupo de máxima exposición y el 4.8% en el grupo de mínima exposición.

Los factores de riesgo que se encontraron para presentar síntomas de P.T.S.D. y comorbilidad entre P.T.S.D. y depresión mayor fueron: vivir en un vecindario con máxima exposición al fenómeno, ser mujer, pertenecer a un bajo N.S.E., edad, tener bajo nivel educativo y haber tenido problemas de nervios antes del desastre.

Depresión mayor

Existe diferencias significativas entre los índices de episodios de depresión mayor entre los grupos de máxima exposición (22.5%) y los del grupo de mínima exposición (14.3%)

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa de episodios de depresión mayor en la población de los albergues en comparación con todos los demás grupos, excepto entre los de bajo N.S.E. que no estaban en albergues.

Los factores de riesgo para un episodio de depresión mayor que se encontraron como significantes fueron la exposición, el nivel socioeconómico y él haber tenido problemas de nervios previos al huracán.

Desorden de estrés agudo

El nivel de desorden de estrés agudo seguido al desastre natural fué de 3.6% en total, 2.0% en el grupo de mínima exposición y el 5.3% en el grupo de máxima exposición.

Las mujeres del grupo de máxima exposición obtuvieron un nivel elevado para los desordenes de estrés agudo.

Haber tenido problemas de nervios antes del desastre incrementa los riesgos para desarrollar un desorden de estrés agudo, más que el nivel de exposición al huracán

Abuso de alcohol

Los problemas de abuso de alcohol se presentaron más en la muestra de albergues y los de bajo N.S.E. de máxima y mínima exposición.

Según el análisis realizado, ser hombre soltero y de bajo nivel socioeconómico son factores de riesgo para presentar problemas con el abuso del alcohol. A diferencia del estrés post- traumático, depresión mayor, desordenes de estrés agudo, pena y dolor, el haber tenido problemas de nervios antes del huracán no constituyó un factor de riesgo para el abuso del alcohol.

Es decir que este grupo de la población tiene problemas con el alcohol más por factores soci-culturales que por problemas de nervios previos al desastre.

Pena y dolor

Existen diferencias en cuanto a pena y dolor en los siete grupos.

Las personas de albergues obtuvieron una puntuación más elevada a la reacción de pena y dolor.

El grupo de máxima exposición de bajo N.S.E. sin refugio y el grupo de máxima exposición y N.S.E. alto y mínima exposición y N.S.E. bajo presentaron significativamente más alto nivel de aflicción que los grupos de mínima exposición y N.S.E. medio.

Las mujeres del grupo de máxima exposición presentaron un mayor riesgo de dolor.

Se encontraron como factores de riesgo significativos para sufrir pena y aflicción, ser del N.S.E. bajo y tener problemas de nervios antes del desastre.

Resultados de la muestra de albergues

Estar viviendo en un albergue no fué factor de riesgo para presentar P.T.S.D. y comorbilidad entre episodios de depresión mayor y P.T.S.D.

En cambio cuando se analizó la presencia de episodios de depresión mayor y desordenes de estrés agudo se vió que el nivel de exposición es el mayor factor de riesgo cuando se le compara al estar residiendo en un albergue.

Más que el hecho de estar en un albergue el problema de abuso del alcohol está ligada a la presencia del factor de ser soltero y de bajo nivel socioeconómico.

Patrones de Búsqueda de Ayuda

Un cuarto de la muestra 26.3% consultó servicios de salud seguido al huracán Mitch, los grupos tanto de máxima y mínima exposición consultaron en un grado similar.

De aquellos que consultaron servicios de salud 67.3% visitaron un servicio médico general; 4.7% buscaron servicio de salud mental y los restantes otros servicios. No se encontró una significativa diferencia estadística entre los que visitaron servicio de salud mental entre los grupos de máxima y mínima exposición.

Arriba del 8%, 8.6% de la muestra completa reportó él haber consultado a alguien por problemas de nervios seguido del huracán, nuevamente no se encontraron diferencias estadísticas entre los dos grupos de exposición. Solo 7.2% de aquellos que consultaron a alguien por sus nervios visitaron a un psiquiatra, mientras que 15.9% visitaron a un psicólogo, 7.2% a una enfermera y 8.7% a un pastor ó sacerdote. La mayoría 46.4% buscaron los servicios de médico general. Una proporción media de

aquellos que buscaron ayuda por sus nervios se abocaron a amigos 13.0%, ó a familiares 7.2% y 11.6% buscaron otros medios.

Aquellos individuos que no reportaron la busca de asistencia por cuestión de nervios indicaron que si ellos necesitarían asistencia se abocarían a servicios de salud mental. Los psiquiatras fueron respaldados en un 15.6% y psicólogos en un 23.4%. 39% sugirieron poder utilizar su médico general y 6.6% irían a su iglesia, 8% expresaron ir solamente con un amigo y adicionalmente un 7.9% buscarán a su familia y 8.5% buscaría a alguien más.

Aquellos que buscaron ayuda y el tipo de ayuda buscada presentó diferencias por clases sociales. Aquellos de bajo NSE tendieron a buscar más servicios de salud seguido del huracán, no hubo diferencia en los servicios buscados. A su vez los de bajo NSE buscaron ayuda también para sus nervios seguido lo del huracán. No se observó diferencia estadísticamente significativa en el tipo de servicio recibido. De aquellos que no recurrieron por ayuda a nervios, el tipo de asistencia que podían buscar dependió del NSE.

Una lógica regresión incluyendo clase social, género, edad, estado civil y educación sé condujeron para examinar que otros predictores explicaban el uso de servicios médicos y la busca de ayuda por nervios luego del huracán. NSE y género fueron las variables independientes significativas, las mujeres visitaron centros de salud con más frecuencia que los hombres y con mayor interés para ayuda relacionado con los nervios seguido al huracán Mitch. Las mujeres visitaron servicios de salud en un rango de 30.4% y buscaron ayuda por nervios en un 10.9% comparado con el 19.4% y 5.0% con respecto a los hombres seguido al huracán Mitch.

Exposición a la Violencia

Un tercio de la muestra estuvo expuesto a la violencia después del huracán y 6.6% reportaron ser asaltados, 7% de los encuestados admitieron haber perpetrado actos de violencia, los niños también se vieron afectados al ser cacheteados, golpeados, empujados, puñeteados, fajeados o violentados sexualmente en un grado de 7.2% seguido al desastre. El grado de violencia no difiere por exposición. Aquellos en el NSE bajo probablemente se vieron más afectados con los asaltos.

Resultados en Niños

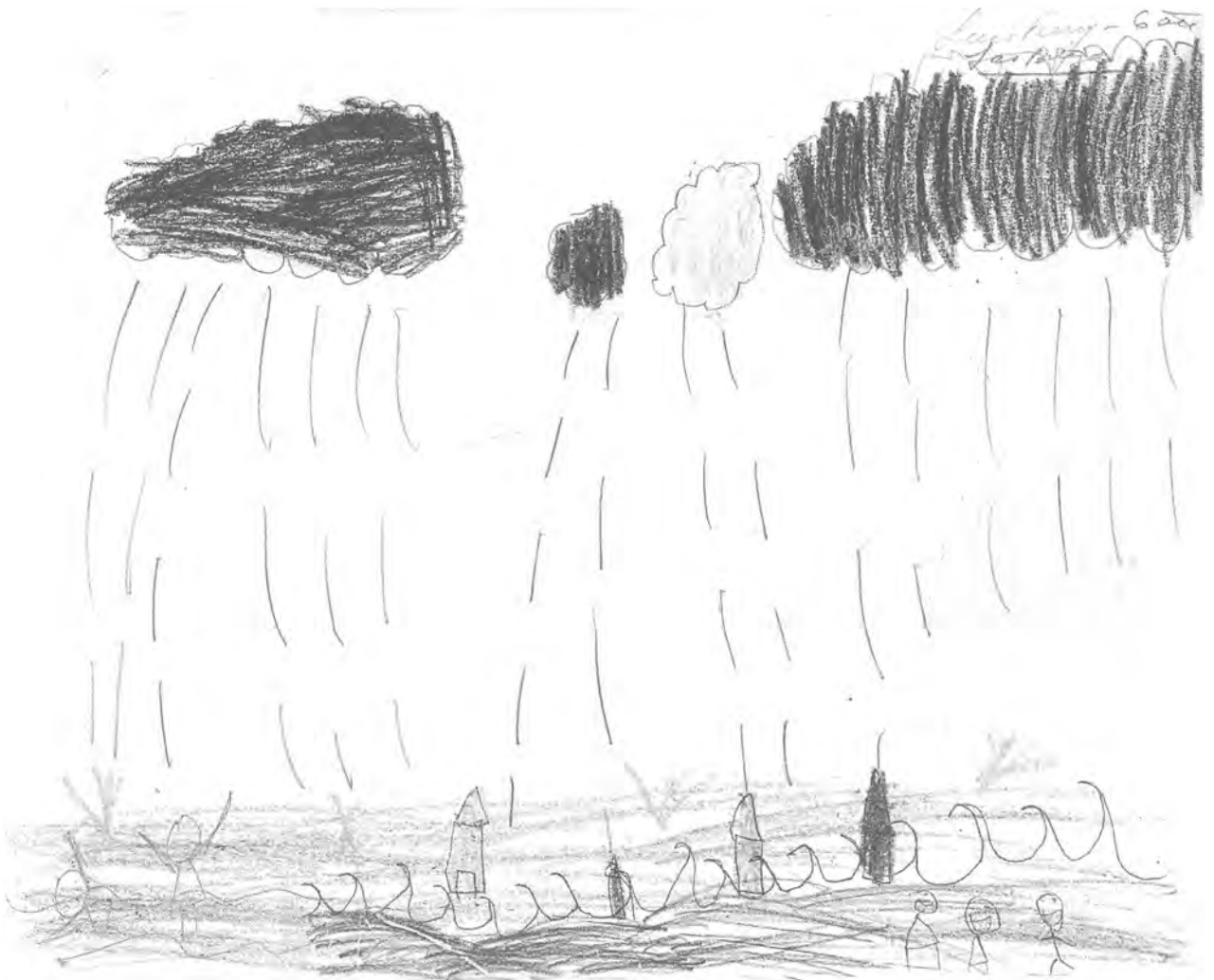
De los 200 niños entrevistados 52.5% eran masculinos, el promedio de edad de la muestra eran 10.0 ± 2.6 años de edad. 15.5% de los niños visitaron a un médico des-

