UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

ESP Escuela de Salud Pública

PERSPECTIVAS ACTUALES en Promoción de la Salud

613.097.286
O77p Ortiz Barboza, Adolfo.
Perspectivas actuales en promoción de la salud / Adolfo Ortiz Barboza [y otros treinta y nueve]. – Primera edición digital. – San José, Costa Rica : Universidad de Costa Rica, Escuela de Salud Pública, 2022.
1 recurso en línea (485 páginas) : ilustraciones a color, diagramas a color, fotografías a color, gráficos a color, archivo de texto, PDF, 5.5 MB.

ISBN 978-9930-9717-4-1

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD – COSTA RICA.
2. SALUD PÚBLICA – COSTA RICA. I. Título.

CIP/3912
CC.SIBDI.UCR

Las opciones de resaltado del texto, anotaciones o comentarios dependerán de la aplicación y dispositivo en que se realice la lectura de este libro digital.

Comité editor, 2020
Revisión de contenido: Licda. Aurora Sánchez Monge, docente Jubilada; Dra. Eulile Vargas Villalobos, docente Jubilada; Dr. William Brenes Gómez, docente Jubilado y Dr. William Vargas González, profesor Emérito.
Revisión de contenido, revisión general, compilación: MSc. Carlos Fuentes Leandro.
Coordinación general, revisión de contenido: Dra. Ileana Vargas Umaña, directora de la Escuela de Salud Pública 2019-2020.

Gestión final de la Publicación, 2021-2022
Coordinación logística de edición final y diagramación: Licda. Ivannia Fallas Valencia.
Revisión de contenido, revisión general, compilación y edición final: MSc. Carlos Fuentes Leandro.
Coordinación de edición final: Msc. Gabriela Murillo Sancho, directora de la Escuela de Salud Pública.

ESP Escuela de **Salud Pública**

Universidad de Costa Rica
Escuela de Salud Pública
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

Primera edición digital (PDF): 2022.

Diagramación inicial: Edgar Sandí Martínez.
Diseño de portada, ajustes en diagramación, control de calidad y revisión técnica: Boris Valverde González.
Fotografías: Aportadas por las personas autoras.
Imagen de portada y de entrada de capítulos: Shutterstock, 35991061, Water bubble, fztommy.

© Escuela de Salud Pública. Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción de la obra o parte de ella, bajo cualquier forma o medio, así como el almacenamiento en bases de datos, sistemas de recuperación y repositorios, sin la autorización escrita del editor.

Edición digital de la Escuela de Salud Pública. Fecha de creación: diciembre, 2022.
Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

PERSPECTIVAS ACTUALES
en Promoción de la Salud

TABLA DE CONTENIDOS

Agradecimientos • • • 6

Presentación • • • 8

I. REFERENTES POLÍTICOS Y LEGALES

Institucionalidad político-legal en torno a la promoción de la salud en Costa Rica • • • 14
Sara Barrios Rodríguez
Allan Abarca Rodríguez

El potencial de la promoción de la salud desde la perspectiva de la Rectoría del Ministerio de Salud • • • 38
Licda. Karina León Campos
Dr. Adolfo Ortiz Barboza

Promoción de la salud, el proceso en el Ministerio de Salud Costa Rica • • • 52
M.SC. Fernando Herrera Canales

Avances y retrocesos en la institucionalización de la Promoción de la Salud en el Ministerio de Salud de Costa Rica: 2014-2019 • • • 84
MSC. Juan Pablo Sáenz Bonilla
Licda. Karol Rojas Araya

II. ESTRATEGIAS Y ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Ciencia Ciudadana para el cuido de las aguas superficiales • • • 104
Juan Carazo Salas, Yanina Mejía Discua, Javier Vásquez Morera,
Christian Birkel Dostal, Milena Castro Mora, Daniel González Morales

Navegación de pacientes con cáncer de mama, una disrupción en el tercer nivel de atención • • • 126
Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal
MSO. Marianela Salazar Ugalde
Licda. Wendy López Vargas

Capacidades de implementación de los gobiernos locales en Costa Rica de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS • • • 150
Ivannia Fallas Valencia
Karol Rojas Araya

Promoción de la salud en Enfermedades Crónicas no Transmisibles • • • 166
Mag. María Elena López Bermúdez
Dr. Adolfo Ortiz Barboza

La Gestión de los Residuos Sólidos en Costa Rica: Posibles aportes desde la Promoción de la Salud • • • 178
Yessenia Montero Chaves
Ivannia Fallas Valencia

III. LA FORMACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

La educación para la salud: una experiencia innovadora en el desarrollo de proyectos en la Carrera de Promoción de la Salud • • • 200
Gabriela Murillo Sancho
María Nielssen Rojas Muñoz

El modelo de Centros Escuela para la formación profesional en Promoción de la Salud • • • 222
María Nielssen Rojas Muñoz, Karol Rojas Araya,
Luisa Villanueva Salazar

La gerencia en la promoción de la salud • • • 240
Luisa Elena Villanueva Salazar

La Desconstrucción del Discurso una alternativa de análisis en la Promoción de la Salud • • • 262
Aurora Sánchez Monge

IV. EXPERIENCIAS NACIONALES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Seguridad vial y su vinculación con la promoción de la salud • • • 282
Rebeca Alvarado-Prado, Priscilla Campos-Aguilar, Viviana Rivera-Solano

Políticas públicas saludables: El caso del control de tabaco en Costa Rica • • • 302
Tatiana Gamboa Gamboa
Jeancarlo Córdoba Navarrete

Promoción de la Salud Integral en la comunidad de mineros de la Sierra de Abangares • • • 312
Mónica Aguilar Bonilla, Sylvia Vargas Oreamuno, Veronique Morel Gonay, Eyleen Alfaro Porras

Promoción de la Salud en las Universidades Públicas Costarricenses: Una experiencia de trabajo interdisciplinario, participativo e interinstitucional en red • • • 336
Mayela Avendaño Salas
Eulile Ma Vargas Villalobos

Representaciones sobre el concepto de salud del personal docente: una aproximación desde la Carrera de Promoción de la Salud, Universidad de Costa Rica • • • 360
María Nielssen Rojas-Muñoz, Gómez-Duarte Ingrid, Fallas-Valencia Ivannia

V. TEMÁTICAS DE INTERÉS PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Salud mental, retos para su comprensión y promoción • • • 380
Laura Brenes Vásquez
Milvia Rodríguez Sánchez
Priscilla Campos-Aguilar

Siniestros de tránsito como problema de salud pública: retos para la investigación en Costa Rica • • • 392
Rebeca Alvarado-Prado, Viviana Rivera-Solano, Priscilla Campos-Aguilar

Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para la prevención y control de las arbovirosis: Dengue, Chikungunya y Zika, Costa Rica retos para la investigación en Costa Rica • • • 410
Rebeca Alvarado-Prado
Melissa Ramírez Rojas

Salud laboral en conductores de autobús • • • 434
Rebeca Alvarado-Prado, Laura Brenes Vásquez, Marianela Salazar Ugalde

Relación de la salud humana con el exposoma, el epigenoma, el genoma y su impacto en las acciones de prevención, promoción de la salud y políticas de Salud Pública • • • 452
Pilar Ramírez Fonseca
Irene Baudrit Ramírez
Ingrid Gómez Duarte

Planificación de Promoción de la Salud basado en evidencia científica • • • 472
Jeancarlo Córdoba Navarrete
Tatiana Gamboa Gamboa

AGRADECIMIENTOS

El presente libro es resultado del esfuerzo de un equipo interdisciplinario comprometido con la promoción de la salud y la salud pública, que considera la necesidad de generar conocimiento complejo y multidimensional, orientado a la búsqueda de la equidad y la diminución de la desigualdad, en función del abordaje de la determinación social de la salud en cada contexto.

De esta manera, se rescata el trabajo de todas las personas profesionales y expertas que han sido invitadas a contribuir en el desarrollo de esta publicación, experiencia verdaderamente enriquecedora. En el libro "Perspectivas Actuales de la Promoción de la Salud" se pone de manifiesto el gran profesionalismo y la inagotable energía de muchas de ellas.

Por su dedicación, esfuerzo y valiosos aportes, expresamos nuestro especial agradecimiento a: todas las personas revisoras, quienes tomaron las riendas del proceso de organización y selección de textos, de manera inicial; a todas las personas administrativas de la Escuela que colaboraron de una u otra manera en el logro de esta producción, al equipo de trabajo que entre algunos meses de 2021 y 2022, logró concluir satisfactoriamente con el proceso de organización de

capítulos, control de calidad en la diagramación y otros aspectos que llegan al lanzamiento del libro en el mes de diciembre, lo que incluye la colaboración del SIEDIN, y principalmente a cada una de las personas autoras, quienes brindaron sus valiosos aportes mediante los escritos que sometieron al proceso de valoración, a saber:

Adolfo Ortiz Barboza
Allan Abarca Rodríguez
Aurora Sánchez Monge
Christian Birkel Dostal
Daniel González Morales
Eulile Ma Vargas Villalobos
Eyleen Alfaro Porras
Fernando Herrera Canales
Gabriela Murillo Sancho
Ingrid Gómez Duarte
Irene Baudrit Ramírez
Ivannia Fallas Valencia
Javier Vásquez Morera
Jeancarlo Córdoba Navarrete
Juan Carazo Salas
Juan Pablo Sáenz Bonilla
Karina León Campos
Karol Rojas Araya
Laura Brenes Vázquez
Luisa Elena Villanueva Salazar
María Elena López Bermúdez
María Nielssen Rojas Muñoz
María del Rocío Sáenz Madrigal
Marianela Salazar Ugalde
Mayela Avendaño Salas
Melissa Ramírez Rojas
Milena Castro Mora
Milvia Rodríguez Sánchez
Mónica Aguilar Bonilla
Pilar Ramírez Fonseca
Priscilla Campos-Aguilar
Rebeca Alvarado-Prado
Sara Barrios Rodríguez,
Sylvia Vargas Oreamuno
Tatiana Gamboa Gamboa
Veronique Morel Gonay
Viviana Rivera-Solano
Wendy López Vargas
Yanina Mejías
Yessenia Montero Chaves

PRESENTACIÓN

El libro "*Perspectivas Actuales en Promoción de la Salud*", en la conmemoración del XXVII aniversario de la Escuela de Salud Pública, compila el resultado de una serie de experiencias vinculadas con el ejercicio y reflexión de la promoción de la salud, de este modo a fin de contribuir a la gestión de conocimiento, integra escritos de carácter investigativo y de acción social, elaborados por personas profesionales de la academia, así como propuestas de personas profesionales que forman parte del sistema de salud costarricense.

Constituye, la tercera publicación de esta índole, como aporte a la difusión del quehacer de la Escuela de Salud Pública. Le anteceden los siguientes textos: "*La Salud Pública en Costa Rica. Estado actual, retos y perspectivas en Costa Rica*", en el 2010- en conmemoración del XV aniversario y, "*La salud de la población en Costa Rica. Relevancia de la primera década del siglo XXI*", en el 2015 para el XX aniversario.

La obra cuenta con la participación de 40 personas autoras, y organiza sus 24 artículos, en cinco capítulos. En el primer capítulo denominado "*Referentes políticos y legales*", integra cuatro artículos, donde inicialmente se destaca la institucionalidad

político- legal de la promoción de la salud en Costa Rica, para culminar con tres textos relativos al lugar de esta en el Ministerio de Salud, uno desde su potencial, otro ejercicio de rectoría del Ministerio de Salud y se culmina con un análisis de los sus avances y retrocesos.

En el segundo capítulo: "*Estrategias y acciones en Promoción de la Salud*". Cinco textos en los que destacan tópicos relacionados a los mecanismos para fomentar la participación ciudadana para el cuido de aguas superficiales; el abordaje del cáncer de mama, desde el modelo de Navegación de Pacientes; capacidades de implementación de los gobiernos locales de la estrategia de Municipios Saludables; promoción de la salud en enfermedades crónicas no transmisibles, así como contribuciones de la Promoción de la Salud a la gestión integrada de los residuos sólidos.

Posteriormente, el capítulo nombrado "*La formación en promoción de la salud*", remite a experiencias en el desarrollo de proyectos formativos de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Promoción de la Salud como la educación para la salud; el Modelo de Centros Escuela; la gerencia en la promoción de la salud, y la desconstrucción del discurso como una alternativa de análisis.

En el cuarto capítulo, "*Experiencias nacionales en promoción de la salud*", las personas lectoras podrán disponer de cinco artículos que narran aspectos destacados en temas de seguridad vial, políticas públicas saludables para el control de tabaco, salud integral en una comunidad de mineros y promoción de la Salud; se culmina con dos textos dentro del marco universitario, uno de ellos aborda trabajo interdisciplinario, participativo e interinstitucional en red de la Promoción de la Salud en las Universidades Públicas Costarricenses, y el otro las representaciones sobre el concepto de salud del personal docente de la carrera de Promoción de la Salud.

El último capítulo, "*Temáticas de interés para promoción de la salud*", contiene seis textos que aportan aspectos esenciales en temáticas relacionadas con la salud mental y los retos para su comprensión y promoción; siniestros de tránsito como problema de salud pública; prevención y control de arbovirosis; salud laboral en conductores de autobús; relación de la salud humana con el exposoma, el epigenoma;

el genoma y su impacto en las acciones de prevención, promoción de la salud, y también políticas de Salud Pública; además de uno relativo a la evaluación en Promoción de la Salud.

Se considera valioso rescatar el aporte interdisciplinar que orienta y caracteriza a la Promoción de la Salud, así demostrado en esta producción, permitiendo una amplia lectura de diferentes contextos en los que se desarrolla la salud de las personas y comunidades, contribuyendo así a la generación de conocimiento que aporte al abordaje de las intereses y necesidades que emergen de manera incesante en los distintos sectores de la sociedad, grupos poblacionales, y otros escenarios contextuales.

De esta forma, a 15 años de creación de la carrera de Promoción de la Salud y a 27 años de creación de la Escuela de Salud Pública, "*Perspectivas Actuales en Promoción de la Salud*" le recuerda a la persona lectora el papel protagónico que desarrolla la Promoción de la Salud en la búsqueda de una sociedad más equitativa, que comprenda la complejidad de la salud, y que aborde las distintas configuraciones que trastocan las dinámicas de las poblaciones, las cuales impactan directamente en la forma en la que las personas se viven en sus contextos.

Máster Gabriela Murillo Sancho
Directora
Escuela de Salud Pública

ESP Escuela de **Salud Pública**

I

REFERENTES
Políticos y Legales

INSTITUCIONALIDAD POLÍTICO-LEGAL EN TORNO A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COSTA RICA

SARA BARRIOS RODRÍGUEZ[1]

ALLAN ABARCA RODRÍGUEZ[2]

Resumen

Este artículo desarrolla las relaciones orgánicas del Estado costarricense, en particular las relaciones de jerarquía y dirección, centrándose en la potestad de dirección política que tiene el Ministerio de Salud en materia de promoción de la salud, sus competencias y los esfuerzos realizados en el tiempo para articular los diversos actores, tanto públicos como privados, para garantizar el derecho a la salud.

Abstract

This article develops the organic relations of the Costa Rican State, in particular the hierarchy and coordination relations, focusing on the power of political direction that the Ministry of Health has in terms of health promotion, its competences and the efforts made in time to articulate the various actors, both public and private, to guarantee the right to health.

1. INTRODUCCIÓN

Desde el año 1979 al año 2019 se han emitido varios decretos que en estricto sentido se refieren al sector salud, también uno sobre el sistema nacional de salud, y otros decretos que al afectar el reglamento orgánico del Poder Ejecutivo han constituido nomenclaturas del sector salud más amplios, por ejemplo, "sector salud, nutrición y deporte" y "sector salud y seguridad social" (véase diagrama 1).

La constatación de quiénes conforman el sector salud es importante por dos consideraciones básicas: en primer lugar, da cuenta de cómo ha evolucionado la concepción de las autoridades políticas y técnicas sobre a cuáles instituciones les compete responsabilidad sobre la salud -incluida la promoción de la salud-; en segundo lugar, percatarse del nivel de responsabilidad otorgado al coordinador del sector.

1 Magíster en Derecho Público, Licenciada en Ciencias Políticas y Licenciada en Derecho. Se ha desempeñado como docente en la Escuela de Historia y la Escuela de Ciencias Políticas.
Dirección electrónica
sara.barrios@ucr.ac.cr

2 Magíster en Políticas Públicas y Magíster en Salud Pública, Licenciado en Ciencias Políticas y Licenciado en Ciencias de la Educación. Es catedrático de la Universidad de Costa Rica.
Dirección electrónica allan.abarca@ucr.ac.cr

DIAGRAMA 1
Ruta normativa en la definición de instituciones pertenecientes al sector salud y similares, Costa Rica, 1979-2019

Fuente: Construcción propia basada en revisión de normativa en la Procuraduría General de la República.

Más adelante se aborda la compleja integración del sector salud en Costa Rica, realizando un repaso de su evolución; antes bien, se le enmarca en las relaciones orgánicas del sistema de salud en Costa Rica, con la responsabilidad de rectoría y el deber de coordinación que tiene el Ministerio de Salud. Se inicia explicando la estructura del Estado costarricense, el cual opera por medio del principio de legalidad, que delimita el accionar de los funcionarios públicos; también se explica cómo ejerce la potestad de dirección gubernativa el Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud, a través de las relaciones interorgánicas que existen en la Administración, a saber, la de jerarquía y la de dirección.

2. MARCO POLÍTICO-LEGAL GENERAL

El Estado costarricense es un Estado Social, Democrático y de Derecho, ampliamente reflejado en la Constitución Política;[3] es importante señalar en cuanto al contenido del concepto Estado de Derecho que este es polisémico, no es ni simple, ni inequívoco, y ha cambiado su significado en el transcurso de la historia.

Uno de sus principios, es el de legalidad, el cual constituye uno de los dogmas más tradicionales y arraigados en los sistemas políticos de tradición liberal-democrático: establece que los funcionarios son simples depositarios de la autoridad y que están obligados a cumplir con los deberes que la ley les impone, que no pueden arrogarse competencias que esta no les dé.[4]

El principio de legalidad implica la plena juridicidad de la acción administrativa, es decir, que todas las actuaciones de la Administración Pública deben estar inspiradas en criterios de Derecho, teniendo en cuenta permanentemente las normas integrantes del ordenamiento jurídico. No se trata de que la función administrativa consista exclusivamente en la realización del derecho, sino que el derecho ha de ser un factor omnipresente en todo proceso de la toma de decisiones que tenga lugar en el seno de la Administración (Santamaría, 1987, pp. 141-142).

3 Véase: Constitución de la República de Costa Rica de 1949, artículos 1, 2, 9, 11, 49, 50 y 74.

4 El artículo 11 de la Constitución Política indica: Los funcionarios públicos son simples depositarios de la autoridad. Están obligados a cumplir los deberes que la ley les impone y no pueden arrogarse facultades no concedidas en ella. Deben prestar juramento de observar y cumplir esta Constitución y las leyes. La acción para exigirles la responsabilidad penal por sus actos es pública. La Administración Pública en sentido amplio, estará sometida a un procedimiento de evaluación de resultados y rendición de cuentas, con la consecuente responsabilidad personal para los funcionarios en el cumplimiento de sus deberes. La ley señalará los medios para que este control de resultados y rendición de cuentas opere como un sistema que cubra todas las instituciones públicas.
De igual forma el artículo 11 de la Ley General de la Administración Pública establece: 1. La Administración Pública actuará sometida al ordenamiento jurídico y sólo podrá realizar aquellos actos o prestar aquellos servicios públicos que autorice dicho ordenamiento, según la escala jerárquica de sus fuentes. 2. Se considerará autorizado el acto regulado expresamente por norma escrita, al menos en cuanto a motivo o contenido, aunque sea en forma imprecisa.

5 Véase: Constitución Política de la República de Costa Rica 1949, artículo 139 inciso 4 y artículo 140 inciso 8.

Por otra parte, el Estado costarricense, al igual que la mayoría de las democracias de occidente, tiene un sistema de división de poderes o funciones, siendo que al Poder Ejecutivo se le ha asignado la administración y la gestión de lo "público", en particular el texto constitucional señala que le corresponde a quien ejerce la Presidencia. También, junto al Ministro de ramo debe "vigilar el buen funcionamiento de los servicios y dependencias administrativas";[5] esta competencia constitucional se concreta por medio de la denominada potestad de dirección gubernativa.[6]

Al respecto, la Ley General de la Administración Pública, establece que le corresponde en forma exclusiva al Presidente de la República dirigir y coordinar las tareas de Gobierno de la Administración Pública,[7] tanto centralizada como descentralizada, asignándole también a los Ministros, junto con el Presidente, el dirigir y coordinar la Administración.[8]

Esta potestad de dirección gubernativa se ejerce tanto para la Administración Central (Poder Ejecutivo) como para la Administración Descentralizada (Instituciones Autónomas y Municipalidades); es decir, que el Presidente de la República debe velar por el buen funcionamiento de los servicios que presta la Administración tanto centralizada como descentralizada, siendo que este control, ocurre dentro de dos tipos de relaciones interorgánicas: relaciones de jerarquía[9] y relaciones de dirección.[10]

II.1 Los dos tipos de relaciones interorgánicas

En las relaciones de jerarquía el Poder Ejecutivo tiene la potestad de girar órdenes, instrucciones y circulares sobre el modo del ejercicio de las funciones por parte del inferior, tanto en aspectos de oportunidad, legalidad y conveniencia; por ejemplo, el Presidente de la República puede ordenarle al Ministro de Salud "que haga lo necesario" para incrementar las acciones de educación sanitaria en determinadas comunidades del país que tienen un repunte de casos por dengue o chikungunya.

6 Entendiendo potestad como lo establece la Ley General de la Administración Pública como un poder-deber. Al respecto dicha ley señala: Artículo 66: 1. Las potestades de imperio y su ejercicio, y los deberes públicos y su cumplimiento, serán irrenunciables, intransmisibles e imprescriptibles. 2. Sólo por ley podrán establecerse compromisos de no ejercer una potestad de imperio. Dicho compromiso sólo podrá darse dentro de un acto o contrato bilateral y oneroso. 3. El ejercicio de las potestades en casos concretos podrá estar expresamente sujeto a caducidad, en virtud de otras leyes.

7 Se parte en este artículo del concepto de Administración Pública contenido en el artículo 1 inciso 3 del Código Procesal Contencioso Administrativo, Ley 8508, el cual la define como: 1) (…), 2) (…), 3) Para los fines de la presente Ley, se entenderá por Administración Pública: a) La Administración central. b) Los Poderes Legislativo, Judicial y el Tribunal Supremo de Elecciones, cuando realicen funciones administrativas. c) La Administración descentralizada, institucional y territorial, y las demás entidades de Derecho público.
No se utiliza la definición contenida en el artículo primero de la Ley General de la Administración Pública, toda vez que este sufre de lo que se podría denominar una mala técnica legislativa, en el tanto incluye al Estado dentro del concepto de Administración, siendo que el Estado subsume a la Administración y no al contrario.

8 Véase la Ley General de la Administración Pública, artículo 27, inciso 1: Corresponderá a los Ministros conjuntamente con el Presidente de la República las atribuciones que les señala la Constitución y las leyes, y dirigir y coordinar la Administración, tanto central como, en su caso, descentralizada, del respectivo ramo.

9 Dice el artículo 101. Habrá relación jerárquica entre superior e inferior cuando ambos desempeñen funciones de la misma naturaleza y la competencia del primero abarque la del segundo por razón del territorio y de la materia.

Para cumplir con esta potestad de dirección, el superior ejerce la potestad disciplinaria, para ajustar la conducta del inferior a la ley, pudiendo revocarla, anularla o reformarla de oficio o a petición de parte; también el superior puede delegar sus funciones en el inferior y avocarlas, así como sustituir al inferior en casos de inercia culpable y resolver los conflictos de cualquier índole entre los órganos inferiores.

Por otra parte, en las relaciones de dirección no existe jerarquía, por lo tanto el superior no puede girar órdenes particulares, ni instrucciones, ni circulares, solo directrices, siendo que los entes descentralizados tienen discrecionalidad para aplicar las directrices de acuerdo con los objetivos y metas de la institución.[11] Por ejemplo, el Ministerio de Salud como ente rector del Sistema Nacional de Salud, puede girar directrices que promuevan el bienestar en materia de salud ocupacional, mejorando las condiciones y medio ambiente de trabajo, de manera que se garantice la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores; también puede girar directrices para prohibir la exhibición de productos de tabaco en los puntos de venta y así promover la salud en la población en general; o puede girar una directriz que instruya a las entidades de la Administración Pública para que brinden atención integral en salud por enfermedades de transmisión sexual a la población tanto nacional como extranjera, que esté en condición de pobreza extrema o indigencia. Nótese como, por medio de las directrices, el Ministerio de Salud adecúa la conducta administrativa para el logro del objetivo del Ministerio, a saber, la promoción de la salud en distintos ámbitos.

Ahora bien, esta discrecionalidad del funcionario se rige por las reglas de oportunidad o de buena administración, las cuales tienen por finalidad la obtención del fin o interés público.

La discrecionalidad no es un ejercicio arbitrario o antojadizo del poder, por el contrario, busca la máxima obtención del fin público, pero aunado a eso se encuentra limitado por las reglas unívocas de la ciencia, de la técnica o a principios elementales de justicia, lógica o conveniencia, existiendo el control de legalidad sobre estos elementos extrajurídicos. Por ejemplo, si el Ministerio de Salud requiere contratar un promotor de la salud para desempeñarse

10 Dice el artículo 99. 1. Habrá relación de dirección cuando dos órganos de administración activa tengan diversa competencia por razón de la materia y uno de ellos pueda ordenar la actividad, pero no los actos, del otro, imponiéndole las metas de la misma y los tipos de medios que habrá de emplear para realizarlas, dentro de una relación de confianza incompatible con órdenes, instrucciones o circulares. 2. La jerarquía implicará la potestad de dirección, pero no a la inversa.

11 Sobre el tema de la discrecionalidad existe una extensa bibliografía; no obstante, para los objetivos de este artículo se le define como "la libertad del funcionario otorgada por el ordenamiento de escoger entre varias interpretaciones posibles de la norma y entre varias conductas posibles dentro de una circunstancia" (Ortiz, E., 2022, p. 53).
Por directriz debe entenderse el «conjunto de instrumentos o normas generales para la ejecución de alguna cosa», o sea de pautas u orientaciones que sirven de marco conceptual para la toma de decisiones. Esto según la sentencia 16-6-84 de la Corte Plena actuando como Tribunal Constitucional, citado en la Opinión Jurídica OJ-043-1999, de la Procuraduría General de la República.

12 La Ley General de la Administración Pública, establece en el artículo 98.1. El Poder Ejecutivo, dentro del ramo correspondiente, podrá remover y sustituir, sin responsabilidad para el Estado, al inferior no jerárquico, individual o colegiado, del Estado o de cualquier otro ente descentralizado, que desobedezca reiteradamente las directrices que aquel le haya impartido sin dar explicación satisfactoria al respecto, pese a las intimaciones recibidas. Cuando se trate de directores de instituciones autónomas la remoción deberá hacerla el Consejo de Gobierno (…).

en un área de salud, en principio la selección del funcionario debe basarse en un principio de idoneidad, y para ello el ordenamiento jurídico ha establecido una serie de controles para la selección de personal, en el caso particular la confección de un cartel para un concurso de antecedentes, siendo que el respectivo órgano decisor debe escoger entre los integrantes de la terna.

Dado que el Poder Ejecutivo se comunica con la Administración Pública descentralizada por medio de directrices para cumplir la potestad de dirección, el ordenamiento jurídico ha dispuesto como mecanismo de control que este puede remover o sustituir sin responsabilidad para el Estado al inferior no jerárquico, en el tanto este desobedezca reiteradamente las directrices sin dar una explicación satisfactoria,[12] dicho incumplimiento debe ser reiterado y grave.[13] Por ejemplo, el Poder Ejecutivo puede remover al Presidente de la Junta Directiva de la CCSS ante la negativa de acatar una directriz bajo las condiciones indicadas.

Para el cumplimiento de la potestad gubernativa o de Rectoría,[14] el Poder Ejecutivo posee la competencia de emitir sus propios reglamentos, los cuales son vinculantes para toda la Administración Pública y los sujetos de derecho privado, en cuanto a la prestación de servicios públicos.

II.2 El Ministerio de Salud: rectoría y deber de coordinación.

Es importante recordar la naturaleza vicarial de la Administración, es decir, que ésta presta bienes y servicios que los administrados por sí solos no podrían alcanzar; esto reafirma la cláusula social que tiene el Estado costarricense, siendo una de sus competencias fundamentales preservar el derecho a la vida (artículo 21 constitucional), que como lo ha establecido la Sala Constitucional en una profusa jurisprudencia, se materializa en el derecho a la salud,[15] en el tanto es imposible el primero sin el segundo.

13 La Ley General de la Administración Pública, establece en el artículo 100.1. Cuando un órgano tenga potestad de dirección sobre otro podrá impartirle directrices, vigilar su cumplimiento y sancionar con la remoción al titular que falte a las mismas en forma reiterada y grave, sin justificar la inobservancia. 2. El órgano director no tendrá como tal potestad jerárquica sobre el dirigido, y éste tendrá en todo caso discrecionalidad para aplicar las directrices de acuerdo con las circunstancias. 3. El órgano director tendrá también potestad para coordinar al dirigido con otros, siempre dentro de los límites antes indicados.
Cabe señalar que un límite a la potestad de dirección del Poder Ejecutivo frente a la Administración descentralizada es el grado de autonomía que el ente tenga (administrativa, política o de gobierno, administrativa).

14 La función de dirección política engloba, desde el punto de vista del Poder Ejecutivo, las potestades de planificación, dirección y coordinación políticas y administrativas. Los actos de dirección política los ejercita el Poder Ejecutivo no solo respecto de la Administración centralizada sino también descentralizada, la potestad de planificación está prevista en el artículo 50 de la Constitución. La otra gran manifestación de la dirección política se expresa jurídicamente en la posibilidad de dictar directrices tanto a la Administración centralizada como a la descentralizada según se desprende de la relación de los artículos 26, 27 y 99 de la Ley General de la Administración Pública. Asimismo, el Poder Ejecutivo tiene la facultad de coordinar la acción de las distintas oficinas públicas. También el corresponde vigilar por el buen funcionamiento de los servicios y dependencias administrativas. Ello le permite remover y sustituir al titular no jerárquico, individual o colectivo con el fin de reestablecer la normalidad del servicio (artículo 140 inciso 8 de la Constitución Política). Comentario de Rubén Hernández Valle, al artículo 140 inciso de la Constitución Política de Costa Rica de 1949, versión de la Editorial Juricentro del 2008, p. 396.

15 En cuanto a este tema la Sala Constitucional ha establecido una copiosa jurisprudencia; al respecto véase las sentencias: 1833-91, 1297-92, 2233-93, 3705-93, 6803-93, 131-94, 1394-94, 3336-94, 5135-94, 5527-94.

> *Doctrina y Filosofía a través de todos los tiempos han definido a la vida como el bien más grande que pueda y deba ser tutelado por las leyes, y se le ha dado el rango de valor principal dentro de la escala de los derechos del hombre, lo cual tiene su razón de ser pues sin ella todos los demás derechos resultarían inútiles, y precisamente en esa media es que debe ser especialmente protegida por el Ordenamiento Jurídico. En nuestro caso particular, la Constitución Política en su artículo 21 establece que la vida humana es inviolable y a partir de ahí se ha derivado el derecho a la salud que tiene todo ciudadano, siendo en definitiva al Estado a quien le corresponde velar por la salud pública impidiendo que se atente contra ella.*
>
> (Sala Constitucional, sentencia 5130-1994).

La Ley General de Salud señala que es función esencial del Estado velar por la salud de la población y para ello debe planificar y coordinar todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud, teniendo la potestad de dictar reglamentos en esa materia.[16] Para cumplir con esta competencia se le ha asignado al Ministerio de Salud la rectoría del Sistema Nacional de Salud, siendo responsable de la "definición de la política nacional de salud, la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país,[17] así como la vigilancia de todos aquellos actores - ya sean públicos o privados- que presten el servicio de salud.[18]

Para cumplir estos objetivos el Ministerio de Salud tiene amplias competencias, desde elaborar la política nacional de salud, dictar normas técnicas -ya sean de carácter particular o general-; ejercer la jurisdicción y el control técnicos sobre todas las instituciones públicas y privadas que realicen acciones de salud en todas sus formas (promoción, prevención, recuperación o rehabilitación); y dictar las medidas generales y particulares que tiendan a conservar y mejorar el medio ambiente con miras a la protección de la salud de las personas. Es por ello que el Ministerio de Salud realiza desde operativos en locales comerciales, para constatar que los productos que se comercializan no atenten contra la buena salud

16 Ley General de Salud, Ley No. 5395, artículo 2: Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, al cual se referirá abreviadamente la presente ley como «Ministerio», la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.

17 Ley Orgánica del Ministerio de Salud, Ley No. 5412, artículo 1. La definición de la política nacional de salud y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país, corresponden al Poder Ejecutivo, el que ejercerá tales funciones por medio del Ministerio de Salud, al cual se denominará para los efectos de esta ley «Ministerio».

18 Véase el artículo 2 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud para las atribuciones en extenso.

de las personas, ya sean medicinas, productos de belleza o de tipo alimenticio, etc., hasta desplegar operativos en diferentes partes del país para prevenir, incluso, el contagio de algunos virus que han generado alertas internacionales como el SARS o el ébola.

No obstante, la potestad por excelencia del Ministerio de Salud es la rectoría del Sector Salud, por eso es importante comprender el entramado de instituciones que lo conforman.

3. LA DEFINICIÓN INSTITUCIONAL RESPECTO DEL SECTOR SALUD EN COSTA RICA

Para García (2004) es importante diferenciar el concepto de **sector salud** al de **sistema de salud**, siendo que el primero comprende "solo aquellas instituciones del Estado cuya misión específica es realizar algún tipo de acción sanitaria en cumplimiento de la política nacional de salud" (p. 10), mientras que el **sistema de salud** incluye la totalidad de elementos vinculados en forma directa o indirecta con la población.

Esta última definición de sistema de salud es parcialmente coincidente con la posición de la OMS, quien adiciona otros elementos. En efecto, el organismo internacional afirma que "es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud" (2005). Esto es, comprende el personal, la financiación, suministros, entre otros.

En la creación del "sector salud, nutrición y deporte" del año 2014, en uno de los considerandos se define al **sector salud** "(…) como una agrupación de instituciones públicas centralizadas y descentralizadas con acciones afines y complementarias entre sí en áreas del quehacer público, regido por una o un ministro rector con potestades legales suficientes para imprimir un mayor grado de coordinación, eficacia y eficiencia en la Administración Pública" (Decreto ejecutivo 38536-MP-PLAN, 28/08/2014).

Ahora bien, el señalamiento de García si bien se queda en el plano institucional, se podría afirmar que al referir a "sistema" está incluyendo el resto de las necesidades y recursos. De hecho, concluye que el **sistema nacional de salud** lo integra "el conjunto de instituciones y organizaciones que forman parte del sector público y privado, que tienen como finalidad, directa o indirecta, contribuir a mejorar la salud de las personas, las familias y las comunidades, sean estas instituciones del sector salud o de otros sectores" (p. 10).

En Costa Rica, en 1979 se crea el subsistema de planificación sectorial y, entre otros, se define los sectores para organizar la actividad pública. Uno de los 7 sectores es el **sector salud**, siendo que cada sector incluye "el conjunto de ministerios, instituciones descentralizadas, programas y actividades públicas y de cualesquiera otros organismos o entidades que concurran en un mismo campo de acción para la consecución de objetivos básicos del Gobierno" (decreto 9644-P-OP, 1979, artículo 5).

En noviembre del año 1979 entró en vigor la primera constitución del **sector salud** en Costa Rica (decreto 10734-SPPS-OP), estableciendo la integración con 6 instituciones (véase Diagrama 2). Dejando abierta la posibilidad de integrar cualquier otra institución a solicitud del Ministro de Salud. Se cumple así con lo establecido en la Ley de Planificación Nacional de mayo de 1974, el decreto 9644-P-OP de febrero de 1979, entre otras disposiciones como el seguimiento al Plan Nacional de Desarrollo.

Como parte de la conformación del sector salud hay una diversidad de instancias, tales como: el Consejo Nacional Sectorial de Salud, la Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial de Salud, el Comité Técnico Sectorial de Salud; los Comités Sectoriales Regionales de Salud; entre otros mecanismos de coordinación y asesoría. Recuérdese que en 1974 se establece la Ley de Planificación Nacional (5525), la cual crea un sistema nacional de planificación bajo la rectoría de MIDEPLAN. Incluso se faculta la creación de oficinas sectoriales de planificación.

De hecho, en 1983, se establece la conveniencia "de agrupar a las instituciones, programas y actividades públicas en sectores de

actividad, con el fin de imprimir un mayor grado de coordinación, de eficacia y de eficiencia en la Administración Pública" (decreto 14184-PLAN). Uno de los 5 sectores creados es el de "Salud", siendo que el ministro debe "dirigir y coordinar al sector", entre otras funciones (artículo 12).

DIAGRAMA 2

Instituciones conformantes del sector salud, Costa Rica, 1979

Fuente: Construcción propia a partir del decreto ejecutivo 10734-SPPS-OP. La Gaceta 209. 07/11/1979.

En el año 1983 se emite el segundo decreto sobre el **Sector Salud** mediante un decreto ejecutivo (14313 SPSS-PLAN) que regula su estructura y organización.

Entre los objetivos del sector se incluyen varios relacionados con la promoción de la salud -artículo 4, objetivos b y c-, que dicen:

> *b) Garantizar en el país la **existencia de servicios de promoción**, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud, de adecuada calidad técnica y de la más amplia cobertura legal, geográfica, cultural y económica.*
>
> *c) Velar porque se dé en el país **la más adecuada utilización de los recursos de la sociedad, destinados a la promoción**, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud:*
>
> *- definiendo la asignación de roles a instituciones y a organizaciones;*
>
> *- definiendo prioridades a las funciones y actividades de salud;*
>
> *- promoviendo la coordinación ágil y eficiente entre instituciones del Sector Salud;*
>
> *- vigilando y controlando el uso de los recursos públicos y privados;*
>
> *- estimulando la participación comunitaria en salud, canalizando los aportes y sugerencias de organizaciones populares y privadas, en aspectos relevantes para la salud de la población; y*
>
> *- dirigiendo los procedimientos administrativos de manera que presten un apoyo eficiente y eficaz a las funciones técnicas; (el destacado es nuestro).*

Es interesante que ya en la década del 80 del siglo XX aparece claramente evidenciada la intención de impulsar la promoción de

la salud a través de una red de instituciones coordinada por el Ministerio de Salud. Además, se establece que deben asignarse roles a las instituciones para que se utilice de la mejor manera los recursos dedicados a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación.

También llama la atención sobre los determinantes de salud, al indicar que el sector debe dar "fomento y la promoción de las condiciones sociales y económicas, que permitan el pleno desarrollo de las capacidades humanas, físicas, mentales, intelectuales, afectivas y sociales en general" (artículo 4, inciso a).

El Ministro de Salud está obligado a dirigir y coordinar al sector, incluso definiendo la política de gobierno para el sector. Existe un Consejo Nacional Sectorial en Salud que podría ampliarse a otras instituciones si así lo requiriese un abordaje en particular; por ejemplo, en el caso del INS o de la UCR, esto para tratar problemas políticos, técnicos e institucionales del sector, y brindar cualquier asesoría requerible.

En 1989 se crea el Sistema Nacional de Salud y se reglamenta. Este sistema tiene como propósito primordial el "preservar, mantener y mejorar la salud de la población", lo cual evidencia un propósito de salud pública. El sistema está conformado por 8 actores; uno de estos es el Ministerio de Salud, el cual destaca como responsable en definir la política nacional de salud, y del fomento y promoción de salud, entre otros (véase diagrama 3).

En el sistema destacan tres instituciones en particular que estrictamente no son incluidas cuando se habla del sector salud:

I. Las municipalidades.

II. Las comunidades.

III. Servicios médicos privados, cooperativas y empresas de autogestión.

DIAGRAMA 3

Objetivos, propósitos e instituciones del Sistema Nacional de Salud, Costa Rica

Fuente: Construcción propia a partir del decreto ejecutivo 19276-S. Reglamento General del Sistema Nacional de Salud. La Gaceta 230. 05/12/1989.

Las municipalidades son incluidas en el sistema nacional de salud pero nunca más fueron referenciadas como parte del sector salud. Esto llama la atención habida cuenta que si bien en décadas pasadas se acentuó la incapacidad técnica y política para resolver los problemas de índole local, se han dado reformas políticas y financieras que

han dotado a la corporación municipal de mayor protagonismo en el desarrollo local -vg. la figura de un alcalde en vez de un ejecutivo municipal y las políticas de transferencia de competencias desde el Ejecutivo-. Aunado a esto, el Código Municipal responsabiliza a las Municipalidades de importantes funciones en resguardo de la salud pública, particularmente en el área de ambiente.

Por otra parte, llama poderosamente la atención la inserción de las "comunidades" en el sistema nacional de salud, esto por cuanto no es una institución pública como tal, y tiende a cierto grado de abstracción. No obstante, es imposible pensar un sistema de salud sin considerarlas.

En efecto, en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud llevada a cabo en Alma-Ata, en 1978 se indica, entre otros, que debe exigirse la autorresponsabilidad y participación de la comunidad en todo el proceso de organización, planeación y funcionamiento de la atención primaria de la salud (OMS, 1984; Pp. 5, 40, 44).