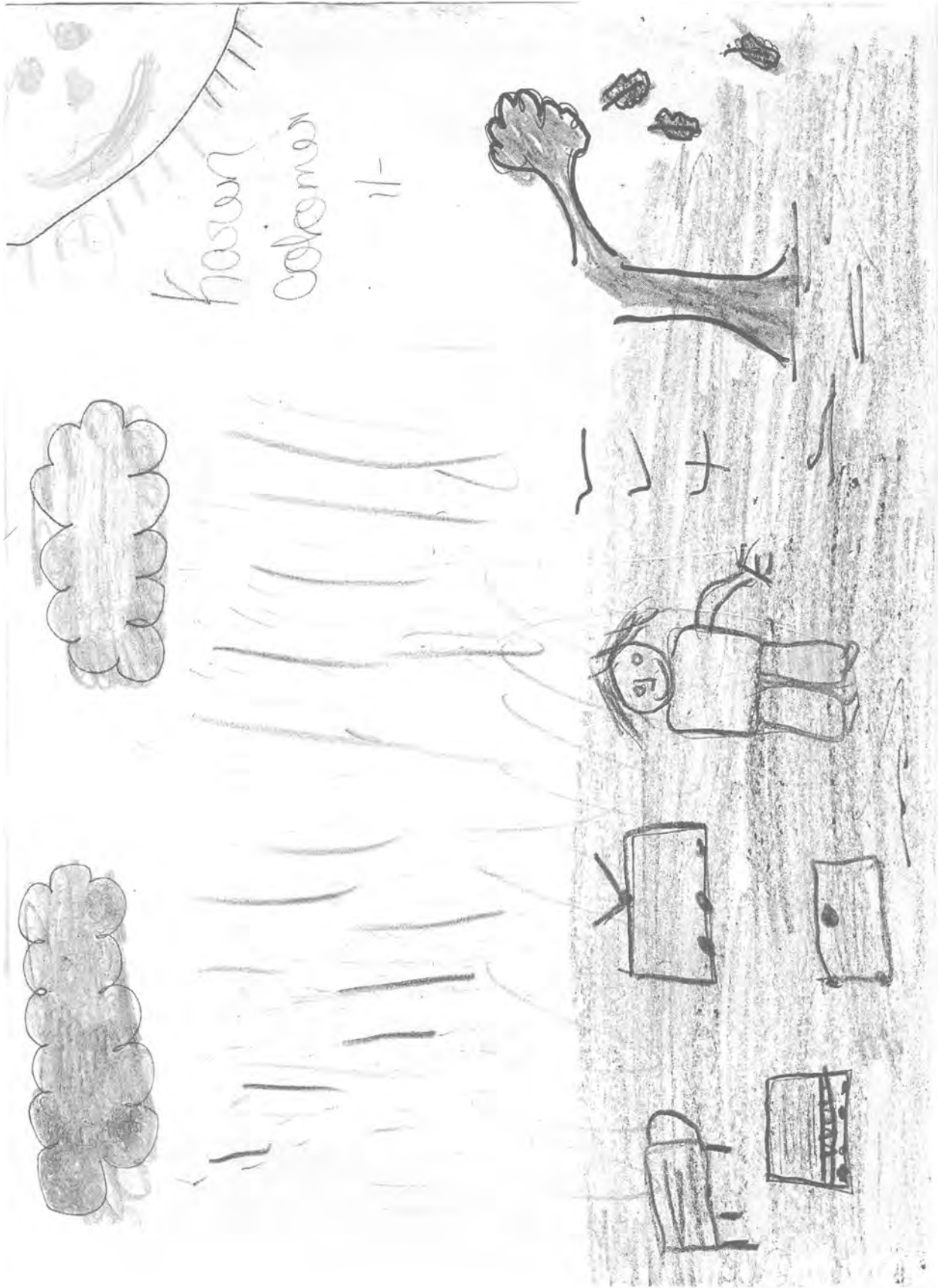
pués del huracán y 2.5% un profesional de la salud mental y de esos 81.6% tuvieron consulta por problemas conductuales. No hubo diferencias significativas por género ó por edad en los casos de exposición. Pocas diferencias se mostraron entre los niños de máxima exposición y mínima exposición. Por ejemplo 8.7% de los niños de mínima exposición y 8.2% de máxima exposición tuvieron puntajes clínicos significativos.

Esto resulta bajo para la base de datos de muestras normativas en la población de USA. De los CATS solo 3 niños al grupo de máxima exposición muestran evidencias clínicas significativas de PTSD. Es de notar que estos datos son basados en normas no hispanas ni hondureñas por lo que los resultados podrían ser no válidos culturalmente. Comparando entre los grupos de máxima y mínima exposición en las diferentes escalas no revelaron diferencias ya sea bajo la observación de los padres o por la revisión del reporte de los niños.

Esta falta de diferencia entre los grupos de máximo como de mínima exposición se demuestra en los modelos de regresión controlando la edad, género y clase social. Se puede notar según ANOVAS que aquellos en albergues mostraron una significativa frecuencia sintomática que en otros estratos, aún así, estos resultados no están controlados por edad y género.

Cuando los datos T se examinaron de muestras normativas establecidas, (nota: estos son bases de datos de USA), los marcadores muestran alta sintomatología para ambos grupos de exposición, en los promedios mostrados anteriormente. Esto se corrobora con sub escala de ansiedad de Connors y todos las sub escalas MASC y los puntajes totales. Esto se puede interpretar para demostrar que los niños hondureños responden de manera distinta a los niños norteamericanos en esta escala o que ambos grupos de mínima y máxima exposición, al menos muestran altos niveles de ansiedad, pero no necesariamente depresión o PTSD.





Kasen
Cokeman
11-



ALBERDE I.M.F.O.H.
Juan Román
8 años

Articulación institucional en el proceso de atención médica

Dr. Manuel Chávez Borjas; Compilado, corregido y aumentado

Colaboradores: Dra. Jenny Meza, Dr. Luis Barahona, Dr. Abel Cerrato, Dra. Mericia Brevé, Lic. Joel Sandoval, Samuel Espino, Dora Cristina Munguía, Dr. José León Rivera, Lic. Hector Nuñez.

Introducción

El presente documento reúne el esfuerzo de un equipo de trabajo que se ha formado desde el mes de septiembre de 2001 hasta la fecha, en un proceso que fue solicitado desde sus inicios por la anterior dirección del IHSS (período 1998 – 2001) a la Fundación EBERT, para que se evaluara la modalidad de articulación de servicios entre la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social que se ejecuta en el Departamento de Olancho. El equipo está integrado por representantes de los siguientes sectores: 1) Secretaría de Salud, a través de la Región Sanitaria # 7, la dirección del Hospital regional San Francisco, el Área de Salud # 1 de la RS #7. 2) La Cámara de Comercio de Juticalpa, a través de una comisión especial nombrada para tal efecto. 3) El sector trabajador, a través del Sindicato del INA. 4) el Instituto Hondureño de Seguridad Social, a través de su representante regional de Olancho. 5) Postgrado de Salud Pública, a través de dos alumnos egresados y un profesor.

La metodología de trabajo ha sido la discusión de grupo, alimentada con las elaboraciones de cada sector a través de documentos escritos por cada representante en consulta con sus respectivos miembros. Se ha apoyado este proceso, coordinando la elaboración colectiva y se ha hecho un consolidado de cada aporte para presentar un solo documento como primer borrador de discusión que permita la toma de conciencia a nivel institucional y se posibilite la programación de una intervención concreta de los niveles centrales para asumir un compromiso más profundo con el proceso de Olancho y con la tarea propuesta de universalizar el servicio del Instituto Hondureño de Seguridad Social en todo el Departamento de Olancho.

Reseña del proceso de articulación

El proceso de articulación del IHSS y la SSH se institucionalizó a partir del acuerdo 003-90 del diario oficial La Gaceta. En el acuerdo 003-90 el IHSS conviene extender el régimen del seguro social en cuanto a los benefi-

cios de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a los trabajadores asalariados de las empresas privadas, organismos descentralizados, autónomos y semiautónomos del Estado y a los empleados de las alcaldías en los municipios de Juticalpa y Catacamas, del Departamento de Olancho. En el acuerdo se definen los términos de lo que se conocerá como proceso de articulación, de la siguiente manera: "simplificar y disminuir el costo de la prestación médica, se utilizarán mecanismos de coordinación en la prestación de servicios con el Ministerio de Salud Pública, y la subrogación o contratación de servicios con otros entes de la zona". La coordinación de servicios se da localmente entre la oficina de administración del IHSS y el Hospital San Francisco (HSF) de Juticalpa de la SSH. El hospital subroga la entrega de los medicamentos que no están incluidos en el paquete básico de la SSH, a través de contratos con farmacias privadas de la ciudad de Juticalpa.

Para la definición de los mecanismos de coordinación entre el IHSS y la SSH, fue elaborado un "Documento Base" (DB) con fecha de Octubre de 1990. En el DB se define la articulación como un sistema integrado de servicios de salud, el cual pretende constituir un "Modelo de Atención Único" (MAU) porque el IHSS no tenía en la década de los ochenta, ni en la actualidad, capacidad para desarrollar la infraestructura necesaria para brindar la atención completa a sus beneficiarios. Por otro lado, antes del proceso de articulación la SSH atendía gran parte de la población potencialmente asegurable, porque ninguna empresa contaba con servicios médicos, ni los servicios privados estaban al alcance de los asalariados. Entonces el MAU de la articulación IHSS-SSH se establece tomando en cuenta cuatro características contextuales: 1) Se evita la duplicación de servicios y la creación de desigualdades en la atención directa, al no proponer ofertas diferenciadas dentro del mismo ambiente hospitalario, para la población afiliada al IHSS. 2) Se deberá tener en cuenta el perfil socio-epidemiológico de la población abierta y la beneficiaria del IHSS, así como la capacidad financiera de ambas instituciones para responder a ese perfil. 3) Se define como los actores principales del proceso a los prestadores de salud y a los

usuarios. 4) El IHSS transferirá al HSF el porcentaje destinado a la atención directa del derecho habiente en la Región Sanitaria # 7.

En el DB se define un MAU, sobre la base de la circunstancia en la que el IHSS no tiene capacidad para construir su propia infraestructura y el HSF no fue diseñado para subsumir la demanda del IHSS. Ha sido la fuerza de la circunstancia la que ha llevado a pensar en la articulación local como una posibilidad en la que ambas instituciones tienen virtuales ventajas en la coordinación. El elemento clave ha sido la población usuaria, porque el HSF atendía un conglomerado que teóricamente era beneficiario del IHSS, pero asistía como población indistinta a los servicios del HSF, ante la falta de capacidad del IHSS para atender su demanda en esa localidad. Así, al formalizar la coordinación esa parte de la población con disposición salarial pasa a pagar parte de los servicios que brinda el HSF. Los prejuicios que podrían existir contra el servicio en el hospital público de Juticalpa, en ese momento no afloraron porque el hospital inauguraba un nuevo local donado por la cooperación externa, de manera que despertaba nuevas expectativas para la atención de la población beneficiaria.

Por la desventaja de que el IHSS no contaba con infraestructura propia, al establecer el sistema articulado se enfatizó que la red de servicios sería administrada por la SSH. El IHSS solo participaría de manera indirecta en la administración del HSF y en aquellos aspectos estrictamente relacionados con su población beneficiaria. También el IHSS transferiría el porcentaje correspondiente de manera oportuna, y la comunidad contribuirá al desarrollo del proceso articulado. Se crea, entonces, una estructura organizativa que refleja el marco institucional que se pretendía:

- 1) Una Comisión Política que es conformada por el Secretario de Salud y el (a) Presidente Ejecutivo del IHSS. En esa comisión está depositada la conducción general de la articulación.
- 2) Una Comisión Técnica, conformada por la Dirección General de Salud de la SSH y la Dirección Médica del IHSS. En la comisión técnica se deposita la monitoría y la evaluación.
- 3) Una Junta Regional de Salud (JRS), integrada por dos representantes de la SSH (Director Regional y Director del HSF), dos del IHSS y cuatro miembros de la comunidad. De manera que en la JRS queda la promoción, ejecución y desarrollo del sistema articulado del servicio.
- 4) Las Unidades Productoras de Servicios (UPS) como instancias locales que se irían incorporando poco a poco al servicio articulado, previendo que la rela-

ción con el HSF sería solo el inicio del proceso, para generalizarlo en todo el Departamento de Olancho.

Como puede observarse la estructura del proceso de articulación tiene un supuesto clave que es el énfasis de la exclusividad de la administración de la red de servicios por parte de la SSH. En consecuencia la articulación implica una coordinación que se da a nivel operativo en el servicio y que una institución (HSF) presta a la otra (IHSS). Desde un principio el proceso de articulación excluyó la exploración de un proceso compartido en la administración de la red. Entonces, toda la estructura organizativa que fue acordada entre ambas instituciones no ha sido funcional a través de los años, porque al final lo único que ha contado es que los (as) beneficiarios (as) lleguen a consulta al HSF y que el IHSS realice la transferencia de fondos respectiva. Ni la Comisión Política, ni la Comisión Técnica han sido instaladas en cada período, la Junta Regional de Salud, que es la encargada directa de la administración regional solo se instaló durante los primeros cuatro años, su papel fue insignificante y no existen huellas de su presencia. Las UPS, ni se han enterado que tenían un papel relevante que jugar en el proceso de consolidación y desarrollo de la articulación en el Departamento de Olancho.

Sin embargo, de toda la estructura planteada y negociada en el ámbito local solo se recuerda como instancia a la Junta Regional de Salud (JRS), como la única referencia que, tanto en el HSF como en el IHSS, se da del proceso de articulación. Eso es así, porque es la instancia más cerca del nivel operativo y con la que hay un compromiso moral para que la articulación, por lo menos de los servicios, no muera. Tanto las funciones como la composición de la JRS reflejaban una aspiración de la sociedad civil local que implicaba involucrarse profundamente en una actividad que atañe al soporte de su propia vida.

Así, las funciones asignadas a la JRS en el DB fueron las siguientes:

- 1) Vigilar el cumplimiento de los requisitos de la política nacional de salud en la prestación de servicios.
- 2) Planificar, organizar y efectuar la monitoría y evaluación.
- 3) Desarrollar la articulación con otras instituciones dentro o fuera del sector salud nacional e internacional.
- 4) Propiciar la participación de la comunidad en los diferentes momentos de gestión.
- 5) Promover la participación de la comunidad en el mejoramiento de sus condiciones de vida.

- 6) Concertar con la comunidad la captación de recursos extraordinarios locales, nacionales e internacionales, para el mejoramiento de los servicios.
- 7) Mantener informada a las autoridades de cada una de las instituciones brindando informes de manera regular o extraordinaria.
- 8) Otras que la JRS estime conveniente.

Como puede verse, las funciones posibles que fueron pensadas para la JRS se pueden agrupar de la siguiente manera: por un lado van desde la vigilancia de la política nacional de la prestación del servicio, la planificación, monitoría y evaluación, luego las de buscar el desarrollo de la articulación a escala nacional e internacional, para agrupar las que se refieren a la comunidad con la cual se supone un compromiso de darle espacio para su participación tanto en la gestión como en la captación de recursos extraordinarios. El papel asignado a la JRS va desde lo más generosamente amplio hasta lo más simple y su composición (Región Sanitaria, HSF, IHSS y comunidad) es muy característica de las funciones proyectadas. Los testimonios sobre la existencia de la JRS, durante los primeros cuatro años en los que se intentó que funcionara, nos dicen que fue muy raquítica en su composición, porque la Región Sanitaria y la comunidad siempre fueron los componentes ausentes. El HSF y el IHSS se encontraban para enumerar problemas de atención y de las transferencias de los fondos. En realidad, la JRS nunca se instaló con todos los sectores miembros, no pudo por tanto asumir su papel planeado. De lo poco que se logró con la supuesta JRS no hay memorias, ni agendas, ni informes que den referencias de alguna dinámica que se hubiera intentado impulsar. De allí que el modelo que se intentaba generar, quedó aislado de los componentes que lo ligaban al desarrollo de la sociedad civil que se estaba proponiendo profundizar en Honduras, desde principios de los noventa y por eso algunas tareas claves que lo configurarían en el nivel operativo, quedaron sin concretarse.

La articulación en el servicio previó que dentro del modelo de atención tradicional de la SSH se desagregaría la demanda específica de los beneficiarios del IHSS, así: en el primer nivel de atención (detección, atención directa, remisión a otros niveles, promoción, educación). Originalmente se proyectó un equipo básico o nuclear compuesto por un médico general, dos enfermeras profesionales, cuatro auxiliares, dos promotores y dos auxiliares de evaluación de control de vectores e inspección de higiene. Sin embargo, este equipo básico nunca se constituyó como tal y la prestación de servicios se estancó en un médico con turno vespertino que atiende diariamente toda la demanda de los (as) beneficiarios (as) del IHSS y además del resto de la población. El médico re-

cibe apoyo (en pre-clínica) de una auxiliar de enfermería que forma parte del personal rotativo en el área de consulta externa. En consecuencia, el único recurso destinado de manera directa para el IHSS es el médico, porque es un empleado que se ha adaptado de manera gentil a la población del IHSS y ha posibilitado una relación estable durante los últimos años.

En el segundo nivel de atención que implica la atención médica especializada, se incorporó la demanda del IHSS como parte del proceso ya establecido dentro del HSF, procurando llevar un registro del número de atenciones y especialmente de la demanda gineco-obstetra. En el tercer nivel de atención que consiste en la atención de pacientes hospitalizados, emergencia y realización de procedimientos especiales que requieren internamiento del paciente, se calcula un promedio de horas año que implica la oferta potencial del HSF en relación a un cálculo de la demanda de atención de la SSH y del IHSS, tanto para el conjunto gineco obstetra, como para de las demás áreas básicas (cirugía, medicina interna y emergencia), que será computado cada año a través de un aproximado del registro. Esbozado así, el sistema de registro contenía debilidades, que se podrían superar en la medida que el conjunto de la red madurara y vinculara los diferentes niveles.

Dado que la articulación implicaba a toda la red de la SSH, entonces el sistema de referencia tendría que prepararse para poner en circulación los (as) beneficiarios (as) del IHSS, pero como el equipo básico nunca se constituyó, la articulación no se desarrolló entre los diversos niveles y UPS's por lo que la articulación solo logra un sistema restringido de referencia, especialmente hacia los hospitales y clínicas del IHSS en Tegucigalpa, pero no hacia otras UPS'S de la SSH.

En síntesis, se puede decir que para la puesta en marcha del proceso de articulación no se ha experimentado un modelo de atención específico, sino que se han utilizado los recursos ya proyectados del HSF y se ha desagregado la demanda de los (as) beneficiarios (as) del IHSS, con lo que se ha creado un registro especial, aunque en los niveles dos y tres siempre hay un subregistro que no se ha podido subsanar a través del tiempo y a pesar de que esta cuestión es bien conocida no se ha podido intervenir para enmendar el vacío que crea este subregistro, porque no hay mecanismo de seguimiento de la experiencia.

El proceso de monitoría y evaluación; que podría contribuir ha encaminar la experiencia por la ruta pensada originalmente o por nuevas rutas de reforma, además de que hubiera ayudado a visualizar algunos de los proble-

mas citados, ha quedado también desfasado porque (como hemos visto más arriba) las comisiones no se constituyeron como se esperaba, y a partir de allí los indicadores (Conformación de comisiones, plan de trabajo, número de reuniones, tipo de decisiones, grado de ejecución, mecanismos de registro) no se pueden trazar como mecanismos de seguimiento y verificación. Todo esto ha impedido que se perfeccione el proceso y también ha limitado su extensión a través de la red de la SSH en todo el departamento de Olancho.

La articulación iniciaba integrando dos municipios: Juticalpa y Catacamas, para inmediatamente extenderse en toda la región sanitaria # 7 a través de la promoción del equipo básico al interior de las UPS. Sin embargo, la articulación se ha reducido al municipio de Juticalpa y solo con el HSF, pero a través de la red de asegurados indirectos se extienden sus servicios a casi todos los municipios del Departamento. La retroalimentación esperada que se daría entre las diversas instancias de la red no ha podido cristalizar para contribuir a elevar la calidad de la atención.

Como puede verse hay un modelo propuesto y un potencial inexplorado que se ha estado evaluando en el último año a través de un comité que se ha propuesto reestructurar el proceso de articulación y darle una estructura institucional viva y actualizada a las nuevas situaciones de salud que se enfrenta en todo el departamento de Olancho, es por eso que a continuación se presentan las consideraciones que ha elaborado cada sector involucrado en el quehacer del IHSS en Olancho.

La situación de salud del Departamento de Olancho

La Región Sanitaria No.7 corresponde al departamento de Olancho, con sede en la ciudad de Juticalpa, dividida administrativamente en 4 áreas de salud: Arca No. 1 con sede en Juticalpa, Area No. 2 con sede en Catacamas, Area No. 3 con sede en Salamá, Area No. 4 en San Francisco de la Paz.

Con una responsabilidad programática de 386,322 habitantes (23 municipios) con una superficie de 24,350.9 Km², con una red de servicios de salud institucional conformada por 1 Hospital Regional, 5 Clínicas Materno Infantil localizadas en Patuca, Guayape, Catacamas, Salamá y San Esteban, 28 Cesamos, y de estos 6 cuentan con servicios odontológicos (Campamento, Guayape, Catacamas, Salamá, San Francisco de la Paz, San Esteban), 118 Cesares, una red de laboratorio conformada por (Laboratorio Hospital San Francisco, Labo-

ratorio clínico Región de Salud No. 7, Laboratorio Control de Alimentos, Laboratorios ubicados en CESAMOS y CMI así: Becerra, Campamento, Concordia, Guayape, Patuca, Catacamas, Salamá, La Unión San Francisco de la Paz, San Esteban), Una red comunitaria conformada por parteras, Colaboradores Voluntarios, Juntas de Agua, Red Consejeros en SIDA/ITS, Comités de Salud y un Centro de Rehabilitación con base comunitaria "CRIO".

En el área de Recurso Humano se cuenta con 61 médicos (18 especialistas, 43 médicos generales: 13 laboran en H.R.S.F. y 30 en la Región Sanitaria No. 7 en el área rural, cuenta con 37 Enfermeras Profesionales de las cuales 17 Enfermeras laboran en el H.R.S.F. y 20 en la Región Sanitaria No. 7, también cuenta con 223 Auxiliares de Enfermería (de las cuales 108 laboran en el H.R.S.F. y 115 en la Región), 8 Odontólogos, Personal de Atención al Medio (Técnicos en Salud Ambiental, Promotores, Auxiliares de Evaluación).