En forma complementaria, en la primera conferencia internacional de promoción de la salud realizada en Ottawa, en 1986, en una de las 5 estrategias diseñadas, afirma que la promoción de la salud requiere de "la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración de y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de vida" (p. 3). Agrega que se debe estimular la independencia de esta, que incluso es "un portavoz fundamental en materia de salud" (p. 5).

Finalmente, sobre la incorporación de las "cooperativas y empresas de autogestión" como parte de sistema, es una respuesta a que en la década del ochenta del siglo XX aparece la figura del contrato a terceros en la prestación de los servicios de salud por parte de la CCSS, algunos de estos precisamente son cooperativas o empresas de autogestión. En otras palabras, lo que considera el sistema son los prestatarios de servicios públicos aunque su naturaleza sea privada.

Respecto a los servicios médicos privados -que también se agregan al sistema de salud-, hay que indicar que en la Ley General de Salud se dispone las profesiones que se consideran Ciencias de la Salud, estos son: la Farmacia, la Medicina, la Microbiología Química Clínica, la Odontología, la Veterinaria, la Enfermería, la Nutrición y la Psicología clínica (artículo 40), precisando que tales profesionales deben colaborar en las campañas y programas que el ministerio realice medidas frente a situaciones amenazantes a la salud pública (artículo 41).

En esa ley se califica a los "establecimientos de atención médica", como todos aquellos "que realicen actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades o presten atención general o especializada, en forma ambulatoria o interna, a las personas para su tratamiento y consecuente rehabilitación física o mental" (artículo 69). Se adicionan allí a las maternidades, las casas de reposo para convalecientes y adultos mayores, centros de recuperación nutricional, toxicómano o alcohólico, entre otros.

Consultada al respecto, la Procuraduría General de la República ratifica que a partir de lo normado "todo servicio médico es un servicio de salud; pero no todo servicio en salud es un servicio médico. Aquí estamos en una relación de género a especie, siendo el primero la salud, y el segundo la medicina (… con lo cual) todos aquellos que no fueron incluidos, debe entenderse que no forman parte (…)" (2002).

Por otra parte, en medio de la discusión de si el deporte debía tener una cartera ministerial propia, en abril de 1998 se crea el ICODER (Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación), como una institución semiautónoma del Estado. Su finalidad es el promocionar, apoyar y estimular la práctica individual y colectiva, del deporte y la recreación. En el 2002 se incorpora el ICODER al **sector salud** (decreto ejecutivo 30461), siendo que todas las otras instituciones se mantienen según fueron incorporadas en 1983.

La promoción del deporte y la recreación, por medio de una infraestructura acorde, pertinente y universal, es fundamental para la salud de las personas. De hecho en diversos artículos de la ley se

hace alusión a la "salud integral" como un cometido de apoyo de esta nueva institución. Incluso, en el Consejo Nacional del Deporte y la Recreación -figura que ejecuta los planes, programas y políticas de la institución-, participa el ministro o viceministro de Salud (artículo 8), entre otros funcionarios públicos.

En el año 2006, en la línea de generar mecanismos de coordinación entre el Poder Ejecutivo e instituciones descentralizadas, nuevamente se instituye el **sector salud** y con las siguientes instituciones bajo la rectoría del Ministerio de Salud: CCSS, AYA, Auditoría General de Servicios de Salud, Consejo de Atención Integral de la Niñez, Consejo de la Persona Joven, Consejo de la Persona Mayor, IAFA, Instituto Costarricense de Investigación Enseñanza en Nutrición y Salud, Instituto Costarricense contra el Cáncer, la Sección de Riesgos Profesionales del Instituto Nacional de Seguros, el ICODER (decreto ejecutivo 33151-MP, artículo 12).

En un decreto del año 2008 -ya derogado- se conforma al sector salud con las siguientes instituciones centralizadas y descentralizadas: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER) (decreto ejecutivo N° 34582-MP-PLAN, artículo 24). Debe notarse que se reduce significativamente la cantidad de instituciones públicas adscritas al sector. Este decreto es un intento de revisión de la integración de los sectores, de tal forma que las instituciones al menos estén en el sector en el cual cumplan su mandato. Entre los sectores indicados está el de **salud**.

En un decreto ejecutivo del año 2011 se califica ese intento de sectorialización como una política que "facilita y contribuye en los procesos de programación de objetivos y metas gubernamentales, su ejecución y evaluación, así como, en general, a la rendición de cuentas de los funcionarios públicos y la transparencia de la gestión pública." (decreto 36646-MP-PLAN). Se ratifica al sector salud y a las instituciones conformantes del sector indicados en el año 2008 (artículo 24).

En el año 2014 una reorganización sectorial -decreto ejecutivo 38536- crea el sector **Salud, Nutrición y Deporte**; siendo que lo conforman las siguientes instituciones centralizadas y descentralizadas (artículo 15): Ministerio de Salud, Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), Instituto Nacional de Seguros (INS), Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Nacional de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), y Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE).

Se destaca una ampliación conceptual del sector, siendo agregados la nutrición y el deporte. Esto llama la atención por cuanto el ICODER ya venía siendo incorporado al sector y la nutrición es un elemento fundamental de la salud.

En el artículo 4 se definen las rectorías como " (…) la potestad que tiene el Presidente de la República conjuntamente con la o el ministro del ramo para **coordinar, articular y conducir las actividades de cada sector y asegurarse que éstas sean cumplidas** conforme a las orientaciones del Plan Nacional de Desarrollo." (el destacado es nuestro).

Entre las responsabilidades que más llaman la atención se encuentran:

- Dirigir y coordinar al respectivo sector.

- Presentar ante el Consejo Nacional Sectorial el Plan Nacional Sectorial, las políticas, planes, programas, proyectos y estudios relacionados con el respectivo sector para su análisis y toma de decisiones colegiadas.

- Avalar las políticas y los planes de mediano y largo plazo de las instituciones del sector, velando por su vinculación con el respectivo Plan Nacional Sectorial (PNS).

- Establecer e impulsar la coordinación interinstitucional y sectorial a nivel regional y asegurar la promoción y articulación de la participación ciudadana en las diversas acciones que los sectores desarrollen en estos niveles territoriales.

- Promover la efectividad de la gestión de las instituciones del sector y su rendición de cuentas.

- Integrar de manera participativa las opiniones de grupos de interés en los asuntos de relevancia sectorial (decreto ejecutivo 38536-MP-PLAN, artículo 6).

En 2018 se promulga un reglamento orgánico del Poder Ejecutivo (decreto 41187-MP-MIDEPLAN), si bien no se discute estrictamente el sector salud o el sistema nacional de salud, en términos de organización y coordinación de instituciones llama la atención que se crea un Consejo de Articulación Presidencial, las cuales son "instancias de dirección, articulación y seguimiento de las políticas públicas", que ha definido el Gobierno.

El artículo 4 indica que cada Área Estratégica de Articulación Presidencial debe reunirse al menos una vez cada dos meses, y que allí "deberán establecerse los lineamientos y estrategias de política pública correspondientes a su Área".

Una de las áreas creadas se denomina **Salud y Seguridad Social**, la cual reúne las siguientes instituciones públicas: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Ambiente y Energía, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Instituto Nacional de Seguros e, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

Adicionalmente se crean 12 rectorías con la intención de validar las políticas públicas propias de su competencia, entre ellas la de **Salud, Nutrición y Deporte**, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, integrada por las siguientes instituciones: Ministerio de Salud, Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), Caja Costarricense

de Seguro Social (CCSS), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), Instituto Nacional de Seguros (INS), Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Nacional de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE).

4. CONCLUSIONES

En total han sido 25 los actores institucionales señalados como pertenecientes al sector salud. La CCSS, el Ministerio de Salud y el ICAA han estado permanentemente (véase tabla 1).

Habida cuenta de la planificación nacional, la creación de sectores es fundamental para guiar a las instituciones en un esfuerzo mancomunado. Como es claro en el relato anterior, la conformación del sector salud ha mutado con el tiempo, a veces siendo poco comprensible el por qué unas instituciones aparecen y otras no.

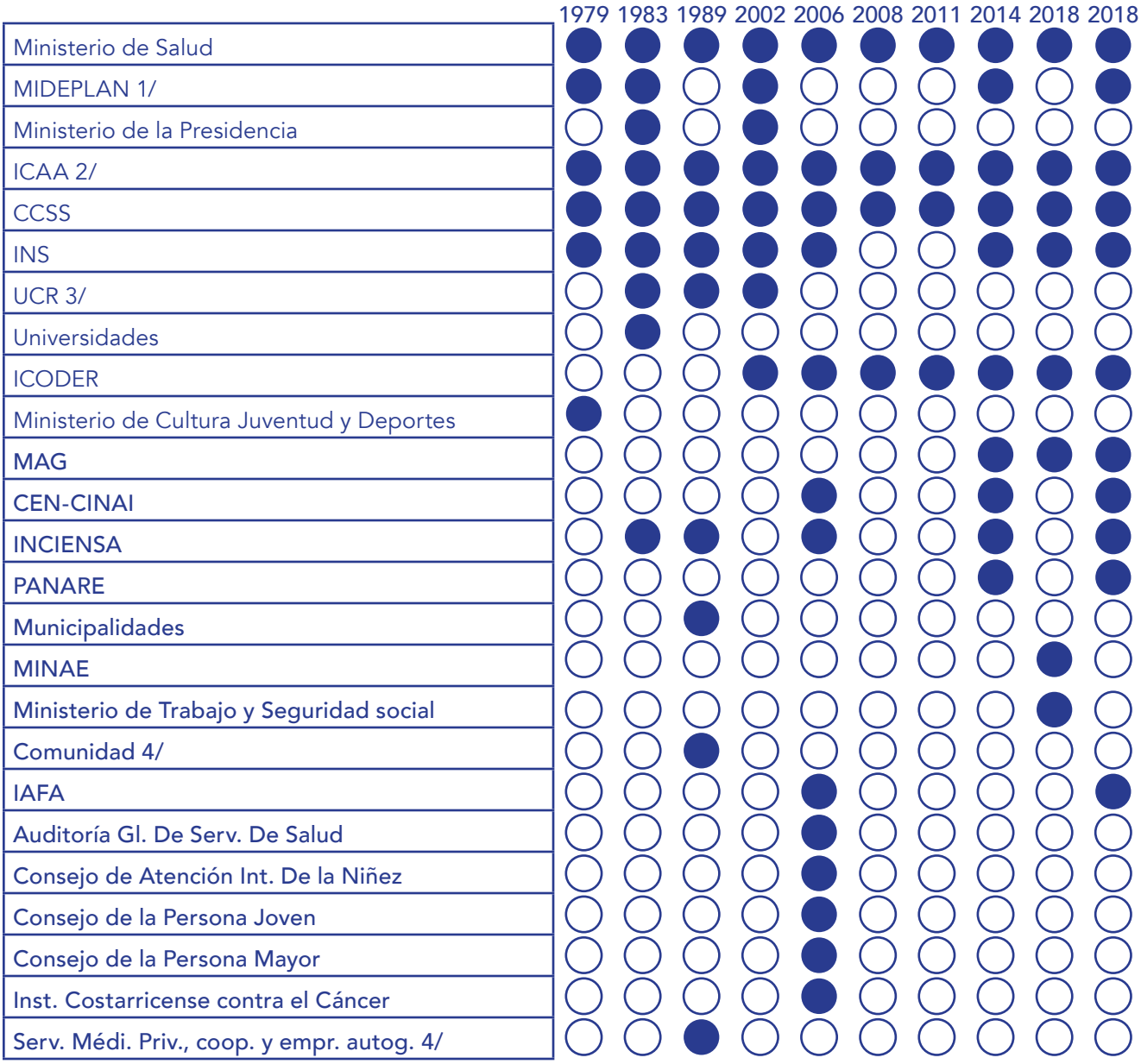
El INS solamente fue omitido en el año 2008. El ICODER, de relativa reciente aparición, ha estado presente desde su creación. Por cierto, es de atención que en la primera constitución del sector salud, del año 1979, se incluyera al Ministerio de Cultura Juventud y Deportes como una institución perteneciente al sector salud, pero solamente ese año.

A pesar que las universidades son vitales para el sistema de salud, no solo por la preparación de los profesionales del área sino por su intervención de ayuda técnica en asuntos de salud pública, solamente aparecen en las primeras ocasiones en las que se referencia el sector salud en Costa Rica y, obviamente, en el sistema de salud.

En síntesis, luego del recorrido histórico de la continua conformación institucional del sector salud, queda en evidencia el deber de la Administración, y en particular del Ministerio de Salud como ente

TABLA 1

Instituciones pertenecientes al sector de la salud en Costa Rica, 1979-2020



Notas:
1/ En el año 1979 se denomina OFIPLAN (Oficina de Planificación Nacional) a la institución que antecedió al MIDEPLAN.
2/ En el año 2014 y en la Rectoría Salud, Nutrición y Deporte, el ICAA (Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados) se denomina AYA.
3/ En 1989 la UCR como tal no se nombra pero sí a las "Universidades", razón por la cual también se le incluye en forma específica.
4/ Tanto la comunidad como los servicios médicos son incluidos en la tabla por haber sido nombrados en el sistema nacional de salud, no obstante, es claro que no son instituciones públicas y, por lo tanto, no pertenecen estrictamente al sector salud.

Fuente: Construcción propia basada en revisión de normativa en la Procuraduría General de la República.

rector del Sector Salud, por reunir y articular los recursos tanto de las instituciones públicas como de diversos actores del sector privado para fomentar la promoción de la salud.

Cabe señalar que, dada la distinta naturaleza jurídica de estos actores -unos de derecho público y otros de derecho privado (médicos privados, cooperativas o empresas de autogestión)-, y los distintos niveles jerárquicos que algunas instituciones tienen -unas parte de la Administración central (Poder Ejecutivo) y otras parte de la Administración descentralizada (Universidades, Municipalidades)-, se confirma la importancia de la potestad de dirección que tiene el Ministerio Salud para promover el derecho a la salud.

Es obligación del Estado garantizar el bienestar de las personas, el cual solo puede alcanzarse generando políticas públicas que garanticen las condiciones mínimas que permitan alcanzar un equilibrio físico y psicológico en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado.

La potestad de dirección del Ministerio de Salud en materia de promoción de la salud, le permite girar órdenes a aquellos entes u órganos con los que tenga relaciones jerárquicas, y directrices con aquellos con los que tenga relaciones de dirección y coordinación (incluyendo a los sujetos de derecho privado).

La tutela administrativa que ejerce el Ministerio de Salud garantiza a los administrados el buen y eficiente funcionamiento de los servicios públicos de salud, ya sea la atención médica en particular o la promoción de la salud en general, cumpliendo el mandato constitucional de protección a la vida y la salud.

REFERENCIAS

Asamblea Legislativa. Ley Orgánica del Ministerio de Salud. Ley N° 5412. (Noviembre 08, 1973).

Asamblea Legislativa. Ley General de Salud. Ley N° 5395. (Noviembre 24, 1973).

Asamblea Legislativa. Ley General de la Administración Pública. Ley N° 6227. (Mayo 02, 1978).

Asamblea Legislativa. Creación del Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación. Ley N° 7800. (Mayo 29, 1998).

Código Procesal Contencioso Administrativo. Ley 8508 de 2006. (Junio 22, 2006). Diario Oficial La Gaceta, 120.

Constitución Política de la República de Costa Rica. (Noviembre 08, 1949).

García-González, R. (2004). El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: generalidades. Documento. Costa Rica: CCSS, CENDEISS, UCR.

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Documento. Disponible en https://cutt.ly/GrmBtyO

Organización Mundial de la Salud. (1978). Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Documento. Serie Salud Para todos, N. 1.

Organización Mundial de la Salud. (2005) ¿Qué es un sistema de salud? Disponible en: https://cutt.ly/jrQYdIu

Ortiz, E. (2002). Tesis de Derecho Administrativo. Tomo I. San José: Stradtmann Editorial, Biblioteca Jurídica Dike.

Poder Ejecutivo. Decreto Ejecutivo N° 9644-P-OP. (Marzo 06, 1979). Subsistema Planificación Sectorial. Diario Oficial La Gaceta, 46.

Poder Ejecutivo. Decreto Ejecutivo N° 10734-SPPS-OP. (Julio 11, 1979). Constitución del sector salud. Diario Oficial La Gaceta, 209.

Poder Ejecutivo. Decreto Ejecutivo N° 14184-PLAN. (Enero 19, 1983). Creación del Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial. Diario Oficial La Gaceta, 13.

Poder Ejecutivo. Decreto Ejecutivo N° 14313 SPPS-PLAN. (Marzo 22, 1983). Constitución del Sector Salud. Diario Oficial La Gaceta, 53.

Poder Ejecutivo. Decreto Ejecutivo N° 19276-S. (Mayo 12, 1989). Reglamento General del Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial La Gaceta, 230.

Poder Ejecutivo. Decreto Ejecutivo N° 30461. (Mayo 22, 2002). Reforma Sector Salud. Diario Oficial La Gaceta, 97.

Poder Ejecutivo. Decreto Ejecutivo N° 33151-MP. (Mayo 18, 2006). Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo. Diario Oficial La Gaceta, 95.

Poder Ejecutivo. Decreto Ejecutivo N° 34582. (Julio 01, 2008). Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo. Diario Oficial La Gaceta, 126.

Poder Ejecutivo. Decreto Ejecutivo N° 36646-MP-PLAN. (Julio 15, 2011). Reforma reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo. Diario Oficial La Gaceta, 137.

Poder Ejecutivo. Decreto Ejecutivo N° 38536-MP-PLAN. (Agosto 28, 2014). Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo. Diario Oficial La Gaceta, 159.

Procuraduría General de la República. Dictamen C-017-2002. (Enero 16, 2002).

Procuraduría General de la República. Opinión Jurídica. OJ-043-1999. (Abril 08, 1999).

Sala Constitucional. Sentencias 1833-91, 1297-92, 2233-93, 3705-93, 6803-93, 131-94, 1394-94, 3336-94, 5135-94, 5527-94, 5130-1994. Poder Judicial.

Santamaría, J.A. (1987). Apuntes de Derecho Administrativo. Madrid: Iust.

EL POTENCIAL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA RECTORÍA DEL MINISTERIO DE SALUD

LICDA. KARINA LEÓN CAMPOS[1]

DR. ADOLFO ORTIZ BARBOZA[2]

INTRODUCCIÓN

Hablar de salud implica un universo en sí mismo. Desde épocas ancestrales, diferentes teóricos y pensadores han expuesto, con base en la cultura, el contexto y la época en el que se encuentran inmersos, explicaciones de cómo se define la salud, lo que esta comprende y cómo se origina. A lo largo de la historia, se ha pasado de pensar que la salud atañe únicamente al proceso biológico o solo contempla la dicotomía de bienestar-malestar, a ser vista como un proceso en el que confluyen varios determinantes o factores y explicada desde múltiples modelos.

Podemos hablar desde 1945, donde Henry Sigerest establece la diferencia entre salud-enfermedad y amplía la visión de la medicina con el continuo de la salud, iniciando desde la promoción de la salud, pasando por la prevención de la enfermedad y la atención del paciente, y finalizando con la rehabilitación de

este (Carmona, Rozo y Mogollón, 2005, p.71). Tres años más tarde, la Organización Mundial de la Salud trasciende el entender la salud como ausencia de enfermedad, y la define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1998, p.141), definición que a su vez es insuficiente, pues lo que implica salud es tan ambicioso que va de lo individual a lo colectivo, de lo micro a lo macro y de lo simple a lo complejo.

Como parte de dicha complejidad podemos hablar de los determinantes sociales de la salud, que fueron mencionados en la Carta de Ottawa en 1986, no con ese nombre como tal sino, como aquellos factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos, que afectan positiva o negativamente la salud de la población. A través de los años, cada uno de estos determinantes se han ido profundizando y detallando, de manera que orienten aún más la forma de entender la salud, las causas del detrimento de esta y la forma en la que, como sociedad, se da respuesta para el alcance de un mejor nivel de salud para todos y todas.

Para lograr esto último, es preciso priorizar la promoción de la salud, la cual según la Carta de Ottawa (1986), requiere no solo la participación del sector sanitario, sino la corresponsabilidad de todos los sectores: político, económico, educativo, etcétera, y la participación de cada individuo, de manera que cada uno ejerza el control sobre su salud y sobre aquellos factores que, dentro de lo posible, determina la salud.

Específicamente, como parte del determinante político, desde 1848 en Alemania a partir de un movimiento reformista, se concibió la medicina como una ciencia de carácter social, y también que, la salud del pueblo iba más allá de ser competencia exclusiva de los médicos, sino que era concerniente a todos y que por lo tanto le correspondía al Estado ser garante de ello. (Ponte, s.f., p.2).

En el caso de Costa Rica, se indica en el artículo 2 de la Ley N°5395: Ley General de Salud que:

1 Ministerio de Salud, Promotora de Salud karina.leon@misalud.go.cr

2 Ministerio de Salud y UCR, Médico Salubrista y Docente, adolfo.ortiz@ucr.ac.cr

> *Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponderá al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública […], la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.*
>
> (Ley N°5395, 1973).

Como parte de esa dirección política que tiene el Ministerio de Salud, se menciona desde la memoria institucional 2006-2007, que se debe ejercer rectoría en todos los actores sociales y no solamente en los del Sector Salud, lo cual permitirá avanzar en logro de la estrategia maestra "…de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud" (Ministerio de Salud, 2007, p.1).

Por lo tanto, se presenta a continuación un acercamiento a la conceptualización de la promoción de la salud, y lo que esta abarca, y se realiza la vinculación con el potencial de su aplicación desde el rol del Ministerio de Salud como ente rector en salud en Costa Rica.

SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Antes de adentrarnos en la promoción de la salud, es preciso conocer con antelación qué es la salud pública y cuál es el nexo entre ellas. De acuerdo con Sarmiento (2013), la definición de salud pública más utilizada, es la que brinda Winslow en 1923, el cual la describe como "el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, recuperar la salud y evitar las consecuencias de la enfermedad mediante la acción colectiva de la población" (p.152). La OMS por su parte, la describe como "…un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria" (2007, p.12).

Para lograr lo anterior, se han definido las doce Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), que son el conjunto de las acciones concretas que deben realizarse para mejorar la salud de las poblaciones (OPS, 2002, p.60), y que permiten la mejora del desempeño práctico de la salud pública (Muñoz et.al, 2000, p.127), que serán tratadas en detalle más adelante. Dentro de estas funciones que abarcan el accionar del Ministerio de Salud, la tercera de ellas corresponde a la promoción de la salud, que es "…un proceso político y social que busca incidir en las condiciones sociales, ambientales y económicas, a fin de disminuir el efecto que estos factores pueden tener en el ámbito público e individual" (Carmona, Rozo y Mogollón, 2005, p.71).

Para llevar a cabo la promoción de la salud, en Ottawa (1986), se definieron cinco líneas de acción, que corresponden a: la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de espacios favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud. Asimismo, cuenta la promoción de la salud con estrategias para su desarrollo, y de las que se pueden identificar dos tipos: las que permiten la generación de las políticas y las orientadas a la modificación de los determinantes sociales de la salud por medio de la capacitación; esta última a su vez la componen elementos como: la participación social, la abogacía, y acciones de comunicación y educación para la salud. (Basurto y Vergara, 2016, p.216).

A partir de lo anterior, y ya de por sí siendo la salud un tema complejo, más complejo aún es promoverla, dado que abarca aspectos desde el macro ambiente hasta el microambiente, y que pueden ser afectados por múltiples condiciones en constante cambio e interrelacionadas entre sí. La complejidad se hace mayor al comprender que promover salud tiene que ver con cuestiones tanto objetivas como subjetivas, tanto tangibles como intangibles. Por lo tanto, la promoción de la salud es una estrategia que debe ser interdisciplinaria y transversal, en la que cada sector e individuo tiene un papel fundamental, y en la que la todo está estrechamente vinculado.

Al tomar en cuenta todo lo anterior, se puede deducir que todo lo que nos rodea interviene en la salud de las personas, por lo que, podríamos decir que cada decisión que se tome tiene una repercusión

directa o indirecta para otro individuo, grupo poblacional, sector o país. Bajo este entendido, la toma de decisiones en cualquier escenario no puede tomarse a la ligera, sino que, debe ser con base en la mayor cantidad de información posible que se pueda recopilar y conociendo lo mejor posible las aristas que componen la situación.

Parte importante de dichas decisiones son la elaboración de las políticas, planes, programas, etcétera, que se impulsan con el fin de repercutir positivamente en la población. En Costa Rica, como ya se mencionó anteriormente, quien tiene el rol rector del Sistema Nacional de Salud es el Ministerio de Salud, por lo que, las decisiones que se tomen desde el sector salud, las políticas que se definan y las acciones que se ejecuten, tienen un impacto directo para los habitantes del territorio nacional.

HISTORIA DEL MINISTERIO DE SALUD

La creación del Ministerio de Salud data de 1922, donde se creó por Decreto Ejecutivo la Secretaría de Higiene y Salud Pública. No obstante, hay algunas acciones que le precedieron y que se asocian también con el nacimiento de esta institución, tales como la inclusión en el presupuesto nacional para una campaña contra la anquilostomiasis en 1907, y el surgimiento entre 1914 y 1920 de dependencias como el Departamento Sanitario Escolar, servicio anti-malárico, clínicas infantiles, u otros.

Para el año 1927, se creó la Secretaría de Salud con el Dr. Solón Núñez a la cabeza, pudiéndose decir que fue el primer ministro de salud que tuvo nuestro país. Ya desde ese momento, se tenían acciones como las que prevalecen hoy día como funciones del Ministerio, orientadas a la reglamentación de normativa, fiscalización, inspecciones, servicios de eventos epidemiológicos, control de alimentos y medicamentos, etcétera. Otro hecho importante por tomar en consideración es la creación en 1943 de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución que se convertiría años después en el principal proveedor de servicios de salud del país.

En la década de los cincuenta, ya se conocía como Ministerio de Salubridad Pública, el cual contaba con la Dirección General de Salubridad Pública y la Dirección General de Asistencia Médico Social. Por su parte, en los años setenta, se pueden rescatar cuatro acontecimientos importantes: la elaboración del Primer Plan Nacional de Salud, la creación de los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria, la promoción de la participación comunitaria como estrategia de cobertura de la atención primaria y el traspaso de los hospitales del Ministerio de Salud a la CCSS.

En la década de los ochenta, específicamente de 1986 a 1989, se pueden destacar dos hechos significativos, como lo fue la desconcentración del Ministerio en programación de actividades a nivel regional y local, y la definición de lineamientos políticos, entre los que también se indicó que el Ministerio de Salud asumiría un rol de rectoría conforme a las disposiciones legales del país.

DE LA ATENCIÓN A LA RECTORÍA: REFORMA DEL SECTOR SALUD

En los años noventa, se llevó a cabo lo que se conoció como el proceso de Reforma del Sector Salud, en el cual se fortaleció el rol rector del Ministerio de Salud en sus tres niveles. Para ello, se pasaron los servicios de atención primaria y programas que aún tenía el Ministerio de Salud, para que los llevara a cabo la CCSS; de esta manera, el Ministerio ocuparía un rol solamente de rectoría y la CCSS de proveedor de servicios de atención directa.

En 1998 se presenta una propuesta al Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) sobre reestructuración institucional, la cual por su aprobación dio origen al Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. A partir de ahí, y hasta la actualidad, se ha venido trabajando en el fortalecimiento del rol rector y en cómo este se realiza desde cada uno de los procesos. Aunado a ello, Muñoz et.al (2000) mencionan que, "las reformas del sector se enfrentan al desafío de fortalecer la función de rectoría de las autoridades sanitarias y una parte importante de ese papel rector

consiste en dar cumplimiento a las FESP que competen al Estado en sus niveles central, intermedio y local" (p.126).

Para efectos de este artículo, se hará especial énfasis en el nivel de gestión local del Ministerio de Salud, que corresponde a las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud. Cada una de estas, según el Artículo N°6 del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud,

> *Constituye el nivel político-operativo de la institución en la ejecución de las funciones sustantivas para el ejercicio de la Rectoría y de provisión de servicios de salud. Participa, conjuntamente con los niveles central y regional, en la determinación, formulación y ejecución de las políticas, reglamentos, normas, lineamientos, directrices, planes, programas, proyectos, procedimientos y sistemas que aseguren la implementación del marco estratégico institucional. [...]*
>
> (Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, 2017)

Asimismo, y de acuerdo con el mismo Reglamento, el nivel local está constituido por la Dirección del Área como nivel político-táctico, y los equipos de Promoción de la Salud, Vigilancia de la Salud, Formulación y Evaluación de las Estrategias en Salud, Regulación de la Salud, Atención al Cliente y Apoyo Logístico y Administrativo, como nivel operativo. De los anteriores, y por las funciones de cada uno de estos procesos, se hace hincapié en Promoción de la Salud, Vigilancia de la Salud y Regulación de la Salud, para realizar la vinculación con las FESP.

Podríamos decir que, los procesos que se indican como vinculados, son los que tienen más afinidad por sus funciones con lo que cada FESP conlleva, pero de igual manera otros procesos pueden estar involucrados también; esto varía mucho dependiendo del tema, de las características del entorno de cada Área Rectora y de la visión que tenga la Dirección de Área. Esta última, debe ser quien guíe y oriente a todos los procesos a alcanzar el objetivo: lograr una mayor y mejor salud en la población. Por su parte, procesos como atención

CUADRO 1
Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) y su vinculación por proceso del Nivel Local del Ministerio de Salud

FESP	Proceso de nivel local vinculado
Función 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.	Todo el equipo de Área, con énfasis en el proceso de Vigilancia de la Salud.
Función 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.	Vigilancia de la Salud.
Función 3: Promoción de la salud.	Todo el equipo de Área, con énfasis en el proceso de Promoción de la Salud.
Función 4: Participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud.	Todos los procesos del equipo de Área Rectora.
Función 5: Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.	Se lleva a cabo en Nivel Central.
Función 6: Regulación y fiscalización en Salud Pública.	Regulación de la Salud (Se incluye Regulación de Servicios de Salud y del Ambiente).
Función 7: Evaluación y promoción de acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.	Regulación de la Salud (Servicios de Salud) y Promoción de la Salud.
Función 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.	Educación permanente que brinda el Ministerio de Salud desde Nivel Central.
Función 9: Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos.	Nivel Central y en el Nivel Local, Regulación de la Salud (Servicios de Salud).
Función 10: Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.	Alianzas a nivel local con centros de estudio para el desarrollo de investigaciones y proyectos.
Función 11: Reducción del impacto de emergencias en desastres en salud.	Todo el equipo de Área, con énfasis en el proceso de Vigilancia de la Salud y Regulación Ambiental.

Fuente: Elaboración propia.

al cliente y apoyo logístico y administrativo, son clave por medio de sus funciones para que el resto de los procesos pueda realizar bien lo que les compete y así contribuir, más y mejor, al alcance de las metas y objetivos.

PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO ESTRATEGIA TRANSVERSAL

Podríamos decir por tanto que, uno de los pilares fundamentales del trabajo integral que se realiza en cada Área Rectora, es el trabajo en equipo, pues, es lo que permite que se realicen las funciones de forma colaborativa, con visión interdisciplinaria, corresponsable y equitativa. Además, con base en lo indicado anteriormente sobre lo que es la salud en sí y como la determinan múltiples factores, cada una de las acciones que realizan los procesos en el Área Rectora es necesario para lograr mejorar la salud de la población y por ende, promoverla. Y lo anterior no solo se limita al accionar institucional, sino que trasciende e interactúa con los diferentes sectores y actores sociales públicos y privados a nivel comunitario.

Específicamente, bajo el entendido de las cuatro categorías de determinantes que se mencionan en el modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud del Ministerio de Salud del año 2011, las cuales son: biológicos, ambientales, socioeconómicos-culturales y servicios de salud, es conveniente mencionar que, cada proceso interviene de manera directa en buscar el fortalecimiento de estos. Una manera de hacerlo es velar por el cumplimiento de la normativa vigente, la cual ha sido definida con el fin de mejorar las condiciones en las que las personas se desenvuelven, como son las condiciones de vivienda, laborales, educativas, de ocio y recreación, entre otras.

Como ejemplo, dentro del accionar de las Áreas Rectoras, velar por el buen funcionamiento de las aguas residuales, la correcta disposición de los residuos, garantizar la seguridad en la ejecución de actividades y eventos de concentración masivos, la gestión de riesgos, velar por que en los establecimientos se cumplan los parámetros establecidos de las condiciones fisico-sanitarias y la aplicación de las normas de habilitación de servicios de salud y de vigilancia epidemiológica, entre otras, son acciones que inciden directamente en la línea de acción de creación de ambientes favorables, por lo que, son acciones promotoras de salud.

Por otra parte, la conducción y participación del Ministerio de Salud en redes locales como las Redes Cantonales de Actividad Física y Salud, Redes de Violencia, Redes de Cuido, Comisiones Locales de Vigilancia en Salud Epidemiológica y de Salud Materno-Infantil, u otras, son espacios intersectoriales que contribuyen a generar alianzas con otras instituciones, grupos, organizaciones, etcétera, y que son una plataforma para ejercer la rectoría, la conducción de actores sociales y el trabajo intersectorial articulado en programas, proyectos, intervenciones o actividades para las comunidades.

Para lograr que estas acciones generen un impacto real en la población, el Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) es imprescindible, ya que debe ser el insumo que brinde la información necesaria para la elaboración de programas, proyectos y acciones que sean consecuentes con las necesidades presentadas. Es ahí, donde se ejerce rectoría, buscando que cada institución, organización o grupo, sin aumentar sus cargas de trabajo, sino acordes a sus planes, agendas e intereses, realice acciones que respondan a una verdadera necesidad de la población.

Asimismo, para que el ASIS sea una herramienta verdaderamente útil y que brinde información lo más verás posible, es preciso que en su elaboración participen los diferentes procesos, para tener así una visión interdisciplinaria y también, para que, al ser parte de la caracterización, identificación de problemáticas y priorización, se potencie el sentido de pertenencia de cada uno de los procesos y se sientan corresponsables y comprometidos en la definición y ejecución de estrategias.

CONCLUSIONES

La salud es por lo tanto una construcción multidimensional corresponsable de todos los individuos y sectores. Es una temática amplia y compleja que trastoca escenarios desde lo político a lo social y que la conforman múltiples determinantes que se interrelacionan entre sí, y donde una intervención positiva o negativa sobre cada uno de ellos, afecta en mayor o menor medida a otro, y así sucesivamente.

Es también colectiva y global, pues todos estamos inmersos, es un derecho del que todos queremos gozar y un deber del que todos somos partícipes; es por lo tanto salud pública. Busca obtener los mejores niveles de salud para la población, mejorando la calidad de vida de las personas por medio de la promoción, prevención e intervenciones sanitarias. Se han definido once FESP, las cuales orientan y evalúan el desempeño de cómo avanzan los países en el tema.

Como tercera función, se encuentra la promoción de la salud, que es más que una función, sino que es transversal a las demás, con base en la óptica de que en el resto de las funciones intervienen otros determinantes y, de acuerdo con Vargas (2019), "se debe tener claro que la promover salud implica el trabajo sobre sus determinantes" (p.63). Uno de estos determinantes. corresponde al ámbito político, desde el cual es el Ministerio de Salud quien, como rector en la materia, define la línea a seguir para todo el Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Protección Social de la Salud, para alcanzar la salud-anhelada- de la población.

Resulta por tanto necesario que, desde el Nivel Central, se concientice al resto de los procesos sobre el cómo sus acciones son promotoras de salud y en cómo sus decisiones impactan directa o indirectamente en la salud de los habitantes del país. Esto no indica que, al ser la promoción de la salud transversal a la gestión del Ministerio de Salud, cualquiera puede hacerlo, pues siempre es necesario que alguien lidere con dicha visión y conocimiento, y de manera más articulada, los demás procesos.

Asimismo, esta visión no puede quedarse meramente para lo interno del Ministerio, sino que es ahí donde como entre rector en salud, puede y debe encausar a los demás actores sociales en que las acciones que ya realizan desde su competencia aportan para la construcción de la salud de la nación.

Aunado a ello, no podemos obviar que la salud y la calidad de vida están dentro de los indicadores que se contemplan para definir el desarrollo humano de un país, y que tomando en cuenta lo que involucra la salud, los otros indicadores como empleo, educación,

seguridad entre otros, se relacionan también. Por ello, la inversión en salud, y el trabajo y compromiso de cada sector e individuo en la construcción de la salud, suma al desarrollo humano del país en general.

Finalmente, es preciso que, dentro del rol de conducción política del Ministerio de Salud, estratégicamente, se tome en consideración los marcos filosóficos, las agendas e intereses de los actores sociales, y se pueda concretar un objetivo común y articulado que evite la duplicidad de acciones y en el cual todos trabajen por el mismo fin, sin sentir que es una carga más de trabajo, sino que, lo asuman como competencia de su institución.

REFERENCIAS

Basurto, S. y Vergara, I. (2016) Estrategias y herramientas de promoción de la salud. Elsevier, España. Recuperado de https://pdfs.semanticscholar.org/01d8/99cd606a6b995478e6e1a250f0d2bfb03d70.pdf

Carmona, L., Rozo, C. y Mogollón, A. (2005) La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. Revista Ciencias de la Salud. Vol 3(1) pp. 62-77. Universidad del Rosario Bogotá, Colombia.

Decreto Ejecutivo N°40724-S. Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. Diario Oficial La Gaceta Alcance N°273, San José, Costa Rica, 14 de noviembre de 2017.

Ley N°5395, Diario Oficial La Gaceta, San José, Costa Rica, 30 de octubre de 1973.

Ministerio de Salud (2007) Memoria institucional 2006-2007. Recuperado de https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria2007/completo.pdf

Ministerio de Salud (2008) Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Recuperado de https://

www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/modelo-conceptual-y-estrategico/310-modelo-conceptual-y-estrategico-de-la-rectoria-de-la-produccion-social-de-la-salud/file

Ministerio de Salud (2017) "90 años trabajando por la salud y el bienestar de Costa Rica". Recuperado de https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/centro-de-informacion/material-publicado/memorias/3434-ministerio-de-salud-90-anos/file

Muñoz, F., López, D., Halverson, P., Guerra, C., Hanna, W., Larrieu, M., Ubilla, S. y Zeballos, J. (2000) Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol 8(1/2). Recuperado de https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2000.v8n1-2/126-134/es

Ponte, C. (s.f.) Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Asturias. Recuperado de http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf

OMS (1986) Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf

OMS (1998) Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf

OMS (1998) 51a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258904/WHA51-1998-REC-3-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OPS (2002) La Salud Pública en las Américas. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción Washington, D.C.: OPS. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf

Sarmiento, J. (2013) Algunas visiones sobre la disciplina, práctica y concepto de la salud pública. Revista Chilena de Salud Pública. 17(2) Recuperado de https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/27116/28748

Vargas, M. (2019) Teoría y práctica de la promoción de la salud desde el ejercicio rector en salud. ICAP-Revista Centroamericana de Administración Pública (77): 59-65. Recuperado de http://ojs.icap.ac.cr:8012/ojs/index.php/RCAP/article/view/148/250

PROMOCIÓN DE LA SALUD, EL PROCESO EN EL MINISTERIO DE SALUD COSTA RICA

M.SC. FERNANDO HERRERA CANALES[1]

INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud se constituye en un elemento potenciador de la salud pública, que trata de involucrar a las personas en la toma de decisiones acertadas sobre aquellos elementos que favorecen los niveles de bienestar. Es un elemento que se encuentra presente desde siempre en los sistemas de salud, pero es hasta los últimos años que se le ha dado un valor especial. El Ministerio de Salud en el ejercicio de su rectoría ha tenido esto presente en el desarrollo de las actividades propias. La idea de este apartado es evidenciar, mediante una revisión bibliográfica, cómo se ha manifestado este proceso a través del tiempo con la intención de conocerlo y tratar de visualizar el futuro de la Promoción de la Salud en la institución.

UNIFORMANDO CONCEPTOS

La labor del personal de salud debe involucrar lo que los individuos y las familias deben hacer para mantener y mejorar sus niveles de salud. Según Werner y Bower (1989): "En este contexto la educación y la comunicación en materia de salud son

especialmente importantes, ya que, en realidad son los individuos y las familias, y no los médicos y otros agentes sanitarios, quienes toman la mayor parte de las decisiones que afectan su salud".

1 Universidad de Costa Rica / Ministerio de Salud. fernando.herrera@ucr.ac.cr/fernando.herrera@misalud.ac.cr

Por lo tanto, las acciones en salud deben estar estrechamente relacionadas con la promoción y la educación, tratando de lograr una participación eficaz de la población en aquellas decisiones que afectan los niveles de salud. Tal y como lo señala la Declaración de Alma Ata (1978), lo que se busca es lograr: "que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva". Para lograr esto, se hace necesario no solo difundir ideas sobre lo que hay que hacer para mantenerse sano, sino también, los otros factores que deben cambiar para asegurar mejores condiciones de salud, en este sentido, por ejemplo, deben considerarse entre otros: lugar donde se vive, gente en el entorno, trabajo que se realiza, posibilidades económicas. Para promocionar modos de vida saludables, se debe primero conocer los motivos del comportamiento que causa o previene la enfermedad. En este sentido, se puede anotar que cada una de las acciones que se realizan, se relacionan directamente con los conocimientos, creencias, actitudes y valores que cada uno posee y que inciden directamente en la forma de atender la salud. Profundizando en los elementos señalados, es importante mencionar:

CONOCIMIENTOS: se relacionan a menudo con la experiencia y la información, que se obtiene por diversos medios y que generalmente se puede comprobar, ya sea en forma directa o indirecta.