El Hospital San Francisco es la U.P.S. de mayor complejidad en la Región Sanitaria y da respuesta a toda la población del departamento de Olancho por ser el único Hospital, atiende por demanda espontánea y a través del sistema de referencia que utiliza la red de los municipios del departamento; cuenta con una población de responsabilidad programática de 39,000 habitantes conformada por 52 barrios y colonias de la ciudad de Juticalpa, más de 20 comunidades rurales que son sus áreas de influencia para la atención de programas básicos. El Hospital cuenta con 113 camas disponibles, de las cuales 90 son sensibles con un índice de ocupación de .04 camas por 1,000 habitantes brindando los servicios de internamiento: medicina, cirugía, ortopedia, obstetricia, ginecología, pediatría y neonatología. Su producción es de aproximadamente 8,748 egresos. En el año 2001 con un porcentaje ocupacional de 64.7% con promedio días estancia 2.4, giro cama de 97.2 con intervalo de sustitución de 1.3, además cuenta con servicios de Consulta Externa con atención en medicina general y en las cuatro especialidades básicas y ortopedia, contando con clínicas de atención a la mujer en las cuales actualmente está funcionando la clínica de atención diferenciada al adolescente, clínica de atención para adultos y niños, clínica de consejería orientada al manejo de violencia intrafamiliar, servicio odontológico, atenciones en filtro, emergencia y se cuenta con servicios de apoyo como ser rayos X, ultrasonido, endoscopia, laboratorio automatizado, y colposcopia.

Existe una modalidad de atención articulada entre el I.H.S.S, y el H.R.S.F. el cual inició sus operaciones desde mayo de 1991 naciendo de la necesidad de brindar atención a los trabajadores de la empresa privada pre-

sentes en la ciudad de Juticalpa y Catacamas. Atendiendo básicamente enfermedad, maternidad y accidentes. En la Región Sanitaria No.7 se ha realizado un análisis de las condiciones de vida según sus necesidades básicas insatisfechas (NBI) utilizando variables como: disposición de agua, disposición de excretas, deserción escolar, hacinamiento, ingreso económico, lo que ha determinado el grado de pobreza estratificando su población en tres estratos según su N.B.I. > de 3, así:

Estrato 1: 25 - 39 los siguientes municipios: Santa María del Real, Salamá, Silca, Juticalpa, Concordia, San Francisco de la Paz.

Estrato 2: 45-50 La Unión, Guarizama, Catacamas, Guayape, Manto, Campamento.

Estrato 3: >51 Patauca, San Esteban Gualaco, Culmí, Jano, Guata, El Rosario, Mangulile, El Carrizal.

Las primeras cinco causas de morbilidad general en la Región Sanitaria No. 7 del año 2000 son: infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales, malaria, bronquitis y asma, hipertensión arterial. La distribución porcentual de las primeras cinco causas de morbilidad en menores de cinco años para el año 2001 son: diarreas 35%, faringitis no estreptocócica 19%, faringitis estreptocócica 16%, bronquitis y asma bronquial 13%, bronquiolitis y asma 13%, neumonía 13%, otras enfermedades 4%. Como podrá notarse que las respiraciones agudas siguen siendo la primera causa de mortalidad.

Las primeras diez causas de mortalidad general en el departamento de Olancho en los años 1998-2001 son:

- Causas externas (traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas).
- Enfermedades del sistema circulatorio (enfermedades hipertensivas, isquémicas, ACV, etc.).
- Afecciones del período peri y neonatal.
- Tumores de todo tipo (incluye cáncer)
- Enfermedades del sistema respiratorio.
- Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Signos, síntomas y hallazgos anormales, clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.
- Enfermedades del sistema digestivo.
- Enfermedades del sistema nervioso.

En 1998 se reporta una mortalidad general de 6.7 x 1,000 habitantes observándose un descenso de 5.6 para el 2001.

Mortalidad materna:

De 1994 al 2001 se tienen registradas 85 muertas por causas prevenibles como ser: hemorragia (50), eclampsia (11), retención placentaria (10), infección puerporal (9),

ruptura uterina (3), placenta previa (1) hipotonía uterina (1).

La tasa de mortalidad materna del año 2001 es 110 x 100 mil nacidos vivos.

Mortalidad Infantil:

Las primeras 5 causas de mortalidad Infantil Región de Salud # 7 del año 1998 al 2001 son: 1. Neonatalos (menores 28 días)

2. Neumonía y otras enfermedades respiratorias agudas
3. Enfermedades Infecciosas Intestinales
4. Signos, síntomas, hallazgos anormales clínicos
5. Anomalías congénitas
6. Otras causas

La tasa de mortalidad Infantil es de 32 x 1,000 nacidos vivos.

Las primeras causas de egresos hospitalarios son:

Partos normales, aborto incompleto, síndrome diarreico, bronco neumonía, bronquiolitis, hernias, apendicitis, estado asmático, cálculos, hipertensión esencial, sepsis recién nacido, diabetes mellitus, intoxicación, fracturas.

El comportamiento de los egresos hospitalarios es similar al de los partos por procedencia. Donde los municipios que más aportan, fuera del municipio sede que es Juticalpa, son aquellos con mayor facilidad de acceso (distancia, vías de comunicación medios de transporte) como: Catacamas, San Francisco de la Paz, Campamento los más postergados son los que menos egresos registran como Guayape, Jano, etc.

Las 10 primeras causas de mortalidad del año 2001 Son:

Prematúres, herida por arma de fuego, shock séptico, recién nacido\membrana hialina, infarto agudo del miocardio, accidente cerebro vascular, IRA, intoxicación por plaguicidas, insuficiencia cardíaca congestiva, paro cardíorrespiratorio.

La sepsis neonatal es la primera causa de muerte en 1998 y año 2000 con porcentajes de 9 y 6% respectivamente del total de muertos respectivamente. En 1999 se registra el mayor número de muertes por una sola causa (prematúres) que registra 32 muertos (18% total) y ese mismo año la sepsis neonatal se registra como la segunda con 23 muertos (12.8% del total). Durante 1998 y 1999 la sepsis neonatal, la prematúres, síndrome de la

membrana hialina, shock séptico, síndrome diarreico constituyen las cinco causas más frecuentes de mortalidad general. Esto modifica para el año 2000 y 2001 en donde aparecen otras causas: insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, accidente cerebro vascular e infarto agudo del miocardio.

Consideramos que se ha logrado un impacto con las intervenciones iniciadas en el 2000 y continuadas en 2001 en servicios como labor y parto y neonatología.

Como podemos notar el perfil epidemiológico del departamento tiene predominio infeccioso el cual es prevenible, sin embargo hay un apareamiento creciente de enfermedades crónicas degenerativas, como las siguientes: hipertensión arterial, diabetes, A. C.V, cáncer. Se ha observado un incremento de los casos de ITS\VIH/SIDA y Continúa siendo problema la tuberculosis así como las enfermedades relacionadas con el medio ambiente: diarreas, malaria dengue, chagas y Leishmaniasis cuyo abordaje estratégico debe orientarse a modificar los factores de riesgo.

Ahora bien, tomando en cuenta que la ocupación básica de esta región es el sector primario representado por la agricultura, caficultura, horticultura y ganadería, generándose con ello las enfermedades ocupacionales, los accidentes de trabajo así como intoxicaciones por plaguicidas que ameritan una investigación dada su importancia para proyectos de intervención.

En ese sentido para el HRSF fue fundamental la alianza con el IHSS porque le permitió el tratamiento directo de la población trabajadora afectada por las condiciones de trabajo. Así convergían dos instituciones claves para la atención del derecho a la salud de la población.

La vocación del Instituto Hondureño de Seguridad Social

Tanto para las instituciones como para la población es bastante claro que la Seguridad Social constituye una función pública titulada por el estado para garantizar la protección de la colectividad contra las consecuencias de las necesidades sociales, producidas por la generación de los riesgos que afectan la integridad física y económica de la persona. Se afianza en el derecho que cada persona tiene para ser protegida contra las contingencias, por el hecho de ser miembro de la sociedad en la que se supone que tiene igualdad de condiciones, sin discriminación de sexo, raza, cultura, niveles económicos, religión. Por lo que la Seguridad social es un patrimonio de la comunidad y por lo tanto todos sus miembros son al mismo tiempo responsables de la for-

mación y buena aplicación de este patrimonio y potencialmente beneficiarios del mismo. Por eso se basa en el principio de solidaridad, unidad, equidad y participación social. Estos principios empezaron a realizarse en Honduras a partir de 1959 cuando fue creado el Instituto Hondureño de Seguridad Social, e iniciando su operación en el año 1962, con la atención de los riesgos de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En el año 1971, se creó la atención de los riesgos de invalidez, vejez y muerte.

Sin embargo en el Departamento de Olancho solo se inicia en 1985, con los riesgos de invalidez, vejez y muerte y hasta el año de 1991 se inicia la atención médica hospitalaria, incluyendo enfermedad - maternidad, proyecto que solo se pudo llevar a cabo con la propuesta de la articulación de servicios entre el Ministerio de Salud - Instituto Hondureño de Seguridad Social. Este proceso ya lleva una historia de 11 años y se demuestra que es un fenómeno altamente complejo. Los que planearon la articulación de servicios, la pensaron como una modalidad eficiente, tendiente a conjugar los esfuerzos interinstitucionales para que en forma convergente se le busquen alternativas de solución a los problemas de salud de la población Hondureña.

La idea de la articulación intentaba aprovechar la capacidad instalada de la unidad médico hospitalaria de Juticalpa, donada por el gobierno Japonés, y el servicio articulado vendría a fortalecer económicamente la unidad asistencial del Hospital San Francisco, a través de la transferencia mensual de 54.21%, sobre la cotización del beneficio enfermedad - maternidad con lo cual se fortalece la producción de servicios de salud, tanto para la población abierta como para los derecho habientes del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Juticalpa. En términos de la cotización se concluyó, a través de una consulta con todos los sectores y se acordó que estos cotizarían de la siguiente forma: 3.5% para el trabajador y 7% para la empresa, sobre la base de un salario de Lps. 2.000.00. Por eso desde un principio el Instituto Hondureño de Seguridad Social procedió a socializar el proceso con todas las unidades que existen en lo interno del Hospital San Francisco y se dejaba claro que no se iban a incrementar las horas de trabajo, porque lo que se buscaba con la articulación era alcanzar una atención oportuna y eficiente tanto para el paciente de la población abierta, como para el paciente asegurado del IHSS. Al principio se creyó que el hospital se vería abarrotado con más población demandando los servicios de salud. Sin embargo la asistencia se mantuvo normal. Con lo que se demostraba que no había incremento en la jornada laboral, sino más efectividad en la atención de los grupos focalizados.

Se reconoció que la Articulación venía a solventar una serie de complejidades que difícilmente hubiesen sido cubiertos a través de la Secretaría de Salud, como servicios de hemodiálisis y de cualquier especialidad y subespecialidad brindadas por el IHSS, entonces a nivel central se facilitó la concertación para ampliar el cuadro básico del servicio de consulta externa ambulatorio para la esposa, además del servicio de maternidad, atención médica para los hijos hasta 10 años. Aunque actualmente se atiende a los niños hasta los 11 años. De acuerdo a las nuevas reformas del Instituto Hondureño de Seguridad Social se mantiene un computo de aproximadamente 2,800 trabajadores asegurados que corresponden a un número de 580 empresas, por lo que las transferencias al hospital se hacen con un valor aproximado de 50,000 mensuales.

Actualmente se presenta un problema con la credibilidad de la población en la atención hospitalaria porque hay inconformidad con los servicios prestados debido a que la atención en el hospital no tiene la celeridad deseada por la población. La ruta de la atención se da a través del siguiente esquema:

1. Se debe hacer una cita previa para consulta a la oficina de registro, por vía teléfono o personalmente.
2. Deben presentar su carnet y su hoja patronal vigente de derechos del asegurado.
3. En el día y a la hora de su cita deben ir directamente a la preclínica No. 1 y se dará turno de la entrada con el médico.
4. Las recetas que le sean entregadas por el médico las llevara a la farmacia, allí se hará la entrega de los medicamentos, en caso que no haya en el hospital se le autorizará para que las obtenga en una farmacia particular siempre y cuando esté en el cuadro básico.
5. Las referencias y las incapacidades se dan cuando se amerite.

Los pacientes observan una inconformidad con el tiempo de espera en la farmacia, también señalan la diferencia entre paciente asegurado y de población abierta, dificultades en la emergencia, desacuerdo con las huelgas porque afectan la atención, insatisfacción con el horario y con el cuadro básico que es muy limitado. Una de las mayores quejas es que cuando hacen uso de las farmacias privadas con recetas autorizadas, refieren que no se les hace entrega del medicamento si es mayor de Lps.100.00. Al iniciarse el proceso, existió una ventanilla en farmacia solo para pacientes del Instituto Hondureño de Seguridad Social, pero se cerró. Por otro lado el personal del hospital muestra mucho desconocimiento de las normas, leyes y reglamentos existentes en el Instituto Hondureño de Seguridad Social que se refleja, en

especial, en el manejo inadecuado de las incapacidades.

El compromiso del Hospital Regional San Francisco

El HRSF aceptó en 1987 el proceso de articulación dado que el estudio de factibilidad del programa de enfermedad - maternidad, mostraba las buenas posibilidades del proceso en el largo plazo.

El modelo nace como una alternativa regional; impulsada por la creciente presión tanto de la empresa privada, la cual experimentaba en ese momento un constante crecimiento, como de los trabajadores que ya aportaban al programa de invalidez, vejez, y muerte; además con la inauguración del nuevo Hospital Regional San Francisco se da la oportunidad para que el Instituto Hondureño de Seguridad Social cubra la demanda masiva existente en Olancho de converger con una estructura oportuna, aunque esta perteneciera a la Secretaría de Salud. Después de más de una década de existencia; el modelo ha subsistido, sin embargo su estructura de direccionalidad institucional no ha funcionado de manera regular, por lo tanto no ha sido posible su expansión, aun cuando las instituciones involucradas saben que esta llamado a ser la respuesta a las demandas de servicio de espacios de población muy importantes del departamento más grande del país.

Durante los años de existencia de la articulación se ha dado una relación de coexistencia entre los principales actores involucrados, en la cual cada uno de ellos desde su propia perspectiva obtiene beneficios. La Secretaría de Salud (Hospital San Francisco) interpreta que la población asegurada y beneficiaria que atiende, de cualquier manera es su obligación, lo cual realiza sin tener que crear estándares diferenciados en la atención, permitiéndole no infringir el principio de equidad de los servicios y por lo cual se beneficia recibiendo un ingreso económico, que coadyuva a la solución de los problemas financieros.

El IHSS por su parte da respuesta a una demanda de servicio para la cual no tiene capacidad y aprovecha la capacidad instalada en el medio. Los trabajadores aceptan los servicios que brinda el modelo articulado con alguna diferenciación de la población abierta, que en alguna medida satisface sus demandas de servicios. La empresa privada conoce de la situación financiera del Instituto Hondureño de Seguridad Social y de lo que significaría en costos dar una respuesta directa. Todos los sectores están conscientes de la necesidad de la extensión de cobertura del modelo, lo que constituye uno de los objetivos fundamentales.

Esto último constituye el talón de Aquiles para el modelo debido a que hasta este momento únicamente el Hospital San Francisco, la UPS de mayor complejidad de la red da respuesta a los usuarios dentro del modelo, la extensión de cobertura obliga a que se articule el resto de la red y esto involucra un sistema que tiene enormes limitaciones como es la referencia y la respuesta, cuya revisión es toda una tarea a realizar por parte de la Secretaría de Salud. Otra condición necesaria para este proceso implica la consolidación gerencial - administrativa de la articulación. En la coexistencia de las partes que conforman el modelo también han existido aspectos discrepantes, propiciados por problemas tales como la mora de la patronal con el IHSS; la mora del IHSS con la Secretaría de Salud (Hospital San Francisco); insatisfacción de los usuarios con la Secretaría de Salud (Hospital San Francisco) y el IHSS. Ante este panorama se hace necesario una revisión de la estructura del modelo; partiendo de las bases del convenio de articulación, hasta los perfiles de cada uno de los organismos que conforman su dirección en los diferentes niveles.

La visión de los usuarios: empresarios y trabajadores

Para el sector empresarial la experiencia de la articulación de servicios ha sido contrario a lo que se ha propuesto, en virtud de la poca colaboración encontrada a nivel de la dirección regional del Instituto Hondureño de Seguridad Social, la que observan como dedicada a la generación de asegurados inexistentes, con el manejo descuidado de las planillas, sin talento oportuno para corregir los errores existentes para que oriente a las empresas, generándose de esta manera una mora inexistente e inmanejable. Esta actitud administrativa en la regional del Instituto Hondureño de Seguridad Social ha generado intransigencia con los patronos, por lo que no se han generado los mecanismos de negociación pertinentes.

Por otro lado hay falta de promoción y capacitación de parte del IHSS (Regional Juticalpa), hacia el sector empresarial y el sector trabajador; generando un desconocimiento total de los deberes y derechos de los beneficiarios del sistema.

Las expectativas del sector empresarial para obtener una buena relación entre las partes involucradas no se ha cumplido, por lo que las empresas que han surgido en los últimos años tienden a perfilar un retroceso del proceso.

Por su parte el sector trabajador expresa a través de diversas consultas mucho descontento con el proceso de

atención, porque lo perciben deficiente en casi todos los campos, pero el servicio de maternidad genera mucha simpatía y satisfacción, así mismo el espacio concreto de la consulta médica, dentro de la clínica, es altamente satisfactorio y el servicio de rayos X es considerado bueno. Los trabajadores piensan que el proceso de articulación realmente les beneficia, pero tiene que superar todos los escollos achacados en las deficiencias del desarrollo institucional del proceso. Lo cual implica trabajar tanto en el nivel de promoción, como de la capacitación de cada sector en cada uno de los niveles en estos se involucran, pero además apuntan a la necesidad de que el sector empresarial cumpla en todos los aspectos de las reglas del juego que implica el servicio del IHSS y el proceso de articulación.

En síntesis

Los beneficiarios del IHSS; con relación al costo privado de la atención ganan, a través del proceso de articulación, de manera relativa frente a los altos costos de la medicina privada, y esto se puede observar al comparar los valores de las diversas ofertas de servicios.

El valor del salario del médico en consulta externa en la empresa privada está tasado en un rango entre Lps/ 250.00 a Lps. 300.00. El valor del salario del médico empleado en el HSF está aproximado en Lps. 30.00. Si agregamos a cada uno los costos por equipo, edificio, medicamentos, laboratorios... hay que sumar entre Lps. 350.00 a Lps. 500.00 por consulta. Esto da como resultado que en la medicina privada la población usuaria tiene que pagar un valor aproximado de entre Lps. 600.00 a Lps. 800.00. En el HSF el valor suma entre Lps. 380.00 a Lps. 530.00. Si bien estos valores se quintuplican en los niveles II y III, pero en la medicina privada se disparan estratosféricamente dado que la población tiene pocas ofertas privadas locales, que cubran todas las necesidades de atención en salud.

Previendo estas situaciones ambas instituciones hicieron un compromiso de buscar el desarrollo institucional que permitiera reducir costos, mejorar el recurso humano, aumentar la calidad, elevar el grado de profesionalización, y ampliar paulatinamente el servicio. Todas estas dimensiones que implicaba el proceso de articulación se han reducido en un proceso repetitivo en el nivel puramente operativo del servicio sin que haya instancias locales involucradas en la búsqueda del desarrollo institucional anunciado. Esto se refleja en que cuestiones elementales como la generación de un subsistema de información que permitiera desagregar los datos entre asegurados y no-asegurados, de manera oportuna y con la modalidad técnica actualizada se estancó con la inclu-

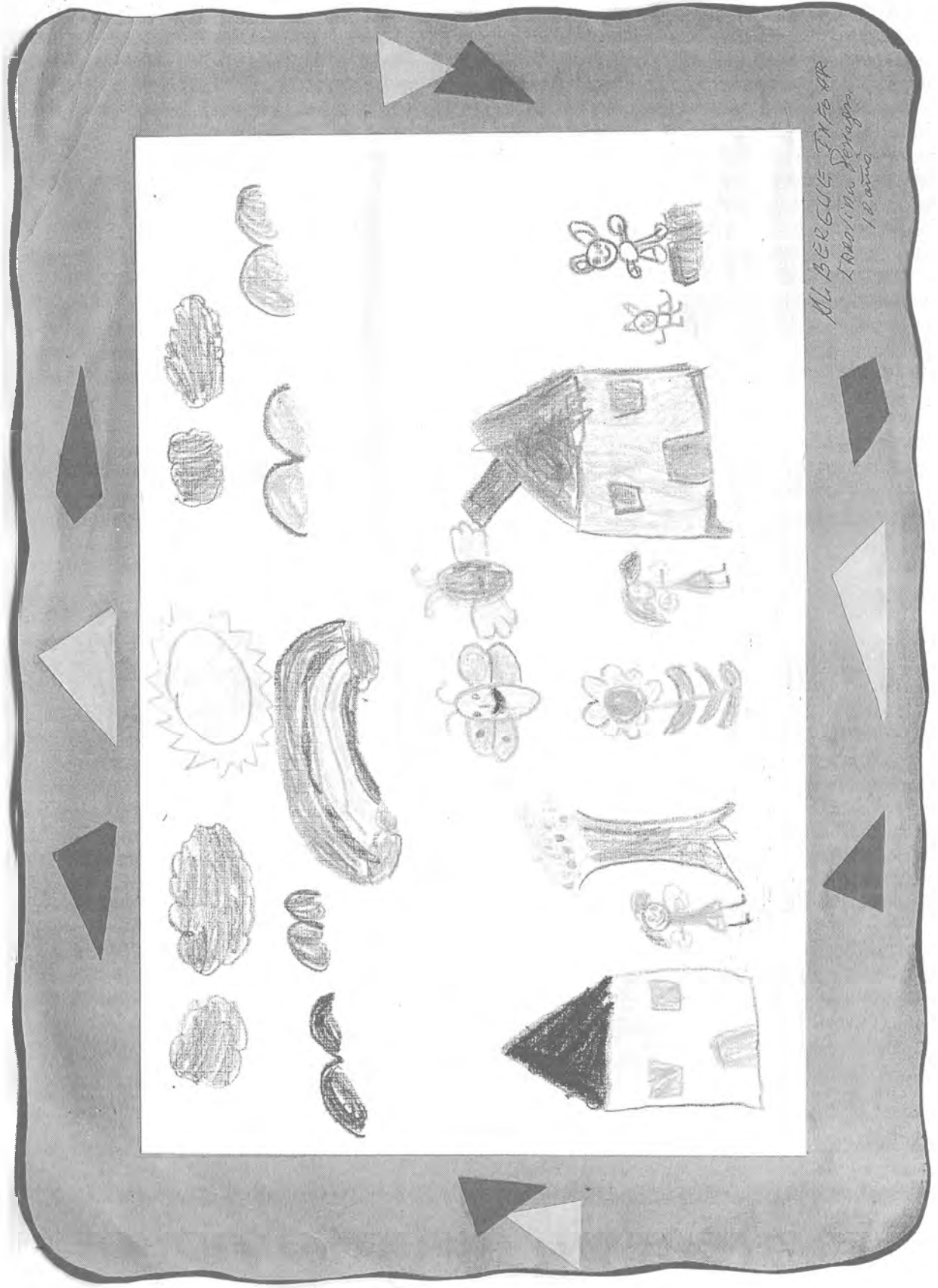
sión de una casilla o referencia del beneficiario en las diversas formas que se usan en el HSF. No se continuó con los demás pasos que permitieran la desagregación de la información, y especialmente, en los niveles II y III el proceso de articulación continuará subregistrado, en tanto no se equipe y se capacite con formas tecnológicas renovadoras.