CREENCIAS: proceden habitualmente de modelos que se respetan y que son aceptados sin comprobar si son ciertas. Los países tienen muchas creencias propias. Estas se encuentran arraigadas y esto hace que sean difíciles de cambiar.

Lo que los agentes de salud, deberían tener presente, es que no todas las creencias son malas y deberían modificarse. En este sentido, debe reconocerse y valorizar si cada creencia es perjudicial, beneficiosa o neutra, ya que con esta información se puede concentrar en cambiar aquellas creencias que sean perjudiciales.

ACTITUDES: Se reflejan en los gustos y disgustos con respecto a algo. A menudo proceden de modelos a seguir o de experiencias propias o de otras personas. Las actitudes pueden hacer que algo nos agrade o desagrade.

Se ha señalado que las actitudes se basan muchas veces en experiencias limitadas y pueden ser adquiridas sin comprender todos los aspectos de una situación determinada.

VALORES: Es el conjunto de sentimientos que se manejan en una misma comunidad o grupo y son elementos compartidos ya que identifican como parte de esa comunidad o grupo, es lo que da el sentido de pertenencia.

Para un agente de salud es importante conocer los valores, más cuando estos no son compartidos por agentes externos a la comunidad.

Para promocionar la salud, debe tomarse muy en cuenta estos cuatro aspectos, ya que en ellos se basan las actuaciones de los individuos con respecto a su salud. Pero además de estos (conocimientos, creencias, actitudes y valores) hay otros elementos que deben ser considerados y se refieren a la influencia de modelos y la disponibilidad de recursos.

Werner y Bower (1989) señalan: "Es importante, reconocer que la salud es, en primer lugar, una responsabilidad del individuo mismo. Pero el individuo necesita de los medios y la preparación adecuada para asumir esa responsabilidad". Por lo tanto, las funciones de prestación de servicios y de educación en salud son de igual importancia como tareas de los trabajadores, como enfatizan los autores citados: "La tarea más importante del trabajador en salud es enseñar estimulando el compartir de conocimientos, habilidades, experiencias e ideas. La actividad educativa del trabajador en salud tiene efectos más trascendentes que todas sus actividades preventivas y curativas juntas".

El trabajador de la salud, debe convertirse en este sentido, en un promotor de cambios.

La Organización Mundial de la Salud, plantea que la promoción de la salud depende básicamente de tres elementos:

1. LA EDUCACIÓN SOCIAL.

2. LA COMUNICACIÓN SOCIAL.

3. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL.

Estos elementos son complementarios entre sí y la manera de favorecer prácticas saludables solo puede darse por la interacción de estos elementos: una educación sanitaria que se ha comunicado de manera efectiva, favorece la participación social y esto repercute en forma directa en los niveles de salud. La Organización Mundial de la Salud define: "La educación sanitaria es la parte de la atención de la salud que se ocupa de promover un comportamiento sano". "Mediante la educación sanitaria, ayudamos a la gente a comprender su comportamiento y como este afecta su salud. Los alentamos a tomar decisiones para una vida sana y en algunos casos los ayudamos a cambiar". "La educación sanitaria fomenta el comportamiento que promueve la salud, previene y cura la enfermedad y facilita la rehabilitación".

Para promover la salud es necesario reconocer que algunas de nuestras acciones pueden afectar a la comunidad en la que se vive. Entonces la labor del trabajador de la salud, consiste en que se asuma una actitud de cooperación, en la que la acción individual sumada al esfuerzo de las otras personas permita solucionar un problema que individualmente no se puede resolver.

En Costa Rica, el tratamiento inadecuado de los desechos sólidos es un grave problema de salud pública y se han elaborado múltiples proyectos para tratar de disminuir su impacto. Dentro de estos proyectos destaca una iniciativa desarrollada en forma conjunta entre la Universidad de Costa Rica y la Municipalidad de Santo Domingo de Heredia, según la cual, se proponía un proyecto piloto en que se solicitaba a los vecinos la clasificación de los desechos sólidos generados en cada casa y se aseguraba la recolección de los desechos clasificados con el apoyo de grupos voluntarios.

Este ejemplo, puede clarificar la importancia de cómo un esfuerzo individual que al colectivizarse beneficia a toda la comunidad.

Bajo esta conceptualización, se concibe la salud no desde la perspectiva biologista que era como se definía, sino que se plantea como un producto social, en donde intervienen determinantes que guardan una estrecha relación entre sí, los determinantes son de tipo social, ecológico, biológico y de servicios de salud, es, en este sentido que Del Bosque et al (1998), aclaran " Si se quiere intervenir efectivamente, el peso de las acciones en salud debe estar orientado hacia la creación y producción de la salud, vale anotar, a un concepto de "ganancia en salud". En este contexto, el panorama de la salud pública se expande considerablemente, no se "restringe" a sus funciones clásicas de control de la enfermedad y de la sanidad, por el contrario, su campo de acción se amplía para permitir la creación de condiciones propicias para la salud, que no son otras que las del bienestar y el desarrollo de la sociedad".

Tal y como lo reconoce la Carta de Ottawa (1978), la salud es "la fuente de la riqueza de la vida cotidiana, por lo que los pueblos deben contar con los medios necesarios para mejorarla y ejercer un mayor control sobre ella".

En el Foro Nacional Construcción Colectiva de la Salud (1998) se plantea que la promoción de la salud adquiere un nuevo auge como una propuesta transformadora, como una estrategia fundamental de la Salud Pública moderna que involucra al individuo y a su entorno social: como una fuerza capaz de generar cambios sustantivos, desde las mismas bases político-sociales, hasta el medio ambiente en el que el individuo se desarrolla.

Para tener una idea más clara del significado de la producción social de la salud, se puede analizar el esquema elaborado por Gustavo Bergonzoli (1994), en que se define los diferentes determinantes involucrados en la producción social de la salud y que por consiguiente deben ser considerados al valorar una propuesta de promoción de la salud. Y señala; la promoción de la salud se da cuando "se enfoca los determinantes individuales de la conducta humana y se valora y resalta los determinantes colectivos presentes en los ecosistemas y macrosistemas sociales". Existe un complejísimo entramado de determinantes de la salud y entre ellos se puede identificar los siguientes:

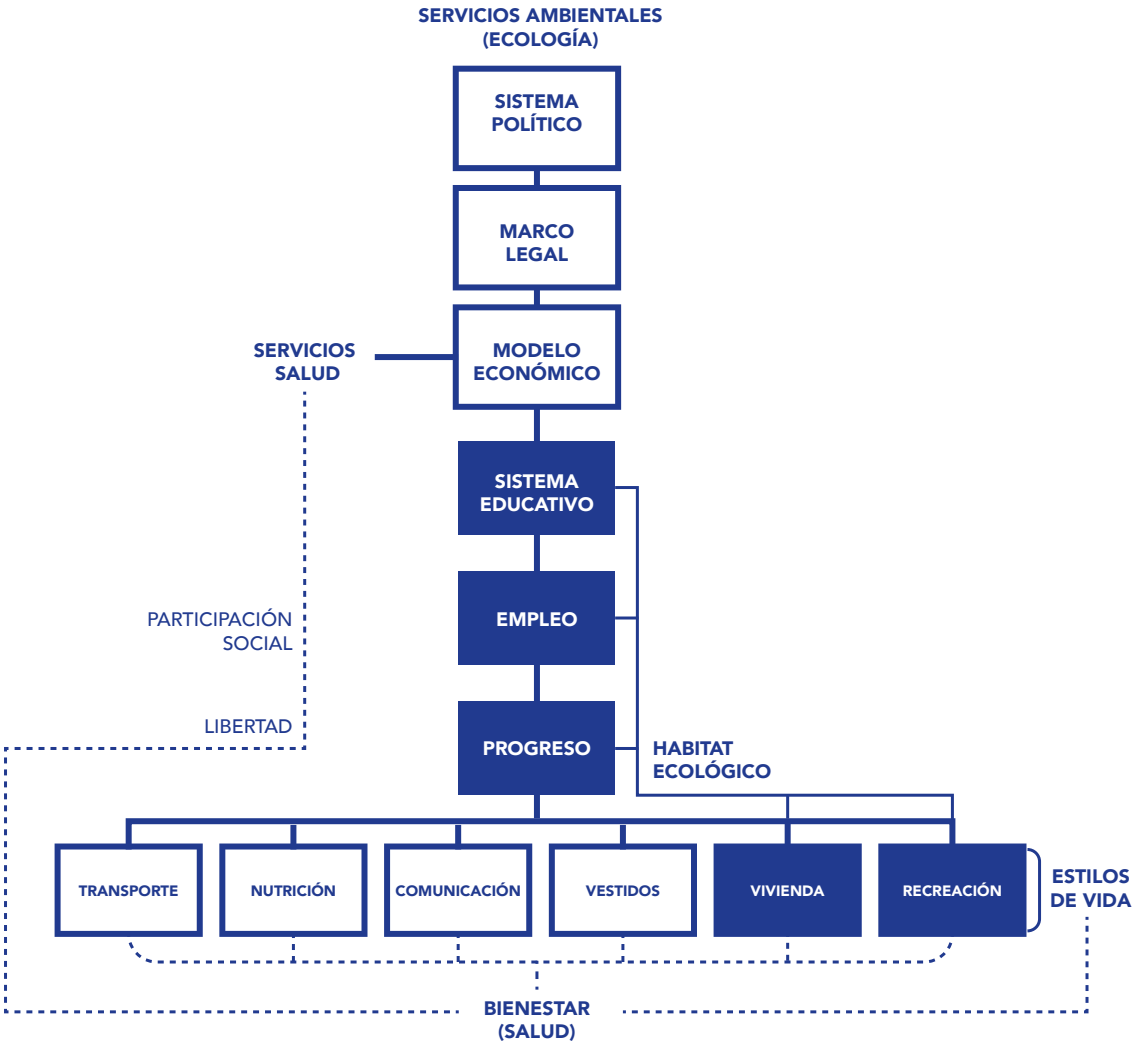
- La salud es un valor universal que se ve amenazada por múltiples factores.

- La acción en salud debe ser tanto individual como colectiva.

- Las estrategias de promoción de la salud deben enfocarse hacia el desarrollo de estilos de vida saludables y al mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y ambientales que son determinantes de los niveles de salud".

Entonces gráficamente se tiene:

FIGURA 1
Producción social de la salud



Fuente: Según Bergonzoli (1994).

Tal como lo identifica Bergonzoli (1994), la promoción de la salud se da cuando "se enfoca los determinantes individuales de la conducta humana y se valora y resalta los determinantes colectivos presentes en los ecosistemas y macrosistemas sociales".

ANTECEDENTES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La primera intervención de salud comunitaria que se tiene documentada corresponde al Proyecto de Karelia del Norte (PKN) que se lanzó en 1972, en Finlandia. El gobierno apoyaba medidas urgentes y efectivas para reducir la carga de la mortalidad por las Enfermedades Cardio Vasculares (ECV), extremadamente elevadas en el área. En aquella época, la población relativamente homogénea de Karelia del Norte tenía la mortalidad más alta del mundo por ECV, y el nivel socioeconómico más bajo de cualquier provincia finlandesa en los últimos 20 años. Los componentes clave del proyecto fueron:

- Actividades innovadoras de comunicación social
- Participación de numerosas organizaciones comunitarias y de los residentes
- Participación sistemática de los proveedores de atención primaria de salud y de otros servicios
- Programas de capacitación, que comprenden a proveedores no tradicionales (es decir, al personal no profesional)
- Cambios ambientales mediante colaboración entre socios, incluyendo la colaboración con la industria alimentaria
- Actividades de cambio en las políticas, entre otras, la colaboración estrecha con los encargados de formular las políticas sanitarias nacionales

- Vigilancia y retroalimentación constantes para mejorar los procesos de intervención.

Un referente obligado de la Promoción de la Salud, lo constituye la Carta de Ottawa en la que se define una serie de lineamientos para los países miembros de la OMS y tendientes a consolidar un mejor nivel de salud para la población general. La Carta de Otawa sumada a la estrategia Salud para Todos 2000 (SPT 2000) y la estrategia de Promoción de la Salud reafirmada en Jakarta en 1997, se constituyen en programas de desarrollo integral que pretenden precisar componentes e indicadores del nivel de vida en todos los pueblos.

Pero según se desprende de la Declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social realizada en Copenhague, Dinamarca, en 1995:

> *"... en todos los países del mundo hay un aumento de la prosperidad de algunos, acompañado lamentablemente de un aumento de la pobreza extrema de otros". Más de I.000 millones de habitantes del mundo viven en pobreza extrema. La inequidad es uno de los problemas que debe enfrentar la actuación en salud ya que para lograrla se debe: "Facilitar un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación".*

Tal y como señala Sofía del Bosque Araujo (1998): "Promover la salud mediante la solidaridad y la alianza intersectorial, es cumplir con un rol histórico en favor del desarrollo, de la sobrevivencia y la paz".

ELEMENTOS ESTRÁTEGICOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Dado que las acciones de Promoción de la Salud derivan de un complejo enfoque de factores que se interrelacionan y afectan de manera diferente a cada individuo, en la Carta de Otawa se ofrece una panorámica que propone cinco rumbos estratégicos y tres líneas de acción. Ya con este marco conceptual se puede analizar que la Promoción de la Salud en su sentido contemporáneo va más allá de los sistemas de cuidado médico, de la educación en salud, o de la prevención de la enfermedad; se constituye en una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria, para mejorar la salud y bienestar de la sociedad: no es una respuesta exclusiva del sector salud o de asistencia médica, sino como una "respuesta de los diferentes sectores relacionados con la salud, dirigida a mejorar el entorno global, las condiciones de vida y las formas de vivir de la población.

La OMS, concibe la Promoción de la salud como: "la acción social, educativa y política que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria en favor de la salud; brinda oportunidades y poder a la gente para que ejerzan sus derechos y responsabilidades para la formación de ambientes y políticas que sean favorables a su salud y su bienestar.

La promoción de la salud tiene tres componentes esenciales, que la Organización Mundial de la Salud, define como:

1 - Formular políticas públicas saludables	Fomentar estilos de vida
2 - Crear ambientes propicios	Habilitar a la gente para el control sobre los servicios de Salud
3 - Fortalecer la acción comunitaria	
4 - Desarrollar aptitudes personales	Implantar condiciones estructurales que hagan posible la salud plena
5 - Reorientar los servicios de salud	

1. Buena gobernanza sanitaria: La promoción de la salud requiere que los formuladores de políticas de todos los departamentos gubernamentales hagan de la salud un aspecto central de su política. Esto significa que deben tener en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, y dar prioridad a las políticas que eviten que la gente enferme o se lesione.

Estas políticas deben ser respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública, por ejemplo armonizando las políticas fiscales que gravan los productos nocivos o insalubres, como el alcohol, el tabaco y los alimentos ricos en sal, azúcares o grasas, con medidas para estimular el comercio en otras áreas. Asimismo, hay que promulgar leyes que respalden la urbanización saludable mediante la facilitación de los desplazamientos a pie, la reducción de la contaminación del aire y del agua o el cumplimiento de la obligatoriedad del uso del casco y del cinturón de seguridad.

2. Educación sanitaria: Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, por ejemplo con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan. Tienen que tener la oportunidad de elegir estas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud.

3. Ciudades saludables: Las ciudades tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros de atención primaria. Las ciudades saludables contribuyen a crear países saludables y, en última instancia, un mundo más saludable.

Aunque existen cinco líneas de trabajo existe un eje que debe abarcarlas a todas y que permita unificar criterios favorecedores de la acción y esta la forman la educación en salud y la comunicación en salud. Estas acciones se orientan al "empoderamiento" de los individuos y colectividades para que tomen decisiones acertadas sobre su salud y para socializar el conocimiento en salud. Para que esto resulte efectivo

debe desarrollarse en forma integrada, y estar presente, en todas las acciones que contemplen la promoción de la salud.

Se puede señalar entonces que la Promoción de la Salud en su sentido contemporáneo va más allá de los sistemas de cuidado médico, de la educación en salud, o de la prevención de la enfermedad; constituyéndose en una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria, para mejorar la salud y bienestar de la sociedad.

. La Conferencia «Promoción de la Salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Salud para todos y todos para la salud», celebrada bajo los auspicios del Ayuntamiento de Shanghái, señala los escenarios de la Promoción de la Salud e identifica los siguientes elementos que deben ser considerados al desarrollar la estrategia 1-. Construir ciudades sanas 2- Mejorar la salud en entornos urbanos 3.- promover las ciudades y comunidades saludables 4.- Aprovechar la movilización social 5.-Fomentar los conocimientos básicos acerca de la salud, señalando la necesidad de fomentar la actuación multisectorial y fortalecer la buena gobernanza en pro de la salud.

ESCENARIOS PARA ORGANIZAR LAS ACCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

De acuerdo con la OMS (1998), "un escenario es el lugar donde las personas usan y moldean activamente el entorno, creando o resolviendo problemas relacionados con la salud. Los escenarios normalmente pueden identificarse por tener unos límites físicos, una serie de personas con papeles definidos, y una estructura organizativa". Como ejemplos de escenarios se pueden citar los centros educativos, los lugares de trabajo, los servicios de salud y las comunidades.

Los escenarios definidos pueden ser:

* Acciones dirigidas a los factores personales y determinantes biológicos de la salud enfermedad

* Acciones para mejorar los estilos de vida

* Acciones para mejorar los espacios físicos y socioculturales

* Acciones para mejorar condiciones de vida tales como el empleo, ingresos económicos, vivienda, educación

Un ejemplo muy interesante de una actividad de este tipo son las denominadas Ferias de la Salud, en donde se logra involucrar a diversos actores sociales con el fin de promover y proteger la salud de la población. Aquí también se ubica la elaboración y difusión de material educativo y la realización de campañas de comunicación masiva.

CRONOLOGÍA DEL DESARROLLO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PAÍS

En la Memoria Institucional del Ministerio de Salud de 1927 se señala:

> *"La Secretaria de Higiene desea ensayar en algunas localidades un servicio de salubridad cantonal que beneficie realmente a la colectividad y que estimule al médico al trabajo y al estudio. El proyecto tiene en mira el tratamiento de los pacientes y la prevención de las enfermedades. La organización del servicio de salubridad en la forma más simple, para ser aplicado, por ejemplo, en Grecia, se compondría:*
>
> *a) De un Médico; b) De un microscopista (con funciones de Inspector de Higiene); c) De una Asistente Sanitaria Escolar (con funciones de Enfermera Visitadora)".*

En el mismo documento se señala que

> *"El Estado es en la Higiene Pública un factor que debe cooperar con dos otras entidades: el Municipio y el pueblo. Es una mala práctica que el Estado lo haga todo".*

Con esto se estaban sentando las bases para desarrollar la participación comunitaria en las acciones sanitarias dirigidas a la comunidad, lo que se puede considerar como un antecedente para el desarrollo de la promoción de la salud en el nivel local.

Uno de los proyectos que deben considerarse pionero en Promoción de la Salud en el país corresponde a la experiencia generada por el Hospital sin Paredes en San Ramón y que se logró sistematizar como una de las experiencias más comprometidas con el desarrollo de la salud pública. El proyecto se inició en 1950 en el Centro de Salud de Palmares y proponía cambiar el sistema tradicional de Hospital cerrado y con misión puramente curativa por un Hospital de puertas abiertas proyectado a la comunidad, con plena participación comunitaria y con un enfoque preventivo curativo. Esta es una experiencia de vanguardia y que se desarrolló mucho antes de que se planteara la Carta de Ottawa, la cual ha logrado ser sistematizada y es uno de los primeros antecedentes sobre Promoción de la Salud en el país.

Costa Rica se destaca por una amplia participación ligada a las acciones de mejoramiento comunal y el caso de la participación en salud no es la excepción, ya que se cuenta con una reconocida trayectoria en este campo que ha fortalecido y sostenido diferentes programas sanitarios. Estos grupos han permanecido ligados a diferentes instancias participativas, como es el caso de: Comités de Salud, Comités de Nutrición, colaboradores de la lucha contra la malaria, Educadores Comunitarios en Salud, para mencionar algunos ejemplos. De hecho los Comités de Salud, se constituían en equipos de apoyo importantes para el desarrollo de las actividades por parte del personal de la Salud en las comunidades. Estos grupos, se encargaban de brindar apoyo a los funcionarios sanitarios, pero además realizaban acciones comunitarias para mejorar la prestación de los servicios de salud. Estos grupos son integrados de forma voluntaria por personas de la comunidad comprometidas con el mejoramiento de la salud de sus comunidades. Más actualizadas estarían las Juntas de Salud, que tratan de involucrar a la comunidad en la gestión de la prestación de los servicios de salud.

El Ministerio de Salud para fortalecer estas acciones, desarrolló en los años 80, el Programa de Fomento de la Comunidad (PROFOCO), que era el encargado de apoyar la capacitación de funcionarios y población en los temas de participación social y vigilancia de los servicios de salud. Antes de la creación de este programa, ya el Ministerio contaba con promotores sociales encargados de colaborar con los comités de salud, estos funcionarios con la creación de PROFOCO dependían de las directrices de este programa, anteriormente pertenecían al programa de Salud Rural y Comunitaria del Ministerio de Salud.

A partir de 1985, el programa PROFOCO, pasa a ser parte del Departamento de Trabajo Social y coordinaban acciones con los Departamentos de Educación para la Salud, Salud Rural y Comunitaria y el Departamento de Salud Mental.

En 1988, los departamentos de Educación para la Salud, Trabajo Social y Salud Mental se unen para formar el Departamento de Promoción de la Salud, para ello, se identifica las líneas de trabajo de cada departamento que pueden ser ejecutadas desde un programa de Promoción de la Salud fortaleciendo la sinergia y rescatando el trabajo colaborativo. La capacitación de este equipo fue asumida en primera instancia por el Ministerio de Salud en los 3 niveles de gestión identificando los diferentes roles a ser asumidos por el personal para la nueva perspectiva de trabajo, se coordina con organismos internacionales para crear el grado de conocimiento requerido por los funcionarios para asumir sus nuevas funciones. Es importante reconocer que mucho del conocimiento se veía fortalecido por la experiencia adquirida en proyectos como el Hospital sin Paredes y la actividad en los comités de salud, en los modelos de participación comunitaria, educación y acciones preventivas.

La Asociación Costarricense de Salud Pública (ACOSAP), con el apoyo económico de la Asociación Canadiense de Salud Pública, plantea el proyecto "Promoción de la Salud" para ser implementado en los años 1988 -1991 basado en la "carta de Otawa" y en ese mismo año se realiza el primer Seminario Nacional sobre Promoción de la Salud en el país y se ofrecen talleres regionales, con lo que "se sientan las bases de la promoción de la Salud en Costa Rica"; además

de las actividades de capacitación se desarrollan Ferias Nacionales de Promoción de la Salud.

En 1994, de acuerdo con el planteamiento de la meta de Salud para Todos, se plantea la necesidad de significar el desarrollo de un sistema de servicios con alto grado de eficiencia y de compromiso con la tarea de mejorar los niveles de salud y bienestar. Se tiene que desarrollar nuevos enfoques de atención integral, con énfasis en la prestación de servicios ambulatorios, que integren en el sentido vertical todos los niveles de atención, y que tengan soporte horizontal en los individuos , la familia y la comunidad, en una tarea conjunta que satisfaga las necesidades de salud de la población. Esta debe utilizar a plenitud y con eficiencia los servicios y producir resultados satisfactorios al personal de salud y a los usuarios del sistema, quienes tendrán acceso permanente a los servicios y prestaciones que garanticen una relación médico-paciente individual y humanizada, con el apoyo de un equipo sanitario que constituiría la base fundamental de servicios continuos, equitativos y eficientes. ·Se intensificará la promoción y el apoyo a la organización y participación de la comunidad en su propio desarrollo, con énfasis especial en las actividades de salud, desde la identificación de sus problemas hasta la determinación de sus prioridades.

En 1995, la OMS empezó a desarrollar e! proyecto "Ciudades Sanas", cuyos objetivos se centran en la promoción de estilos de vida saludables, creación de ambientes sanos y un mayor compromiso con la salud en los niveles locales.

La definición global de la salud, involucra directamente a las municipalidades, ya que ellas tienen que velar por todos los aspectos que garantizan los fundamentos del bienestar de la población y esto es de gran relevancia para la elaboración de acciones en Promoción de la Salud.

En relación con la elaboración de políticas públicas y legislación favorable para la salud, es importante rescatar que desde 1995, el Programa Nacional de Promoción y Protección de la Salud, contempla que se debe:

> *"… aprovechar todos aquellos espacios en que sea posible abogar para que el nivel político tenga en cuenta las repercusiones que el programa global de gobierno pueda tener en la salud de la población, orientándolo con decisiones que estén acordes con los principios de la Promoción de la Salud. Se requiere identificar y eliminar los obstáculos que impiden la adopción de medidas que favorezcan la salud".*

La definición global de la salud, involucra directamente a las municipalidades, ya que ellas tienen que velar por todos los aspectos que garantizan los fundamentos del bienestar de la población y esto es de gran relevancia para la Promoción de la Salud. Además, es en este nivel donde se fundamentan las acciones colectivas y de intersectorialidad. Un elemento también importante es el Fortalecimiento de las potencialidades individuales y colectivas, así como el estímulo a comportamientos y estilos de vida saludables. En este apartado se orientan la adquisición y modificación de comportamientos y estilos de vida relacionados con la salud. Este componente se debe desarrollar con las otras líneas de acción de la promoción de la salud y se actúa tanto dentro de la educación formal como de la no formal a través de los diferentes medios de comunicación social.

El Ministerio de Salud formalizó en 1996, la Red Costarricense de Cantones Ecológicos y Saludables con 27 cantones fundadores. En 1998, 40 de los 81 cantones del país estaban integrados en esta Red.

En 1997, se desarrolla el proyecto de Educadores Comunitarios en Salud (ECOS) que pretendía contribuir con materiales didácticos de apoyo para que personas de la comunidad ejecutaran acciones de prevención y promoción de la salud, utilizando material educativo uniforme y debidamente validado sobre los principales problemas de salud que afectaban a las comunidades, el material también fue elaborado para poblaciones indígenas, para favorecer el concepto de interculturalidad y el respeto hacia poblaciones que habían estado excluidas.

En 1998 se concreta la propuesta Nacional de Promoción de la Salud en el ámbito escolar como un esfuerzo de la Comisión Nacional de Salud Escolar integrado por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación Pública, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Inciensa, la UCR y la UNA. En el documento se reconoce que

> *…los sectores de Salud y Educación se constituyen en un pilar fundamental para garantizar el acceso a servicios básicos, la creación de ambientes saludables y la reflexión y análisis sobre aspectos cotidianos relacionados con la salud" con lo que se logra "el mejoramiento en la calidad de vida personal y colectiva".*

También durante el año 1998, se elabora el Primer Plan Nacional de Promoción de la Salud 1999-2004, en que se plantea el desarrollo articulado de la Promoción de la Salud como eje fundamental de la producción social de la salud y se señala que se debe implementar en forma solidaria y concertada con los diferentes actores sociales, según las prioridades identificadas en cada área de salud del país.

A finales de 1998, se realizaron dos talleres nacionales para definir la "situación actual de la Promoción de la Salud en Costa Rica". De la recolección de esta información se obtiene el insumo para la elaboración de 53 planes locales de promoción de la salud; de los contenidos básicos y de los planes de acción local se define el Plan Nacional de Promoción de la Salud.

Durante este mismo año, Costa Rica se une a la iniciativa CARMEN/ CINDI de OPS/OMS , cuyo propósito fundamental fue mejorar la salud de la población al disminuir la mortalidad y morbilidad originadas por las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), por medio de la ejecución de intervenciones integradas al reducir simultáneamente, los factores comunes de riesgo de las principales ECNT, particularmente el control y prevención del consumo de tabaco, la inactividad física, la alimentación inadecuada, el abuso de alcohol y el estrés sicosocial. El Programa CARMEN (Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de las enfermedades no transmisibles), se fundamentó en el conocimiento existente tanto de índole científico como en las experiencias y lecciones aprendidas en

promoción de la salud y prevención de enfermedades, desarrolladas en Europa a partir de una manera concertada.

Dentro del Foro: Análisis situacional del Sector Salud" realizado en 1998, se hace un análisis del componente de Promoción de la Salud y se destaca los lineamientos que en este campo deben ser impulsados por la institución.

El Programa de Promoción de Estilos de Vida Saludable (PROEVISA) constituye la primera experiencia nacional, sostenida en promoción de estilos de vida saludable y prevención de enfermedades cardiovasculares.

Costa Rica, ha tratado de priorizar la salud reforzando el bienestar social, lo que explica en buena medida los elevados índices de salud con que se cuenta. Durante la década de los 90 se realizaron grandes esfuerzos para la atención de necesidades tendientes a la reducción de desigualdades sociales y se hizo énfasis en las áreas de educación, vivienda, trabajo y desarrollo de la autonomía local. En este mismo aspecto se promovió legislación para adecuar los servicios de salud. Un elemento importante a rescatar es el fomento en la creación y mantenimiento de ambientes favorables a la salud. Se reconoce como ambiente: todos aquellos aspectos identificables del entorno físico, social y económico que influencian la salud, de allí la importancia de la relación entre calidad de vida y la calidad del ambiente en el cual vive el ser humano.

En 1999, se implementa el trabajo en temas prioritarios en la salud de la población y se hace un trabajo importante para identificar las acciones encaminadas a mejorar los índices de salud intensificando el uso de medios de comunicación masiva.

En el año 2000, se intensifica el trabajo con los Centros de Enseñanza y se fortalece la educación para la salud por medio del programa Escuelas Saludables y la capacitación de educadores para que sean multiplicadores en sus localidades. La Comisión Nacional de Salud Escolar, integrada por el Ministerio de Salud (MS), el Ministerio de Educación (MEP) y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS),

desarrollan en las escuelas un programa tendiente a favorecer el desarrollo físico, social y emocional de las comunidades. Para lograr este objetivo se aplicó la metodología en dos escuelas ubicadas en Desamparados y en la Finca La Carpio, las cuales sirvieron de modelo para la implementación del programa de salud escolar a nivel nacional.

A inicios de este mismo año, se empezó a desarrollar el programa de centros de trabajo saludables, este programa tiene el propósito de promover el desarrollo de condiciones favorecedoras a la salud de los trabajadores (as) en los centros de trabajo. Entre estas condiciones se encuentran los espacios físicos y de tiempo para el ejercicio de la actividad física y acciones antitabaco. Este programa se coordina con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

A inicios del 2001, se puso en marcha el proyecto "Espacios Libres de Humo de Tabaco", lográndose, a la fecha, su implementación en 17 empresas privadas e instituciones públicas. Se hizo una encuesta entre los trabajadores del Ministerio de Salud, para identificar a la población fumadora, diagnosticándose que el 13 % de la población es fumadora y se ofrece la posibilidad de cesación por medio de la apertura de la clínica de cesación de fumado en la institución en noviembre del 2001.

En este año se da el Fortalecimiento del programa de cantones saludables. El Programa es una estrategia que promueve el esfuerzo conjunto de instituciones, comunidades y municipios para el logro de las condiciones de salud humana y ambiental. Las instituciones que conforman este programa son: Ministerio de Ambiente, Energía (MINAE), Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM), Ministerio de Salud, CCSS, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) y Unión de Gobiernos locales. Se tiene la expectativa que los municipios desarrollen proyectos en el campo de la salud, enfatizando en acciones de salud mental y actividad física. En algunas municipalidades se crea una oficina de salud y bienestar para servir como enlace en el desarrollo de propuestas de acción en temas sanitarios.

Además se da el fortalecimiento de los programas de atención a las personas con enfoque de género y el tema de atención a las víctimas

de la violencia Intrafamiliar. Se brindó apoyo a las municipalidades y comunidades para el desarrollo de programas de capacitación en recreación y deporte.

Se establece acciones para prevenir y disminuir los accidentes de tránsito y se incorpora dentro del Programa de Promoción de la Salud, el desarrollo de estrategias en este campo.

El Ministerio de Salud también promovió la organización, capacitación y la participación de los diferentes actores sociales locales en el diagnóstico, coordinación, ejecución, y supervisión en temas relacionados con la prevención y los servicios de salud. Además de participar en la concertación, mediante el Triángulo de la Solidaridad, para que las instituciones del sector se involucren en procesos medulares de salud a nivel local. Esta es una estrategia de concertación entre gobiernos locales, instituciones y comunidades que permite potenciar los recursos y capacidades existentes para responder a las demandas y necesidades de la población.

También se implementaron campañas para prevenir enfermedades crónicas y degenerativas enfatizando la necesidad de dietas saludables, actividades físicas y deporte.

Asimismo, se desarrolló el Plan de Promoción de la Salud para el primero, segundo y tercer nivel de atención, que incluye los estilos de vida saludable en el marco de los compromisos de gestión, entre los cuales se cuenta: desarrollo de Ferias de Salud y campañas de detección de enfermedades.

El Ministerio de Salud también impulsa las acciones en la promoción de la participación de las empresas privadas y comunidades en la gestión y tratamiento de los desechos sólidos. A partir de agosto del 2001 el Ministerio de Salud implementó el proyecto "Manejo Integral de los Desechos Sólidos en Costa Rica" denominado "Ciudades Limpias", en coordinación con el Ministerio de Educación Pública y las municipalidades y con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

Además de la definición del Plan Nacional de Promoción de la Salud a finales de noviembre del 2001, la institución emitió los lineamientos rectores en Promoción de la Salud, los cuales tienen como objetivo, entre otros, promover la creación de alianzas estratégicas con instituciones, gobiernos locales, grupos organizados y miembros de las comunidades para la elaboración y desarrollo de proyectos y programas que actúen sobre los determinantes de la salud, así como establecer los mecanismos de control, seguimiento y evaluación de las acciones de promoción, asegurando la participación social para disminuir las inequidades en salud por sexo, etnia y grupo social.

Se impulsa el fortalecimiento de redes, para favorecer el trabajo con grupos prioritarios y la atención de las necesidades reales de acuerdo con el conocimiento de estos grupos.

Entre el 2005 y el 2008, se desarrolla Promoción de la Salud en la Dirección de Desarrollo de la Salud, se continua trabajando sobre la Red Nacional de Escuelas Saludables, espacios libres de humo de tabaco, ciudades limpias, además se implementa la aplicación para el Análisis de Contexto en Salud que es más amplio que el diagnóstico de Salud y se fortalece el programa CARMEN, entre otras acciones.

En el 2008 y como parte del proceso de reorganización del Ministerio de Salud, se implementa el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud y el Departamento de Promoción de la Salud se identifica en la nueva función rectora de Mercadotecnia de la Salud, que consiste en definir y ejecutar las acciones necesarias para posicionar el valor de la salud en la población y persuadir o incentivar a los actores sociales para que adopten e implementen la estrategia de promoción de la salud y promuevan la cultura de la no exclusión en salud. Se inicia el trabajo de la Red Costarricense de Actividad Física y Salud (RECAFIS).

En el cuatrenio 2010-2014, la Dirección de Promoción de la Salud y Mercadotecnia de la Salud pasa a ser una de las Unidades de gestión. Se desarrolla el 7° Simposio Internacional de Mercadotecnia de la Salud con el apoyo de la academia, del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y de la Caja Costarricense de seguro

Social. Se implementa el proyecto de regulación de sodas escolares y se desarrollan acciones dentro de la estrategia de Habilidades para la vida. En Costa Rica, a partir del 2012, comenzó a regir la Ley 9028, "Ley de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud", la cual establece las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo y de la exposición al humo de tabaco. Muchas de las acciones desarrolladas en Promoción de la Salud son financiadas con fondos de esta Ley.

En el 2016, en la memoria institucional se define que la Dirección Promoción de la Salud (DPS) tiene como su función principal:

> *…dirigir los esfuerzos de los actores sociales del sistema de producción social de la salud, para la modificación de los determinantes, protegiendo y mejorando el estado de salud de la población. Brindando supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las Unidades Organizativas de los niveles central, regional y local, según corresponda.*

Para ello, se definieron las funciones y productos requeridos para lo que se elaboró el "Modelo en Rectoría en Promoción de la Salud" (MRPS), basados en la metodología de diseño organizacional, obteniéndose la aprobación de MIDEPLAN en noviembre de ese mismo año, el cual fue presentado dentro del criterio de organización parcial de la Dirección de Promoción de la Salud.

El MRPS permite reorientar la gestión de la Dirección de Promoción de la Salud en los tres niveles de gestión, con cambios sustanciales de nombre a las dos unidades de la DPS, en sus funciones gerenciales, generales y sustantivas desde el rol rector en este tema. Fue de interés de la Viceministra de Promoción de la Salud, continuar en el año 2017 y definir la implementación del Modelo de Rectoría en Promoción de la Salud a saber: Estrategia normativa-política.

Durante el año 2016 y 2017 se realizaron una serie de acciones para el diseño y aprobación del "Decreto Integrado de Promoción de

la Salud", Decreto 40-706-S-MEP-MINAE-MAG-MCJ-MIDEPOR: Creación de las Comisiones de Promoción de la Salud, publicado en el alcance N° 263 a La Gaceta N° 207 del 2 de noviembre de 2017

En 2017 se desarrolla una tesis para identificar el manejo conceptual y operativo de la Promoción de la Salud en la Dirección Regional de la Salud Central Sur, en el documento el autor Ledezma (2018) señala, entre otras cosas, el grado de pertenencia de los funcionarios enlace en el tema. Una de las conclusiones del documento señaló la necesidad de uniformar criterios conceptuales.

En 2018 el Gobierno del Bicentenario ha defino la promoción de la salud como una de sus prioridades. Con el fin de fortalecer el desempeño del Ministerio de Salud como ente rector del Sector, tanto en la conducción de la acción intersectorial y multiactor, como en su organización interna, se establece un proceso de construcción con participación de diferentes actores sociales y autoridades políticas, así como representación de los tres niveles de gestión institucional. Fortalecimiento de la función rectora de promoción de la Salud de Costa Rica con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (2018). Divulgar la metodología del proceso de revisión de las funciones rectoras relacionadas con promoción de la salud y su operacionalización.

En 2019 de acuerdocon lo publicado en la Gaceta del 4 de noviembre de 2019:

> *Se suprime la Dirección de "Promoción de la Salud" y sus unidades organizativas, dado que la promoción de la salud se establece como una estrategia transversal, siendo sus funciones asumidas por las unidades organizativas de la estructura institucional.*

FUTURO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Promoción de la Salud se conforma en un compromiso permanente y sostenido que debe ofrecer alternativas a fin de poder modificar, cuando así se requiere, las condiciones y estilos de vida operantes. Para conseguirla se basa en la responsabilidad compartida para procurar, mantener y mejorar los niveles de salud de la población. Así, la Promoción de la Salud se constituye en un doble reto para el personal de salud, quienes en muchos casos deben cambiar sus modelos de pensamiento para aceptar e interiorizar el discurso propuesto para el desarrollo e implementación de la promoción de la salud como un elemento de la vida cotidiana; ya que el compromiso que logre asumir cada uno en este sentido es el que le da vigencia a la Promoción de la Salud.

La promoción de la salud implica inversión en salud, ya que como lo señala la Asociación Canadiense de Salud Pública:

> *No es posible tener resultados positivos en salud, a no ser que exista un compromiso de invertir en la salud total del individuo y de la comunidad. Este compromiso debe reflejarse a través de una gama comprensible de prestaciones de servicios, que incluya una intervención rápida, mantención de la salud, educación en salud, prevención de enfermedades y protección de la salud.*

Tanto el Ministerio de Salud como la Caja Costarricense de Seguro Social han venido consolidando el área de Promoción de la Salud con la integración de profesionales graduados de la carrera de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica en los diferentes niveles de gestión, lo esencial es que a la par de esto se vaya consolidando el fortalecimiento de la Promoción de la Salud en las diferentes actividades dado que los profesionales se integran en grupos colaborativos ofreciendo una perspectiva integral en el quehacer institucional.

El Ministerio de Salud para el año 2019 cuenta con 12 funcionarios egresados de la Carrera de Bachillerato y Licenciatura en Promoción

de la Salud de la Universidad de Costa Rica; 2 de ellos ubicados en el Nivel Central y 10 en Áreas Rectoras de Salud. Sus principales funciones se encuentran relacionadas con:

- Elaboración de documentos técnicos como Diagnósticos de Salud, Análisis de Situación Integral de la Salud, planes, programas y proyectos.

- Elaboración de lineamientos en promoción de la salud,ofreciendo criterio técnico como punto focal en las diferentes comisiones tanto intra como interinstitucionales en que está representada la institución.

- Coordinación con actores sociales para el desarrollo de estrategias encaminadas al desarrollo de acciones con enfoque de promoción de la salud que permitan mantener y mejorar la salud de la población

- Procesos de educación en salud y prevención de la enfermedad para el desarrollo de capacidades en la población.

Se debe propiciar la integración de funcionarios con conocimientos en promoción de la salud para integrar los equipos de trabajo en los diferentes niveles de gestión para favorecer la integración del componente en las acciones de la institución. En países como Perú, México, Puerto Rico y Colombia se cuenta con experiencias exitosas y sistematizadas para potencializar la Promoción de la Salud que podrían ser consideradas para el fortalecimiento de este componente en el país.