Toda la dimensión del mantenimiento y suministros se ha convertido en una labor exclusiva del HSF y el proceso de articulación no aporta más que a través de las transferencias monetarias. El IHSS se ha convertido en un ente pasivo que no provoca la renovación del proceso que se ha constituido a su alrededor.

Se puede decir que el proceso de articulación en Olancho ha generado una experiencia de gestión y servicios en salud que ha aportado nuevos elementos para el desarrollo institucional, así como nuevos componentes para el proceso de reforma del sector. Si bien el número de beneficiarios es relativamente pequeño, la articulación que se ha dado allí permite pensar en las posibilidades de la colaboración interinstitucional. El elemento más valioso para la reforma del sector es que a partir de este proceso de articulación se puede pensar en una vía para la reorganización de la red de servicios y en nuevas vías de gestión y en nuevas dimensiones de los servicios en salud.

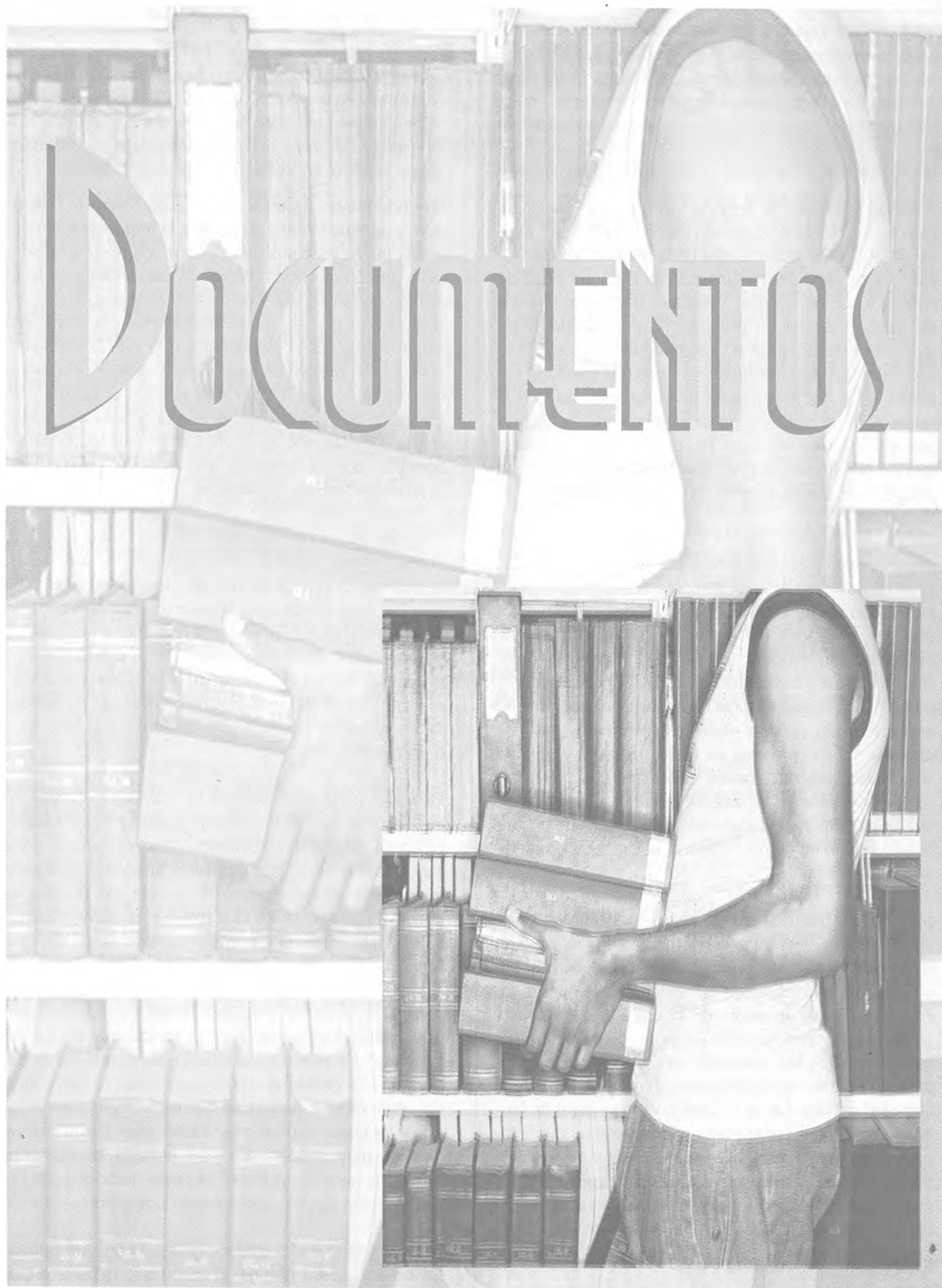


Y crecen sin asombro.



ALBERQUE TITO AR
LADOLINA PERAZA
12 años

DOCUMENTOS



Higiene pública

Ramón Ouelí

A los poetas se les ha llamado vates, porque vaticinan. Uno de los nuestros, Rigoberto Paredes ha dicho: " dentro de 400 años/ serán las seis de la mañana/ en este lugar ". Otros escritores han insistido en la anormalidad de nuestra situación. Paulino Valladares decía que Honduras siempre estaba en proyecto. Carlos Alberto Uclés que progresamos, pese a nuestros gobernantes. Como casi todas las frases ingeniosas en torno a la conducta colectiva, estas dos tienen parte de razón, pero no toda la razón. Algo ha realizado nuestros gobernantes y algunos proyectos se han realizado. No podemos permitirnos el lujo de la auto-satisfacción, que también constituye un peligro, pero tampoco caeré en el pesimismo total, en el derrotismo.

Desde el siglo pasado al actual, nuestra existencia política se ha caracterizado por avances y retrocesos. Ha habido momentos de entusiasmo: inicios de la reforma liberal y a mediados del siglo XX, con el proceso de modernización. En otros se manifiesta el pesimismo, incluso entre los gobernantes. En 1862, el presidente Victoriano Castellanos afirmaba que aunque el país poseía " en su fecundo océano poderosos elementos para ser próspero y feliz, presenta en todas sus fases, el cuadro más lamentable de atraso y desorganización. No hay cultura, ni comercio, ni arte, ni industria y todos los ramos que componen la administración pública de un país se encuentran en la más completa decadencia o enteramente abandonados ".

Seis décadas después, Paz Barahona en 1926: "encontré el país en completa ruina económica, desmoralizado en sumo grado y dividido por fuertes pasiones políticas, pasiones que en hombres de estos climas y de nuestra raza, soplan como un viento de locura en los cerebros y oscurecen las conciencias". Después de él ocurrieron más guerras civiles, masacres, crisis económicas, pero también se han registrado avances en el ejercicio de la actividad política. Las elecciones no son ya actos de barbarie perpetrados por el poder público, como ocurría todavía hace treinta años. Ha disminuido el poder político de los militares y han surgido nuevos grupos e instituciones que defienden los derechos humanos, incluidos los de la mujer, de los niños, de los homosexuales, de los grupos étnicos.

Hay una mayor vigilancia en la lucha contra la corrupción, y aunque todavía predomina la impunidad, el panorama puede mejorarse si se ejerce una tenaz y responsable presión ciudadana. Pero nos falta todavía un largo camino por andar, antes de los 400 años augurados para el amanecer por el poeta Paredes. Hasta la fecha está mejor organizada la alta delincuencia que la incipiente policía, y en más de un lugar existen caciques con hombres armados para implantar el terror. Los ladrones de ganado y otros delincuentes comunes son ejecutados con la complacencia de la ciudadanía que se considera honrada, con el riesgo de convertirnos en sociedad donde todos seríamos criminales.

Si desde el punto de vista de la creación cultural: danza, poesía, teatro, narrativa, pintura, escultura, caricaturas, es evidente el avance durante este medio siglo, no lo ha sido tanto en los campos económicos y políticos. Con Brasil somos en América el país con mayor desigualdad en la distribución de los ingresos. En lo político, que es manifiesto el irrespeto a normas constitucionales fundamentales, como los principios de democracia participativa e integración nacional proclamados en el artículo 5 de la constitución.

La violación de este precepto es manifiesta, ya que los gobiernos se auto definen como "liberal" o "nacionalista". La actual dirigencia del congreso nacional está integrada casi exclusivamente por diputados liberales. Los magistrados de la Corte suprema de justicia son designados por la dirigencia de los dos partidos políticos tradicionales, limitándose el Congreso Nacional a la elección formal de los mismos. Para el nombramiento de empleados públicos se exige recomendación de dirigentes del partido "en el poder" y muchos de ellos son despedidos, si el triunfo electoral favorece al partido que estaba "en la llanura". De persistir esta práctica aberrante, nunca existirá una carrera administrativa eficiente. La afirmación del oftalmólogo español José Gómez Márquez: "en Honduras las cosas resultan muy fáciles muy fáciles o muy difíciles muy difíciles, no hay término medio". Los proyectos para "despolitizar" el poder judicial y los organismos electorales, siguen siendo simples proyectos.

El exclusivismo y el sectarismo político han sido permanentes en nuestra historia. El grupo que detenta el po-

der, se considera dueño de la administración pública y soberano frente a los demás sectores. El caso más extremo en el último aspecto, es el de las fuerzas armadas durante el período 1963 -1980, en que se proclaman institución tutelar de la sociedad. Pero los partidos políticos tradicionales los han superado al llegar al gobierno en la "barrida" de empleados públicos no pertenecientes a su partido o a su corriente dentro de éste.

Con alguna frecuencia, los diputados se quejan del irrespeto del ejecutivo a sus atribuciones, pero muchos de ellos no apoyan la autonomía municipal ni los intentos de mejorar la educación pública. En forma descarada, gestionan plazas para maestros, invalidando los concursos promovidos para dotar dichas plazas. También entorpecen la eficacia de las funciones administrativas, el clientelismo, la improvisación en la toma de decisiones y la falta de una planificación que tome en cuenta los planteamientos formulados por todos los sectores sociales. El ámbito propicio para este encuentro, debería ser el foro nacional de convergencia. Lamentablemente este organismo carece de respaldo popular porque no se le considera suficientemente representativo y demasiado atado a las directrices que fije el presidente de la República.