Además dos profesionales de la carrera se ubican en el Observatorio de Vigilancia de las Estrategias e Intervenciones en Salud para el cumplimiento de la Ley 9028. (OVEIS) que es un proyecto conjunto entre la Escuela de Salud Pública y el Ministerio de Salud. También es importante señalar que algunos proyectos institucionales han hecho la contratación por servicios profesionales de graduados de la carrera.

CONCLUSIONES

La promoción de la salud es un elemento que siempre ha estado presente en las diferentes facetas de la actividad sanitaria pero de manera dispersa por lo que es importante valorar su identificación en cada una de los procesos y actividades para potencializar y visibilizar esas acciones, como es el caso del Hospital sin Paredes, que se anticipó a la Carta de Ottawa como una experiencia exitosa en Promoción de la Salud. Por ello, es importante crear un repositorio con el acervo en este tema y que de esa manera se fomente las experiencias que se puedan considerar como Buenas Prácticas en los 3 niveles de gestión impulsando aquellas acciones que son costo efectivas.

Se debe realizar un estudio más profundo, involucrando tanto a autoridades como a los enlaces en Promoción de la Salud para tener una línea basal que permita conocer la situación y perspectiva de este tema en los 3 niveles de gestión. Asimismo ver el proceso vivido en otras instituciones que cuentan con funcionarios destacados en esta área como la Caja Costarricense de Salud Pública y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia para permitir tener una visión más amplia de la situación y conocer la proyección. Esta información puede ser de importancia para entender el espectro laboral de la carrera. Dentro de esta visión, podría ser que el profesional requerido por las instituciones sea más un gestor gerencial en el tema que un ejecutor de acciones programadas, sin menospreciar que la acción de campo es un elemento esencial en los procesos sanitarios.

Se ha reforzado su accionar en países como Puerto Rico, México, Perú, Colombia y estas experiencias deben ser consideradas para el fortalecimiento de la Promoción de la Salud en el país.

Es importante que se considere el conocimiento técnico y que prevalezca aunque se desarrollen cambios en la parte política, de manera que los procesos trasciendan a los periodos de gobierno y se fortalezca las acciones que se desarrollan en las diferentes instancias del Ministerio de Salud; si bien es cierto lo medular es que el impacto de las acciones implementadas sean valorizadas cuando se hace la toma de decisiones.

Uno de los mayores temores en el momento de transversalizar, es la posibilidad de que se pueda invisibilizar las acciones, es por ello, que es importante desarrollar un marco conceptual que desarrolle a profundidad los conceptos y que se operativice en todos los niveles de gestión, esto puede desarrollarse mediante el uso de medios de comunicación como las redes sociales y el uso de entornos virtuales de aprendizaje que permitan uniformar criterios técnicos. La institución cuenta con un aula virtual y puede apoyarse en la Academia para implementar esta acción. Además esta actividad puede verse directamente apoyada por organismos internacionales que cuentan con mayor experiencia en este campo, como es el caso de la Organización Panamericana de la Salud.

La idea de transversalizar el componente de promoción de la salud es que se desarrolle en todos los procesos y funciones institucionales. De manera que se pueda integrar en todas las áreas de acción de la institución y que pueda ser enriquecida por las otras disciplinas con que se cuenta en la institución. Por tanto se debe trabajar la parte conceptual sobre tres ejes: Uniformar, Consensuar e Integrar los fundamentos de la Promoción de la Salud en el quehacer institucional.

AGRADECIMIENTOS

A mis compañeros de la carrera de Promoción de la Salud quienes aportaron ideas para la realización de este trabajo Lic. Freddy Ledezma Orozco, Lic. José Luis Cambronero, Lic, Cecilia Madrigal, Lic. Denisse Leiva, Lic. Roosevelth Gómez Oviedo, Lic. Katherine Gamboa.

REFERENCIAS

Arce León, Priscilla Educación para la salud como tema transversal en el sistema educativo costarricense: guía para docentes y personal de saud./ Priscilla Arce León, Margarita Claramunt Garro - San José, Costa Rica. Ministerio de Educación, 2009. 2da. Edición.

Arroyo González, Carmen Cecilia. Plan Estratégico Nacional de Cantones Ecológicos y Saludables 2005-2015. Carmen Cecilia Arroyo González, Ricardo Torres Ruiz, Miryan Cruz Olave, Xinia Bustamante Castillo. 1era ed. San José, Costa Rica: OPS 2006.

Asociación Canadiense de Salud Pública. "Enfocando la Salud". La Salud Pública en la reestructuración de los Servicios de Salud. Documento de estudio. Consejo Directivo.. Nacional de Promoción y Protección de la Salud. 1996.

Asociación Costarricense de Salud Pública: Memoria 1982-2002., San José Costa Rica. Departamento de Publicaciones e Impresiones Ministerio de Salud 2002.

Bergonzoli. G, Victoria. D. Rectoría y Vigilancia de la Salud. Monografía 94- 01. OPS/OMS, 1994.

Comisión Nacional de Salud Escolar. Propuesta Nacional de Promoción de la Salud en el ámbito escolar San José, Costa Rica 1998.

Costa Rica. Ministerio de Salud Memoria Institucional 1989 San José, Costa Rica: El Ministerio, 1989.

Costa Rica. Ministerio de Salud Memoria Institucional 1994 San José, Costa Rica: El Ministerio, 1995.

Costa Rica. Ministerio de Salud Memoria Institucional 1995 San José, Costa Rica: El Ministerio, 1996.

Costa Rica. Ministerio de Salud Memoria Institucional 1997 San José, Costa Rica: El Ministerio, 1998.

Costa Rica. Ministerio de Salud Memoria Institucional 1998 San José, Costa Rica: El Ministerio, 1999.

Costa Rica. Ministerio de Salud Memoria Institucional 1999 San José, Costa Rica: El Ministerio, 2000.

Costa Rica. Ministerio de Salud Memoria Institucional 2000 San José, Costa Rica: El Ministerio, 2001.

Costa Rica. Ministerio de Salud Memoria Institucional 2001 San José, Costa Rica: El Ministerio, 2002.

Costa Rica. Ministerio de Salud Memoria Institucional 2005 San José, Costa Rica: El Ministerio, 2006.

Costa Rica. Ministerio de Salud Memoria Institucional 2008 San José, Costa Rica: El Ministerio, 2009.

Costa Rica. Ministerio de Salud Memoria Institucional 2010-2014 San José, Costa Rica: El Ministerio, 2015.

Costa Rica. Ministerio de Salud Memoria Institucional 2010-2014 San José, Costa Rica: El Ministerio, 2015.

Costa Rica. Ministerio de Salud Memoria Institucional 2016 San José, Costa Rica: El Ministerio, 2016.

Costa Rica. Ministerio de Salud Memoria Institucional 2018 San José, Costa Rica: El Ministerio, 2019.

Del Bosque. Sofía et al ¡Manos a la Salud! Mercadotecnia. Comunicación y Publicidad: Herramienta para la Promoción de la Salud. Comps. Sofía del Bosque. Julio González. Mª Teresa del Bosque. A. de Maradiaga. México. CIESS/OPS. 1998.

Juárez, Reneé: Proevisa: una experiencia local de promoción de la salud. Compilador Reneé Juárez Villegas et al San José, Costa Rica Coopesain R.L. 1999.

Ledezma Orozco, F.M.. Fortalecimiento de la Promoción de la Salud en las Áreas Rectoras del Ministerio de Salud de la Región Central Sur: Aproximación a los conocimientos y prácticas de Promoción de la Salud de los funcionarios enlace del Ministerio de Salud en el año 2017. Tesis para optar por el título de Licenciado en Promoción de la Salud. Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica. 2018.

OMS: Educación para la Salud. Publicaciones OMS. Ginebra. 1989.

OPS: Guía para el diseño, utilización y evaluación de materiales educativos de salud. Serie PALTEX Nº 10. OPS 1984 p. 3 IB. Organizaciòn Panamericana de la Salud Los Proyectos Locales de Promoción de la Salud.

Nuevos Escenarios para el Desarrollo de la Salud Pública. SERIE: DESARROLLO DE LA REPRESENTACION OPS/OMS EN CUBA No.19, 1995.

Ministerio de Salud. Costa Rica. Programa Nacional de Promoción y Protección de la Salud. Departamento de Publicaciones Ministerio. 1988.

Ministerio de Salud. Plan Estratégico del Sector Salud 1994 – 1998 San José, Costa Rica: El Ministerio, 1999.

Ministerio de Salud Propuesta Nacional de Promoción de la Salud en el ámbito escolar: Departamento de Publicaciones Ministerio 1998.

Werner, David Bradfort y Bower. Bill Lamed. Aprendiendo a promover la salud. Palo Alto, California Fundación Hesperian 1989. Consultado en línea.

Carta Promoción de la Salud- Declaración de Adelaidahttp://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/

Carta Promoción de la Salud- Declaración de Bangkok http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

Carta Promoción de la salud- Declaración de México http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/

Carta Promoción de la Salud- Declaración de Nairobi file:///F:/Curso%20virtual%20de%20PS/Nairobi_2009_sp.pdf /

Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. https://www.paho.org/redlacpromsa/index.php/conferencias-y-declaraciones/

Carta Promoción de la Salud- Declaración de Shangai www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/es/

Carta Promoción de la Salud- Declaración de Sundsvall http://www.who.int/hpr/archive/docs/sundsvall.html

Declaración de Alma Ata. //www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXIhttp://www.who.int/healthpromotion/conferences/jakarta/declaration/sp

http://www.asamblea.go.cr/sd/Memoriasgobierno/Memoria%20Ministerio%20de%20Salud%201927-1928-1.pdf

Ministerio de Salud Perú. Modelo de abordaje para promoción de la salud. consultado en línea 12 de febrero 2020.

AVANCES Y RETROCESOS EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA: 2014-2019

MSC. JUAN PABLO SÁENZ BONILLA[1]

LICDA. KAROL ROJAS ARAYA[2]

INTRODUCCIÓN

Costa Rica ha sustentado el desarrollo de su sistema de salud a partir de una robusta intervención del Estado en diferentes ámbitos. El papel benefactor-interventor de la acción estatal da cuenta de la decisión política dirigida a procurar el desarrollo y mantenimiento de la salud entre la población costarricense a través de la vigencia de políticas para el bienestar (Briceño y Arias, 1996). Esta intervención se ha hecho manifiesta con la creación de una institucionalidad que tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud de la población.

La institucionalidad en el ámbito de la salud del país posee una gran trayectoria que se puede rastrear desde el siglo XIX. Asimismo, en el siglo XX se forman dos de las grandes instituciones de salud en el país: el Banco de Seguros (creada en 1924), hoy Instituto Nacional de Seguros (INS), con el cual el Estado asume los

contratos de seguro sobre riesgos del trabajo, entre otros (Jiménez, s.f); y la Caja Costarricense de Seguro Social (creada en noviembre de 1941 primero como institución semiautónoma[3]), como institución prestadora de servicios de salud basados en un seguro social universal.

Como parte de esta trayectoria, el Ministerio de Salud de Costa Rica se creó como parte de un proceso de evolución histórica, política e institucional que tuvo como antecedentes la "Campaña Contra la Anquilostomiasis" (1907), las dependencias creadas entre 1914-1920 que posteriormente fueron centralizadas por la "Secretaría de Higiene y Salud Pública" (1922) y la propia "Secretaría de Salud" (1927)[4]. Posteriormente, en 1973, mediante el artículo 1 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud[5], se le asignan funciones como la definición de la política nacional de salud, así como la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país. En 1983, vía Decreto Ejecutivo No.14313-SPPS-PLAN se crea el Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial del Sector Salud, el cual definió la composición del sector Salud y los términos operativos para el ejercicio de la rectoría, con lo que quedó definida y reglamentada la función de rectoría del sector, como competencia del Ministro de Salud, la Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial y las Direcciones Sectoriales Regionales (Ministerio de Salud, 2017a, p.10).

Asimismo, como otras instituciones y Ministerios del país, es previsible que haya experimentado reformas a lo largo de su historia (Villalobos, 1996), incluyendo otros varios intentos reformistas (Martínez, 1999), los cuales han incidido en su mandato, estructura organizacional, estrategia y marco filosófico, así como finalmente en los servicios organizacionales a prestar.

Sin embargo, más allá de estas reformas, en este artículo interesa analizar en términos generales los avances y retrocesos en la institucionalización de la Promoción de la Salud (PS) en el Ministerio de Salud, entendiendo así algunas dinámicas de esta institución y el espacio que ha ocupado la Promoción de la Salud en los últimos años.

1 Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Costa Rica, profesor e investigador. Correo electrónico juan.saenz@ucr.ac.cr

2 Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, profesora e investigadora. Correo electrónico karolcristina.rojas@ucr.ac.cr

3 Para más información, véase: https://www.ccss.sa.cr/cultura

4 Para más detalle véase: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/evolucion-historica

5 Ley número 5412 del 8 de noviembre de 1973.

SOBRE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y LA INSTITUCIONALIZACIÓN

El estudio de las instituciones ha sido fundamental para diversas disciplinas, principalmente de las Ciencias Sociales. Esto incluye desde la temprana preocupación de la Sociología por las instituciones sociales y culturales, hasta el interés de las Ciencias Políticas por el gobierno y las instituciones del sector público, sobre todo nuevamente a partir de la década de 1980 (Peters, 1999, p.13; Rothstein, 2001, p.209), cuando, entre otras cosas, se buscaba dilucidar el papel que juegan las instituciones en la determinación de los efectos políticos o sociales (Hall y Taylor, 2001). Pero, ¿qué son las instituciones? ¿Por qué son importantes para la vida en sociedad?

Como señala Guy Peters, hay escaso consenso sobre lo que son las instituciones (1999, p.10) y tampoco no existe un cuerpo unificado de conocimiento sobre las instituciones, sino más bien diferentes aproximaciones analíticas o escuelas de pensamiento, entre las que destacan el institucionalismo histórico, el institucionalismo rational choice, el institucionalismo sociológico (Hall y Taylor, 2001), entre otros.

Sin embargo, en términos generales podría señalarse que las instituciones son "…las reglas, normas, costumbres de operación del sistema" (Rivas, 2003, p.39). Además, podría complementarse la definición diciendo que son esas reglas, normas ya citadas, más las creencias, prácticas y símbolos que en el marco de la estructura social condicionan y limitan el margen de acción de los individuos.[6]

6 Otros autores prefieren hacer referencia a conceptos como "sujeto" (Foucault, 1990), "actor" o "agente" (Fernández, 2003).

Sin embargo, estas definiciones generales, no necesariamente dan cuenta de la especificidad de las instituciones políticas, lo cual es fundamental para hacer la distinción con respecto a otros tipos de instituciones (Rothstein, 2001, p.217). Así, una definición introductoria y generalísima es que las instituciones políticas son "reglas del juego" (Rothstein, 2001, p.217), las cuales incluyen también las reglas del juego constitucionales, legales y administrativas, así como el conjunto de entes del sector público.[7]

7 A pesar de la definición planteada, no debe ignorarse la importancia de las instituciones informales, y la relación que en general las instituciones políticas tienen con otros tipos de instituciones (cultural, social, económica, etc).

En Costa Rica, esta institucionalidad ha sido comprendida como "… un órgano vivo que se adapta a las necesidades de la ciudadanía" (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2010), lo cual evoca un interés legitimador y una premisa organicista parsoniana.

Ahora bien, más allá de estos intereses y premisas, lo cierto es que como ha señalado el (neo)institucionalismo, las instituciones cambian y son modificadas por las acciones de los seres humanos y la historia (Rivas, 2003, p. 40), por lo que se forman, se desarrollan y eventualmente pueden eliminarse. En ese marco, las instituciones pueden experimentar procesos de institucionalización (Rosales, 2009), o bien de desinstitucionalización y reinstitucionalización (DiMaggio citado por Rivas, 2003, p.39).

El énfasis de este artículo refiere al proceso de *institucionalización*, el cual –como el título sugiere- no se concibe como un proceso lineal o mecánico ni como un simple "estadio rígido o invariable" (Rosales, 2009, p.27).

De esta forma, la institucionalización es entendida como los procesos propios de "renovación, regeneración y creación de estructuras que le dan vida propia a una organización…" (Rosales, 2009, p.27), que permiten que una institución se instituya más allá de una coyuntura específica y más allá de los vaivenes de la realidad política e institucional, lo que les permite mayor probabilidad de sobrevivir y mantenerse en el tiempo (Díez de Castro y otros, 2015, p.17).

Ahora bien, en términos más operativos, la institucionalización pueda darse a partir de la formulación e implementación de políticas públicas; la formación de órganos o nueva institucionalidad; el establecimiento de marcos normativos y estratégicos; y la incorporación en la cultura institucional (prácticas informales).

En este marco, es un proceso que se inicia cuando quienes dirigen la organización toman decisiones, van dando pasos sucesivos, tendiendo iniciativas e integrándolas en la gestión estratégica y la cultura de la organización. Por tanto, es un proceso que demanda

tiempo para madurar, asentarse y ser interiorizado por la organización (Selznick citado por Díez de Castro y otros, 2015, p.17).

Tomando en cuenta esto, a continuación, se presentan algunos indicadores del estado de institucionalización de la Promoción de la Salud en el Ministerio de Salud de Costa Rica.

INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL MINISTERIO DE SALUD

MODELOS CONCEPTUALES Y ESTRATÉGICOS DE LA RECTORÍA EN SALUD

Posterior al proceso de reforma del sector salud de la década de los 90´s que le concedió al Ministerio de Salud la responsabilidad de ejercer la rectoría del sector, se han impulsado diversos procesos de reestructuración interna, con la finalidad de fortalecer la institución y concretar el rol de rectoría asignado. En ese marco, por el esfuerzo de un grupo de profesionales[8] se impulsa concretar y articular un conjunto de conceptos y estrategias para fortalecer el Ministerio de Salud en el marco de la reforma (Ministerio de Salud, 2008, p.6). Sin embargo, por diversos factores, entre los que destaca la carencia de "…un modelo que sirviera de marco de entendimiento y de orientación, han sido poco implementados" (Ministerio de Salud, 2008, p.6).

Ante este escenario, el Ministerio de Salud impulsó el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud como intento de concreción y articulación de los conceptos y estrategias antes trabajados y que pudieran "…ser operativizados en el marco de la Reforma del Sector Salud" (Ministerio de Salud, 2008, p.6). Esto implicó un esfuerzo para sintetizar un modelo que se aproximara a la explicación de los componentes que intervienen e interactúan en el proceso de producción social de la salud, lo cual, ha sido parte de los fundamentos para llevar a cabo las propuestas de reestructuración de la institución.

8 El Ministerio de Salud (2008, p.6) reconoce a las siguientes personas: "Dra. Rossana García González, Ing. Armando Castro Arias, MSc.; MSc.; Ing. Eldon Caldwell Marín, MSc.; Dr. Fernando Marín Rojas, MSc.; Lic. Randall Hidalgo Solano, MBA".

Como parte del proceso mencionado, en 2006 se elabora una primera propuesta del Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud y el Marco Estratégico del Ministerio de Salud de Costa Rica, que después de consultas y revisiones de diversos actores, deriva en el 2008 en una segunda edición (Ministerio de Salud, 2008, p.6). En 2011 se desarrolla la tercera edición, que integra una versión ajustada del modelo, y algunos elementos con mayor desarrollo (Ministerio de Salud, 2011).

En este marco, el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud parte del concepto de producción social de la salud que- se define como un "proceso mediante el cual la interacción de los actores sociales entre sí y de éstos con su entorno, genera como resultado la salud que caracteriza a una población" (Ministerio de Salud, 2011, p.6). El Modelo está basado en las premisas impulsadas por Marc Lalonde quien reúne en cuatro categorías los factores que determinan la salud: determinantes biológicos, determinantes ambientales, determinantes socioeconómicos y culturales, y determinantes relacionados con servicios de salud; lo cual, es complementado posteriormente con la publicación del Informe de la Comisión de Determinantes de la Salud en el 2008.

A su vez, el Modelo incorpora la promoción de la salud, la cual, parte de tres medios: *la participación social la abogacía por la salud y la mercadotecnia social en salud*; y es comprendida no únicamente como las acciones que se realizan para fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también como aquellas que están dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas en que viven las personas para aminorar su impacto negativo en la salud de las personas. Finalmente agrega también el enfoque basado en los derechos humanos (Ministerio de Salud, 2011).

Este andamiaje conceptual define los elementos centrales a partir de los cuales se basa el Ministerio de Salud para ejercer la función general de Rectoría de la Producción Social de la Salud, a través de sus ocho funciones sustantivas. Y como estrategia maestra plantea la Promoción de la Salud, con el objetivo de que las entidades o actores que inciden en el Sistema de Producción Social de la Salud

orienten sus acciones hacia la protección y el mejoramiento de la salud de la población, a través de:

> *1. Incrementar las habilidades y las capacidades de la población en general y de los actores clave en específico, hacia la* ***incorporación de estilos de vida saludable y al desarrollo de otros determinantes positivos de la salud.*** *2.* ***Dirigir y conducir a los actores sociales*** *que intervienen en el proceso de la producción social de la salud, orientando sus acciones hacia la protección y el mejoramiento constante de la salud de la población con equidad. 3. Desarrollar organizacionalmente al Ministerio de Salud para cumplir de manera efectiva sus funciones de rectoría de la producción social de la salud, alineando su gestión institucional con su misión (Ministerio de Salud, 2011, p.49).*[9]

9 El resaltado es propio.

Posteriormente, en el año 2017 se crea otro modelo, en este caso denominado "Modelo de Rectoría de Promoción de la Salud" con el propósito de:

> *Fortalecer las funciones rectoras orientadas a la* ***articulación de esfuerzos y recursos****, así como de las actuaciones de los actores sociales del Sector Salud y otros sectores hacia el* ***control de los determinantes de la salud y sus factores protectores*** *como los relacionados con ambiente natural, físico, sociocultural, espirituales, económicos, educativos; entre otros, que contribuyen a su vez al mejoramiento de las* **condiciones** *y calidad de vida de la población (Ministerio de Salud, 2017b, p.15).*[10]

10 El resaltado es propio.

Posterior al Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud y al Modelo de Rectoría de Promoción de la Salud, no se cuenta con otra propuesta de modelo que unifique ambos marcos de entendimiento y de orientación, lo cual plantea desafíos para la integración de los planteamientos en la gestión estratégica y en los procesos operativos de la institución; en tanto, en el planteamiento de ambos modelos se evidencia acciones

orientadas hacia fines similares. A su vez, el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud concibe a la Promoción de la Salud como una estrategia maestra que transversaliza todos los procesos que nutren las funciones sustantivas de la rectoría (Ministerio de Salud, 2011); y el Modelo de Rectoría de Promoción de la Salud a través de una Unidad Organizacional (Ministerio de Salud, 2017b), le atribuye acciones específicas bajo su responsabilidad, concentrando el ejercicio de la Promoción de la Salud, y por ende, restando las acciones inherente a todos los procesos del Ministerio de Salud.

INCORPORACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA PLANIFICACIÓN NACIONAL

En el periodo estudiado (2014-2019), la Promoción de la Salud es reconocida en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 "Alberto Cañas Escalante" como una "perspectiva" que debe implementarse. En ese marco, el Plan del periodo señala que el país debe avanzar hacia un "modelo de atención biopsicosocial en donde se enfatice la promoción y la prevención de la salud", transformando el privilegio que el sistema de salud le ha dado al "enfoque curativo" en vez de una "perspectiva más preventiva, de promoción de salud y fortalecimiento del primer nivel de atención" (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2014, p.33).

Asimismo, en el Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública del Bicentenario 2019-2022 (Administración Alvarado Quesada) incluye también el tema de la Promoción de la Salud señalando que uno de los desafíos del área de "Salud y Seguridad Social", es "Disminuir las causas de morbilidad y violencia, al mismo tiempo aumentar la inversión en la promoción de la salud" (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2018, p.245). Además, establece como una de sus "Intervenciones estratégicas" la "Promoción de la salud mental y prevención de los principales trastornos mentales y del comportamiento" (2018, p.250).

Como puede notarse, el hecho de que la Promoción de la Salud haya sido recogida en los dos últimos Planes de Desarrollo habla de algún avance para una ulterior institucionalización, aunque las limitaciones en cuanto a la formulación y -sobre todo- la implementación de acciones concretas, muestra barreras a dicho proceso de institucionalización.

A su vez, la incorporación de la Promoción de la Salud en el Plan Nacional de Salud 2016-2020 (Ministerio de Salud, 2016, pp.104, 117, 133, 160, 163, 165, 166), también hace referencia a un indicador de institucionalización de la Promoción de la Salud en la planificación nacional y en las políticas públicas. Esto sin obviar la necesidad de analizar el *implementation gap*[11] y su magnitud.

Asimismo, como parte de las acciones implementadas en la gestión de los Ministros del periodo analizado se encuentran algunas acciones en Promoción de la Salud. Por ejemplo, el Informe de Fin de Gestión elaborado por Fernando Llorca Castro, Ministro de Salud de Costa Rica (período 2015-2017); señala que a nivel de Rectoría de la Salud se implementaron las siguientes acciones en Promoción de la Salud: a) los elementos en Estilos de Vida Saludables para una vida libre de tabaquismo en adolescente y jóvenes costarricense, y como logro diferentes campañas de comunicación; b) actividad física y salud, con los logros de la conformación de doce redes cantonales, formación de un proyecto para la promoción de actividad física sistemática en cantones con bajo índice de desarrollo social, realización de una caminata recreativa; y realización de once eventos de "domingos en movimiento" (Llorca, 2017).

Asimismo, el Informe de Fin de Gestión de la Ministra de Salud, Karen Mayor Quirós, (período del 29 de junio de 2017 al 8 de mayo de 2018), señala que se dio cumplimiento a la notificación de la auditoría DGA-030-2016 que consistía ordenar al Director de Promoción de la Salud el establecimiento, oficialización y comunicación de las funciones para la Dirección de Promoción de la Salud. Asimismo, señala que se logró ejecutar en forma efectiva la Estrategia Maestra de la Promoción de la Salud (Mayorga, 2018).

11 Roth Deubel define el implementation gap como "…la diferencia, la brecha que existe entre la decisión y la realidad de su aplicación; o, en otras palabras, la distancia –a veces abismal- que separa la teoría de la práctica (2007, p.107). Dicho de otra forma, se trata de la diferencia (gap) entre lo formulado y lo efectivamente implementado.

En este marco, al realizar una revisión de la incorporación de la Promoción de la Salud en el Plan Nacional de Salud 2016-2020, y lo realizado para el periodo 2016-2018, se muestra un desfase a nivel de los logros concretos y un *implementation gap*, dando indicios de los desafíos de conceptualización e implementación en materia de las acciones propuestas en Promoción de la Salud.

FORMACIÓN DE INSTITUCIONALIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

En la Administración Solís Rivera, se crea el Viceministerio de Promoción de la Salud siendo "esta designación la primera…" de este tipo en el país (Murillo, 2018, p.5). El Viceministerio estaría a cargo de la Dra. Virginia Murillo Murillo, y sería la instancia encargada de impulsar la Promoción de la Salud, la cual fue definida posteriormente como:

> *…un proceso integral, transformador y dinámico, de análisis, potencialización y de trabajo articulado con actores sociales para el abordaje de los factores protectores, determinantes y condicionantes, que generan y fortalecen desde una visión positiva, la salud en la población (Ministerio de Salud, 2017b, p.18).*

Después de la formación del Viceministerio, la jerarca mencionada y el Equipo Técnico Asesor de Rectoría en Promoción de la Salud iniciarían el proceso de diseño e implementación del Modelo de Rectoría de Promoción de la Salud, el cual fue motivado por informes de la Contraloría General de la República[12] y de la Dirección de Auditoría del Ministerio y fue presentado a finales del 2016 (Ministerio de Salud, 2017b, p.13). El Modelo estuvo basado en la "metodología de diseño organizacional" y se obtuvo "…la aprobación de MIDEPLAN en noviembre de ese mismo año, dentro del criterio de organización parcial de la Dirección de Promoción de la Salud" del Ministerio de Salud (Murillo, 2018, p.8).

12 En el Informe Nro. DFOE-SOC-IF-22-2017 la Viceministra de Promoción de la Salud indicó que había problemas para la implementación del Modelo de Promoción de la salud, ya que, carecía de un marco estratégico y no se desarrolló de forma articulada (Contraloría General de la República, 2017).

Como se mencionó anteriormente, bajo este Modelo se impulsaría la Rectoría Técnica en Promoción de la Salud como función sustantiva responsable de liderar o articular esfuerzos y recursos que generaran y fortalecieran la salud en la población "desde una visión positiva" (Ministerio de Salud, 2017b, p.20).

Dicha función rectora se impulsaría desde la Dirección de Rectoría de Promoción de la Salud que tendría a su cargo dos unidades: la Unidad de "Gestión Social" y la Unidad de "Determinantes de la Salud" (Ministerio de Salud, 2017b, p.21). Asimismo, llevaría adelante ciertas funciones (2017b, p.22) y ejecutaría una serie de "Estrategias de Implementación" (2017b, p.24).

Sin embargo, a pesar de que la creación del Viceministerio de Promoción de la Salud refería a procesos tendientes a la institucionalización de la Promoción de la Salud en el ente rector del sector, esta instancia no se sostuvo en el tiempo y no sobrevivió al cambio de Gobierno en 2018[13], reafirmando cómo la alternancia del Gobierno puede afectar la continuidad de procesos que no han sido suficientemente institucionalizados (Chavarría y otros, 2017, pp.5, 30). Como es de suponer, esto implicó que para el inicio de la Administración Alvarado Quesada tampoco se designara a ninguna persona como Viceministra de la Promoción de la Salud (Véase Acuerdo No.001-P publicado en el Alcance N°94 de la Gaceta del 9 de mayo de 2018), situación que no se modificó tiempo después de su gestión.

13 El Plan Estratégico Institucional del 2016-2020, en el Objetivo Estratégico Institucional 1, Objetivo Estratégico Específico 1.1. evidencia los siguientes riesgos para el alcance de la meta: «1. Falta de apoyo político para la consolidación del nuevo modelo. 2. Falta de Recurso Humano idóneo. 3. Falta de Recursos económicos para la implementación del modelo.» (Ministerio de Salud, 2018, p.39).

OTRA NORMATIVA E INSTITUCIONALIDAD EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Ley General de la Administración Pública (véase artículos 6 y 121) establece que el Poder Ejecutivo tiene la potestad de realizar decretos de distintos tipos, así como también puede realizar otros actos administrativos. Eso conlleva a que, en Costa Rica, el decreto ejecutivo sea también un instrumento de Gobierno (Ramírez-Cover, 2016). Además, para los efectos de este artículo, se puede señalar que ciertos procesos políticos pueden avanzar en su institucionalización

por medio de la promulgación de actos administrativos (incluyendo los decretos) como parte del ordenamiento jurídico administrativo.

En ese marco, en marzo 2014, la Presidencia de la República y el Ministerio de Salud crearon vía decreto ejecutivo N° 38218-S, la Comisión Nacional de Promoción de la Salud, la cual fue disuelta en noviembre del 2017 cuando el decreto mencionado fue derogado. De esta forma, la Comisión mencionada fue sustituida por las Comisiones Nacional, Regionales y Locales de Promoción de la Salud (CPS) vía decreto N° 40706-S-MEP-MINAE-MAG-MCJ-MIDEPOR.

El decreto, aún vigente, señala que el alcance de las CPS "trasciende el Sector Salud" y es "intersectorial y organizacional" (artículo 1), mientras que en su artículo 6, se aporta el objetivo de las CPS: "Abordar de manera integrada y positiva, los factores protectores de la Salud, como parte del Análisis de Situación de Salud (ASIS), específicamente el escenario de Salud e investigación en Promoción de la Salud, planificación estratégica, conjunta y participativa de actores sociales, según ámbito de competencia, y nivel de gestión (nacional, regional y local)".

Además, vía actos administrativos también se han emprendido procesos para impulsar la Promoción de la Salud, entre las que destacan también las directrices del Poder Ejecutivo; por ejemplo, la directriz 027 del 16/10/2018 dedicada a la "Promoción del bienestar en las instituciones públicas, mediante la adopción de hábitos saludables en la alimentación, salud física y mental, actividad física y recreación laboral y espacios libres de humo de tabaco".

Sin que esto sea un análisis exhaustivo de los actos administrativos del Poder Ejecutivo para impulsar la Promoción de la Salud, sí pueden reconocerse algunos actos en esa dirección, lo que significa la existencia de alguna normativa e institucionalidad de PS en el país.

CONCLUSIONES PARA EL DEBATE

La intención por ajustar los Modelos de salud; la incorporación de la Promoción de la Salud en la planificación nacional y en algunos instrumentos de política pública; la formación de institucionalidad en Promoción de la Salud; la definición conceptual de PS por parte del Gobierno y la existencia de otra normativa e institucionalidad de PS muestran algunas intenciones y avances en la institucionalización de la Promoción de la Salud en el Ministerio de Salud costarricense.

Sin embargo, las limitaciones en la implementación y en la sostenibilidad de los procesos de Promoción de la Salud muestran dificultades para su consolidación e institucionalización en el país.

Por tanto, lejos de que la institucionalización de la Promoción de la Salud sea un proceso lineal e inexorable, más bien es un proceso complejo, con "idas y venidas" y con matices dialécticos. El futuro de la institucionalización de la Promoción de la Salud dependerá no sólo de procesos técnico-gerenciales sino también de voluntades políticas y recursos de diversos tipos. Al respecto, hay aún mucho camino por recorrer.

REFERENCIAS

Briceño, F. y Arias, J. (1996). Participación Estatal en el campo de la Salud. Revista Costarricense de Trabajo Social, 6, 1-22. Disponible en: https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/article/view/144

Chavarría, H. y otros. (2017). Buenas prácticas y lecciones aprendidas en el seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas para la agricultura. San José: IICA.

Contraloría General de la República. (2017). Informe Nro. DFOE-SOC-IF-22-2017. Disponible en: https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2017/SIGYD_D_2017019856.pdf

Díez de Castro, E. y otros. (2015). Antecedentes de la institucionalización de las organizaciones. Cuadernos de Gestión, 15 (1), 15-38.

Fernández, O. (2003). Pierre Bourdieu: ¿Agente o actor? Revista Tópicos del Humanismo, 90, 1-7.

Foucault, M. (1990). El Sujeto y el poder. En Torres Rivas, E. (comp.). Política Teoría y métodos. San José: EDUCA.

Hall, P. y Taylor, R. (1996). Political Science and the Three New Institutionalisms. Political Studies, XLIV, 936-957.

Jiménez, M. (s.f). Inicios del Instituto Nacional de Seguros. Disponible en: http://portal.ins-cr.com/NR/rdonlyres/F95D4075-264B-4568-9FFB-F36B282F5EE8/5057/HistoriadelINSnuestrosinicios.pdf

Llorca, F. (2017). Informe de Gestión Dr Fernando Llorca Ministro de Salud. Periodo de gestión febrero 2015 a junio 2017. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/informes-de-gestion/informes-de-gestion-ministros-as/3815-informe-final-de-gestion-dr-fernando-llorca-castro/file

Martínez, J. (1999). Poder y alternativas: Las agendas internacionales en las reformas del sector salud en Costa Rica, 1988-1998. Anuario de Estudios Centroamericanos, Universidad de Costa Rica, 25 (1), 159-182.

Mayorga, K. (2018). Informe de Gestión Dra Karen Mayorga Quirón Ministra de Salud. Periodo de gestión 29 de junio del 2017 al 8 de mayo del 2018. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/informes-de-gestion/informes-de-gestion-ministros-as/3835-informe-final-de-gestion-dra-karen-mayorga-quiros-2017-2018-1/file

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2010). Sector Público Costarricense y su organización. San José: MIDEPLAN. Disponible en: http://cidseci.dgsc.go.cr/datos/Sector-Publico-Costarricense-y-su-organizaci%C3%B3n-Versi%C3%B3n-final.pdf

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2014). Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 "Alberto Cañas Escalante". San José: MIDEPLAN.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2018). Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública del Bicentenario 2019-2022. San José: MIDEPLAN.

Ministerio de Salud. Costa Rica. (2008). Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud: Marco Estratégico Institucional. Segunda Edición. San José, Costa Rica. Disponible en: http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/3C6F6878A104C6A505257BC50077161A/$FILE/m1-s3-d01.pdf

Ministerio de Salud. Costa Rica. (2011). Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Segunda Edición. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud. Costa Rica. (2016). Plan Nacional de Salud 2016-2020. San José: El Ministerio.

Ministerio de Salud. Costa Rica. (2017a). Ministerio de Salud. "90 años trabajando por la salud y el bienestar de Costa Rica". San José: El Ministerio. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/centro-de-informacion/material-publicado/memorias/3434-ministerio-de-salud-90-anos/file

Ministerio de Salud. Costa Rica. (2017b). Resumen: Modelo de rectoría en promoción de la salud. San José: El Ministerio.

Ministerio de Salud. Costa Rica. (2018). Plan Estratégico Institucional 2016-2020. Versión II-agosto 2018. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/planes-institucionales/3898-plan-estrategico-institucional-2016-2020-1/file

Murillo, V. (2018). Informe de Gestión Dra Virginia Murillo Murillo Vice Ministra de Promoción de la Salud. Periodo de gestión setiembre 2015-7 de mayo 2018. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/informes-de-gestion/informes-de-gestion-viceministros-as/3866-informe-final-de-gestion-dra-virginia-murillo-murillo-vice-ministra-de-promocion-de-la-salud/file

Peters, G. (1999). El nuevo institucionalismo: Teoría institucional en ciencia política. Barcelona: Gedisa.

Presidencia de la República y Ministerio de Salud. Costa Rica. (2008). Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud No. 34510. Costa Rica. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=63251&nValor3=95531&strTipM=TC

Ramírez-Cover, A. (2016). Uso del decreto ejecutivo como instrumento de gobierno en Costa Rica. Ponencia presentada para el Vigesimosegundo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2015). Disponible en: http://repositorio.conare.ac.cr/handle/20.500.12337/991

Rivas, J. (2003). El neoinstitucionalismo y la revalorizacion de las instituciones. Reflexión política, 5 (9), 37-44. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/110/11000903.pdf

Rosales, R. (2009) Los Partidos Políticos: institucionalización, democratización y transparencia. San José: Educatex – IIDH / CAPEL.

Roth Deubel, A.N. (2007). Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora.

Rothstein, B. (2001). Las instituciones políticas: una visión general. En Goodin, R y Klingemann, H-D. (Eds), Nuevo Manual de Ciencia Política. Tomo I (pp. 199-246). Madrid: Ediciones Istmo.

Villalobos, L.B. (1996). La Reforma del Sector Salud: antecedentes, contexto y algunas implicaciones. Economía y Sociedad, 1 (2), 133-142. Disponible en: https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/economia/article/view/

ESP Escuela de **Salud Pública**

II

ESTRATEGIAS y ACCIONES de Promoción de la Salud

CIENCIA CIUDADANA PARA EL CUIDO DE LAS AGUAS SUPERFICIALES

JAVIER VÁSQUEZ MORERA[1]
JUAN CARAZO SALAS[2]
CHRISTIAN BIRKEL DOSTAL[3]
MILENA CASTRO MORA[4]
DANIEL GONZÁLEZ MORALES[5]
YANINA MEJÍAS DISCUA[6]

INTRODUCCIÓN

En este artículo se propone un mecanismo para fomentar la participación ciudadana, incrementar la cobertura del monitoreo de la calidad de las aguas superficiales, involucrar más al ciudadano común en el cuido del agua y en la restauración de su calidad, de manera tal, que paulatinamente nuestros ríos mejoren su estado y belleza escénica, así como también se mejore la calidad de vida de los residentes en sus márgenes y de quienes los visiten. Además, se espera que una mejoría en la calidad de las aguas ayude a incrementar el bienestar emocional y económico de quienes conviven en los alrededores de las fuentes superficiales de agua y se aproveche mejor el potencial que ellas ofrecen.

En este trabajo se presenta una herramienta que permite la incorporación de bases de datos con mediciones de parámetros físico-químicos, siempre y cuando dichos sitios estén georreferenciados. En la evaluación de esta aplicación se usaron 3 índices de calidad de aguas, muestras de más de 40 sitios y mediciones

tomadas durante más de 24 meses en algunos de estos sitios, de ahí que pueda garantizarse que entidades y organismos puedan subir, visualizar y analizar datos históricos sobre calidad de aguas, que de otra manera no podrían.

DESARROLLO

La ciencia ciudadana como disciplina, aunque bastante antigua, se comenzó a popularizar cuando Allan Irwin (1995) la denominó de tal manera, al establecer que los ciudadanos acumulan y procesan información para aprender y responder ante amenazas ambientales (Comisión Europea, 2013). Para la realización de este artículo interesaron las amenazas que se ciernen sobre las aguas superficiales, que en este contexto se entienden como aquellas que se encuentran en la superficie de la Tierra, provienen de las precipitaciones, aún no se infiltran, sino que pueden estar fluyendo como en el caso de ríos, arroyos y manantiales, o permanecer en reposo, este sería el caso de lagos, lagunas y pantanos. El interés de involucrar a más personas en el cuido del agua ante la inminente crisis en este recurso que tendremos en un futuro no muy lejano, viene a ser el principal justificante de este trabajo.

LA CRISIS DEL AGUA EN COSTA RICA

Al hablar sobre crisis del agua en este artículo, nos referimos a que la disponibilidad de agua dulce está decayendo debido fundamentalmente a cuatro aspectos: primero, la sobreextracción de las aguas subterráneas; segundo, la contaminación natural y la contaminación derivada de las aguas producto de las labores que realizan las personas; tercero, la contaminación creciente de los suelos y subsuelos con agroquímicos o con metales naturales, lo que hace que las aguas lleguen a los depósitos subterráneos cada vez más contaminadas y finalmente, cuarto, el déficit en el régimen de lluvias. Todos estos factores atentan contra las necesidades hídricas de la población.

1 Informático y Salubrista Público. javier.vasquez@ucr.ac.cr

2 Médico y Salubrista Público, juan.carazosalas@ucr.ac.cr

3 Hidrólogo, christian.birkel@ucr.ac.cr

4 Bioestadística, milena.castromora@ucr.ac.cr

5 Informático, daa.gonzalez@gmail.com

6 Enfermera Obstetra y estudiante de posgrado en Salud Pública, ninamedinu16@gmail.com

Con respecto a la **extracción de agua**, en Costa Rica, según estudios de Astorga (2008), esta se ha venido incrementando. En el año 2006 Costa Rica presentaba un déficit en los acuíferos subterráneos Barva y Colima, producto de la extracción mediante pozos legales e ilegales estimada en 9870 litros por segundo con respecto a una recarga potencial estimada solo en 9720 litros por segundo en aquel entonces y esta en vez de nivelarse, se ha venido agravando cada vez más. Este dato de sobreextracción de agua es importante porque según Espinoza et al (2004), los acuíferos de Colima y de Barva, abastecen al 65% de la población de la Gran Área Metropolitana, es decir el 65% de unos 2.8 millones de personas, o sea 1820000 personas.

Paralelamente, la **contaminación de las aguas tanto superficiales como subterráneas por causas antropogénicas**, también se ha venido intensificando, debido principalmente al vertido a los ríos de aguas sin tratar. Acorde con el informe de PNUMA (2016), mientras que en países desarrollados la calidad del agua en los ríos ha mejorado, en otros países se ha degradado; en dicho informe, por ejemplo, se evidencian diversos problemas en las aguas superficiales (ríos y lagos) en América Latina, África y Asia en el período de 1990 a 2010, tales como:

1. La contaminación del agua en la mayoría de dichos ríos se ha empeorado.

2. La contaminación patógena (coliformes fecales) está afectando a un tercio de estos ríos, registrándose concentraciones mensuales en niveles severos, con más de 1000 cfu/100 ml4 (compárese este valor contra el máximo admisible luego de cloración que es 0[Mora et al, 2018]). Esta contaminación presenta un crecimiento superior al 50% en este plazo. Se considera que la población rural expuesta a este problema sería entre 71 y 323 millones de personas, y que a quienes más afectaría este tipo de contaminación, sería a mujeres y niños; a las primeras por las faenas del hogar que usualmente atienden y a los niños por ser quienes deben acarrear el agua o quienes juegan en ella.

3. La contaminación orgánica severa (demanda bioquímica de oxígeno; DBO) con concentraciones mensuales en caudal de DBO > 8 mg/l, afecta a un sétimo de todos los ríos referidos, poniendo en riesgo la seguridad alimentaria por su efecto en los animales que viven en el agua dulce. Esta contaminación presentó un crecimiento superior al 50% en este plazo. Este tipo de contaminación afectará principalmente a pescadores de aguas dulces y a quienes subsisten por el consumo de animales de agua dulce, lo que va a traer desnutrición y problemas relacionados.

4. La contaminación salina severa y moderada (total de sólidos disueltos; TDS, por sus siglas en inglés), con una concentración mensual en caudal de TDS > 450 mg/l, afecta a un décimo de tales ríos. Esta contaminación presenta un crecimiento superior al 30% en este plazo y afecta a los productores industriales que deberían pre procesar el agua antes de usarla y a productores agrícolas que usan estas aguas para irrigar sus cultivos.

Además, la contaminación del agua por condiciones naturales también ha venido siendo cada vez, más importante; por ejemplo, en Costa Rica este hecho cobró relevancia durante el 2013, cuando se evidenció que más de 11000 personas tomaban agua con arsénico en Guanacaste y San Carlos (López, 2013). Estudios posteriores alertaron sobre la presencia entre 25 y 36 µg/L de arsénico en los cantones de Liberia, Los Chiles, San Mateo, Palmares, Esparza, Golfito, Limón, Matina y San José (Miranda H. & Valverde R., 2017), así como en Aguas Zarcas (comunidades suplidas por las (Asada) Asociaciones administradoras de los Sistemas de Acueductos y Alcantarillados), Colorado de Abangares, Cañas, Bagaces (13 µg/L en 2014 [Villalobos, 2017]) y la urbanización Albacete en El Guarco de Cartago (15,6 µg/L después del tratamiento) (Mora & Portuguez, 2019). Aunque en las zonas de Guanacaste y San Carlos se ha dado un incremento en la incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica, un estudio realizado por la CCSS para identificar los determinantes de este mal no evaluó causas ambientales (Ramírez, 2013), de ahí que en aquel entonces no se haya podido indicar si había o no relación entre ambos. Previamente el Ministerio de

Salud, el Instituto Costarricense de Acueductos Alcantarillados y el Laboratorio Nacional de Aguas procuraron infructuosamente variar la norma para establecer como máximo 50 µg/L (Defensoría de los Habitantes, 2017) y Mora (2011) había indicado que, en Costa Rica, usando los datos en ese entonces disponibles, no se detectó relación entre diversos tipos de cáncer y concentraciones de arsénico en agua mayores a 10 µg/L. Posteriormente Zheng et al (2014, pág 1) publicaron un estudio acerca de la evidencia entre niveles de arsénico y su relación con problemas renales, en donde indican:

> *La exposición al arsénico inorgánico se ha relacionado con varios resultados adversos para la salud, incluido el cáncer [8], enfermedades cardiovasculares [7, 9], diabetes [10, 11], resultados respiratorios [4] y anormalidades del desarrollo neurológico y reproductivo [12]. Estudios epidemiológicos recientes también sugieren que el arsénico está asociado con la enfermedad renal crónica (ERC) [13 ••, 14, 15 •].*

Paralelo a la contaminación de las aguas, experiencias internacionales evidencian el peligro de la desaparición progresiva de lagos sea por causas antropogénicas (desvío de aguas en afluentes, sobreextracción del agua para diferentes propósitos) o naturales (calentamiento global, reducción de lluvias, contaminación con minerales). Acorde con Weiss (2018), el calentamiento global ha traído una **reducción de lluvias** que ha producido la desaparición de fuentes de agua dulce muy importantes, afectando a decenas de millones de personas, por ejemplo, el lago Poopó en Bolivia, el lago Tai en China, el lago Tangañica en el Congo, el lago Aral en Kazakistán y Uzbekistán, así como el lago Chad en Camerún, Nigeria, Niger y Chad.

Por su parte, Hidalgo et al (2013) analizan datos históricos del régimen de lluvias en Costa Rica y llegan a la conclusión de que entre el 2050 y el 2099, este régimen se reducirá entre un 5 y un 10%, la temperatura incrementará hasta en 4°C y la escorrentía se reducirá aún más drásticamente, entre un 10 y un 30%.

En relación con la disponibilidad de recursos hídricos, según datos de Naciones Unidas (UNESCO, 2006), se indica que el agua fresca

disponible en sus diferentes estados: líquido, sólido y gaseoso, corresponde tan solo a un 2.5% de toda el agua sobre la tierra. Lo anterior nos debería alertar sobre el peligro que se avecina para las formas más conocidas de vida sobre la tierra, ya que de estas escasas fuentes proviene el agua, tanto para el consumo humano, algunos tipos de industrias y plantas productoras de energía, así como para el uso en la agricultura. Luego de su aprovechamiento, lamentablemente se devuelve a estas fuentes, aguas con una calidad cada vez más degradada.

Producto del cambio climático y la afectación que producen los diversos agentes sobre las aguas, según Vörösmarty et al (2010a), "estimaciones sugieren que al menos 10000 - 20000 especies de agua dulce están extintas o en riesgo[8,42], con tasas de pérdida que compiten con las de las transiciones anteriores entre épocas geológicas, como del Pleistoceno al Holoceno[43]".

En un contexto con recursos en peligro, se requiere una buena administración de ellos, acá una reducción de las lluvias muy probablemente vendrá a afectar la disponibilidad del agua, pero en Costa Rica, a pesar de existir múltiples instituciones encargadas de la gestión del agua, estas no han logrado coordinar sus esfuerzos para enfrentar la crisis de este tan preciado recurso.

LA ATOMIZACIÓN DE ESFUERZOS PARA EL CUIDO DEL AGUA

En Costa Rica, al abordar la solución del problema hídrico participan diversas instituciones con diversos grupos de expertos y diversos conjuntos de datos, tratando aisladamente de modelar y resolver un problema con conocimientos sesgados, regulados mediante una normativa arcaica y deficiente.

La tesonera labor aislada pareciera ser la vencedora en esta contienda que se pierde cada día y que posiblemente se siga perdiendo, en tanto no se motive a este amplio grupo de expertos a buscar un entendimiento común del problema, tal que integre los diversos

saberes interesados en su estudio y que los motive a buscar estrategias holísticas y coordinadas para una solución real y sostenible al problema de disponibilidad de agua para el consumo humano.

En el 2006, las Naciones Unidas (Unesco, 2006) destaca que la gestión del agua requiere un enfoque inclusivo e integrado, que contemple la coordinación en una mesa de negociación con presencia de la comunidad científica, los medios de comunicación y las instituciones socioculturales, con una amplia representación de instituciones del Estado, organizaciones no gubernamentales, usuarios del agua y empresarios. Al parecer, en Costa Rica aún no se ha llegado a este nivel de gobernanza, lo que lamentablemente inhibe un mejor cuido del agua.

CARENCIA DE MECANISMOS PARA COMPARTIR DATOS Y FOMENTAR INICIATIVAS COMUNES EN EL CUIDO HÍDRICO

Para Janssen et al (2012), datos abiertos se definen como "datos no confidenciales y no restringidos de privacidad que se producen con dinero público y se ponen a disposición sin restricciones en su uso o distribución".

La *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos* (OCDE) (2019) estableció que la filosofía de datos abiertos de los gobiernos, tiene como finalidad poner a disposición de todos los ciudadanos, las inmensas cantidades de datos que producen los gobiernos y que al hacerlo se fomenta la transparencia y la creación de valor. Otros autores establecieron que, con el uso de datos abiertos, se incrementan los rendimientos de las inversiones públicas, generando riqueza a través de la comercialización de productos y servicios derivados, se otorga a los tomadores de decisiones mejor información y se permite abordar de mejor manera la solución a problemas complejos (Arzberger et al, 2004).

Aun cuando los datos abiertos son una tendencia mundial, y a pesar de contarse con el Decreto Ejecutivo N° 40199-MP que declara de Interés Público la Estrategia Nacional para un Gobierno Abierto (Poder Ejecutivo, 2017), el portal a disposición para dicha labor en Costa Rica, se halla aún en una etapa embrionaria, encargada por el momento, al parecer no en divulgar datos, sino tan solo en ofrecer parte de algunas síntesis que se han hecho sobre estos, lo que definitivamente no brinda la transparencia, ni permite generar el valor deseado. Esta plataforma omitía, aún a finales de 2019, un apartado donde se publiquen las bases de datos o "datasets" que originan la información que ahí presentan y que sea acorde con los apartados 2, 3.5, 3.10 y 3.14 de dicho decreto (Poder Ejecutivo, 2019). En este contexto viene a ser de especial interés la atomización y el secretismo con que se manejan los datos sobre calidad de aguas, así como el interés creciente de grupos de ciudadanos por participar en el monitoreo y depuración de dichas aguas. Sobre dicho ocultamiento de información, la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica (2017) al estudiar el problema del arsénico en el agua, planteó que aún a esta se le dificultó obtener los datos públicos necesarios para hacer tal indagación.

SITUACIÓN INTERNACIONAL DE PROGRAMAS DE MONITOREO DE AGUAS

A nivel internacional, las iniciativas para compartir datos y cuidar el agua se originan con la declaración de la Conferencia de Mar del Plata en 1977, cuando se estableció que "todos los pueblos, cualquiera que sea su etapa de desarrollo y sus condiciones económicas y sociales, tienen derecho al agua potable en cantidad y calidad acordes con sus necesidades básicas" (Asamblea Mundial de la Salud, 1977).

Desde ese entonces son diversos los esfuerzos que se han llevado a cabo para mejorar el control, la disponibilidad y la calidad del agua. Ya para 1984 acorde con el reporte del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA / OMS) sobre el control de agua potable en áreas rurales (Organización Mundial de la Salud, 1989), se evidenció que las Naciones Unidas (ONU) y la

Organización Mundial de la Salud (OMS) se unieron para monitorear el cumplimiento de las guías de la OMS acerca de la calidad del agua en el mundo. Producto de este esfuerzo se ha promovido el uso de un monitoreo mundial de la calidad del agua mediante la adhesión al programa de Naciones Unidas para supervisar el comportamiento de diversas variables ambientales, denominado Global Environment Monitoring System (GEMS) (Gwynne, 1982).

GEMS ha venido fomentando el monitoreo del agua, pero se tiene que a la fecha hay una densidad muy baja de estaciones de monitoreo por cada 10000km2, siendo esta en Europa y USA de entre 1.5 a 4 estaciones, en América Latina de 0.3 estaciones, en África de 0,02 estaciones y en Asia de 0.08 estaciones (PNUMA, 2018). Aún en el en 2019 Costa Rica no participaba de dicha iniciativa. La estrategia original de GEMS consistió en uniformar una metodología para que los cerca de 250 laboratorios participantes a nivel mundial en 59 países, utilizaran procesos estandarizados para realizar sus mediciones, con lo cual se estableció que este tipo de monitoreo no se orienta hacia la ciencia ciudadana (Allard, 1992), hecho que se ha venido modificando recientemente (PNUMA, 2018, pág 18).

Además del llamado que han hecho la OMS y las Naciones Unidas para el monitoreo de la calidad del agua, también el sector educativo y el ambientalista a nivel mundial se han interesado por la inclusión de ciudadanos en estas actividades. A pesar de esto, en el año 2014 un equipo internacional de hidrólogos llevó a cabo una investigación sobre el estado de los programas de voluntariado que realizaban monitoreo de aguas en Estados Unidos (Buytaert et al, 2014), en aquel entonces los autores llegaron a la conclusión de que, del total de 1800 programas evaluados, solo 1 consideraba el involucramiento de ciudadanos en otros aspectos diferentes de la simple recolección de datos.

Recientemente, las Naciones Unidas a través de su programa GEMS planteó la necesidad de incrementar la cobertura de monitoreo para poder tener mayor precisión al evaluar el estado de la calidad de las aguas y para ello estableció 3 estrategias:

> *(i) aumentar los esfuerzos para incorporar los datos nacionales y regionales a las bases de datos existentes,*
>
> *(ii) establecer grupos de trabajo de monitorización de agua dulce nacional para trabajar con sus contrapartes en otros países en la divulgación y uso de los datos de calidad del agua,*
>
> *(iii) consultar datos a través de proyectos científicos cívicos. La ciencia cívica tiene la ventaja adicional de involucrar a un público más numeroso en la eliminación de la contaminación del agua. (PNUMA, 2016, pág 58).*

Se espera que estas recomendaciones brinden una mayor cobertura, basándose para ello en 2 procesos: por un lado invitar a diversos actores a aportar las mediciones que realizan (por problemas de costos, no sería posible esperar que midan las mismas variables, con el mismo nivel de sensibilidad), y por el otro lado, invitar a voluntarios a servir como monitoreadores de la condición del agua (nuevamente, habría que considerar diversos tipos de mediciones que estos podrían realizar, acorde con los insumos, equipos y formación de que dispongan).

Al problema de una pobre cobertura de medición, se le deben agregar otras variables, por ejemplo, no se puede esperar que los criterios de calidad en abundancia de agua coincidan con los criterios de calidad de agua en precariedad esta, eso hace que a pesar de que se deseen tener métricas contrastables, la calidad del agua no puede o deba medirse siempre de la misma manera, motivo por el cual deben tenerse diversos índices para medir la calidad del agua.

Con el propósito de invitar a un mayor número de ciudadanos a participar del monitoreo de la calidad del agua, han aparecido multiplicidad de programas nacionales e internacionales, que de una forma o de otra usan las tecnologías a mano para ayudarse en estas labores. En 2019 las aplicaciones disponibles, incluían algunas facilidades para el muestreo georreferenciado de datos y ocasionalmente permitían la inclusión de fotografías como parte de los datos del muestreo, pero aún distaban mucho de facilitar el análisis de dichos datos.

Como parte de esta sección, se presenta un proyecto desarrollado en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (UCR) para simplificar algunas de las labores de quienes analizan datos de calidad de aguas.

PROPUESTA PARA MANCOMUNAR ESFUERZOS EN EL CONTROL DE LA CALIDAD DE LAS AGUAS SUPERFICIALES

Dado que las tecnologías actuales permiten combinar sistemas de gestión de datos, llamados NoSQL (que son propias de sitios web orientados a "big data", cuya representación no es tabular), con dispositivos móviles, servicios de mapeo web, así como con bases de datos abiertos, sea de fuentes superficiales, subterráneas, pozos, nacientes, aguas termales o muestreos de calidad del agua potable, todo esto combinado, ha dado lugar a un ambiente con gran potencial para colaboradores interesados en la problemática del agua (sea en el campo de la calidad o la disponibilidad).

Desde esta perspectiva, la Escuela de Salud Pública de la UCR, ha venido desarrollando diversas investigaciones acerca del agua (abastecimiento, contaminación, tratamiento, disponibilidad), una de ellas (Vásquez-Morera, 2019) se ocupó de la necesidad de tener un atlas digital con criterios de calidad del agua, en cuya realización se eligieron y siguieron estrategias que permitieran, entre otras cosas:

a) usar tecnologías libres y licencias GNU (licencia pública general) para garantizar el acceso público a los datos, tanto para agregar como para consultar y analizar dichos datos,

b) simplificar la escalabilidad en el volumen de datos que se manejan,

c) soportar la trazabilidad de las mediciones,

d) permitir coexistir datos con distintos niveles de sensibilidad, usables para participar en uno u otro tipo de índice de medición,

e) facilitar el análisis temporal, espacial y según dominio de interés de los mismos e

f) incorporar la posibilidad de planificar y documentar acciones conducentes a la mitigación de la contaminación observada en sitios determinados.

Agrupando las funcionalidades antes citadas en tres categorías, podría decirse que estas permiten:

1. insertar, consultar o borrar datos de calidad de aguas

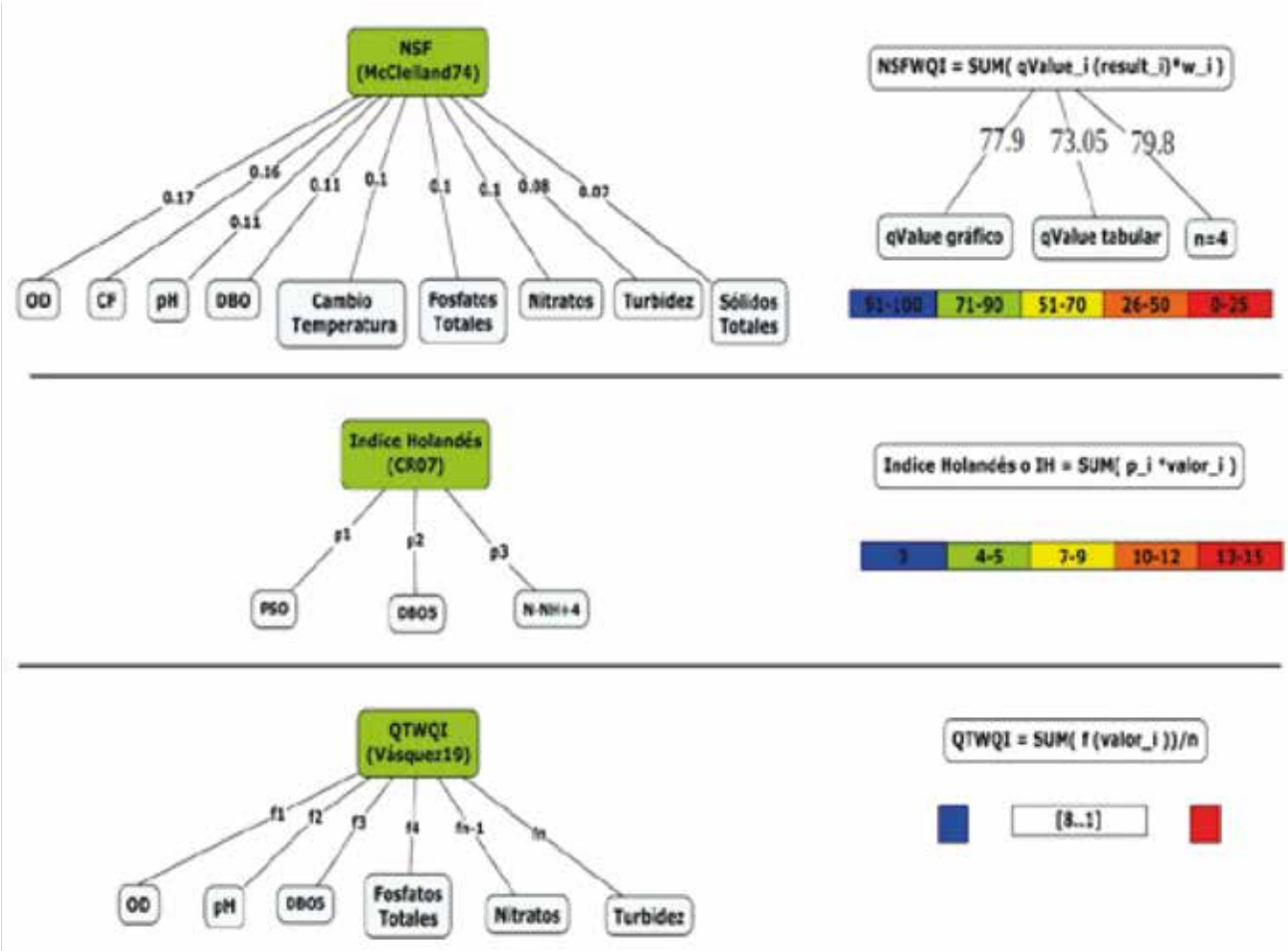
2. analizar datos

3. planificar acciones comunales

Dado que se espera que el atlas ayude a municipalidades, profesionales en aspectos hídricos, ambientalistas y estudiantes -entre otros-, se implementaron los 3 índices ya mencionados, así como también se da soporte al ingreso de mediciones cuya interpretación no usa índice alguno. En la figura 1 se muestran los índices implementados, así como los parámetros usados, la fórmula para calcularlo y el esquema de clasificación por color, acorde a la normativa de calidad propia del índice, en el anexo 1 se presenta la tabla de abreviaciones. Conforme se requiera, se espera agregar otros índices (al menos el Biological Monitoring Working Party modificado para Costa Rica (BMWP-CR) y el Índice de Riesgo de Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCACH)).

En el diseño de este producto de software se dio relevancia especial –entre otros aspectos- a la flexibilidad necesaria para elegir el índice a usar, determinar el tipo de medición a realizar (basada en pruebas de laboratorios o en pruebas rápidas) y permitir la trazabilidad del dato desde su origen (posibilitando que, en determinados procesos, algunos de ellos se filtren momentáneamente para la generación de información). También, para incrementar el cuido del agua mediante el uso de esta aplicación, se creó un mecanismo que fortalece las redes de colaboración: tanto para el trabajo conjunto en acciones de mitigación, como del registro de evidencias, la protección de datos o el compartir resultados.

FIGURA 1
Índices de calidad de aguas usados en la aplicación



Con respecto a la inserción, consulta o borrado de datos, se aclara que, para visualizar el estado de la calidad del agua en un sitio particular, se usaron los mapas de Google, lo que permite el uso de diversas capas de datos, cuya selección la da el usuario. Además, sobre el mapa se usan íconos cuyo color está acorde al nivel de calidad según el índice usado.

Para el ingreso de datos se implementaron dos opciones: hacer el registro único de un sitio de monitoreo o importar un conjunto de datos, que permite incluir varios sitios o mediciones en diversos períodos. El ingreso de datos sobre aforos manuales de agua se implementó para permitir mediciones individuales.

Finalmente se cuenta con un mecanismo que permite exportar a un dispositivo digital aquellos datos que el usuario haya ingresado, de manera que sobre éstos se posibiliten posteriores usos mediante otras aplicaciones. Respecto al análisis de datos, entre otras cosas se permite generar o mostrar series de tiempo, asociadas con el comportamiento del valor de un parámetro de interés en una serie de sitios seleccionados dentro de un rango temporal también definido por el usuario.

La planificación de acciones comunales se da mediante la coordinación de agendas, la planeación conjunta de actividades y la socialización de las labores a realizar en un lugar determinado.

RESULTADOS DEL DESARROLLO REALIZADO

Para el desarrollo de la aplicación en cuestión, que se haya disponible en el sitio www.monitoreoagua.ucr.ac.cr, se hizo un trabajo multidisciplinario, que produjo un producto con diversas funcionalidades, entre otras, se pueden hallar las siguientes:

1. Visualizar mediciones de calidad efectuadas por entidades o voluntarios que usen alguno de los 3 índices implementados o que decidan manejar individualmente determinados parámetros.

2. Visualizar series de tiempo que permitan comparar el comportamiento de la calidad del agua en el tiempo.

3. Realizar operaciones sobre los parámetros medidos (ej, hallar máximo, hallar mínimo, calcular la diferencia entre puntos de medición).

4. Ingresar datos individuales o conjuntos de datos previos que consistan de mediciones georreferenciadas.

Durante el plan piloto participaron 17 voluntarios, se muestrearon 40 sitios y analizaron 134 muestras, además se incorporaron datos abiertos sobre pozos de Costa Rica.

FIGURA 2
Visualizador de puntos de muestreo

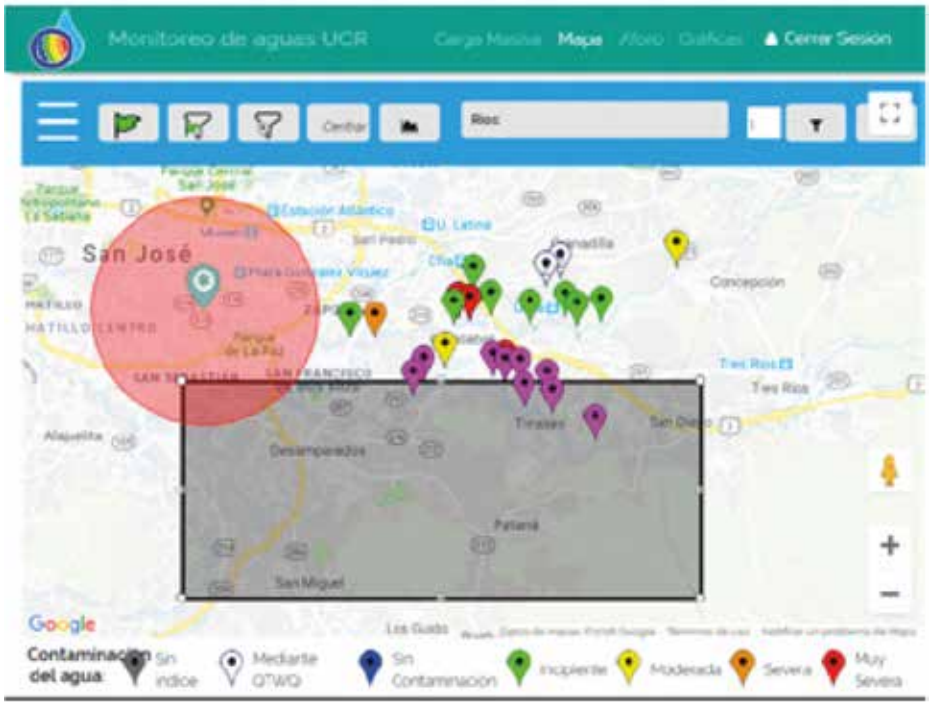


FIGURA 3
Graficación de series de tiempo

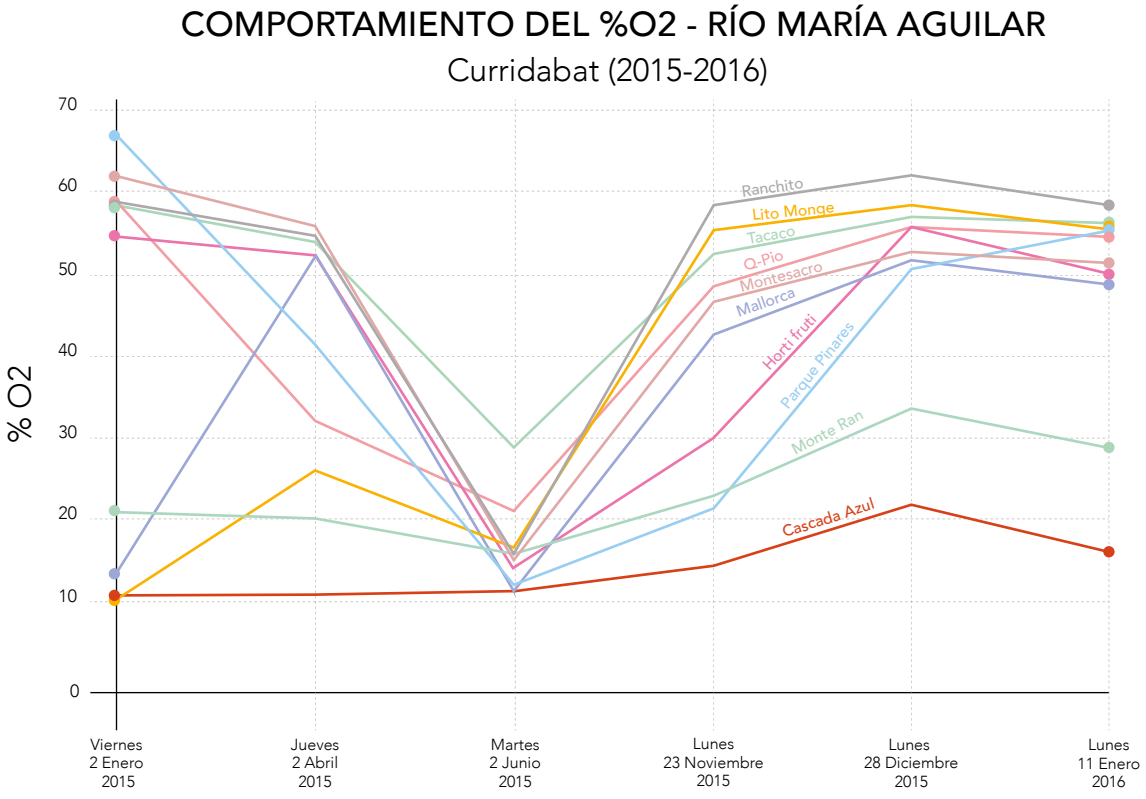
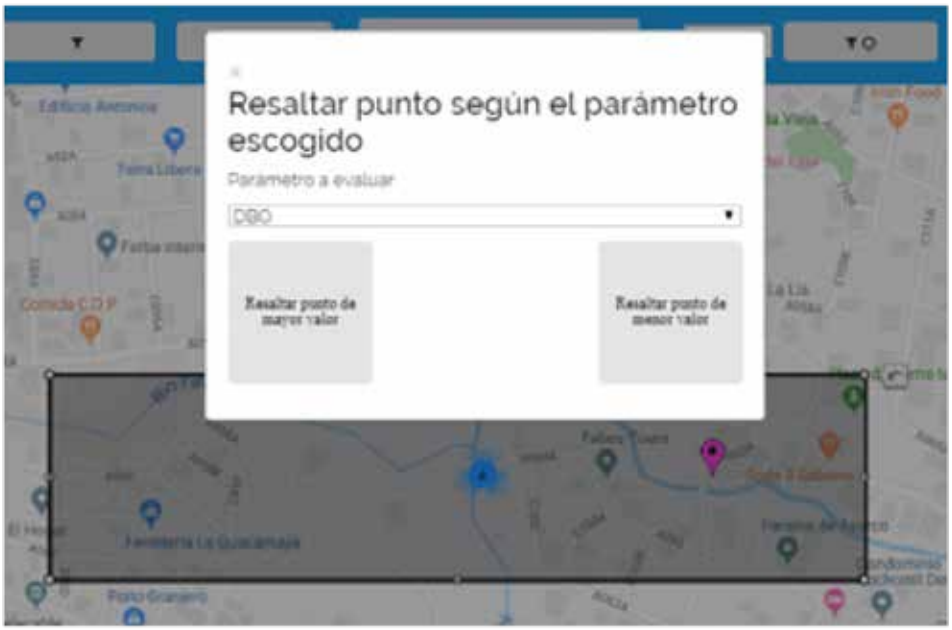


FIGURA 4
Selección de máximos y mínimos relativos



CONCLUSIONES

Este tipo de herramienta permite:

1. Apoyar la toma de decisiones ambientales (analizar datos acerca del origen del problema, proponer medidas correctivas, coordinar con diversos usuarios o instituciones).

2. Apoyar la gestión de datos públicos almacenados en una base de datos internacional sobre calidad de aguas superficiales, buscando ampliar la cobertura y la calidad de la información disponible al respecto.

3. Dotar a la sociedad de una herramienta para compartir datos y experiencias de diversos proyectos acerca de la calidad de las aguas.

4. Fomentar la transparencia en la gestión de algunas instituciones que manejan tales datos.

5. Facilitar el intercambio de datos, lo que se espera genere innovación y propuestas de valor para diversos tomadores de decisiones en este ámbito.

REFERENCIAS

Allard, M. (1992) World Health Organization. Prevention of Environmental Pollution Unit, Global Environment Monitoring System, UNEP/WHO/UNESCO/WMO Programme on Global Water Quality Monitoring and Assessment & WHO Collaborating Centre for Surface and Ground Water. GEMS/WATER operational guide / prepared by the WHO Collaborating Centre for Surface and Ground Water under the joint sponsorhsip of the United Nations Environment Programme, World Health Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, World Meteorological Organization, 3rd ed. World Health Organization. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/62446

Arzberger, P., Schroeder, P., Beaulieu, A., Bowker, G., Casey, K., Laaksonen, L., et al. (2004). An International Framework to Promote Access to Data Science, 303(5665), 1777- 1778. Disponible en: www.bit.ly/38yz8Qd

Asamblea Mundial de la Salud, 30. (1977) Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/105490

Astorga, Y. (2008) Situación del Recurso Hídrico- Informe Preliminar. Decimocuarto Informe Estado De La Nación En Desarrollo Humano Sostenible. Disponible en: https://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/014/Recurso-hidrico-Astorga.pdf

Buytaert, W., Zulkafli, Z, Acosta, L., Alemie, Tilashwork, Bastiaensen, J, De Bievre, B: Bhusal, J., Clark, J., Dewulf, A., Foggin, M., Hannah, D., Hergarten, C., Isaeva, A., Karpouzoglou, T., Pandeya, B., Paudel, D., Sharma, K., Steenhuis, T., Tilahun,S., Van Hecken, G., Zhumanova, M. (2014) Citizen Science in Hidrology and Water Resources: opportunities for knowledge generation, ecosystem service management, and sustainable development. Frontiers in Earth Science. Hydrosphere. Disponible en el sitio: www.bit.ly/35hH8mH

Comisión Europea (2013) Science for Environment Policy. In-Depth Report: Environmental Citizen Science. Disponible en https://ec.europa.eu/environment/integration/research/newsalert/pdf/IR9_en.pdf

Defensoría de los Habitantes de Costa Rica (2017) Arsénico: Historia de omisiones y silencios. Oficio N° 14016-2017-DHR. Disponible en: www.bit.ly/34hL3yy

Espinoza, A.; Morera, A.; Mora, D.; & Torres, R. (2004) Calidad del agua potable en Costa Rica: Situación actual y perspectivas. Ministerio de Salud de Costa Rica. Disponible en: https://www.bvs.sa.cr/php/situacion/agua.pdf

Gwynne, M. (1982). The Global Environment Monitoring System (GEMS) of UNEP. Environmental Conservation, 9(1), 35-41. doi:10.1017/S0376892900019469

Hidalgo, H. G.; Amador, J. A.; Alfaro, E. J.; Quesada, B. (2013) Hydrological climate change projections for Central America. Journal of Hydrology. Volume 495, 2013, Pages 94-112, ttps://doi.org/10.1016/j.jhydrol.2013.05.004

Irwin, A. (1997) Citizen Science. A Study of People, Expertise and Sustainable Development 1995, London and New York: Routledge.

Janssen, M.; Charalabidis, Y. & Zuiderwijk, A. (2012) Benefits, Adoption Barriers and Myths of Open Data and Open Government,Information Systems Management, 29:4, 258-268, DOI: 10.1080/10580530.2012.716740

López, N. (2013). Más de 11.000 personas en Guanacaste y San Carlos siguen tomando agua contaminada con arsénico. Disponible en el sitio: http://www.nacion.com/nacional/Guanacaste-San-Carlos-contaminada-arsenico_0_1350265024.html

Mora, D (2011) Estudio Preliminar Exploratorio-Ecológico de la "Razón De Incidencia Estandarizada" de varios tipos de cáncer y las concentraciones de arsénico en el agua para consumo humano en Guanacaste Costa Rica. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados Laboratorio Nacional de Aguas. Disponible en: https://www.bvs.sa.cr/AMBIENTE/textos/ambiente21.pdf

Mora, D; Orozco,J; Rivera,P; Solís, Y.; Zúñiga, L; Cambronero, D; Urbina, A (2018) Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano en Costa Rica (IRCACH). Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados Laboratorio Nacional de Aguas. Disponible en: www.bit.ly/2PFNCVS

Mora, D; Portuguéz, C. F. (2019) Agua para consumo humano por provincias y saneamiento por regiones manejados en forma segura en zonas urbanas y rurales en Costa Rica al 2018. Disponible en: www.bit.ly/35iC1T7

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2019) Open Government Data. Disponible en: www.bit.ly/34eF7Gr

Poder Ejecutivo (2017) Decreto 40199. Apertura de Datos Públicos, Costa Rica. En La Gaceta 12 de mayo de 2017. Disponible en:https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2017/05/12/ALCA102_12_05_2017.pdf

Poder Ejecutivo (2019) Portal de datos abiertos. Disponible en; http://datosabiertos.presidencia.go.cr/home

Programa Estado de La Nación (2019). Costa Rica Aprovecha Eficazmente el Recurso Hídrico pero no Logra Controlar los Impactos Negativos de su Uso Intensivo. Disponible en https://estadonacion.or.cr/costa-rica-aprovecha-eficazmente-el-recurso-hidrico-pero-no-logra-controlar-los-impactos-negativos-de-su-uso-intensivo/

Ramírez, F. (2013) La CCSS investiga causas de males de riñón en Guanacaste. Semanario Universidad, 30 enero 2013. Disponible en: https://semanariouniversidad.com/pais/la-ccss-investiga-causas-de-males-de-rin-en-guanacaste/

Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) (2016). A Snapshot of the World's Water Quality: Towards a global assessment. United Nations Environment Programme, Nairobi, Kenya. 162 pp.

Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) (2018) World Water Quality Alliance Assessment – Agenda Setting-Services linking the global water quality agenda to the nexus and national local relevance. En Inception Workshop WMO/Geneva 28/11/2018 & Follow Up, JRC ISPRA21- 24/06/2019. Disponible en: www.bit.ly/38CG6nt

Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) (2019) World Water Quality Alliance launched to tackle global water crisis.

UNESCO (2006) El Agua, una responsabilidad compartida: 2. informe de las Naciones Unidas sobre el desarrollo de los recursos hídricos en el mundo. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000149519

Vásquez-Morera, Javier (2019). Monitoreo de la calidad de las aguas superficiales en Costa Rica (Tesis de maestría). Escuela de Salud Pública-Universidad de Costa Rica, San José-Costa Rica.

Vörösmarty, C.J., McIntyre, P.B., Gessner,M.O., Dudgeon,D., Prusevich, A., Green, P., Glidden, S., Bunn, S. E., Sullivan, C. A., Reidy Liermann, C., Davies, P. M. (2010) Rivers in Crisis-Global Water Insecurity for Humans and Biodiversity. Southern Cross University.

Villalobos, W. (2017) El riesgo del arsénico sigue latente en Bagaces. En La voz de Guanacaste. 9 feb 2017. Disponible en: www.bit.ly/36n75Bo

Weiss, Kenneth R. (2018) Some of the World's Biggest Lakes Are Drying Up. Here's Why. En National Geographic. March Disponible en: www.bit.ly/2PgRTQw

Zheng, L., Kuo, C. C., Fadrowski, J., Agnew, J., Weaver, V. M., & Navas-Acien, A. (2014). Arsenic and Chronic Kidney Disease: A Systematic Review. Current environmental health reports, 1(3), 192–207. doi:10.1007/s40572-014-0024-x. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159179/

ANEXO 1. TABLA DE ABREVIACIONES

SIGLA	SIGNIFICADO	DESCRIPCIÓN
pH	Potencial de Hidrógeno	Nivel de acidez
DBO o DBO5	Demanda Bioquímica de Oxígeno	Cantidad de oxígeno que las bacterias y otros organismos consumen durante 5 días a 20°C para degradar aeróbicamente las sustancias en el agua
OD	Oxígeno Disuelto	Cantidad de oxígeno disuelto en el agua
NSF	National Sanitation Foundation	Fundación estadounidense que elabora estándares y certificaciones de salud pública que ayudan a proteger los alimentos, el agua, productos de consumo y el medioambiente.
NFSWQI	National Sanitation	Índice de calidad de agua desarrollado por la NSF
PSO	Porcentaje de Saturación de Oxígeno	OD / 100%
N-NH+4	Nitrógeno Amoniacal	Primera transformación del nitrógeno orgánico en el agua
QTWQI	QuickTest Water Quality Index	Índice usado con pruebas rápidas para parámetros físico químicos en el agua superficial
IH	Índice Holandés	Índice de calidad de las aguas superficiales usado por el gobierno de Costa Rica

NAVEGACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, UNA DISRUPCIÓN EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

DRA. MARÍA DEL ROCÍO SÁENZ MADRIGAL[1]

MSO. MARIANELA SALAZAR UGALDE[2]

LICDA. WENDY LÓPEZ VARGAS[3]

1. INTRODUCCIÓN

Según la declaración de Alma Ata, la salud se define como "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades," (OPS, 1978). Además, plantea que la desigualdad debe solventarse con políticas públicas que potencien la participación de los ciudadanos, se promueva la salud y se fortalezca la atención de la enfermedad.