La deficiencia del aparato administrativo, se corresponde con el absurdo funcionamiento de los partidos políticos, con la aplicación de una ley restrictiva y con la pasividad y complicidad de gran parte de la ciudadanía. Es contrario a toda sensatez, que los candidatos presidenciales sean los presidentes del partido que los postula, porque se limita la marcha de éste al posible triunfo o derrota del candidato. También es antidemocrático que una misma persona, se postule a la vez para ser presidente y diputado. O que muchos de éstos renuncien al mandato de sus electores y pasen a desempeñar otros cargos.

Necesitamos una ley electoral más amplia, que permita la iniciativa de diversos grupos y no exclusivamente de los partidos legalmente inscritos. No se debe excluir el voto a los ciudadanos residentes fuera de Honduras, ni a los militares siempre que voten fuera de sus cuarteles. Y

por supuesto, debemos asumir una mayor responsabilidad ciudadana. La persistencia del caciquismo es producto de una tendencia generalizada a buscar que alguien resuelva los problemas con la mínima involucración propia.

Aunque con gran frecuencia, muchos nos han enseñado rutas y advertido peligros, han sido pocos escuchados. Víctimas de sordera, ceguera o amnesia histórica, hemos preferido equivocarnos una y otra vez, demostrando inestabilidad emocional, falta de principios y entereza cívica. Nos resulta más fácil echarle la culpa a una persona o grupo. Todos los males provienen de la colonia, de los ingleses, de los curas, de Carías, de Castro, del departamento de estado, de los militares, y ahora que es tan estúpido como el anticomunismo, toda la carga recae sobre los "políticos", sobre los periodistas, etcétera.

Con gran docilidad se aceptan las consignas electorales: El "cambio", la "revolución moral", la "nueva agenda" y el 1 de mayo siguiente a las elecciones de noviembre de cada cuatro años, damos rienda suelta a todas las frustraciones, cuando no obtuvimos lo que no nos podían dar. Fieles al contagio, también puede ocurrir que nos dejemos llevar por la moda y ya no esperemos que un varón o mujer surgidos de los partidos tradicionales, sea el abanderado o abanderada de las redenciones. Sino que pediremos entonces que el milagro lo realice una figura "independiente": una especie de Fujimori o Chavez castracho.

Pero si queremos superar la decadencia colectiva, y ser alertas y responsables veintiuneros, que renunciemos a lo peor de lo decimonónico y del siglo que ya fenese, tenemos que emprender una sostenida campaña de higiene pública, que tienda a eliminar o disminuir nuestros morbos; que nos permitan fortalecer el gremio, el municipio, la nación y las relaciones con otra gente, que cerca o lejos de nuestras fronteras, sufren problemas más o menos parecidos a los nuestros.

Tegucigalpa mayo de 1999



ALBERTO INFAN
Kia ran Gomez
6 años V. J.

MULTIDISCIPLINARIEDAD EN SALUD PÚBLICA*

M.Sc. Astarté Alegría
Docente del Postgrado en Salud Pública

Referirse a la multidisciplinariedad en salud pública, nos hace tomar como punto de partida el origen y desarrollo de la salud pública, sus vínculos con el nacimiento de la clínica y con la constitución del Estado.

No pretendemos desarrollar el conjunto de desconstrucciones y reconstrucciones de las teorías y prácticas que un estudio genealógico exigiría. Pero sí, abrir ciertos signos de preguntas sobre los saberes y prácticas en torno a la salud. La intención se aleja de definir qué es salud, y se orienta a esbozar ideas que otorguen instrumentos básicos para pensar una teoría de lo que hacemos cuando decimos que instituímos prácticas multidisciplinarias en salud pública.

Con respecto al nacimiento del modelo de atención clínica en medicina, la salud pública arrastra su huella al considerar como objeto de intervención a la enfermedad, y es que, en la medicina, tal como lo señala Luz, M. T.¹ debido a la antigüedad de la corporación médica que se edificó sobre el saber médico como teoría y como arte de curar, el establecimiento académico como instancia política de legitimación y de control de las verdades médicas, se instituyó precozmente. Las facultades médicas y la enseñanza de la clínica se establecieron mas temprano que otras disciplinas modernas de esta forma, el modelo racionalista, mecanicista y dualista de la racionalidad científica dominante en la medicina dificultó el reconocimiento de otras verdades o sea, de otras teorías y conceptos contrarios a los de la clínica anatómico-patológica y de la fisiología mecánica.

Por otra parte, el indisociable vínculo de la salud pública con las funciones del Estado, destinó a ésta la misión de prevenir los riesgos de la población productiva y a realizar acciones en salud, momento que conocemos como el Estado benefactor y a la salud pública como progresista, denominada medicina social en respuesta a la legitimación del Estado.

Esta concepción permitió a la salud pública durante un tiempo "encontrar" su camino basada en la lógica de la eficacia social. Sin embargo, como lo señala Rovere, M. **"cuando teníamos en alguna medida las respuestas nos cambiaron las preguntas"** entrando así en la llamada crisis de direccionalidad de lo que debe y puede hacer la salud pública, exigiendo considerar ahora al Estado regulador y a las fuerzas del mercado como propulsores de nuevos derroteros.

La salud pública entonces está doblemente impregnada, por un lado de un campo en que solo se busca comprender al hombre como objeto, como máquina corporal enferma que se interviene con la ciencia positiva, basada en la clínica creada por la terapéutica para el tratamiento individual y por la Administración para su práctica. En tanto por otro, la salud pública ó salud colectiva como práctica social conformada por un conjunto de saberes para transformar la salud de las poblaciones mas allá de los servicios institucionales².

Es justamente en esa dualidad que se requiere de un fundamento y método del conocimiento científico diferente que permita ver a la salud pública como una práctica científica que trascienda de ver su objeto de estudio tradicionalmente aislado de una realidad para comprenderlo parcialmente, y llegar al objeto mismo de investigación sin que este pierda su característica de objeto sujeto³. Es decir, no privilegiar la razón instrumental que sólo nos proporciona lo que debemos hacer a través de la normatización característica de nuestras instituciones de salud, sino también la realidad del sujeto objeto que se haya en la vida misma de los seres humanos.

Esto nos conduce a la acción en salud y a la búsqueda del sujeto de acción. En otras palabras, a una epistemología más amplia que dé lugar a un quehacer distinto en salud pública. Como diría Granda, E. **"la problemática de la racionalidad no le adviene a la salud pública desde fuera sino desde dentro"**.

* Trabajo realizado por el equipo docente del Posgrado en Salud Pública y presentado en el VII Congreso Nacional de ITS/VIH/SIDA/TB y II Congreso Nacional de Salud Pública de Honduras. San Pedro Sula, octubre 2001.

¹ Luz, M. T. Natural, Racional, Social. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1997.

² Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central de Ecuador. OPS/OMS. Quito, Ecuador. 1994-1995.

³ Idem.

Uno de los componentes de la acción en salud pública se refiere a la multidisciplinariedad que no es otra cosa que la manera como se entiende al sujeto-objeto de acción. Esto se traduce en las formas no sólo en que se explica el fenómeno salud-enfermedad, sino en la interacción que se establecerá entre los distintos saberes que mirarán el sujeto-objeto de estudio.

Conviene aclarar que no existe propiamente dicha una teoría de la multidisciplinariedad. Hay numerosas reflexiones que enfatizan su importancia, sin que se alcance el grado suficiente para considerarle una teoría establecida. La multidisciplinariedad es, ante todo, una práctica por ello, no es exigible que sea una teoría pero sí que sea teorizada.

La multidisciplinariedad es posible cuando existe una posición epistemológica semejante ó similar. Si el enfoque epistemológico es el mismo ó semejante lo sepan o no quienes lo sostienen, los distintos saberes son susceptibles de articulación. Por el contrario cuando la posición epistemológica es diferente, aunque se diga que se opera con la misma teoría, los saberes son mutuamente excluyentes.

Destacar el papel de la epistemología como capital para la práctica multidisciplinaria atiende al hecho de que define el modelo empleado, las teorías y sistemas en que nos basamos en la relación entre sujeto y el objeto.

¿Qué hace posible esa semejanza epistemológica en salud pública? alcanzamos a identificar dos elementos: por un lado la totalidad del sujeto-objeto y por otro el reconocimiento del otro. La primera abarca la dimensión epistemológica es decir la manera en que científicamente nos acercamos a conocer explicar comprender e interpretar el sujeto-objeto; en tanto la segunda se refiere a la interacción que se establece entre los miembros del equipo. Obviamente la separación es arbitraria, aunque en las acciones en salud es claramente visible lo que dificulta la práctica multidisciplinaria.

Una posición epistemológica semejante y compartida en salud pública significa una relación entre disciplinas que no parcela la realidad, sin pretender con ello una forma de relación que elimine las fronteras entre los saberes, en la cual todo y todos tienen que ver.

Se trata más bien de un modo de relación, que partiendo de una separación (delimitación) posibilita la articulación. En el campo de los hechos se observa en que el punto de partida es para cada saber su propia disciplina, separación que se desvanece cuando las miradas convergen al sujeto-objeto no siendo estas iguales al

número de disciplinas que participan, sino una sola con diferentes especificidades.

La definición del problema como suele decirse en el campo investigativo, resulta ser compleja y no únicamente el resultado de una infracción a la norma instituida. Encontrándonos entonces que ya no se trata aislada de problemas como el uso ó no del condón, el embarazo precoz, la no utilización de los métodos de planificación familiar ó la alta mortalidad materna. En este modo de relación lo más importante no son los sistemas teóricos involucrados sino, el problema planteado y el discurso que sobre él se elabora.

Intentando recorrer el tránsito en que en salud pública se conducen los procesos: desde la reunión de varias disciplinas (multidisciplinariedad), pasando a abordajes contruidos entre disciplinas (interdisciplinariedad), avanzando a formas en donde la separación se vuelve convergencia plasmada en el entendimiento y construcción de un marco conceptual común a través del cual las disciplinas se acercan al sujeto-objeto de acción (transdisciplinariedad). En otras palabras, se plantea que en la construcción del sujeto-objeto está la base de la transdisciplinariedad y a su vez, este modo de relación lleva a un nuevo entendimiento en la manera como se expresa la salud.

Cabe ahora, destacar las dificultades que entraña el caminar hacia el sendero de la transdisciplinariedad en salud pública. Para lo cual recurrimos al segundo elemento del que hablamos cuando se planteó la interrogante de ¿qué hace la semejanza epistemológica en salud pública? **Nos referimos al reconocimiento del otro.**

El difícil encuentro entre los distintos saberes que intentan una aproximación se teje en las propias vivencias de la tarea desde lo individual. Una transformación interna puede dar lugar a una adecuada interacción para escuchar al otro y establecer en conjunto un nuevo código, logro que hoy resulta distante, no sólo por hablar lenguajes distintos, sino por realizar prácticas desde campos y saberes que operan con metodologías diferentes para el acercamiento a los problemas⁴.

El esfuerzo de integración de la racionalidad biológica y fragmentada a la acción integradora en salud será posible con el reconocimiento mutuo de los trabajadores de salud del hecho de que todos podemos aportar a ello.