Concordante con la definición de salud y según la V línea de acción de Promoción de la Salud definida en Ottawa, la Reorientación de los Servicios de Salud y donde específica que los "(…) servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete." (Organización Panamericana de la Salud, 1986). La navegación busca mejorar la calidad de vida de las pacientes con alta sospecha o que han sido diagnosticadas con cáncer de

mama, reduciendo los tiempos de espera e identificando las barreras a las que se enfrentan las mujeres en las distintas etapas del proceso de atención, por medio de un acompañamiento personalizado que ofrezca una solución a las barreras e inequidades presentadas.

El acompañamiento personalizado para las pacientes con cáncer de mama se ajusta también a la declaración de Astaná, donde se aspira a que gobiernos y sociedades "den prioridad a la salud y el bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos" (Organización Mundial de la Salud, 2018), fortaleciendo un sistema de salud con compasión, respeto y compromiso.

Costa Rica cuenta con un sistema de salud universal y solidario, ostenta una esperanza de vida al nacer similar a los países con ingresos altos y con un gasto en salud mayor que el del país. El sistema de salud cuenta con tres redes de servicios, que se articulan en tres niveles de atención:

1 Universidad de Costa Rica, Docente e investigadora. Correo: saenz.rocio@gmail.com

2 Universidad de Costa Rica, Docente e investigadora. Correo: marianela.salazar_u@ucr.ac.cr

3 Universidad de Costa Rica, Investigadora. Correo: wendy.lopezvargas@ucr.ac.cr

FIGURA 1
Los niveles de atención de los servicios de salud en Costa Rica

Fuente: Elaboración propia basada en "Perfil del Recurso Humano CCSS" (2010).

El primer nivel es el primer contacto con la población y la puerta de entrada al sistema, se "ofrecen servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad, en los ámbitos domiciliario, comunitario, escolar y en la consulta externa de los establecimientos de salud" (Ministerio de Salud 2004, p.28).

El segundo nivel de atención, apoya al primer nivel a través de una red de establecimientos formada por 7 hospitales regionales, 14 hospitales periféricos y ocho clínicas mayores ubicadas en la gran área metropolitana. "Se ofrecen servicios de consulta externa especializada y atención médico-quirúrgica de las especialidades básicas de medicina, cirugía, ginecología y obstetricia y pediatría, así como de algunas especialidades médico quirúrgicas de gran demanda poblacional como oftalmología, dermatología y urología" (Ministerio de Salud, 2004, p.30).

El tercer nivel es el que "contiene mayor complejidad; es donde se derivan los casos de pacientes de todo el país que requieren un tratamiento especializado o cirugías de gran dificultad donde se necesita tanto de equipo como médicos expertos en un área determinada". A la vez, se suma la dificultad de una gran demanda de estos servicios por parte de la población costarricense y una escasa oferta debido a una lenta inversión en infraestructura, lo cual ha favorecido en el aumento de las listas de espera (Ministerio de Salud, 2004, p11).

Para el tratamiento de esta enfermedad, el país ha generado planes y guías para estandarizar el quehacer en los diferentes niveles de atención. Estos se profundizan en el siguiente apartado.

En este contexto, el Modelo de Navegación adiciona a la atención de las pacientes con cáncer de mama, un acompañamiento personalizado irrumpiendo en el tercer nivel de atención y potenciando un acceso más equitativo al tratamiento de esta enfermedad en el tercer nivel de atención. Este surge como una respuesta a un clamor de pacientes, las organizaciones no gubernamentales y de los profesionales de la salud por una atención más oportuna y cálida (Sáenz et al, 2011).

En el 2011, también se identificaron barreras que las pacientes enfrentaban, según las etapas del proceso de atención; diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer de mama. Las barreras corresponden a "aquellos obstáculos que podrían tener efectos negativos, que pueden comprometer la salud de las pacientes y por ende, su calidad de vida y el de su familia". Algunas de ellas plantean necesidades no médicas que influyen en el proceso de atención de la paciente, por ejemplo, la falta de información sobre el cáncer de mama, la carga social de género, la relación con los profesionales de salud, miedo al proceso, ausencia del seguro, entre otras (Sáenz et al, 2019).

En concordancia con sus resultados, un estudio realizado por Parsa et al (2006) se afirma que entre las barreras presentadas para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en mujeres asiáticas y que se pueden extrapolar a la población occidental se encuentran el nivel socioeconómico y la educación en torno al tema del cáncer de mama, tener seguro médico, poner su cuidado de la salud en segundo plano, contar o no con un grupo de apoyo y miedo a la enfermedad. Además, aunque no con tanta frecuencia en nuestro hemisferio, la inclinación por la medicina tradicional.

Aunado a ello, en cada hospital, se construyeron rutas de atención, según la vivencia de las pacientes, con la información recolectada se diagramaron los diferentes puntos de contacto que tiene la paciente con el servicio de salud, se determinaron los tiempos mínimos y máximos que tardaron en cada etapa del proceso de atención. Los resultados fueron graficados y validados con los diversos profesionales responsables de la atención y en algunos de los hospitales se generaron cambios para agilizar el tránsito de las pacientes (Sáenz et al, 2012).

Es importante destacar que este proceso se sigue replicando de manera anual con la información brindada por las pacientes. En el Anexo 1 se observa un ejemplo de una ruta.

Conocer los tiempos máximos y mínimos en el tránsito de cada etapa, permite estimar el tiempo máximo y mínimo de todo el proceso de atención y en cada etapa. Además, es importante destacar

que, al ser un análisis realizado con las pacientes sobrevivientes de cáncer, no solo se contemplaron necesidades médicas sino también personales y no médicas que influyen en la fluidez del proceso de atención, aspecto fundamental que ha marcado el desarrollo de la Navegación en Costa Rica (Sáenz et al, 2012).

Para lograr el acompañamiento de navegación, se cuenta con el apoyo fundamental de ocho ONG y las voluntarias afines a cada organización. Estas son Elige Vivir, Metamorfosis, Fundacáncer, Apecagima, Fundamuro, Asociación Pro Hospital San Rafael de Alajuela, Tour Rosa y Fundeso. Es importante destacar que también realizan otros aportes al bienestar de las mujeres con cáncer de mama, tales como: grupos de apoyo a las pacientes, préstamo de pelucas, albergue para el periodo de tratamiento, entre otras.

Cada una de las organizaciones mencionadas cuentan con una cabeza que se encarga de velar por el apoyo a las pacientes; en algunos casos pacientes en general y en otros específicamente con patología mamaria. Estas cabezas – sus presidentas – tienen un rol muy importante en navegación pues, marcan una pauta en el voluntariado para mantener el compromiso y la responsabilidad en las funciones de acompañamiento. Además, existe una estrecha coordinación que favorece que la paciente cuente con las oportunidades que brindan sus organizaciones.

Por otro lado, el profesional que lidera el Modelo, se ha formado en "Promoción de la Salud", en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, que dio inicio en marzo del 2007; ya para el 2020 se han graduado diez generaciones. La currícula se define por medio de proyectos bajo una metodología de formación por competencias, con un equipo docente interdisciplinario y basado en el marco de los determinantes sociales de la salud y dentro de los ejes comunes se encuentran equidad, trabajo en equipo y la acción comunitaria. Además, los planteamientos de la Carta de Ottawa, Adelaida y las resoluciones de la OPS-OMS, son analizados en el contexto específico del sistema de salud y del país. Estos profesionales velan para que dentro del Modelo de Navegación se atiendan las necesidades de salud y no solo las médicas (Sáenz et al, 2019).

ARGUMENTACIÓN

El cáncer se encuentra dentro de las enfermedades crónicas que se catalogan como problema de salud pública por su carga en morbilidad y mortalidad y las consecuencias físicas, familiares y socioeconómicas; las cuales se ven traducidas en pérdida de años productivos, reducción de ingresos y la pérdida de la calidad de vida (Agudelo et al, 2011).

A nivel mundial, el cáncer de mama es el que ocupa el primer lugar en incidencia y el más común en mujeres, representando el 16% de los casos presentados a nivel global (Organización Mundial de la Salud, 2020). En la región de las Américas, cada año se diagnostican más de 462. 000 mujeres, de las cuales aproximadamente cien mil fallecen a causa de este y si la tendencia continúa, los expertos consideran que para el año 2030 tendrá un incremento en la incidencia del 34% (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Además, es importante destacar que el 69% de las defunciones se presentan en países en vías de desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2020). En cuanto a la supervivencia, se ha determinado que si el cáncer se diagnostica en etapas iniciales (I y II), la sobrevivencia en un plazo de cinco años suele ser entre 80% y 90% (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En el 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020; cuyo objetivo es reducir en un 25% la mortalidad prematura causada por el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas para el 2025 (Organización Mundial de la Salud, 2013).

En el contexto nacional, los tumores son la segunda causa de muerte; situados después de las enfermedades del sistema circulatorio (Ministerio de salud, 2011); citado por Calderón, (2013). El perfil epidemiológico muestra que Costa Rica tiene las tasas de prevalencia, incidencia y mortalidad más altas de Centroamérica en cáncer de mama; entre el 2000 y 2013 se registró un aumento del 63% en la incidencia y del 43% en la mortalidad.

Este tipo de cáncer es el segundo tumor más frecuente en mujeres y es el primer lugar en mortalidad por tumores malignos a nivel país (Ministerio de Salud, 2015). Además, según la población del proyecto de Navegación de Pacientes la incidencia del cáncer de mama se observa cada vez más en mujeres más jóvenes, en los últimos dos años se han acompañado 75 pacientes menores de 35 años (Base de datos Proyecto Navegación de Pacientes con cáncer de mama, 2019).

Para el tratamiento del cáncer de mama, en el año 2000 se creó una norma técnica denominada "Guía Atención Integral para el cáncer de mama", cuyo objetivo es estandarizar la atención de las pacientes con cáncer de mama o riesgo de padecerlo. Esta se debe ejecutar según su complejidad en los diferentes niveles de atención con el cumplimiento acciones específicas entre las cuales se mencionan, desarrollar un programa de detección temprana, brindar educación sobre esta patología a las mujeres, capacitar al 100% del personal de salud para la atención del cáncer de mama, brindar el tratamiento oportuno a todas las mujeres que sean diagnosticadas con esta enfermedad, involucrar activamente las diversas organizaciones que se vinculan con la atención del cáncer de mama, aumentar el grado de satisfacción de las mujeres con esta patología en las diferentes etapas de su tratamiento, entre otros (Poder Ejecutivo, 2000).

Otro de los esfuerzos planteados para la atención de esta enfermedad es el Plan Nacional para la prevención y control del cáncer 2011-2017. En ella se plantean varias áreas de trabajo para la prevención y el tratamiento del cáncer: una cultura de cuidado individual y responsabilidad colectiva, hábitat humano y los servicios de salud desde dos ámbitos: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y cuidados paliativos para las personas con cáncer. Además, vigilancia y sistemas de información, investigación y desarrollo tecnológico en cáncer y fuerza de trabajo laboral (Ministerio de Salud, 2012).

Alineado con el Plan Nacional se creó en el 2016 el Consenso Nacional de Especialistas en Cáncer de Costa Rica, compuesto por un equipo de profesionales en oncología tanto médica como quirúrgica. La primera tarea asumida por este grupo fue la revisión de normas y protocolos con la patología del cáncer de mama debido a su alta incidencia. Como objetivo se consensuó "…lograr un abordaje

integral que contemple la calidad en las medidas de prevención, el diagnóstico, el tratamiento, y la infraestructura adecuada de los servicios de salud para el paciente con cáncer y direccionar el país a que adopte los últimos avances tecnológicos que se están utilizando actualmente en otras regiones en desarrollo" (Consenso Costarricense sobre Prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2016, p 9.).

Por otro lado, uno de los retos más importantes que han tenido los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en las últimas décadas son las prolongadas listas de espera, esta institución ha desarrollado jornadas de producción, pagos de horas extra, compra de nuevos equipos (Presidencia de la República, 2019). Desde esta perspectiva, la navegación por medio de su acompañamiento personalizado favorece el logro de esta reducción.

Unger (2014), realizó una revisión crítica de estudios cuantitativos publicados en inglés, español o portugués en los últimos 15 años donde informaron sobre la etapa clínica del cáncer de mama, los intervalos de tiempo y las barreras de acceso y calidad asociadas con la atención tardía del cáncer. Los resultados arrojados demostraron que la mediana del intervalo entre el descubrimiento de los síntomas y el inicio del tratamiento es de 30 a 48 días en países de ingresos altos, pero de 3 a 8 meses en países de ingresos bajos y medios.

Según la misma autora, los principales retrasos ocurren entre la primera consulta médica y el comienzo del tratamiento. En Costa Rica, la situación no se escapa de lo mencionado por Unger; según la Base de datos del Modelo de Navegación (Sáenz et al, 2019), el 25% de las pacientes tarda al menos cuatro meses en completar su tratamiento, mientras que el 75% llega a completarlo hasta los trece meses. Desde esta perspectiva, se observa el gran compromiso por brindar un servicio efectivo para las pacientes con cáncer, sin embargo, se debe de continuar fortaleciendo la atención.

Ahora bien, para la implementación de este modelo en los servicios de salud en Costa Rica, se ha requerido negociación y construcción conjunta entre las partes involucradas: Organizaciones

no Gubernamentales (ONG), servicios de salud (CCSS) y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. Este trabajo se resume en 6 fases, las que se muestran en la siguiente imagen:

IMAGEN 1
La ruta del Modelo de Navegación

Fuente: Bejarano y Vargas (2016).

Cabe mencionar que la **fase uno** se ha desarrollado a la fecha en seis hospitales, los tres nacionales: Calderón Guardia, San Juan de Dios, México; el especializado Hospital de las Mujeres y los regionales: San Vicente de Paul y San Rafael de Alajuela. Con respecto a la **fase dos**, se llevó a cabo un mapeo de las ONG que colaboran en los nosocomios mencionados, y se realizó una caracterización de las organizaciones seleccionadas por la dirección del hospital para formar parte del Modelo de Navegación.

En cuanto a la **fase tres**, anualmente, en los hospitales, se han desarrollado capacitaciones que abarcan temas relativos a la organización del servicio de salud y la patología del cáncer de mama, cada sesión es brindada por los mismos profesionales del hospital y el equipo de promotoras de la salud; al finalizar estas capacitaciones las nuevas navegadoras reciben un certificado de aprovechamiento que emite la Vicerrectoría de Acción Social, lo cual en la experiencia vivida motiva de gran manera a las voluntarias y aumenta su pertenencia en el Modelo, cabe rescatar que las labores logísticas son lideradas por la Universidad de Costa Rica.

La **fase cuatro**, inicia con la práctica de las voluntarias para convertirse en navegadoras, esto fomenta la vinculación con el servicio de salud y estrecha el compromiso entre ambos para favorecer el tratamiento oportuno de las pacientes. Con respecto a la fase cinco del Modelo, comprende el desarrollo de la navegación. En esta se llevan a cabo de manera cotidiana: acompañamientos presenciales, llamadas de seguimiento y recordatorios que favorecen de diferentes formas a las pacientes; brindándoles apoyo emocional, resolviendo inquietudes en forma ágil y potenciando la solución de algunas de las barreras presentes en su proceso de atención.

Para comprender de una manera más amplia el Modelo, es necesario describir las acciones realizadas por el equipo de trabajo (navegadoras, gestoras y analistas de datos) y los instrumentos de recolección de datos utilizados durante la ruta de atención de la paciente, tales como:

Acompañamientos presenciales: consisten en un encuentro físico, el cual puede darse en el momento de diagnóstico de las pacientes, el acompañamiento a citas o eventos durante el proceso de atención o la búsqueda de información de las pacientes en la oficina de navegación para solicitar apoyo o información específica. Es importante destacar que considerando las necesidades especiales que requieran algunas de las pacientes, el acompañamiento de navegación se torna fundamental para agilizar los procesos administrativos, la llegada a los sitios de atención y el apoyo emocional en los momentos de mayor estrés y angustia por su situación de enfermedad entre otros.

Seguimientos telefónicos y las llamadas de recordatorio: se brindan a todas las pacientes al menos una vez al mes. Permiten identificar su estado de salud y la situación general de su proceso de atención. Son de gran importancia para detectar alguna condición que deba ser atendida para que el proceso de atención fluya más fácilmente. Además, las pacientes llaman para solicitar información o apoyo acerca de su tratamiento.

Ficha de seguimiento: es un instrumento donde se anota información sociodemográfica de la paciente, datos sobre el tipo de cáncer que enfrenta y las indicaciones del médico tratante y los

diferentes profesionales del servicio de salud. Además, mes a mes se va completando por medio de los seguimientos realizados a las pacientes, información como las citas que tiene, su sentir emocional y físico y las barreras que enfrenta sean de índole personal o del servicio de salud. Esto permite a su vez construir una ruta de cada paciente.

Es de gran relevancia mencionar que la información brindada por la paciente tiene tres confirmaciones; primeramente, en el seguimiento en que la paciente detalló que tenía el evento (cita, tratamiento, examen, entre otros), en segundo lugar, cuando la navegadora la llama para recordárselo y por último cuando en la siguiente ocasión que se contacta se le consulta cómo le fue el día "x" definido en el evento mencionado. Esto aumenta la autenticidad del dato.

Hoja de seguimiento: es un instrumento en el cual se recolecta la información brindada por las pacientes de forma mensual, permitiendo documentar su vivencia del proceso de atención del cáncer, las barreras que enfrenta y los tiempos que tarda en cada etapa de este. Así mismo, en continuo se genera la base de datos con la información captada en la ficha.

Se cuenta con un registro nominal en una base de datos en Excel, en la que se registra las citas para cirugía, quimioterapia, las llamadas de seguimiento o recordatorio y los acompañamientos presenciales. La información registrada posteriormente es analizada y discutida por los equipos en cada hospital. La información recolectada y analizada facilita la toma de decisiones que buscan mejoras en la ruta de atención; desde la detección temprana hasta la rehabilitación.

La agenda diaria: es donde las promotoras de la salud colocan el número de llamadas y acompañamientos que se efectuarán en el día y el orden de prioridad para las navegadoras. Siempre será más importante realizar los seguimientos presenciales, especialmente si la paciente cuenta con alguna condición especial que haga indispensable el acompañamiento de la navegadora.

La agenda maestra: es el instrumento donde se registran todas las citas de las pacientes según fecha, la cual es consultada semanalmente por el equipo de navegación de cada hospital para asignar las llamadas de recordatorio a las navegadoras y potenciar en las pacientes la adherencia al tratamiento.

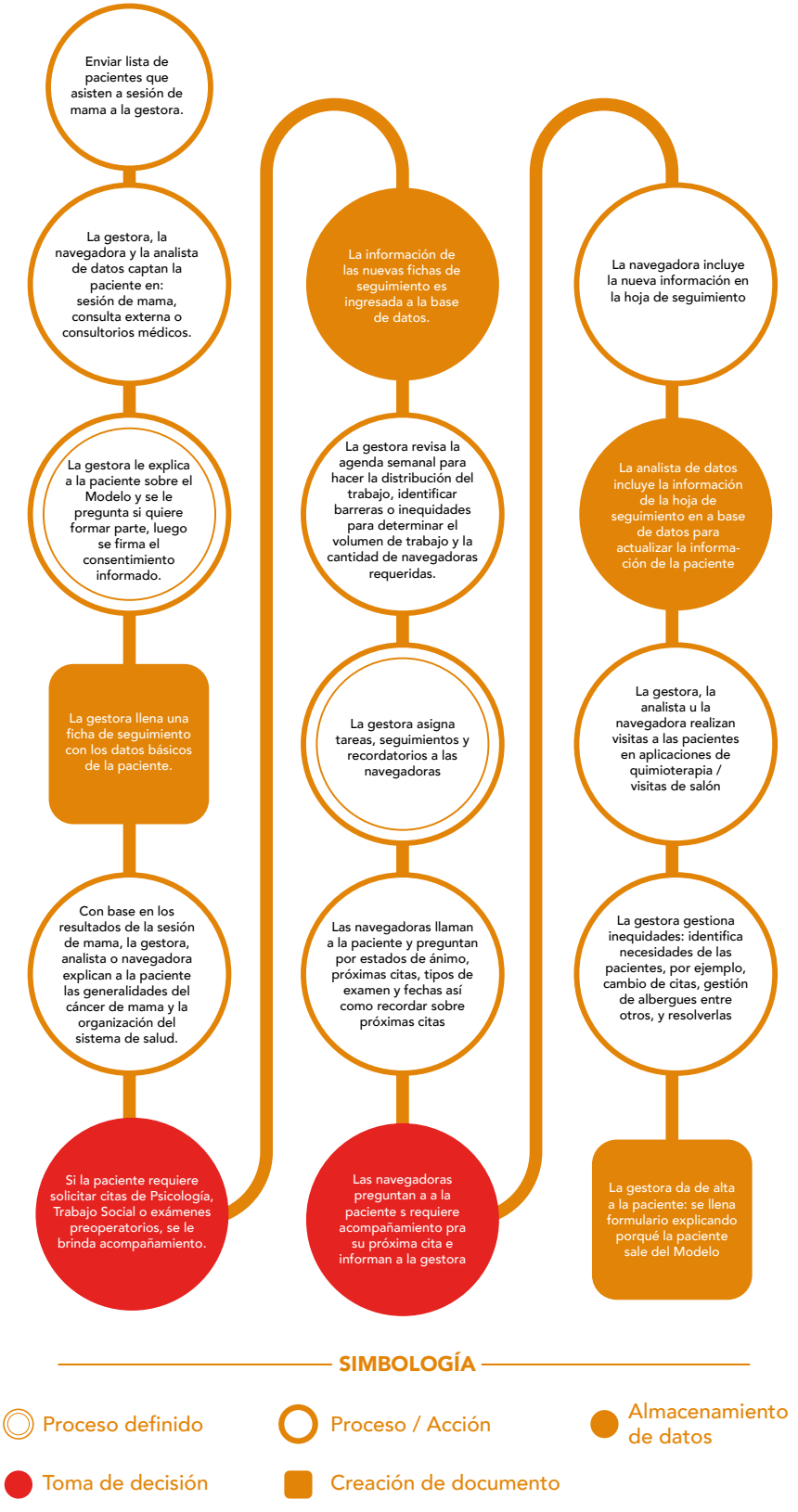
Una vez descritas las acciones y los instrumentos, se puede identificar el trabajo realizado entre las partes involucradas, es decir las navegadoras, las gestoras, las analistas de datos y los enlaces de cada centro médico. Se debe rescatar que debido a las particularidades de cada hospital el desarrollo del Modelo tiene ciertas variaciones, sin embargo hay una serie de procedimientos estandarizados que el equipo realiza para cumplir a cabalidad con la prestación de este servicio.

A partir de una serie de entrevistas realizadas a las gestoras de cada hospital fue posible identificar los procedimientos básicos que deben ejecutarse para que la paciente complete la ruta; con base en esta información se elaboró un diagrama de flujo que resume cada procedimiento que hace el equipo en los hospitales, en él se incluyen las labores conjuntas, es decir, que desempeñan, tanto la gestora, como la analista de datos y la navegadora, así como aquellas labores que realizan ellas por separado.

Es fundamental destacar que, toda la información recabada por medio de los seguimientos y que es plasmada en la ficha, se digita en una base de datos nominal y, es con esa evidencia que se realizan los reportes, análisis, la ruta y se verifica el cumplimiento de los indicadores.

A continuación, se detalla el proceso de Navegación:

FIGURA 2
Flujograma del desarrollo de labores del equipo de Navegación



Fuente: elaboración propia.

Finalmente, la **etapa seis** se lleva a cabo de manera constante para potenciar el desarrollo del Modelo y un mejor acompañamiento a las pacientes. Es importante destacar que, las diferentes etapas se llevan a cabo en completa colaboración con un médico enlace y la dirección del hospital, desde la definición de la ONG que participa en el desarrollo del Modelo, hasta los temas de capacitación y los expositores. Así mismo, una vez incorporada la ONG, esta tiene una participación activa con el desarrollo del Modelo.

A lo largo de los años se han presentado diferentes circunstancias que han permeado el desarrollo eficaz del proyecto, tales como la rotación del personal en los hospitales, de las navegadoras y del equipo de promotores de la salud, la limitación de espacios físicos dentro de los hospitales, el acceso limitado a internet, flujo inconstante de financiamiento para la prestación en el servicio de salud; los cuales se han superado con éxito para el beneficio de las pacientes.

Los resultados obtenidos tras el desarrollo del Modelo en los seis hospitales mencionados han sido altamente satisfactorios para las pacientes y los diferentes actores dentro del servicio de salud. Del 20 de febrero del año 2017 al 31 de enero del 2019 se brindó el acompañamiento a 2321 pacientes, se realizaron 5314 acompañamientos presenciales y se efectuaron 26576 llamadas de seguimiento y recordatorio, con una efectividad en el contacto con la paciente del 90%. La cobertura global alcanzada fue de 83% y se generó una reducción de 136 días en promedio en los hospitales San Vicente de Paul, Calderón Guardia y de las Mujeres.

Además, es importante destacar que las pacientes buscan el Modelo de Navegación para que se les brinde apoyo en la reprogramación de eventos médicos o en la gestión de documentos, solicitar información sobre los servicios del hospital, si requiere información de albergues, para solventar inquietudes y solicitar acompañamiento en citas. En el periodo mencionado, las pacientes llamaron o se acercaron a la oficina de Navegación en 1054 ocasiones.

Un estudio efectuado por Unger e Infante (2011) reveló que el retraso en el inicio del tratamiento luego de haberse manifestado

los síntomas y durante este, se comprende de una serie de aspectos multifactoriales, entre los cuales define el contexto sociocultural de la mujer con este padecimiento, contar con una red social que le apoye, la claridad sobre los síntomas que experimenta desde su experiencia de vida, la percepción sobre sus prioridades por encima de su salud, el miedo a la enfermedad y los servicios de salud a los que tiene acceso, así como un diagnóstico certero una vez que acuden a estos.

Tomando en consideración lo analizado por las autoras, se determina que, por sus características, el desarrollo del Modelo de Navegación colabora en una orientación efectiva a las pacientes, en medio de ese mar de inquietudes que les aquejan y que en ocasiones retrasan su diagnóstico y que pueden extender el proceso de atención como tal.

Según el último informe del proyecto, se ha cumplido el 100% las actividades propuestas; para facilitar la presentación y comunicación de los resultados, se han adaptado los indicadores de innovación propuestos por Villareal y otros autores. En la siguiente imagen se detallan el indicador y su definición. (Villareal et al, 2000; Proctor et al, 2011; Vargas et al, 2017; Diccionario Oxford):

ACCESIBILIDAD	ADOPCIÓN	APROPIACIÓN	FIDELIDAD
Contempla los recursos con los que cuenta el proyecto para satisfacer la necesidad de la usuaria y las barreras que se enfrentan para lograrlo	Se define como la aceptación del proveedor o la organización sobre un servicio prestado	La pertinencia percibida de las acciones realizadas	Se define como el grado en que se implementó un proyecto según lo indicado en la propuesta de trabajo a realizar

COSTO	COBERTURA	ESCALONAMIENTO
Puede medirse en términos del impacto producido por medio de la implementación; tomándose en consideración los costos de la implementación, la estrategia utilizada y la prestación del servicio	Porcentaje de pacientes captadas por el Modelo de Navegación, según las listas de sesión de mama en cada uno de los hospitales	Se define como la distribución de una cosa en el tiempo o en el espacio de manera ordenada y sucesiva

Fuente: Elaboración propia basado en Sáenz et al, 2019.

CONCLUSIONES

Las necesidades en salud de las mujeres con alta sospecha o con cáncer de mama abarcan diferentes ámbitos de la vida de las mujeres, además de contar con servicios de salud cercanos, eficientes, efectivos y cálidos, requieren de un apoyo familiar y comunitario, que muchas veces no se tiene. Navegación ha venido a brindar ese acompañamiento y apoyo a las pacientes por medio de las navegadoras, señoras voluntarias que poseen un alto compromiso con las pacientes y el servicio de salud, esto se ve reflejado con los más de 27.000 seguimientos efectivos y la búsqueda de las mismas pacientes en más de mil ocasiones. En un estudio realizado por Otey (2017) las pacientes afirmaron que la navegación es un gran soporte emocional para ellas, su trato es amable y además es de gran utilidad que les recuerden las citas.

En el caso de Costa Rica, en el 2011, existían disconformidades por parte de las pacientes, las organizaciones no gubernamentales y de los mismos prestatarios de los servicios de salud, por retraso en la atención y un porcentaje alto de los casos se atendían en estadios avanzados de la enfermedad, lo que también concordaba con una detección tardía y oportunista de los casos. Esta situación generó frustración y enojo, que muchas veces se resolvió con protestas o por resoluciones de la Sala Constitucional. Para el año 2019 la Asociación Nacional de Segunda Oportunidad de Vida (ANASOVI) fundada en el año 2006,había presentado más de mil recursos de amparo para la atención de pacientes con cáncer, de ellos 59 fueron casos de mama.

Los equipos interdisciplinarios que atienden a las pacientes, expresaban frustración y dolor por tener que enfrentar una situación que no estaba en sus manos resolver. Con el desarrollo del Modelo de Navegación, se ha establecido un apoyo directo a las pacientes dentro del servicio de salud, por ejemplo, en tres de los seis hospitales participantes el equipo de Navegación participa activamente dentro de la sesión de mama. Además, se ofrece el acompañamiento a las pacientes en otros espacios como consultorios, salas de consulta externa o llamada telefónica por parte del servicio de salud cuando se presenta un nuevo caso.

Con respecto a la resolución de barreras el 51% se logran con el apoyo directo del personal médico, 29% por medio de otros profesionales de los servicios de salud y el 20% restante en conjunto con ONG, secretarias y jefaturas de servicio.

Además de los ajustes necesarios en el proceso de atención del cáncer de mama, también se han documento necesidades relacionadas con una mayor comprensión de la enfermedad, las opciones de tratamiento y sus consecuencias no solo del padecimiento en sí, sino en la vida de la mujeres, quienes se hacen preguntas como ¿Qué voy a hacer con mis hijos?, ¿me voy a morir?,¿el trabajo?, ¿la vida en pareja?, ¿qué pensarán de mí? Así como: ¿quién cuidará de mi familia? ¡no creo que soporte!, no cuento con recursos para estar tanto tiempo en el hospital, no estoy segura de tener transporte, ¿perderé el trabajo?

El Modelo de navegación, al retomar el voluntariado ya existente y orientarlo hacia un acompañamiento personalizado, brinda a las pacientes confianza y opciones de vida, y la imagen de la muerte poco a poco se diluye y se pone toda la energía en la recuperación, en la superación de la enfermedad.

84 navegadoras en los seis hospitales participantes lograron captar al 78% de las 2341 desde la fase diagnóstica o en alta sospecha, teniendo así una mayor oportunidad de acompañamiento y apoyo durante su proceso.

Para las ONG, tanto voluntarias como Presidentas de las organizaciones, han generado una inversión de tiempo y retribución social invaluable, reconocimiento de la labor por parte de las pacientes y los mismos servicios de salud, al ver resueltos pequeños o grandes obstáculos que retrasan o interrumpen el tratamiento. Se destaca la permanencia de las ONG participantes, desde el inicio han continuado 7 de 8. Además, se realizaron 45 reuniones en promedio con las presidentas de estas organizaciones para la mejora continua del Modelo y apoyos extra a las pacientes. El personal de salud valora el trabajo de las ONG y considera a las navegadoras como parte importante del servicio de salud.

Un indicador construido en el Modelo corresponde a las "Horas Solidaridad", la cual define el aporte que realizan estas mujeres y hombres de manera voluntaria de manera mensual. En un mes, 86 navegadoras fueron en 241 ocasiones a navegar, lo cual generó 1231 horas de voluntariado, que en una jornada voluntaria de 8 horas corresponde a ciento cincuenta y cuatro días de trabajo.

Los enlaces y los equipos de especialistas médicos y quirúrgicos encuentran en la navegación una fuente de información de pacientes que anteriormente no estaba clara, también encuentran solución y mayor satisfacción de las mujeres que enfrentan esta patología. Es importante destacar que 75% de los profesionales del servicio de salud se mantienen colaborando desde el año 2016 y se han sumado 33 especialistas más para el año 2019 y el Modelo de Navegación es contemplado como un servicio más del hospital para el proceso de atención del cáncer de mama.

Para las Promotoras de la Salud, el mayor reto ha sido el abrir un espacio de realización profesional reorientando los servicios de salud hacia las necesidades particulares; así como contribuir con el desarrollo, implementación y evaluación de un modelo que viene a llenar un vacío y, que sin duda abre opciones de especialización de la Promoción de la Salud, en el ámbito hospitalario.

Desde esta perspectiva, se determinó que el costo per cápita de la atención de cada paciente desde el Modelo de Navegación, al 2019, es de 226.195,oo. Además, la navegación promovió el brindar apoyo emocional y la gestión de eliminar barreras de acceso que retrasan la ruta de la paciente y fomentó la adherencia de la usuaria al tratamiento, fortaleciendo la integralidad en los servicios de salud. Además, se generó una reducción global de 136 días en tres de los hospitales participantes y se identificó que a mayor cobertura de las pacientes se presenta una mayor reducción en el tiempo.

Todos ellos, voluntarias, ONG, prestatario y las Promotoras, han contribuido a sumar a la atención integral un eslabón, relacionado con la atención de las necesidades no médicas y a la participación del voluntariado en el proceso mismo de atención. Los resultados superaron las expectativas y se han desarrollado mejoras en la

captación para aumentar este porcentaje. En los hospitales de las Mujeres y San Vicente de Paul la cobertura fue del 100%, en el Calderón Guardia un 88%, San Juan de Dios 84% y México 76%, por lo que se considera fundamental aumentarla y así ofrecer a un mayor número de mujeres este beneficio.

Para finalizar, es importante evidenciar el crecimiento que ha tenido la Navegación de Pacientes a lo largo de los años. Al iniciar el Modelo en el año 2012 se contaba con tres profesionales, cada uno con diez horas asignadas y este se ejecutaba en los Hospitales Calderón Guardia, San Juan de Dios, San Rafael de Alajuela y San Vicente de Paul. Para el año 2019 se sumaron los centros México y especializado de las Mujeres y cada hospital contaba con un profesional a tiempo completo y otro a medio tiempo para el desarrollo de las funciones de navegación.

Así mismo, haciendo una comparación entre el 2017 y 2018, se presenta un aumento en el número de acciones de navegación (seguimientos y acompañamientos). Para el año 2017 se llevaron a cabo 11125, mientras que para el año 2018 aumentó a 19684. Esto reitera el compromiso de las navegadoras y la madurez del Modelo liderado por la Universidad de Costa Rica, así mismo promueve que los datos recolectados en la ficha, sean fidedignos y veraces.

REFERENCIAS

Agudelo, M. (2011). Niveles, tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en Costa Rica según provincias 2000-2009. Población y Salud en Mesoamérica Revista electrónica semestral, ISSN–1659–0201 Volumen 9, número 1, artículo 4 Julio – diciembre, 2011 Publicado 1 de julio, 2011 http://ccp.ucr.ac.cr/revista

Bejarano, A; Vargas, I. (2016). La ruta de atención como herramienta para la reducción de inequidades en el cáncer de mama. Metamorfosis 2041: hacia una CCSS centenaria. Caja Costarricense de Seguro Social. San José.

Caja Costarricense del Seguro Social (2010). Perfil del Recurso Humano CCSS. [Presentación de Power Point].

Calderón, A. (2013). Situación del cáncer de mama en Costa Rica y su atención en la Caja Costarricense de Seguro Social. [Presentación de diapositivas].

Consenso Nacional de Especialistas en Cáncer, Costa Rica (2016). Consenso Costarricense sobre Prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Recuperado de http://www.medicos.cr/consensocancer/documentos/consenso%20de%20mama%202016%20v7.pdf

Ministerio de Salud (2004). Perfil del Sistema de servicios de salud de Costa Rica. Recuperado de https://www.bvs.sa.cr/php/situacion../perfil.pdf

Ministerio de Salud (2012). Plan Nacional para la prevención y control del cancer. Recuperado de https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/consejo_nacional_cancer/DM_plan_nacional_para_la_prevencion_y_control_del_cancer.pdf

Ministerio de Salud (2015). Situación epidemiológica del cáncer. Recuperado de https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/2722-situacion-epidemiologica-del-cancer/file

Organización Panamericana de la Salud (2020). Cáncer de mama: Hojas informativas para los profesionales de salud. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11242:breast-cancer-summaries-health-professionals&Itemid=41581&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2020). Cáncer de mama: Prevención y Control. Recuperado de: https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html

Organización Mundial de la Salud. (2013) Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 66ª Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-sp.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2018) Declaración de Astaná, Conferencia Mundial sobre la Atención Primaria en Salud. Recuperado de: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (1978). Declaración de Alma Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Cáncer de mama. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es

Otey, C. (2017). Estudio de Navegación en Cáncer de mama: Análisis de 6 hospitales desde pacientes, navegadoras, gestores y enlaces institucionales. [Informe]. Universidad de Costa Rica, Escuela de Salud Pública. San José.

Parsa, P., Kandiah, M., Abdul, H., Mohd, NA. (2006). Barriers for breast cancer screening among Asian women: a mini literature review. Recuperado de: https://www.academia.edu/21828866/Barriers_for_breast_cancer_screening_among_Asian_women_a_mini_literature_review

Poder ejecutivo (2000) Manual "Guía Atención Integral para el Cáncer de Mama". Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/NormativaNormas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=55697&nValor3=61022&strTipM=TC

Presidencia de la República (2019). Noticia: Caen los tiempos de espera en la CCSS. Recuperado de: https://presidencia.go.cr/comunicados/2019/11/caen-los-tiempos-de-espera-en-la-ccss/

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffery, R., Hensley, M. (2011). Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. Rev. Adm Policy Ment Health. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3068522/

Escuela de Salud Pública (2019). Proyecto Navegación de Pacientes con cáncer de mama. [Base de datos]. Universidad de Costa Rica. San José.

Sáenz, M., Ortiz, A., Gutiérrez, M., Bermúdez, J. L., y Monge Hernández, C. (2011). Perspectiva Epidemiológica y socioinstitucional del cáncer de mama en Costa Rica. Heredia, Costa Rica: Universidad Nacional de Costa Rica.

Sáenz, M, Gutiérrez, M, Alvarado, R, Bejarano, A., y Monge, K. (2012). Sistematización: Proyecto Navegación de Pacientes con Cáncer de

Mama. Heredia, Costa Rica: Universidad Nacional de Costa Rica. Recuperado de: https://bit.ly/2mhdwUE

Sáenz, R., Salazar, M., Bolaños, M., Castro, L., Céspedes, M., Garro, N., Kauffman, L., Montoya, Y., Obando, F., Sigüenza, L., Solis, M. (2019). Design Thinking: Proyecto Navegación de Pacientes con cáncer de mama, un modelo innovador en la atención del cáncer, desde la perspectiva de la Promoción de la Salud. [Documento inédito]. Universidad de Costa Rica, Escuela de Salud Pública. San José.

Sáenz, R., Vargas, I., Salazar, M., (2019). Breaking in the hospital world: patien navigation. (Presentación de Power Point).

Unger, K. (2014). Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. Revista: World journal of clinical oncology. Vol 5, P 465-477.

Unger, K., Infante, C. (2011). Breast cancer delay: A grounded model of help-seeking behaviour. Revista Social Science & Medicine. Vol 72, P 1096-1104.

Vargas, I., Salazar, M., Bejarano, A., Morales, J., Leiva, D., Solis, J., Rojas, A. (2017). Proyecto Navegación de Pacientes 2017-2018. [Informe]. Universidad de Costa Rica, Escuela de Salud Pública. San José.

Villareal, E., González, J., Salinas, A., Garza, M., Nuñez, G., Uribe, M. (2000). Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. Rev. Atención primaria. Recuperado de: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656700785477?token=DB1B3EA566331077796E55FE22BADE532275B0953D3EE9FDF2EA76D504AD77B3CE 5042B761D49EA75F2597F8DD1922B1

CAPACIDADES DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS GOBIERNOS LOCALES EN COSTA RICA DE LA ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES DE LA OPS

IVANNIA FALLAS VALENCIA[1]

KAROL ROJAS ARAYA[2]

INTRODUCCIÓN

La Estrategia de Municipios Saludables (EMS) tiene sus raíces en períodos mucho más antiguos que los registrados usualmente en la literatura, ya que, la ciudad como unidad de análisis y de intervención en Salud Pública no es reciente, se refiere a que para 1844 en el Ayuntamiento de Exeter en Inglaterra se constituye la Asociación por la Salud en las Ciudades con la finalidad de poder incidir en las condiciones de vida de los habitantes a través de leyes que favorecieran mejoras en la salud (OPS, 1996). Incluso estudios antropológicos refieren cómo antiguas ciudades griegas, e imperios como los aztecas, mayas e incas, construyeron sus ciudades tomando en cuenta la relación con el entorno (Rivera et al, 2000).

Sin embargo, es a partir del Proyecto de Ciudades Sanas que el concepto se acuña por primera vez en 1985 Toronto, Canadá. Mas la génesis de la reciente conceptualización de Municipios Saludables, tiene sus raíces mucho más atrás

en el Informe Lalonde de 1974, que posteriormente se tomó como base en el desarrollo del informe "La Salud Pública en los 80" que buscaba establecer las líneas de acción política, social y de desarrollo comunitario a nivel local (OPS, 1996). En la década de los 80 y de modo paralelo a los movimientos de Promoción de la Salud, se proclama en 1986 la Carta de Ottawa, de igual forma, se da la Declaración de Santa Fe de Bogotá, y la Carta del Caribe de Promoción de la Salud; siendo esta la coyuntura en la que se da la Reunión de Lisboa en la que 21 ciudades se comprometen con la salud urbana (OPS, 1996).

1 Licda. Promoción de la Salud. Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica

2 Licda. Enfermería. Bach. Sociología. Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica

En este marco la Organización Mundial de la Salud (1998) define ciudad saludable como:

> *[...] aquella que crea y/o mejora constantemente sus entornos físicos y sociales y amplía aquellos recursos de la comunidad que permiten el apoyo mutuo de las personas para realizar todas las funciones vitales y conseguir el desarrollo máximo de sus potencialidades.*

Es a partir de lo anterior, que el mayor desarrollo de las Ciudades Saludables se da a finales de los 80, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Oficina Regional de Europa impulsa el "Proyecto Ciudades Sanas", orientado al desarrollo de una serie de estrategias y mecanismos que promuevan la salud de las poblaciones a partir de líneas de acciones políticas, sociales y de desarrollo comunitario local en las ciudades (Rivera et al, 2000).

Para América Latina, este movimiento toma mayor fuerza a partir de la década de los 90, momento en que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone la Estrategia de Municipios Saludables que brindan una serie de criterios técnicos para hacer estos procesos y acciones sustentables en el tiempo, que -de acuerdo con Rivera et al (2000)-, en Latinoamérica se consolida el concepto de Municipio Saludable producto del ordenamiento político-administrativo de los países de la región, en donde el poder local se ejerce a través del Municipio y/o Gobierno Local.

La Estrategia de Municipios Saludables (EMS) pretende el desarrollo de procesos que permitan llevar a cabo la implementación de acciones efectivas en promoción de la salud orientadas hacia la mejora de las condiciones y calidad de vida de las personas. En este sentido, el reconocimiento de los factores macroeconómicos, políticos y sociales poseen una injerencia directa en la salud de las personas, que podría denominarse los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), definidos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias que son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, dependen a su vez de las políticas adoptadas; circunstancias que están configuradas por un conjunto amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas (Marmot et al, 2008).

En el documento "El movimiento de Municipios Saludables: Una estrategia para la Promoción de la Salud en América Latina" (OPS, 1996), se refuerza lo planteado anteriormente, al reconocer que la salud no deja de ser un bien social al que contribuyen todos los sectores sociales y económicos, por ende, es en el contexto local-comunitario en el que se pretende integrar con mayor fuerza las iniciativas de los distintos sectores, incluyendo salud, para poder avanzar hacia la promoción de la salud y el bienestar de las poblaciones.

Este elemento diferenciador entre lo implementado en Europa y en América Latina, más allá de la diferencia cronológica, pone en discusión un aspecto fundamental que refiere a lo comprendido o definido por "Ciudad Saludable" y por "Municipio Saludable. En tanto, en la región Latinoamericana se dio paralelo a procesos de reformas de modernización de los Estados en la década de los 90, entre esos la institucionalidad en salud, que conllevaron a una fuerte descentralización y otorgamiento de mayores competencias a los Gobiernos Locales (Martínez, 2008). Por lo que, el término "Municipio" implicó ampliar el uso dado en Europa (ciudad-urbano) y darle mayor relevancia a Gobierno Local que posee competencias y obligaciones con todo el conjunto del espacio municipal (urbano y rural), es decir, recae en un compromiso político explícito (OPS, 1996).

Esta diferenciación de unidad de análisis y de operativización, es fundamental para América Latina, ya que, si bien en la década de los 90 se los procesos de fortalecimiento de la autonomía política a nivel local se plantearon como prioridad, actualmente aún no termina de materializarse, a pesar del pilar que representan los Gobiernos Locales como impulsores para la democracia (PEN, 2008).

MUNICIPIOS SALUDABLES EN COSTA RICA: EXPERIENCIAS REFERENTES

A nivel nacional, de acuerdo con el Ministerio de Salud (2018), Costa Rica desde 1993 inició el desarrollo de la estrategia de Municipios Saludables y en 1996 constituyó la Red Nacional de Cantones Ecológicos y Saludables, con la participación de 27 de los 81 municipios del momento. El primer cantón en organizarse e iniciar acciones encaminadas a ser cantón saludable fue San Carlos, de la provincia de Alajuela, el cual, se detalla a continuación.

En 1993 inició formalmente su proyecto de "Cantón Ecológico y Saludable". A partir de las necesidades prioritarias identificadas por los distintos participantes, donde se le otorgó mayor importancia a la protección del medio ambiente y la promoción de estilos de vida saludables.

Así mismo, se lanzó un proyecto denominado "Unidos por una Ciudad Limpia", en el distrito de Quesada, que es uno de los once distritos que conforman el Cantón, estimulando la participación activa de los ciudadanos en la promoción de proyectos para el mejoramiento de los ambientes. Como parte de la campaña, se realizó un concurso de dibujo y pintura denominado "Un ambiente saludable produce salud". También se organizó un "Rally Familiar" con el lema "Siembre un árbol por la vida", actividad en la que participaron familias del cantón de San Carlos, y se realizó la "Feria Intersectorial de Salud" bajo el lema: "Protejamos nuestro ambiente", en la que participaron 27 instituciones (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2018).

En el ámbito institucional, bajo la temática de medio ambiente, se recicla papel, vidrio y latas de aluminio en el área urbana del distrito de Quesada. También se provee a la población información (folletos) sobre los centros de recolección de materiales para reciclaje, lo que redujo la cantidad de desechos que terminaba en relleno sanitario o que se depositaba en el medio, y se aumentó de esta manera la vida útil del relleno sanitario y se disminuyó el peligro de contaminación ambiental.

Otra de las zonas donde se ha querido seguir esta línea de Municipios Saludables es precisamente en la Región Central Occidente, ya que, el Ministerio de Salud ha desarrollado proyectos de Promoción de la Salud en municipios alajuelenses, de modo que los alcaldes de San Ramón, Palmares, Naranjo, Valverde Vega y Zarcero firmaron una carta de compromisos institucionales para desarrollar proyectos comunales que permitan el fomento de una cultura de salud desde una visión positiva y que genere mayor bienestar para las comunidades (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2013).

Estos compromisos se derivan del Encuentro Regional de Gobiernos Locales "Fortaleciendo las capacidades de los Gobiernos Locales hacia el desarrollo de una Política de Promoción de la Salud" (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2013). La carta de compromisos permitirá fortalecer la alianza con los municipios para articular esfuerzos, recursos tanto financieros, materiales, humano y talentos entre Gobiernos Locales y Ministerio de Salud.

Cabe agregar que, Costa Rica cuenta con un Plan Estratégico Nacional de Cantones Ecológicos y Saludables 2005-2015, formulado en un proceso participativo e intersectorial, el cual se orienta a estimular la coordinación, concertación y alianzas estratégicas entre los diferentes actores de la sociedad civil (Rice, M, 2006). En el proceso de planificación representantes de diferentes instituciones, alcaldes y otros actores sociales comprometidos con la estrategia en el nivel nacional y local, contaron con el acompañamiento técnico de la Organización Panamericana de la salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS).

Y con respecto a los objetivos estratégicos planteados en el Plan Nacional mencionado, están orientados a fortalecer los espacios

de concertación intersectorial para la participación social efectiva, mejorar las capacidades y habilidades de los actores sociales para el diseño, implementación y evaluación de planes, programas y proyectos. Además, como indica Rice (2006), esta estrategia impulsa la participación de la sociedad civil organizada y contribuye a su empoderamiento hacia la construcción de Cantones Ecológicos y Saludables, a la vez que desarrolla procesos de sensibilización, concientización y capacitación periódica a las autoridades y trabajadores de los gobiernos locales.

Por su parte, la Municipalidad de Cartago en los últimos años ha realizado esfuerzos a través de diversas iniciativas como: Movilidad Sana y Sostenible, que contempla la Ciclovía y la Bici pública; Deporte y Recreación, mediante clases de zumba en los distritos, torneos deportivos, cleteadas, carreras, entre otras; la creación del Centro de atención de adultos mayores con especialidad en Alzheimer y otras demencias; la creación del Centro de Cuido Animal; la creación del Centro de atención integral de personas en situación de calle; entre otros. Estas iniciativas han sido propuestas y ejecutadas desde los distintos departamentos de la Municipalidad, como el Departamento de Cultura y Comunicación, el Departamento de Servicios Generales, el Área Social y la Alcaldía (Arias y Gamboa, 2017).

IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES (EMS): CAPACIDADES ADMINISTRATIVAS Y POLÍTICAS DE LOS GOBIERNOS LOCALES DE COSTA RICA

La división territorial en Costa Rica refiere a siete provincias subdivididas en 82 cantones y estos, a su vez, en 478 distritos; sin embargo, en el ámbito cantonal el país presenta una importante desigualdad de desarrollo social, principalmente entre los cantones urbanos y rurales, siendo estos últimos en los que prevalecen mayores niveles de carencias.

De acuerdo con Ley N 7794 sobre el Código Municipal, dispone en su Artículo 1.- "…que el municipio está constituido por el conjunto

de personas vecinas residentes en un mismo cantón, que promueven y administran sus propios intereses, por medio del gobierno municipal"; agregando en el Artículo 2.- "…la municipalidad es un persona jurídica estatal, con patrimonio propio y personalidad, y capacidad jurídica plenas para ejecutar todo tipo de actos y contratos necesarios para cumplir sus fines"; siendo sus atribuciones las establecidas en el Artículo 4.- "…posee la autonomía política, administrativa y financiera que le confiere la Constitución Política".

En su organización político-administrativa las Municipalidades están conformadas por un/a Alcalde, un Concejo Municipal (órgano deliberativo), y distintas instancias encargadas de la prestación de bienes y servicios. La naturaleza jurídica de las Municipalidades es de persona jurídica estatal con patrimonio propio y personalidad, y capacidad jurídica plena; posee autonomía política, administrativa y financiera; y tiene como jurisdicción territorial el cantón cuya cabecera es la sede del gobierno municipal y debe velar por los intereses y servicios cantonales. Las competencias y características del Gobierno Local se encuentran estipuladas en el marco legal establecido en la Constitución Política de Costa Rica y el Código Municipal (Ley 7794).

Las Municipalidades también deben seguir lo indicado por normativa conexa: Ley Orgánica del ambiente, Ley 7554; Ley de planificación urbana, Ley 4240; Ley de gestión integral de residuos, Ley 8839; Ley de simplificación y eficiencia tributaria, Ley 8114; Ley especial para la transferencia de competencias: atención plena y exclusiva de la red vial cantonal, Ley 9329; Ley de patentes, específica por cantón; y Ley de bienes inmuebles, Ley 7509.

En este marco jurídico-normativo, a las Municipalidades les corresponde proveer una serie de servicios públicos a los habitantes del territorio concerniente: servicios tributarios, servicios sociales, servicios ambientales, servicios urbanos, planificación y política pública. Siendo precisamente estos servicios y los que se desprenden de ellos, los que pueden ser en el marco de la conducción política de la Municipalidad orientados a procesos de mejora continua y progresiva de las condiciones de salud y calidad de vida de la población.

Municipio Saludable, de acuerdo con la OPS (1992), es aquel que incorpora como eje transversal la Promoción de la Salud en sus acciones, como estrategia para la reducción de las inequidades en salud, principalmente a través de procesos interinstitucionales. Para certificarse como Municipio Saludable, la municipalidad debe promover los siguientes aspectos: a) entornos físicos limpios y seguros, b) ecosistemas estables y sostenibles a largo plazo, una comunidad consolidada, c) un alto grado de participación y control de los pobladores, d) satisfacer las necesidades básicas para los habitantes, e) acceso a un amplia gama de recursos tecnológicos, profesionales, físicos, entre otros., f) una economía vital, innovadora, y diversa, g) valoración de la herencia cultural de la población, h) acceso a una atención de calidad a la salud.

El principal requisito para que un gobierno local se proyecte como municipalidad saludable es que se genere un lineamiento o directriz desde la Alcaldía y con apoyo del Concejo, que permita ser incorporado en la misión, visión, principios y valores organizacionales, que conlleve a la organización a la (re)estructuración de la oferta de bienes y servicios para el desarrollo de un municipio saludable.

La OPS (2011) establece cinco fases para la implementación de la EMS: fase de sensibilización, que implica la declaración pública acerca del compromiso del gobierno local, fase de organización para el fortalecimiento del equipo de trabajo que lidera los procesos para la implementación de la estrategia, fase de planificación participativa, fase de ejecución del plan consensuado, y fase de monitoreo – evaluación que permita la valoración de las acciones realizadas.

Esto en el reconocimiento de que las Municipalidades, en la visión de jurisdicción territorial, concentran en un entorno comunitario la interacción de sus habitantes, de instituciones públicas, organizaciones privadas, organizaciones comunitarias; que con una adecuada planificación y conducción política puede generar mayores oportunidades de desarrollo social, económico, ambiental cultural, salud, entre otros, que propicien el bienestar y la calidad de vida de su población.

ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES (EMS) Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: ALCANCES Y DESAFÍOS

Los Municipios Saludables "integran una serie de acciones en las áreas de la salud pública, la educación popular en salud y el desarrollo de la comunidad. La participación del gobierno local y la participación activa de la comunidad, son los componentes esenciales del movimiento al igual que la participación de otros sectores en un frente unificado para promover la salud" (OPS, 2019), esta estrategia conjunta busca posicionar la Promoción de la Salud (PS) en el quehacer de las organizaciones, gobiernos locales, comunidades, instituciones, entre otros, de manera tal, que la salud sea desde una comprensión amplia y dinámica.

Espinosa (2001) es enfática al señalar que la PS reconoce la relación entre salud, política y poder, de ahí que su mecanismo para favorecer la equidad es mediante el apoyo de redes sociales, gestionando políticas públicas y fortaleciendo la capacidad de la comunidad. La importancia de este planteamiento radica en que permite potenciar la gestión de la salud, ya que se direcciona desde un contexto tanto local como espacial particular.

En este sentido, Espinoza (1995) define que el éxito de los programas sociales y de salud depende de la relación sistémica entre la sociedad civil, las políticas públicas y los gobiernos locales, visto desde cuatro factores involucrados: el capital humano, capital social, capital construido y el capital natural.

Sin embargo, al concebir la salud como proceso social es algo complicado de posicionar, dada la tendencia a reducir los espacios de salud a aquellos lugares de atención directa a las personas, y no aquellos que poseen potencial y oportunidades de gestionar la salud. Por ende, es requerido evidenciar la trascendencia de las acciones desde la localidad y en específico la EMS puesto que, son los actores locales – con su realidad inmediata- quienes poseen mayor potencial para incidir positivamente en su entorno. Se parte del argumento que la PS puede fortalecer el "grado de incidencia social que tiene un medio comunitario entre la ciudadanía, su capacidad

de democratizar las comunicaciones y de revitalizar la participación social, especialmente a través de unas mediaciones comunicativas que sirven, a su vez, de mediación social para la integración de sectores y colectivos excluidos socialmente" (Sáez, 2010, p.13).

Es importante realizar una aproximación a las relaciones entre la comprensión de *desarrollo* y de *Promoción de la salud*, que de acuerdo con Servaes (2003) – citado por Sáez- remite a un cambio estructural apoyado en transformaciones desde distintos niveles. En este aspecto la EMS constituye un esfuerzo importante hacia esta "transformación", para ello es preciso determinar los espacios públicos de la sociedad civil, "cómo lo hacen, cuál es su perspectiva, con qué marco jurídico cuentan, y ya en el terreno de las prácticas, cuáles son las modalidades e instrumentos de su participación" (Carrera, 2007. p.3).

Dentro de esta relación se reconoce el rol que desempeñan las personas, el cual es un rol protagónico y activo, ello constituye el punto de encuentro entre estas y el Gobierno Local. "Por eso las reflexiones sobre la condición ciudadana como condición necesaria de la democracia resulta limitada si no se relaciona con esta nueva característica del espacio público". (Mata, 2006, p.8).

Es importante considerar la valía que el marco jurídico le brinda a los Gobiernos Locales, no obstante, pese a contar con una ley que encuadra y orienta sus funciones, deberes y responsabilidades, cada dinámica comunal responde a variables que determinan los resultados de cada proceso.

En el orden de los planteamientos anteriores, es posible identificar que restan aún más situaciones por considerar –o cuestionar- en cuanto a la implementación de EMS que requerirían de un espacio y proceso de investigación a profundidad, tales como: vinculación interinstitucional, articulación, participación *genuina*, desarrollo local, el proceso de toma de decisiones, desarrollo e implementación de política pública cantonal, entre otros.

Con todo, ello evidencia la única constante para la *implementación* de la EMS en Costa Rica, como lo es la multiplicidad de variables que convergen en este tipo de procesos, que van desde las diferentes conceptualizaciones de salud, "saludable", comunidad, participación, desarrollo y la posibilidad de interferir en diferentes temáticas y contextos (culturales, políticas, económicas y sociales).

Por otro lado, acorde con Arias y Gamboa (2017), uno de los principales problemas identificados para el desarrollo de los componentes de salud y promoción de la salud a nivel municipal, ha sido la limitada articulación existente en las distintas acciones locales, aspecto que surge desde la planificación estratégica y la gestión de proyectos, colocando como desafío principal la centralización de los proyectos y acciones municipales relacionados con la mejora de la calidad de vida de la población bajo jurisdicción, para un uso eficiente, eficaz y con calidad de los recursos técnicos, humanos, materiales y económicos.

En este contexto, se identifican los siguientes retos para la implementación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OMS en los Gobiernos Locales en Costa Rica:

1. No contar con los elementos de una guía adaptada para la realidad de los Municipios y en concordancia con la estructura de gobernabilidad y gobernanza propia del aparato administrativo político del país.

2. Persisten debilidades en la articulación y coordinación interna y externa (interinstitucional, público-privado), lo cual dificulta la implementación de la EMS en el Municipio.

3. Baja participación social, así como oportunidades de mejora en la articulación con los concejos de distrito y Asociaciones de Desarrollo (asideros naturales de participación comunal).

4. Oportunidad de mejora en lo referente a las bases conceptuales de Salud, Salud Pública, Promoción de la Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Políticas en Salud, Participación Social; que beneficien una adecuada implementación de la Estrategia de Municipios Saludables.

De este modo, la Estrategia de Municipios Saludables -como propuesta macro- tiene un enfoque de desarrollo local, que reconoce la multifactorialidad de la salud, y se convierte en una estrategia articuladora desde la participación e integración; cuyo principal mecanismo de acción debería ser la Promoción de la Salud, por lo que resulta un imperativo -entonces- generar propuestas acordes al contexto local e inmediato.

Significa, comprender la Promoción de la Salud como un "proceso político colectivo, basado en capacidades individuales, pero fuertemente afincado en el control y modificación de los determinantes de salud (como condiciones sociales, económicas y ambientales)" (Giraldo, 2012, p.194). Apunta al desarrollo de potencialidades, a conciliar intereses diversos y a generar la voluntad de distintos actores para destinar recursos, en función de dos propósitos: gestar condiciones que permitan a los ciudadanos ejercer mayor control sobre sus procesos de salud y abordar las inequidades que limitan las oportunidades para acceder al bienestar (Carmona, Rozo y Mogollón, 2005). Supone un marco de actuación que involucra la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de entornos favorecedores de la salud, el desarrollo de habilidades personales, el refuerzo de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios de salud (Basurto y Vergara, 2011).

De tal forma, los municipios se conforman como escenarios que permiten fortalecer la ejecución de actividades de Promoción de la Salud, a través de la participación del gobierno local, comunidades y otros sectores (OPS, 2019) En síntesis pensar en la salud y salud comunitaria, conlleva a promover una ruptura sistémica con la idea dominante de la salud, problematizar alrededor de la noción de la salud en la construcción del abordaje estatal, institucional u organizacional, que permita desde una perspectiva crítica, tener aproximaciones no únicamente centradas en la atención directa a las personas, sino a su vez, poder promover el diseño e implementación de políticas, programas, proyectos y acciones orientadas al bienestar de la población, y con un enfoque cantonal.

REFERENCIAS

Asamblea Legislativa. (1998). Código Municipal. Tribunal Supremo de Elecciones, Normativa. Recuperado de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=40197

Basurto, S. y Vergara, I. (2011). Estrategias y herramientas de Promoción de la Salud. Recuperado de http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-1.4.1.pdf

Carmona, L., Rozo, C. y Mogollón, A. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. Revista Ciencias de la Salud, 3(1), 62-77. Recuperado de https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/578

Carrera, Alberto. Espacio Público y Participación Ciudadana en el Contexto de la Gestión del Desarrollo Urbano. El caso del Cerro de la Estrella en Iztapalapa, Ciudad de México Razón y Palabra. Febrero - Marzo 2007 Alberto Carrera Número 55. Disponible en: http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n55/acarrera.html

Del Valle Rojas, Carlos (2012)"Criticidad y complejidad en el campo de la comunicación: consideraciones epistémicas sobre la comunicación participativa y para el cambio social desde América Latina" en Martínez Hermida, Marcelo y Francisco Sierra Caballero (Coords.) Comunicación y Desarrollo. Prácticas comunicativas y empoderamiento local. Barcelona: Gedisa, pp. 57-84.

Espinosa de Restrepo, Helena. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud .Publicado en la Revista. Facultad. Nacacional. Salud Pública 2001; 19(1): 41-56. Disponible en: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/s_permanente/incremento%20de%20la%20capacidad%20comunitaria%20y%20del%20empoderamie.pdf

Espinoza, A. (1995). A propósito de la construcción de la red cubana de municipios por la salud. Revista Cubana de Salud Pública, 466-74.

Giraldo, A. (2012). Promoción de la salud (PS) en la globalidad. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 30(2), 1-9. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a08.pdf

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet, 372(9650), 1661–1669. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6

Martínez Franzoni, Juliana (2008). Regímenes de bienestar actuales en América Latina. P.81-112. En: Domesticar la incertidumbre en América Latina. Mercado laboral, política social y familia. Editorial Universidad de Costa Rica.

Mata, María Cristina (2006) "Comunicación y ciudadanía. Problemas teórico políticos de su articulación" en Revista Fronteiras- Estudos Mediáticos, VIII (1): pp. 5-15.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) (2018) Índice de Desarrollo Social 2017. Área de análisis del desarrollo. Recuperado de: https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/6l2bxJTjQqWPGoLkFtG9Xw Organización Panamericana de la Salud. (1992). Municipios saludables, una estrategia de promoción de la salud. Washington: OPS/OMS. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10706:about-healthy-municipalities&Itemid=41981&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Guía para municipios saludables paso a paso. Asunción, Uruguay: OPS. Recuperado de: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=335-guia-para-municipios-saludables&Itemid=253

Organización Panamericana de la Salud. (1992). Municipios saludables, una estrategia de promoción de la salud. Washington: OPS/OMS. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10706:about-healthy-municipalities&Itemid=41981&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (1996). El movimiento de Municipios Saludables: Una estrategia para la Promoción de la Salud en América Latina. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49512/pahocollwa380g8851996.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (2000). Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. Washington: OPS. Recuperado de: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiaesp/MCS_Guiaesp.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2019b). Municipios Saludables aportan experiencias de Promoción de la Salud y se integran a la reforma. Recuperado de https://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=244:municipios-saludables-aportan-experiencias-promocion-salud-integran-reforma&Itemid=291

Programa Estado de la Nación (PEN) (2008). Informe Estado de la Región. San José.

Programa Estado de la Nación. Recuperado de: https://estadonacion.or.cr/informe-iii-estado-region

Programa Estado Nación (PEN) (2012) Indicadores cantonales. Censos nacionales de población y vivienda 2000 y 2011 Cartago. San José, Programa Estado de la Nación Recuperado de: http://www.estadonacion.or.cr/images/stories/biblioteca_virtual/otras_publicaciones/Indicadores-Cantonales-FINAL-CARTAGO.pdf

REDLACPROMSA (2017) Estados de Redes de Municipios y Comunidades Saludables en los países conformantes de la

REDLACPROMSA. Recuperado de: https://www.paho.org/redlacpromsa/wp-content/uploads/2017/08/avances-municipios-saludables.pdf

Rivera, D., Málaga, H. y Agudelo, C. (2000). La Responsabilidad Social en la Estrategia de Municipios Saludables por la Paz. Estudio de Caso. Salud Pública Colombia, 2(3), 251-260. Recuperado de: file:///C:/Users/wen/Downloads/18884-61764-1-PB.pdf

Sáez, V. M. M. (2010). El enfoque de la comunicación participativa para el desarrollo y su puesta en práctica en los medios comunitarios. Razón y Palabra, (71). Disponible en: http://www.razonypalabra.org.mx/N/N71/VARIA/27%20MARI_REVISADO.pdf

Thompson, John (1998) Los media y la modernidad. Una teoría de los medios de comunicación. Buenos Aires: Paidós, pp. 25-68.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

MAG. MARÍA ELENA LÓPEZ BERMÚDEZ[1]

DR. ADOLFO ORTIZ BARBOZA[2]

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles son un grupo de patologías que por lo general tienen un desarrollo lento y crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Según la Organización Mundial de la Salud en el 2001, este grupo de enfermedades provocaron 33.1 millones de muertes y constituyeron el 45.9% de la carga mundial de morbilidad; en América Latina y el Caribe, éstas fueron la causa principal de mortalidad prematura (Arzamendial, 2011, p. 283).

Entre este grupo de padecimientos se pueden mencionar los siguientes: enfermedad coronaria, diabetes mellitus, bronquitis crónica, cirrosis hepática, colecistitis crónica, úlcera péptica, enfermedades cardio y cerebro vascular, cáncer de próstata, mama y pulmón, enfermedad bronquial obstructiva crónica, obesidad, hipertensión arterial, padecimientos mentales crónicos, osteoporosis, entre otras (Arzamendial, 2011, p. 279).

Se ha observado que estas patologías se asocian con varios factores de riesgo que pueden ser modificados mediante estrategias de intervención, tales como:

tabaquismo, alcoholismo, inactividad física, obesidad, hipertensión arterial y dieta inadecuada (Arzamendial, 2011, p. 280). Por ende, la Organización Panamericana de Salud en aras de mejorar la prevención y control de éstas, insistió en la necesidad de priorizar "… las intervenciones costo-efectivas y de mayor impacto según la evidencia científica…" (Bonal, Almenares y Marzán, 2012, p. 774).

Este documento describe de manera general las tasas de mortalidad asociadas a las enfermedades no transmisibles en los últimos 20 años en Costa Rica, así como las estrategias planteadas a nivel mundial para controlar y contrarrestar las implicaciones que conllevan estas patologías a nivel socioeconómico y de salud en las poblaciones.

1 Ministerio de Salud, Enfermera Salubrista, mlopezb87@gmail.com

2 Ministerio de Salud y UCR, Médico Salubrista y Docente, adolfo.ortiz@ucr.ac.cr

DESARROLLO
PANORAMA NACIONAL

En esta sección se mostrará la tendencia anual del grupo de enfermedades que causan las principales defunciones en Costa Rica entre los años 2000-2019, así mismo, se especificarán según su distribución por sexo.

Principales causas de muerte

De acuerdo a los datos brindados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC, 2020), las principales causas de muerte en Costa Rica continúan siendo provocadas por las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores, seguidas por causas externas de morbilidad y mortalidad, enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades del sistema digestivo; tal como lo muestra el cuadro 1, donde se registran los 10 principales grupos de causas de defunciones en el país.

En este cuadro, se observa que la tendencia de causas de muerte por enfermedades del sistema circulatorio se ha incrementado a través de los años 2000 al 2019, pasando de 4769 a 6079 defunciones. De igual manera, los tumores mantienen el incremento para el mismo período, pasando de 3136 muertes en el 2000 a 5426 en el 2019.

Las muertes por causas externas de morbilidad y mortalidad y por enfermedades del sistema respiratorio, vienen descendiendo desde el año 2017, con 2429 y 2140 casos respectivamente para el año 2019, mientras que las defunciones por enfermedades del sistema digestivo bajaron 231 casos del año 2018 al 2019.

El cuadro 2 creado a partir de datos del INEC (2020), muestra la distribución de las principales cinco causas de muerte en el país según sexo, para el período del 2000 al 2019; en cuanto a los hombres se resalta de manera decreciente las siguientes causas:

CUADRO 1

Frecuencias absolutas de los grupos de causa de muerte en Costa Rica para ambos sexos, en el período 2000-2019

Grupos de causa de muerte	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Enfermedades del sistema circulatorio	4769	4889	4584	4487	4707	4693	4929	5073	5152	5333	5620	5523	5798	5714	6091	5763	5879	6162	6436	6079
Tumores (neoplasias)	3136	3391	3295	3518	3638	3638	3797	3854	4059	4198	4467	4469	4598	4768	4861	4909	5045	5157	5502	5426
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	1839	1838	1828	1910	1915	2014	2155	2231	2454	2399	2260	2189	2134	2181	2296	2482	2792	2813	2729	2429
Enfermedades del sistema respiratorio	1507	1561	1296	1574	1529	1482	1389	1554	1424	1460	1732	1532	1632	1727	1889	1946	2269	2284	2273	2140
Enfermedades del sistema digestivo	1030	1017	1094	1114	1136	1089	1182	1282	1243	1324	1381	1386	1340	1450	1492	1567	1705	1756	1819	1588
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	599	628	594	922	891	776	744	721	824	874	872	797	807	856	843	1133	1283	1417	1348	1834
Enfermedades del sistema genitourinario	341	335	325	363	378	418	446	427	433	487	527	506	536	568	695	680	803	906	852	966
Enfermedades del sistema nervioso	271	383	370	357	418	449	457	436	566	485	519	521	518	515	567	617	663	674	733	856
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	418	439	390	406	389	399	399	373	352	390	383	374	370	396	405	419	453	455	484	510
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	388	419	390	359	338	353	369	368	362	304	330	309	306	309	275	283	270	268	275	269

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Nota: Frecuencias absolutas para ambos sexos.

enfermedades del sistema circulatorio, tumores, causas externas de morbilidad y mortalidad, enfermedades del sistema respiratorio y del sistema digestivo.

Las mujeres por su parte se ven afectadas del mismo modo por las enfermedades del sistema circulatorio, tumores, patologías del sistema respiratorio y sistema digestivo, pero incorporan las muertes por causa de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

En general, el cuadro 2 muestra que es mayor la cantidad de hombres en comparación a las mujeres, que mueren a causa de las principales cinco enfermedades crónicas no transmisibles. Pues, en el año 2019 el INEC (2020) demuestra que 427 hombres murieron más que las mujeres por enfermedades del sistema circulatorio, 318 por tumores, 140 por patologías del sistema respiratorio y 260 por afecciones en el sistema digestivo.

CUADRO 2

Frecuencias absolutas de causa de muerte en Costa Rica según sexo, período 2000-2019

Causa de muerte	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Enfermedades del sistema circulatorio	2653	2582	2507	2431	2492	2571	2696	2729	2847	2968	3071	3019	3194	3047	3340	3213	3312	3427	3537	3253
Tumores (neoplasias)	1691	1857	1790	1923	2025	1935	2038	2193	2209	2235	2407	2468	2448	2609	2642	2703	2679	2686	2973	2872
Causas externas de morbilidad y mortalidad	1426	1454	1469	1501	1498	1575	1709	1758	1994	1900	1800	1668	1646	1736	1786	2019	2211	2217	2135	1917
Enfermedades del sistema respiratorio	790	799	690	809	838	784	788	872	797	798	947	820	893	919	1016	1080	1212	1200	1218	1140
Enfermedades del sistema digestivo	609	562	641	633	620	582	668	764	732	774	793	761	767	817	853	862	959	973	1036	924

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

El control de estos padecimientos necesita un proceso educativo que haga entender la enfermedad como tal y que esté enfocado en las conductas de las personas, el uso de fármacos a largo plazo y revisiones clínicas frecuentes; debe haber una participación de la familia y la comunidad, se debe extender los tiempos de consulta y participación de varios profesionales, como: médicos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, personal de enfermería, entre otros (Córdoba, Barquera, Rosas, et al, 2008, p. 421).

Además, conocer las características epidemiológicas da la oportunidad de desarrollar medidas de prevención, herramientas de pronóstico y modelos de atención; pues, por ejemplo, identificar las modificaciones de la prevalencia nacional de estas enfermedades permite pronosticar el daño que pueden causar y evaluar el efecto de las acciones preventivas empleadas. Por ende, esta información permite la inclusión de programas preventivos dirigidos a diferentes clases sociales (Córdoba, Barquera, Rosas, et al, 2008, p.420).

En relación al tema, Arzamendial (2011, p. 282) expone en su investigación líneas de acción para tratar este grupo de patologías, que corresponden a una alimentación saludable, realizar actividad física, prevenir adicciones y promover la salud mental; con el fin de sensibilizar hacia una cultura de prevención y comportamiento más saludable y desarrollar habilidades de autocuidado.

En el caso de la Organización Mundial de Salud, impulsa modelos de educación para el paciente crónico y su familia, que los empodere e involucre activamente en su tratamiento mediante el desarrollo y estímulo de sus propias habilidades, de tal manera que logren comprender sus conductas de salud y como resultado puedan realizar estrategias para vivir con plenitud según sus posibilidades. Para lograr este concepto la persona debe trazarse metas, vencer las dificultades con métodos de solución de problemas y apoyo social (Bonal, Almenares y Marzán, 2012, p. 774).

Por otra parte, la generación de nuevas ideas sobre finanzas, datos y tecnología podrían dar más oportunidades para la prevención y control de enfermedades no transmisibles, pues generaría recursos, datos y diferentes medios de seguimiento; sin embargo, deben ser valoradas detenidamente para garantizar la sostenibilidad y equidad en el acceso y recursos en los sistemas de salud (Tuulikki, 2019, p. 166).

En relación a las iniciativas en financiación, se podría considerar nuevos impuestos y gravámenes, más financiación por parte del sector privado en promoción del mercado, bonos y asociaciones. Y en el caso de los datos y tecnología se cree que rescata un papel importante en el marketing, selección y focalización de consumidores por parte de las empresas y seguros, además, de que podrán usar o dar servicios para vender datos a otras instituciones o inversores, pero requiere considerar las repercusiones éticas (Tuulikki, 2019, p. 167).

Igualmente, Xu, Huang y Chen (2017, pp.1-8) desarrollaron una evaluación con indicadores de educación y promoción de la salud para zonas con registros de enfermedades no transmisibles en China; además identificaron los factores significativos asociados con el trabajo de educación y promoción de la salud y compararon el desempeño entre las zonas. Para ello, utilizaron la metodología Delphi y la prueba de suma de rangos que proporcionaron una referencia metodológica para enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y accidentes de tránsito.

Como resultado, estos autores elaboraron indicadores de evaluación cualitativos y cuantitativos, que expusieron deficiencias en la educación y promoción de la salud para enfermedades crónicas no transmisibles en la provincia de Hunan. Por otro lado, encontraron que las zonas con apoyo de fondos, promoción de medios y comunitaria y apoyo de suministros de ambiente, lograron mejores resultados en la evaluación (Xu, Huang y Chen, 2017, p. 7).

En torno a lo anterior, en el estudio de Borja, González, Dávila, et al (2015, pp. 1-7), se evaluó el impacto del programa del Instituto Mexicano del Seguro Social basado en la atención primaria para

mejorar la atención de la salud familiar y reducir la carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, estos autores compararon las tasas de morbilidad y mortalidad antes y después de implementar el programa.

Dicho programa tiene diferentes servicios con prácticas dirigidas a la promoción de salud, nutrición, salud reproductiva, prevención y detección de enfermedades seleccionadas. Entre los resultados se observó una disminución de la incidencia de diabetes e hipertensión arterial y en el número de casos de cáncer de cuello uterino, mama y enfermedades cerebrovasculares, para el período 2000 al 2013. Según los investigadores la disminución de la incidencia y mortalidad se debe a la mejora en la atención primaria, a través de la detección y tratamientos tempranos, así como por la modificación de factores de riesgos (Borja, González, Dávila, et al, 2015, pp. 1-7).

En el mismo sentido, Jeet, Thakur, Prinja y Singh (2017, pp. 1-21) realizaron una revisión sistemática sobre la efectividad de los trabajadores de salud comunitaria en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en países de bajo y mediano ingreso. Las patologías evaluadas fueron diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidente cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica; se enfocaron en la educación y promoción para la salud impartida por el personal, incluyendo temas como: dieta saludable, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, control de la diabetes e hipertensión y consciencia de la detección temprana de cánceres comunes.

Estos autores lograron incorporar 16 artículos al estudio, de los cuales se logró concluir que la evidencia de la buena calidad de las intervenciones realizadas por los trabajadores de salud para la prevención primaria de factores de riesgo es limitada; sin embargo, consideraron que estas intervenciones podrían tener potencial para el control de la hipertensión, diabetes e índice de masa corporal.

Igualmente, Jeet, Thakur, Prinja, et al (2018, pp. 1-6) efectuaron una revisión bibliográfica sobre la eficacia del enfoque basado en entornos para la promoción de la salud para disminuir la carga de riesgo de enfermedades no transmisibles, mediante el ajuste de los factores de riesgos asociados.

Estos autores encontraron que dichos enfoques implican métodos holísticos y multidisciplinarios que son esenciales para el manejo de este grupo de patologías; igualmente observaron la importancia del apoyo del personal, la infraestructura adecuada y las políticas de promoción existentes. En sí la investigación ayudará a concretar las intervenciones específicas para tratar este tipo de enfermedades y con ello guiar los recursos que se asignan a los servicios preventivos y curativos según el entorno (Jeet, Thakur, Prinja, et al, 2018, pp. 1-6).

En el caso de Cuba cabe resaltar algunas acciones que ha realizado el Sistema Nacional de Salud para enfrentar este grupo de enfermedades, tales como: ampliación de la cobertura de servicios a través de políticas de inclusión social y atención primaria que permitió un seguimiento activo y continuo de los pacientes y sus familias en la comunidad, incorporación de metas para enfrentar las enfermedades no transmisibles en el plan estratégico de salud pública; además, incluyeron nuevas tecnologías, se fortaleció la acción intersectorial y al enfoque multidisciplinario, se consolidó la vigilancia de los factores de riego y se creó una red de centros de salud mental y de rehabilitación (Landrove, Morejón, Venero et al, 2018, p. 4).

En relación a estas acciones mencionadas, Cuba expone algunas lecciones aprendidas: la integración de diversas áreas y disciplinas permite un consenso en la capacitación del personal, dando como resultado una atención más estandarizada; el desarrollo de la industria médica, farmacéutica y de biotecnología es una fortaleza para el país; el sistema de vigilancia nacional y local da información para la gestión de la prevención y control; se fortalecen las políticas nacionales para mejorar los entornos y disminuir el consumo de alcohol y tabaco y se fortalece el desarrollo de información en cuanto procesos e intervenciones para mejorar el manejo clínico (Landrove, Morejón, Venero et al, 2018, p. 6).

En otro sentido, Labonté, Poon, Gladanac, et al (2018, pp. 741-788) hicieron una revisión sistemática y un metaanálisis sobre los modelos de perfil de nutrientes que se utilizan para calificar o valorar la calidad nutricional de los alimentos, estos investigadores lograron identificar 387 modelos respaldados por organismos autorizados en el todo

el mundo para aplicarse en las políticas gubernamentales dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades no transmisibles.

Los modelos de perfil de nutrientes se originaron principalmente en América y Asia y han sido empleados para construir normas alimentarias escolares, etiquetado de alimento y restricción de la comercialización de algunos productos; dichas normas limitan el consumo de sodio, AGS y azúcares totales. En sí, la confección de este documento corresponde a un recurso importante para los encargados de elaborar las políticas nutricionales (Labonté, Poon, Gladanac et al, 2018, pp. 741–788).

Desde otra perspectiva, quince millones de defunciones asociadas a las enfermedades no transmisibles ocurren entre los 30 y 69 años, pero es importante resaltar que se pueden presentar en todas las edades; por ello, Mikkelsen, Williams, Rakovac et al (2019, p.20), crean un enfoque de atención inclusivo que toma en cuenta todos los grupos etarios en tema de prevención y control; ellos identificaron entornos clave para realizar las intervenciones e incorporaron políticas y determinantes de la salud, género, equidad y derechos humanos.

Las intervenciones que estos autores exponen son a nivel poblacional e individual; las poblacionales están relacionadas con las regulaciones e impuestos al alcohol y tabaco, promoción de la salud, marketing de alimentos saludables, mejorando productos comerciales o revisando estrategias. Y en relación a las individuales, consideraron importante la evaluación de riesgo cardiometabólico, detección eficaz y oportuna, vacunación, tratamiento, entre otros (Mikkelsen, Williams, Rakovac et al, 2019, p. 20).