Uno reconoce en el otro como en sí mismo, una combinación del universalismo y particularismo. Reconocer mi propio particularismo en mi saber al mismo tiempo

⁴ Touraine, A. Qué es la Democracia. Fondo de Cultura Económica, México 2ª edición, 2000.

que me adhiero a conductas de racionalidad instrumental y reconociendo la misma dualidad y el mismo esfuerzo de integración en todos los demás saberes⁵.

La salud exige para su comprensión no de una concepción autoritaria como modelo científico sino más bien de una representación plural y democrática de la vida social, que contiene integración y diferenciación. Todo rumbo de separación resulta en el fortalecimiento de las relaciones de dominación y exclusión.

Sin embargo, como lo señala Touraine, A. no basta con afirmar la necesidad de combinar la unidad y la diferencia; hay que precisar cómo se opera esta combinación, y cómo puede reconocerse la diferencia en cuanto a saberes de las disciplinas, manteniendo al mismo tiempo la unidad y la racionalidad científica y técnica.

El reconocimiento del otro, es el reconocimiento de sus diferencias en cuanto a sus modos de pensamiento y acción, en sus saberes, pero no es lo fundamental ya que si solo alcanzamos este escalón, a lo sumo alcanzaríamos la tolerancia del otro, sin llegar a pertenecer a un mismo conjunto social que es la lucha por la salud colectiva.

Tampoco, el solo hecho de reconocer nuestra común pertenencia nos prepara para reconocer nuestras diferencias, es definirnos tanto unos como otros como seres razonables capaces de romper la orientación individual y los sesgos disciplinares, combinando saberes lo que dará lugar a que el proceso transdisciplinario pueda desarrollarse.

El reconocimiento del otro va más allá de la mera comunicación entre disciplinas que miran un problema, es el diálogo con que el que se organiza de manera distinta la combinación de los elementos cuya interdependencia define la condición y la acción humanas. Es por ello, que el reconocimiento de otro eleva a la salud pública como campo compartido de prácticas y saberes a una tarea no sólo con aspiraciones científicas, sino también de defensa de la vida misma.

Obviamente el reconocimiento del otro no es sólo una actitud o una disposición, impone formas de organización social que en salud se traducen entre otras, en la práctica laboral cotidiana que tiene como fundamento la formación de recursos humanos.

Es en estas formas de organización social que desde la Academia se gesta uno de los procesos destinados a aproximarse a esta visión de la salud pública y la transdisciplinaria. Nos referimos a la formación de salu-

bristas a cargo del Postgrado de Maestría en Salud Pública.

El Postgrado es concebido con una propuesta teórica metodológica que busca articular la práctica y la teoría a partir, de la identificación de problemas reales en los espacios de trabajo. No se trata de una abstracción característica del positivismo en que el problema surge de que algo no está en orden en nuestro presunto saber y, que como resultado de las intervenciones obtendríamos posibles soluciones; sino más bien en la forma como los sujetos y fuerzas sociales construyen su salud, y no únicamente en fuerzas que la determinan y condicionan. Es decir, parte de que todas las expresiones de la vida se reflejan en la salud pública y a su vez, la salud pública se refleja en ellas.

La salud pública es un proyecto que busca la unidad de la ciencia. Una ciencia general, totalizadora, ó si se prefiere, un proyecto científico que busca convergencia posibilitando la intersección de disciplinas como expresión de la diversidad.

¿Cuáles son los puntos de convergencia entre las diferentes disciplinas en salud pública? para el postgrado esa convergencia sucede en primer lugar, a partir del entendimiento que sobre salud se tenga, lo que se expresa en el manejo teórico de categorías y conceptos provenientes de las diferentes disciplinas.

Así, desde los cuatro ejes perspectivas que forman el plan de estudios (investigación, ciencias sociales, gestión y epidemiología) se busca converger las disciplinas que conducen a un análisis teórico de la situación planteada. Las diferentes miradas son las diferentes disciplinas expresadas a través de los participantes en el proceso, sean estos educandos o facilitadores.

Este abordaje pretende dar lugar a una práctica teórica, es decir reflexiva y crítica por la iluminación del conocimiento, distinguiéndose del uso de la razón instrumental en que no se limita a explicar e intervenir el proceso salud-enfermedad sino que reconoce que las "verdades" no emanan únicamente del conocimiento científico sino que se hayan también en lo que las poblaciones hacen, piensan y sienten para mantener su vida.

Esta concepción resulta insuficiente sin el cómo es decir, sin una vía metodológica que dirija el proceso. Plano en el que cobran vigencia las instituciones, sus normas y los sujetos que las dirigen a través de la forma en que conciben a la salud.

⁵ Touraine, A. Qué es la Democracia. Fondo de Cultura Económica, México 2ª edición, 2000.

La constante aproximación a la transdisciplinariedad en la formación de salubristas, no es menos que una labor titánica si tomamos en cuenta la rigidez de nuestras instituciones sociales y la legitimación de modelos insuficientes a la que todos contribuimos.

Es por ello que en la misión encomendada se destacan dos componentes: el futuro salubrista inmerso en un proceso de transformación a través del aprendizaje trabajo y el entorno mismo al que este pertenece en el que se involucra su equipo de trabajo, visión, misión, planes y programas, que lejos de ser ajenos a proceso de aprendizaje y transformación forman parte integral del mismo a través de constituirse en la fuente misma que da lugar a la tan aspirada confluencia entre teoría y práctica.

Es el quehacer mismo del salubrista el escenario donde se valida el conocimiento, donde se concibe y desarrolla la investigación, donde se gesta conocimiento, se identifican nuevas formas de entender la salud de la población.

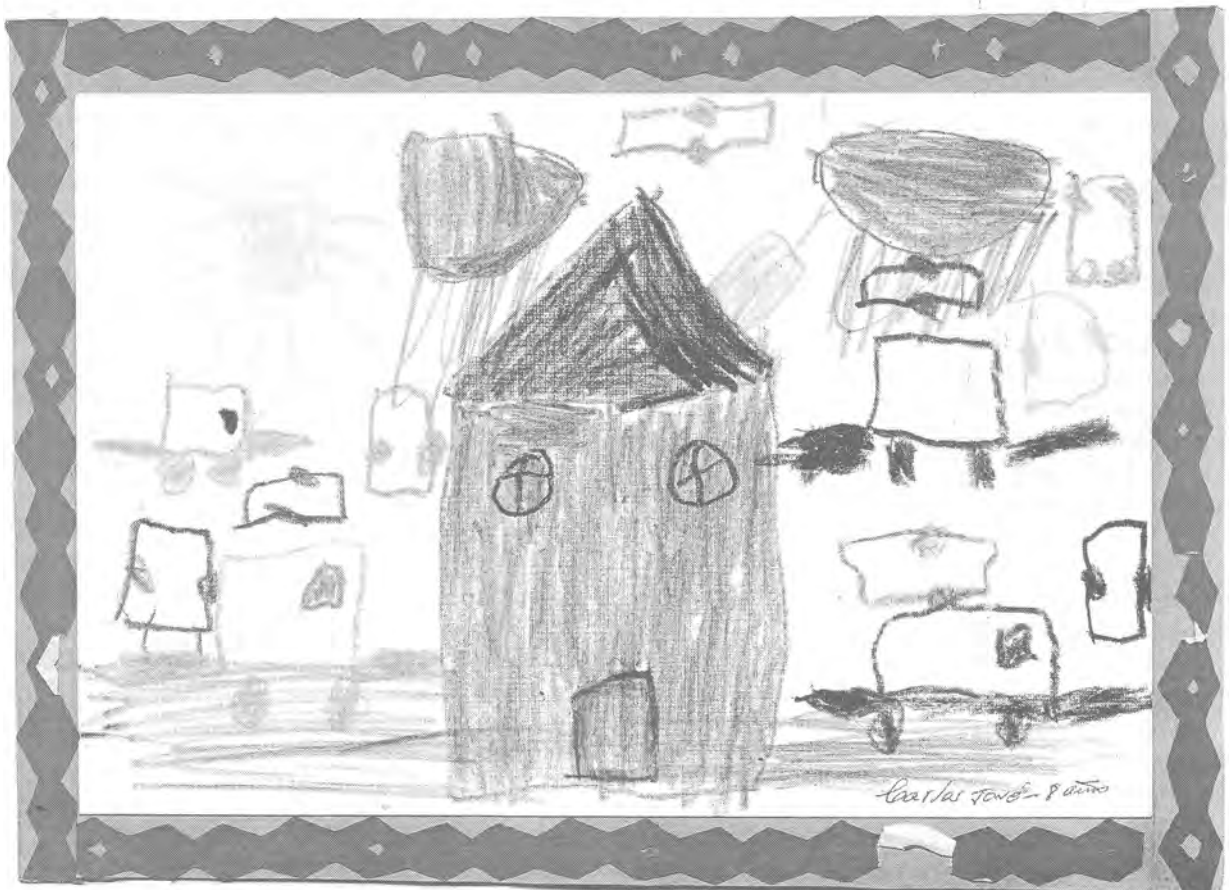
Para finalizar nos apegamos al pensamiento de Marta La-

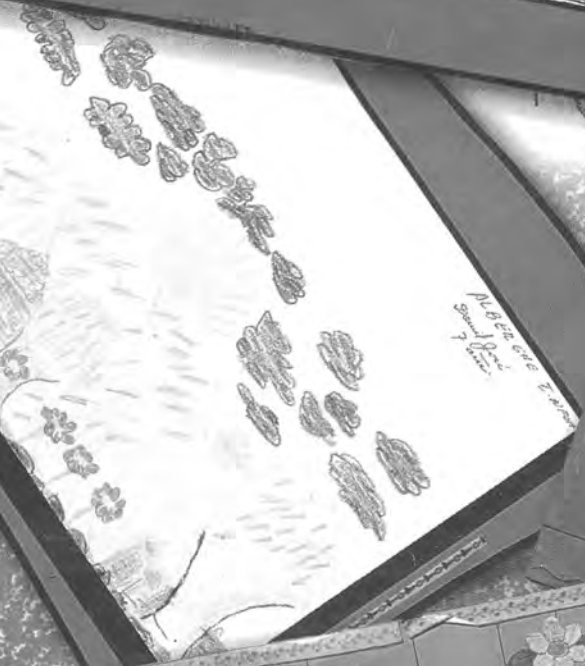
mas cuando señala que " El signo del futuro parece ser la multiplicación de las diferencias y el surgimiento de nuevos antagonismos ".

Entendemos su planteamiento no como la aspiración a un estado ideal que eliminará las diferencias sino, a la edificación de nuevas formas de abordar lo político que subyace en las diferencias.

Lo político usualmente identificado con el poder y con el antagonismo en las relaciones sociales, no pretende desde la visión del Posgrado en Salud Pública ser ocultado sino, trascender como categoría capaz de establecer un orden, una organización que reconozca en el campo de la salud colectiva las relaciones de poder que atraviesan las distintas formas de entender y hacer salud.

La identidad de la salud pública continúa en construcción, la transdisciplinariedad es uno de los elementos que la constituyen, y tiene el poder de impregnarle la multiplicidad de interacciones como proceso que permite aspiraciones conjuntas a partir de reconocer y compartir una condición común: el derecho a la salud.





**Próximo número
segundo trimestre
del 2004**