El proceso de la promoción de la salud permite aumentar el control y mejorar la salud, según la Carta de Ottawa las sociedades deben incluir las siguientes políticas: elaboración de políticas saludables (como el aumento a los impuestos del tabaco), crear entornos de apoyo, robustecer la participación comunitaria, desarrollar habilidades personales y reorientar los servicios de salud (Xu, Huang y Chen, 2017, p. 2).

En términos generales, las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en un problema de salud pública en los últimos años, de ahí la importancia de incluir salud en todas las políticas gubernamentales, según al plan de acción de la Organización Panamericana de Salud "…Una de las principales contribuciones de la Salud en todas las políticas es su potencial para combatir el aumento de las enfermedades no transmisibles (ENT) en toda la región" (Alleyne, 2015, p. 286); el abordaje de este grupo de patologías no es un tema que le competa solo al sector salud, pues se busca crear sinergias e impedir impactos negativos en la población y mejora la rendición de cuentas.

CONCLUSIONES

Con base a la revisión bibliográfica realizada se puede concluir lo siguiente:

1. Las enfermedades crónicas no transmisibles siguen siendo un problema de salud pública, que generan implicaciones negativas en la salud de las personas, así como en el bienestar socioeconómico de la población en general.

2. Las políticas públicas deben incorporar medidas que promuevan la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico temprano y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente de las principales causantes de las defunciones del país.

3. Es necesario contar con un programa de educación que concientice sobre la importancia de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, que esté no solo dirigido a la persona enferma, sino que también incorpore a la familia y la comunidad.

4. Se debe incentivar el desarrollo de investigaciones sobre las tendencias epidemiológicas de estas patologías, con el fin de medir el impacto en la salud de la población y como medio para evaluar las estrategias desarrolladas para su abordaje.

5. Por último, no se debe dejar de lado la importancia de invertir en la atención primaria, como mecanismo de detección y tratamiento temprano, así como apoyo para la modificación de factores de riesgos de los diferentes grupos etarios de la población.

REFERENCIAS

Alleyne, S (junio, 2015). Salud en todas las políticas: el control y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Salud pública de México, 57 (3), 284-287. Obtenido en https://www.scielosp.org/pdf/spm/2015.v57n3/284-287/es

Arzamendial, G (diciembre, 2011). Calidad de vida y enfermedades crónicas no trasmisibles en docentes que participan de programa de prevención y promoción de salud. Eureka, 8 (2), 278-290. Obtenido en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000200012

Bonal R, Almenares, H y Marzán, M (marzo, 2012). Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. MEDISAN, 16(5), 773-785. Obtenido en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000500014

Borja H, González J, Dávila J et al (junio, 2015). Evaluation of the impact on non-communicable chronic diseases of a major integrated primary health care program in Mexico. Family Practice, 0 (0), 1–7. Obtenido en doi:10.1093/fampra/cmv049

Córdoba J, Barquera S, Rosas M, et al (setiembre, 2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud pública de México, 50 (5), 419-427. Obtenido en http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50n5/a15v50n5.pdf

"Defunciones | INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS". https://www.inec.cr/poblacion/defunciones (el 9 de diciembre de 2020).

Jeet G, Thakur J, Prinja S y Singh M (julio, 2017). Community health workers for noncommunicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications. PLoS ONE 12(7): 1-21. Obtenido en doi: 10.1371/journal.pone.0180640. eCollection 2017.

Jeet G, Thakur J, Prinja S, et al (julio, 2018). Effectiveness of targeting the health promotion settings for non-communicable disease control in low/middleincome countries: systematic review protocol. BMJ Open, 8, 1-6. Obtenido en doi:10.1136/ bmjopen-2016-014559

Labonté M, Poon T, Gladanac B et al (noviembre, 2018). Nutrient Profile Models with Applications in Government-Led Nutrition Policies Aimed at Health Promotion and Noncommunicable Disease Prevention: A Systematic Review. Adv Nutr, 9, 741–788. Obtenido en https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30462178/

Landrove O, Morejón A, Venero S et al (abril, 2018). Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. Rev Panam Salud Publica, 42, 1-8. Obtenido en https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.23

Mikkelsen B, Williams J, Rakovac I et al (enero, 2019). Life course approach to prevention and control of non-communicable diseases. BMJ, 20-23. Obtenido en doi: https://doi.org/10.1136/bmj.l257

Tuulikki, M (febrero, 2019). Finance, data and technology initiatives for noncommunicable disease control. Bull World Health Organ, 97 (2), 166-168. Obtenida en doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.220558

Xu Q, Huang Y & Chen B (octubre, 2017). Comprehensive assessment of health education and health promotion in five non-communicable disease demonstration districts in China: a crosssectional study. BMJ Open;7, 1-8. Obtenido de doi:10.1136/bmjopen-2017-015943

LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS EN COSTA RICA: POSIBLES APORTES DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

YESSENIA MONTERO CHAVES[1]

IVANNIA FALLAS VALENCIA[2]

Este artículo tiene como objetivo valorar las potenciales contribuciones de la Promoción de la Salud (PS) a la Gestión integral de los Residuos Sólidos (GIRS) según lo que establece la ley número 8839, dedicada a este tema en el país. Primero se expone la problemática de los residuos sólidos (RS), desde su generación hasta los impactos en el ambiente y la salud pública. Luego se hace una revisión de algunos principios, enfoques y ejes de la GIRS, propuestos en la normativa vigente y que pueden tener relación con procesos de la PS, especialmente aquellos asociados a la participación y la comunicación, para finalmente reflexionar al respecto de la interfaz de estas, con la Promoción de la Salud, la incidencia política y la GIRS.

Como punto de partida, la generación de RS y la contaminación por los mismos, es una de las problemáticas ambientales de mayor preocupación en la actualidad. A nivel mundial, el volumen de RS continúa en aumento, mientras que en el 2012 se calculaba que las ciudades generaban cerca de 1.3 mil millones de toneladas de residuos por año (1.2 kg/per cápita/día) (Hoornweg y Bhada-Tata, 2012), en

el 2016 subió a 2.01 mil millones toneladas, con proyecciones a 3.5 mil millones de toneladas para el año 2050 (Kaza, Yao, Bhada-Tata y Van Woerden, 2018). Este incremento acelerado, es reflejo de "fenómenos globales como el incremento de la población, la creciente tendencia a la urbanización…" y los patrones de producción y consumo claramente insostenibles ligados a una economía lineal (Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente [PNUMA], 2018, p. 25). Situación que genera grandes presiones sobre los sistemas naturales, así como un mayor costo económico y social a los países en desarrollo (Kaza et al, 2018).

Los impactos por la contaminación de RS pueden ser múltiples, y afectan tanto a escala global como local. A nivel planetario, los RS representan una de las mayores fuentes de contaminación de los océanos y de generación de gases de efecto invernadero que aportan al calentamiento global y al cambio climático. En el ámbito local, el inadecuado manejo y disposición de los RS amenaza la salud pública, ya que se asocian con enfermedades infecciosas (Banco Interamericano de Desarrollo [BID], Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental [AIDIS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010)., además de contribuir con las inundaciones y la contaminación del agua y del aire.

Para prevenir los efectos nocivos de los residuos sobre el ambiente y la salud, se requiere una transformación profunda del sistema socioeconómico, y dar pie a políticas ambientales que prioricen la salud colectiva. En este sentido, la Gestión Integral de los Residuos Sólidos (GIRS) surge como un modelo para dar una nueva mirada a los "residuos" -antes llamados erróneamente "desechos" o "basura"- y así aprovechar el ciclo de vida de los materiales antes de extraer más recursos de los sistemas naturales. Por lo que se propone un uso más eficiente a través de la implementación de políticas y estrategias públicas que tengan un soporte institucional y financiero que además incluya un alto grado de participación social (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2010). Este accionar integrado constituye un proceso complejo que debe adaptarse a cada localidad y contexto específico, proceso que puede ser potenciado por iniciativas asociadas a la Promoción de la Salud.

1 Universidad de Costa Rica, Salubrista Ambiental, yessenia.monterochaves@ucr.ac.cr

2 Universidad de Costa Rica, Profesional en Promoción de Salud ivannia.fallas@ucr.ac.cr

> Según el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (2018) en la región de América Latina y el Caribe, la gestión adecuada de los residuos sigue siendo uno de los mayores retos para la sostenibilidad. En el caso de Costa Rica, el país dio inicio a un proceso formal y articulado a partir de la publicación de la Ley 8839 "Ley para la Gestión de Residuos Sólidos" en el 2010, donde se establece que la participación y compromiso de los diferentes actores sociales son fundamentales para que la situación de los residuos sea una "responsabilidad compartida", es decir que muchos sectores, instituciones y personas, deben asumir la responsabilidad de los residuos que generan con el fin de proteger la salud ambiental.

De acuerdo con lo anterior, la puesta en práctica de la GIRS, vista principalmente desde una perspectiva ecológica y social de la salud, puede fortalecerse a través de procesos de Promoción de la Salud que hagan efectiva la apropiación, la articulación de sectores y la participación ciudadana, con el fin de favorecer la mejora de las condiciones de salud de una localidad y que dichas acciones resguarden los sistemas naturales globales. Desde esta premisa, se propone una discusión de la simbiosis entre los procesos de Promoción de la Salud y la GIRS para alcanzar los objetivos propuestos en la ley 8839.

LA INCIDENCIA DE LOS RS EN EL AMBIENTE Y LA SALUD

Para comprender la problemática actual de generación y manejo inadecuado de los residuos sólidos, es necesario abordarla desde la salud pública. Cuando las personas hablan de reducir los residuos solamente como un "gesto amigable con el ambiente", denota las debilidades en el entendimiento de la salud desde una perspectiva más ecológica. La introducción de residuos contaminantes en el ambiente y la degradación de los ecosistemas implican un riesgo de introducción de contaminantes en el cuerpo humano y la disminución de recursos básicos para la salud como el agua, el aire y los alimentos.

Los riesgos para la salud relacionados a los RS pueden ser múltiples, los más comunes son aquellos asociados a las enfermedades infecciosas, contaminación del agua, formación de contaminantes del aire, la emisión de contaminantes por procesos de incineración y la contaminación de alimentos. En áreas donde existen deficiencias sanitarias para la recolección y disposición, puede "ocasionar un aumento en el número de casos registrados de enfermedades como dengue, leptospirosis, distintos trastornos gastrointestinales, dificultades respiratorias e infecciones dérmicas" (BID, AIDIS y OPS, 2010, p.34). Asimismo, se ha observado que "la incidencia de diarreas es el doble y las infecciones respiratorias agudas seis veces más altas que en las áreas donde la recolección es frecuente" (UN-Habitat, 2010, p.88).

Además, en la actualidad enfrentamos situaciones de gran preocupación, como lo es la contaminación planetaria causada por RS plásticos depositados en ríos, mares y océanos. Según Jambeck et al. (2015) en el 2010 las estimaciones de la cantidad de plástico introducida en los océanos variaban entre 4.8 y 12.7 millones de toneladas métricas. Koelmans, Besseling y Shim (como los cita Christoph, Muñoz, Hernández y Ventura, 2016) consideran que "hoy día, la contaminación de aguas con materiales plásticos y sus fragmentos es reconocido como uno de los mayores problemas de calidad en los sistemas de aguas dulces y marinas" (p.68). A pesar de la evidencia, el problema sigue creciendo y posee tal persistencia, que las consecuencias proseguirán durante siglos aún si se detiene inmediatamente (Christoph et al. 2016).

Esta situación genera contaminantes emergentes como los microplásticos, metales pesados y otros elementos persistentes que fluyen a través de la cadena alimenticia y que han sido hallados en el ambiente y seres vivos (Cedervall et al. 2012). Tal y como lo describen Christoph et al. (2016):

> *Los plásticos expuestos a la luz solar y mecánicas y biológicas, inducidos por corrientes, olas, interacciones con arenas, rocas y organismos, se descomponen en fragmentos cada vez más pequeños, comúnmente denominados microplásticos. Estos fragmentos de*

> *plástico han sido encontrados en cada uno de los cinco giros de las corrientes subtropicales de los océanos – y hasta en el hielo antártico – exhibiendo algunas de las más altas concentraciones en pruebas de agua realizadas a miles de kilómetros de distancia de la costa. Los microplásticos son ingeridos por diferentes organismos, desde pequeños invertebrados hasta grandes mamíferos... (p.69)*

Todavía existen interrogantes sobre los impactos del plástico en la salud, sin embargo se han considerado áreas de estudio como el flujo de microplásticos en las cadena alimenticia y la concentración de sustancias tóxicas derivadas de su degradación, incineración, transformación y ciclo de vida en general. En el caso de los microplásticos, Azoulay et al. (2019) sugieren que su ingreso por contacto, inhalación o ingestión puede tener efectos en la salud como: inflamaciones, genotoxicidad, estrés oxidativo, apoptosis y necrosis; los cuales a su vez se asocian con una variedad impactos negativos que incluye cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes, artritis reumatoide, inflamación crónica, enfermedades autoinmunes, enfermedades neurodegenerativas y accidente cerebrovascular.

Los RS también pueden afectar la salud ambiental a través de la generación de gases y humos derivados de la quema y/o la disposición sin tratamiento en lugares llamados comúnmente vertederos a cielo abierto. La descomposición de la materia orgánica presente en los RS produce biogás, principalmente metano (CH4) y dióxido de carbono (CO2), los cuales son gases de efecto invernadero que se liberan a la atmósfera y contribuyen al calentamiento global y al cambio climático (BID, AIDIS y OPS, 2010). Por ejemplo, para el 2016 se estimó que la emisión de 1.6 mil millones de toneladas de CO2 equivalente, con miras a un incremento a 2.6 para el 2050, lo que representa cerca del 5% de las emisiones mundiales (Kaza et al. 2018). Por otra parte, se calcula que un 40% (1.1 mil millones de toneladas) de los residuos mundiales son quemados de manera no controlada, y al hacerlo de esta forma, desprenden toxinas, furanos y material particulado que al exponerse, pueden causar enfermedades respiratorias y neurológicas, entre otros (Thompson, 2014).

La disposición de RS sin tratamiento puede contaminar los suelos. Las acumulaciones de desechos producen escorrentía líquida tóxica llamada lixiviado, el cual puede contener "aceites, metales pesados, ácidos... que altera las propiedades físicas, químicas y de fertilidad de los suelos" (BID, AIDIS y OPS, 2010, p.35). Estos lixiviados también pueden drenar desde el suelo hacia ríos y aguas subterráneas, lo que compromete la calidad del agua y el suelo para ser utilizados en el abastecimiento y producción de alimentos, además del riesgo de exposición a enfermedades transmitidas por microorganismos patógenos o sustancias tóxicas.

Como se ha expuesto anteriormente, los efectos negativos de una generación indiscriminada y gestión inadecuada de los RS trasciende el ámbito local y generacional, es decir, que puede afectar el sistema global y afectar a las generaciones futuras. Asimismo, a pesar de que se pueden identificar efectos agudos sobre la salud, aún existen muchas incertidumbres sobre el alcance de los efectos a largo plazo, producto de la contaminación y degradación de los ecosistemas. Ante este panorama, es importante aplicar el "principio ambiental de precaución" y tomar acciones inmediatas. En este sentido la GIRS se ubica en un plano de acción local comunitaria que puede contribuir con la salud y mantenimiento de los sistemas planetarios como la mitigación del cambio climático y la protección de los océanos.

LEY 8839 PARA LA GIRS: UNA HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN LOCAL

La generación de RS en el país también ha mostrado una tendencia al crecimiento. Según datos del Ministerio de Salud (MINSA) (2011), en el 2006 se estimó un volumen de 3 784 toneladas de residuos ordinarios por día, 2,7 veces más que en 1991, mientras que para el 2014, aumentó a aproximadamente 4000 toneladas diarias (Estado de la Nación, 2016). Asimismo, para el año 2007 se diagnosticaron problemas asociados a la gestión de los residuos como: falta de cobertura para la recolección de residuos en varias zonas del país, falta de prácticas de separación en el origen de los residuos (solamente experiencias aisladas), los roles y responsabilidades de

los diferentes actores para la GIRS no estaban bien definidos y no existía una responsabilidad efectiva por el generador (Programa Competitividad y Medio Ambiente [CYMA], 2007). Este tipo de problemas denotaba una gestión de residuos poco organizada y basada en iniciativas aisladas.

Bajo el contexto anterior, es que surge la *Ley 8839 para la Gestión Integral de Residuos Sólidos*, cuyos objetivos se orientan a ejercer el derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, proteger la salud pública y evitar los impactos negativos de los RS sobre los ecosistemas (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2010). Es través de esta ley que Costa Rica formalizó su compromiso para emprender un cambio de paradigma y llevar a la práctica la GIRS, definida en la ley como *"un conjunto articulado e interrelacionado de acciones regulatorias, operativas, financieras, administrativas, educativas, de planificación, monitoreo y evaluación para el manejo de los residuos, desde su generación hasta la disposición final"*, para pasar de la simple recolección y disposición final en rellenos sanitarios, a priorizar la prevención de residuos en la fuente y la recolección selectiva de los mismos (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2010).

Dentro de los principios que orientan la ley 8839, aquí se describen los que poseen un fuerte vínculo con procesos asociados a la Promoción de la Salud. Se puede destacar entre ellos, la *Responsabilidad compartida*, que hace de la GIRS una corresponsabilidad social, donde la participación y el trabajo articulado entre los diferentes sectores (económico-ambiental-social) tanto públicos como privados, son fundamentales para establecer el ciclo de aprovechamiento de los residuos. Asimismo, los principios de *derecho y acceso a la información* de los ciudadanos, lo que implica procesos de comunicación e información como parte del intercambio que debe existir entre instituciones y las personas, con el fin de que puedan tomar de decisiones y ejecutar acciones a favor de su salud, especialmente cuando esta información esté asociada a posibles riesgos para su salud y el ambiente. Un tercer principio, que también está asociado a los dos anteriores, es la *participación ciudadana,* la cual hace un énfasis en la acción desde la localidad y el derecho de las personas a organizarse y participar activamente en procesos que mejoran la calidad de vida en sus comunidades.

En concordancia con estos principios, el Plan Nacional para la Gestión Integral Residuos 2016-2021, propone la puesta en práctica de la ley a partir de la ejecución paulatina de acciones intersectoriales. Este plan posee una serie de enfoques y ejes de acción que comparten -en gran medida- la visión y estrategias propuesta por la Promoción de la Salud. En cuanto a los enfoques, el plan hace un especial énfasis en los derechos humanos, igualdad y equidad de género y la cohesión social, los cuales se llevan a la acción a través de ejes como la educación, formación, capacitación y comunicación social; el fortalecimiento institucional y organizacional con énfasis en la gestión local; el trabajar con la sensibilización y educación de los generadores para influir en las pautas de conducta; y el involucrar a los ciudadanos como actores responsables de la generación y los costos asociados a la gestión de los RS (MINSA, 2016).

Evidentemente la aplicación de estos principios y enfoques conlleva importantes retos. A pesar de que la propuesta para la GIRS implica la participación y la articulación de actores sociales, tanto en la ley como en la práctica, la mayor parte de la responsabilidad recae sobre los gobiernos locales, quienes según Hoornweg y Bhada-Tata (2012) históricamente han sido responsables de gestionar los RS, considerándose la labor más importante que llevan a cabo, especialmente en los países en desarrollo. En este sentido, el gobierno local se convierte en un núcleo que interviene e influye directamente sobre las condiciones ambientales locales y la calidad de vida de las comunidades. Es por eso que aquí, se propone la acción desde la localidad, desde la Promoción de la Salud como un proceso de transformación social indispensable para lograr la articulación de sectores y la participación social, y asimismo aprovechar la GIRS como herramienta de gestión para fomentar la salud en las comunidades.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA INTERFAZ PARA LA ACCIÓN

La Gestión Integral de los Residuos Sólidos, y específico con la implementación de la Ley-8839, más allá de constituir un "valor agregado" o un "imperativo", debe ser visto como un proceso facilitador para el alcance de las salud, de este modo la *Promoción de la Salud*, constituye un ente potenciador, en vista de que comparten tanto elementos constitutivos como propósitos.

Es acá donde cobra trascendencia un posicionamiento de la *Promoción de la Salud* como "un proceso político y social global que abarca las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, y las dirigidas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual" (Choque, 2005, p.3).

Este posicionamiento, más allá de brindar una postura inequívoca, entre las distintas que existen, se desea articular aquellos componentes que -modo de punto de encuentro- con la GIRS coadyuvan en este proceso, de allí que se ha considerado tanto la *Participación ciudadana* como la *Comunicación* como sus eslabones. En breve se detalla una caracterización de ambas, para comprender este vínculo.

El papel de las personas

Silverstone (1996) destaca la relevancia de entender a las personas como *agente psicodinámico*, para ello atribuye que el entorno, ambiente o contexto "constituye un factor esencial para comprender el desarrollo fundamental del individuo como agente social y cultural" (p.32).

En este sentido es preciso contar con ciertos factores como son: el balance entre las expectativas y demandas de la comunidad, un rol facilitador por parte del gobierno -en cuanto a diálogo e información de estas prácticas-, una legislación que respalde así como el fomento de espacios que promuevan una vida asociativa.

"Por todo eso la participación ciudadana ha dejado de ser un acto fortuito o voluntario que no requiere una metodología o tecnología para desarrollarse" (DECA, 2011, p.32).

Por ello, se considera importante incluir e impulsar acciones colaborativas, así como fortalecer el contacto social entre la municipalidad y la comunidad. Al tanto de esto, la GIRS desde -la localidad- busca una aproximación entre el gobierno y la ciudadanía, con el fin de efectuar una intervención en asuntos políticos, cuya incidencia se proyecte hacia las estructuras de prácticas cotidianas y la relación salud- ambiente.

Restrepo (2001) en ***"Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud"*** reconoce la importancia de la participación de la comunidad en los programas de salud pública y en la promoción de la salud. Sus tesis se dirigen hacia la capacidad comunitaria y la vinculación de ésta con: la equidad, las reformas del sector salud, el cambio social y el capital social. De aquí la importancia de fortalecer dichos vínculos, que este caso particular ensambla los RS y sus implicaciones en la salud.

Por tanto, es válido considerar que "la ciudadanía no es sólo un conjunto de derechos y responsabilidades «otorgados por el Estado», sino que más bien se trata de una práctica social multidimensional que da testimonio de las identidades y acciones de la propia gente". (Tuffe 2012, p.93).

La comunicación como proceso

En el contexto actual la conceptualización de comunicación en el colectivo -al margen de un proceso cada vez más condicionado a lo global- se circunscribe en un determinismo tecnológico cada vez más legítimo y a una lógica desarrollista acrítica. Es preciso, de este modo, para efectos de la *Promoción de la Salud*, comprenderla como un proceso aliado para la GIRS, desde una mirada amplia y compleja.

En consonancia con esta comprensión, Orozco (1998) sostiene que es en el proceso de recepción y no en la producción donde se gesta el verdadero sentido de la comunicación, ya que se pretende intervenir en problemáticas diversas para incidir en la realidad, aunado a esto y en alusión al autor Martín-Barbero, es enfático al determinar que los usos de la comunicación no son individuales sino sociales (p.10), otro punto a considerar al respecto de la incidencia en la salud y específico de la GIRS.

Invita a trascender de que la comunicación como estrategia, con el fin de que no se reduzca a "meras campañas de comunicación o de difusión", implica que sea abordada desde una *comunicación ciudadana* término acuñado por Rincón (2012) en el cual se desarrolla un ejercicio pleno desde una perspectiva de ciudadanía y activismo.

En este sentido, la *Comunicación* permite estimular capacidades para favorecer y reforzar la apropiación de acciones para la salud, permite establecer una propuesta concreta, pero adaptable a las necesidades de cada contexto y constituye una herramienta capaz de potenciar gestores de cambio social. Considerar la comunicación como un mecanismo para ejercer la ciudadanía, y el ejercicio de la ciudadanía como una condición para la gestión del cambio constituye una sinergia indiscutible con la *Promoción de la Salud*.

EL QUEHACER DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: CONTRIBUCIONES A LA GIRS

En el orden de las consideraciones anteriores, es válido el nexo entre **comunicación** y **participación** lo cual representa un desafío. Puesto que implica cuestionar por un lado ¿qué significa comunicar? y por otro ¿qué significa participación?, confiriéndole un asunto aún más complejo, pues trastoca dimensiones, políticas, sociales, económicas y culturales. Este asunto le confiere un calificativo de enlace, de puente, de proceso configurativo.

Hoy día existen esfuerzos por otorgarle a la comunidad un rol protagónico en la construcción de la salud, coyuntura que propicia

el espacio idóneo para la incursión de ambas, en el plano de la gestión de los residuos sólidos en el contexto local. Razón por la cual, el considerarlo, no sólo constituye una estrategia si no que, representa un medio para hacer posible los beneficios que esto conlleva, significa –entonces- trascender y potenciar un cambio, una razón más para considerar la Promoción de la Salud, más allá de un medio como un fin mismo.

Esto porque dentro de la Promoción de la Salud, la justicia social y la equidad son prerrequisitos para alcanzar mejor salud y bienestar de las poblaciones. La democracia y el respeto por los derechos humanos son cualidades inherentes a la construcción de ambos prerrequisitos. De ahí que no sería posible desarrollar un ambiente saludable de convivencia sin la participación de individuos y comunidades (Espinosa, 2001, p.2).

Punto de encuentro con la GIRS, pues en el Plan Nacional para la Gestión Integral Residuos 2016-2021, la participación ciudadana constituye un eje central, donde se debe "garantizar y fomentar el derecho de todas las personas que habitan la República a participar en forma activa, consciente, informada y organizada en la toma de decisiones y acciones tendientes a proteger y mejorar el ambiente". Esto en vista de que las iniciativas han y siguen surgiendo desde la ciudadanía, generalmente con más rigor y convicción que los mismos municipios.

Por su parte, la comunicación puede contribuir a desarrollar condiciones, situaciones y miradas inclusivas que tiendan a mejorar la calidad de vida de las personas. Cuando lo público se construye desde el debate, el consenso, el involucramiento y la participación, los ciudadanos adquieren roles que permiten fortalecer iniciativas, y generar fuerzas sociales tendientes a la mejora de la salud de la población (Mele, 2010, p.40).

Martín-Barbero (2002), sostiene que si bien los medios poseen un rol dentro de la configuración de las representaciones mediáticas no constituyen su centro, más bien la *comunicación* requiere de una actitud más que instrumental de los medios de una actitud dialógica con los mismos. Esto conlleva a considerar que la comunicación

desde la Promoción de la Salud, debe ser vista más allá de la difusión de nueva información o divulgación de prácticas en la GIRS.

Con todo, una contribución de la Promoción de la Salud para la GIRS, demanda partir de la comunicación y la participación, como un "proceso de carácter social que posibilita el reconocimiento, encuentro y diálogo de los distintos sectores sociales a fin de generar procesos de cambio que mejoren las condiciones de bienestar de la población" (Mele, 2010, p.62).

LA GIRS COMO PLATAFORMA PARA LA INCIDENCIA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

Una vez descrita tanto la comunicación como la participación, surge una interrogante ¿cómo trascender a la praxis? Y en específico, ¿cuál es el vínculo con la GIRS, para este efecto se destaca la *incidencia política* misma que implica aportar a la solución de problemas de la comunidad con base en un "conjunto de acciones políticas de la ciudadanía organizada, dirigidas a influir en quienes toman decisiones sobre políticas, mediante la elaboración y presentación de propuestas que ofrezcan soluciones a los problemas sociales" (DECA-Equipo Pueblo, 2011, p.61).

Si bien es cierto, la incidencia política, es una actividad de participación ciudadana amplía su espectro de alcance, pues está dirigida a cambiar o innovar políticas en temas específicos a partir de propuestas también específicas, para ello requiere de condiciones previas como lo es el favorecimiento de capacidades colectivas y el diseño de propuestas. Ante esto, el punto de encuentro entre la comunicación- participación- Promoción de la Salud, se encuentra en la **incidencia en las políticas públicas**. Pues, representan ejes potenciadores, desde la premisa de que las acciones que realicen conlleven hacia el fortalecimiento de sus recursos y capacidades de la comunidad, cuya incidencia sea de tipo positiva en sus cotidianidades.

Sin duda alguna, en los últimos años ha habido avances significativos, no obstante, aún persisten desafíos importantes respecto a

las capacidades institucionales y organizacionales. El Estado costarricense aún no logra que todas sus instituciones tengan una buena gestión de residuos, se requiere una mayor coordinación entre los actores encargados de la gestión y la ciudadanía y las empresas dedicadas a la gestión de residuos (Estado de la Nación, 2016).

Esto constituye una oportunidad para acuñar, por un lado, lo que Gamucio denomina "apropiación" le entiende como "la capacidad autónoma y colectiva de adoptar la comunicación como herramienta que contribuye al fortalecimiento organizativo comunitario" (Gumucio, 2012, p. 38) lo cual trasciende de la posesión de los medios y le imprime un carácter de participación ciudadana. y por otro, lo que DECA-Equipo Pueblo (2011), determina por participación ciudadana: "importante componente de desarrollo humano, pues permite la realización de las capacidades, vocaciones y aptitudes de las personas" (p.29), componentes clave para la GIRS.

REFLEXIONES FINALES

La situación de los residuos es una problemática ambiental urgente que no debe limitarse a la simple recolección de los mismos. Requiere cambios profundos en el sistema productivo, lo que implica el desarrollo de políticas y acciones interinstitucionales que logren permear sobre la participación ciudadana. En el plano nacional, han existido valiosos alcances, desde una dimensión tanto política como de iniciativas ciudadanas, no obstante, resulta necesario fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para potenciarle.

En este sentido, es oportuno tomar distancia, con la más común de las asociaciones para caracterizar la Promoción de la salud, como lo es desde el "los comportamientos''. Implica ir más allá de un plan de cambio de hábitos y conductas, demanda reconocer su potencial para generar cambios sociales. Ello confiere a las personas, la posibilidad para demandar, y a la vez le vincula con la capacidad de incidir en su realidad- todo esto en un contexto que conlleva nuevas formas de organización y nuevas significaciones.

La GIRS –*a través de la Promoción de la Salud*- permite por medio de la comunicación y la participación, construir capacidades para favorecer el abordaje de la salud, lo cual no representa un cambio de objetivo pues, es el mismo, sino que, significa un cambio en la forma. cuyo punto de encuentro es la gobernanza, puesto que el adecuado desarrollo de esta propuesta, va a depender altamente del rol que desempeñen las personas, en aras de potenciar las condiciones de vida, desde las localidades.

Por tanto, es pertinente clarificar que la "promoción de la salud" es un reto para la interdisciplinariedad, el trabajo colectivo tanto profesional como interinstitucional (Pereira, sf, p.1). Cabe destacar que aparte de su posicionamiento netamente político de la PS, considerar que para el mejoramiento de la salud de las poblaciones es necesario "comprender la interrelación que existe entre la promoción de la salud, el cambio social, la construcción de capital social, la política y la distribución del poder" (Espinosa, 2001, p.1).

REFERENCIAS

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (13 de julio de 2010). Ley Gestión Integral Residuos No.8839. Gaceta N° 135. San José, Costa Rica. Recuperado de https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2010/07/13/COMP_13_07_2010.html#_Toc266709616

Azoulay, D., Villa, P., Arellano, Y., Gordon, M., Moon, D., Miller, K. y Thompson, K. (2019). Plastic and Health: The hidden costs of a plastic planet. Recuperado de https://www.breakfreefromplastic.org/wp-content/uploads/2019/03/Plastic-and-Health-The-Hidden-Costs-of-a-Plastic-Planet-February-2019.pdf

Banco Interamericano de Desarrollo (BID)., Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). Informe de la Evaluación Regional del Manejo de Residuos Sólidos Urbanos en América Latina y el Caribe 2010. Recuperado de https://publications.iadb.org/en/regional-evaluation-urban-solid-waste-management-latin-america-and-caribbean-2010-report

Cedervall T, Hansson L-A, Lard M, Frohm B, Linse S. (2012). Food Chain Transport of Nanoparticles Affects Behaviour and Fat Metabolism in Fish. PLoS ONE 7(2), 1-6. Recuperado de https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032254

Choque Larrauri, R. (2005). Comunicación y educación para la promoción de la salud. Recuperado de: http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf

DECA-Equipo Pueblo (2011). Estrategias de Incidencia de las OSC en la Políticas Públicas.Manual para la impartición de Módulo. Programa de Profesionalización y Fortalecimiento para las OSC. Indesol. Coordinación Docente, DECA, Equipo Pueblo, AC. México.

Espinosa de Restrepo, H. (2001). Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Revista Facultad Nacional Salud Pública, 19(1), 41-56. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/120/12019104.pdf

Espinoza, A. (1995). A propósito de la construcción de la red cubana de municipios por la salud. Revista Cubana de Salud Pública, 466-74.

Gumucio-Dagron, A. (2012). Comunicación y cambio social: raíces ideológicas y horizontes teóricos. En M. Martínez Hermida y F. Sierra Caballero (Coords.), Comunicación y desarrollo. Prácticas comunicativas y empoderamiento local (pp. 25-57). Barcelona: Gedisa.

Gumucio-Dagron, A. (2011). Comunicación para el cambio social: clave del desarrollo participativo. Signo y Pensamiento, 30(58), 26-39.

Herrera-Murillo, J., Rojas-Marín, J., & Anchía-Leitón, D. (2016). Tasas de Generación y Caracterización de Residuos Sólidos Ordinarios en Cuatro Municipios del Área Metropolitana de Costa Rica. Revista Geográfica De América Central, 2(57), 235 - 260. https://doi.org/10.15359/rgac.57-2.9

Hoornweg, D y Bhada-Tata, P. (2012). What a Waste: A Global Review of Solid Waste Management. Urban Development Series Knowledge papers, 15(0),World Bank,Washington D.C, Estados Unidos. Recuperado de https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/17388

Jambeck, J.G, Wilcox, R.; Siegler, C., Perryman, T., , Andrady, M, Narayan y A., & Law- Kara, R.(13 febrero 2015). Marine pollution. Plastic waste inputs from land into the ocean. Science, 347 (6223), 768-771. Recuperado de https://science-sciencemag-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content/347/6223/768

Kaza, S., Yao, L., Bhada-Tata, P y Van Woerden, F. (2018). What a Waste 2.0 A Global Snapshot of Solid Waste Management to 2050. Urban Development Series Knowledge papers, World Bank. Washington D.C, Estados Unidos. Recuperado de https://www.isb-global.com/what-a-waste-2-0-report/?gclid=Cj0KCQiAqNPyBRCjARIsAKA-WFwIaANROJzje8JsvGMosdSLBglej9hgDV5ALxmn6UGxQl6mHLukGdAaAqsGEALw_wcB

Martín Barbero, J. (2002). Oficio del Cartógrafo. Travesías latinoamericanas de la comunicación en la cultura (pp. 9-43, 205-255). Santiago, Chile: Fondo de Cultura Económica Chile S.A.

Mele, D. y Casullo, C. (Coords.). (2010). Manual de promoción de la salud: experiencias provinciales (1a ed.). Buenos Aires, Argentina : Ministerio de Salud de la Nación. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000227cnt-03-Promocion_Salud_muestra.pdf

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2011). Política Nacional para la Gestión Integral de Residuos 2010-2021.-1ª. ed. San José, Costa Rica. 52 p. ISBN 978-9977-62-095-4. Recuperado de https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/1107-politica-nacional-para-la-gestion-integral-de-residuos-2010-2021/file

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2016). Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos 2016-2021. San José, Costa Rica. Recuperado de https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/3025-plan-nacional-para-la-gestion-integral-de-residuos-2016-2021/file

Orozco Gómez, G. (1998). De las mediaciones a los medios. Contribuciones de la obra de Martín-Barbero al estudio de los medios y sus procesos de recepción. En M. C. Laverde y R. Reguillo (Eds.) Mapas Nocturnos: Diálogos con la obra de Jesús Martín-Barbero. Bogotá, Colombia:Universidad Central – DIUC, Siglo del Hombre Editores.

Pereira. J. (2003). Comunicación, desarrollo y promoción de la salud: Enfoques, balances y desafíos. La Iniciativa de Comunicación: Comunicación y medios para el desarrollo de América Latina y el Caribe. Recuperado de: http://www.comminit.com/la/node/149881

Programa Competitividad y Medio Ambiente (CYMA/GTZ). (2007). Plan de Residuos Sólidos. Diagnóstico y Áreas prioritarias. Editorama. San José, Costa Rica.

Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). (2018). Perspectiva de la Gestión de Residuos en América Latina y el Caribe. Ciudad de Panamá, Panamá. Recuperado de https://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/26448

Programa Estado de la Nación. (2016). Capítulo 4. Armonía con la Naturaleza. Vigésimo Segundo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: Informe final Gestión de los residuos sólidos en Costa Rica. San José, Costa Rica Recuperado de www.estadonacion.or.cr

Rainer C., Romeo, M., Hernández, A y Ventura, J. (febrero 2016). Aspectos Nano de los Desechos de Plástico. Revista de Física, 51, 65-76. Recuperado de https://revistas.unal.edu.co/index.php/momento/article/view/55990/55149

Rincón, O. (2007). La fórmula de la comunicación ciudadana: + ciudadanía +narración +activismo. En Ya no es posible el silencio. textos, experiencias y procesos de comunicación ciudadana (pp. 5-11). Bogotá: Centro de Competencia en Comunicación para América Latina-Friedrich Ebert Stiftung. Recuperado de: https://library.fes.de/pdf-files/bueros/c3-comunicacion/07329.pdf

Silverstone, R. (1996). Televisión y vida cotidiana (pp. 17-49). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Thompson, A. (2014). Climate Central. For Air Pollution, Trash Is a Burning Problem. Recuperado de https://www.climatecentral.org/news/where-trash-is-a-burning-problem17973#:~:text=Wiedinmyer%20set%20out%20to%20produce,atmosphere%20than%20had%20been%20realized

Tufte, T. (2012). Hacia un renacimiento de la comunicación para el cambio social. redefiniendo la disciplina y la práctica en la era post-"Primavera Árabe". En M. Martínez Hermida y F. Sierra Caballero (Coords.), Comunicación y desarrollo. Prácticas comunicativas y empoderamiento local (pp. 85-111). Barcelona: Gedisa.

UN-Habitat. (2010). Solid Waste Management in the World's Cities. Water and Sanitation in the world's cities 2010. United Nations Human Settlements Programme. Washington D.C. Recuperado de https://thecitywasteproject.files.wordpress.com/2013/03/solid_waste_management_in_the_worlds-cities.pdf

ESP Escuela de **Salud Pública**

III

LA FORMACIÓN EN **Promoción de la Salud**

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UNA EXPERIENCIA INNOVADORA EN EL DESARROLLO DE PROYECTOS EN LA CARRERA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

GABRIELA MURILLO SANCHO

MARÍA NIELSSEN ROJAS MUÑOZ

1. INTRODUCCIÓN

Este artículo presenta un recorrido socio histórico de la educación para la salud, que pretende avanzar en la comprensión de las etapas que han pasado hasta la actualidad. En este sentido, muchas de las prácticas en educación para la salud se realizan desde un enfoque tradicional e instruccional. No obstante, se genera una reflexión en torno a la importancia de propiciar una educación para la salud participativa e innovadora que impacte a la población y mejore sus condiciones de vida.

Para ello, se exponen experiencias realizadas en la Carrera de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica la cual inicia en el año 2007 y está fundamentada desde un enfoque educativo socio formativo-complejo, bajo los principios pedagógicos del pensamiento complejo, lo cual implica una constante

tarea de construcción, deconstrucción y reconstrucción de la práctica pedagógica (Tobón, 2005).

De este modo, la formación del estudiantado de Promoción de la Salud ha dado como resultado aportes que se materializan mediante el planteamiento y diseño de programas y proyectos, entre otras actividades académicas, en instituciones públicas, organizaciones y/o comunidades.

Algunos de esos aportes se presentan en el Proyecto Formativo de Educación para la Salud, ubicado en el tercer año de la Carrera de Promoción de la Salud. Se rescatan experiencias formativas comprendidas entre los años 2012 y 2014, en el que un grupo de estudiantes diseñan, implementan y evalúan proyectos llevados a cabo en organizaciones de diversa naturaleza. El abordaje se dio mediante la elaboración de proyectos dirigidos a distintas poblaciones; fueron planteados desde la perspectiva pedagógica de la complejidad, partiendo del contexto, utilizando técnicas y actividades diversas, adecuadas a los distintos grupos poblacionales o comunidades.

Las lecciones aprendidas y limitaciones encontradas durante el proceso, permitieron el crecimiento del Proyecto Formativo en la manera de abordar la educación para la salud, lo que dio como resultado la participación de todas las personas involucradas en los proyectos para la resolución de problemas y/o necesidades identificadas; de esta manera se enfocó en una educación comprometida con la interpretación crítica de la realidad.

2. REFERENTE CONCEPTUAL
EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación es un sistema social que conlleva transformaciones como resultado de los modelos económicos existentes. Desde esta perspectiva, se busca dar respuesta a la formación de generaciones en la dinámica de las relaciones económicas, sociales, educativas, políticas y culturales de acuerdo con la complejidad del contexto.

De esta forma, la educación constituye un proceso dinámico en el cual están inmersos los diferentes niveles evolutivos del ser humano, por lo tanto, es necesario tomar en consideración las necesidades, intereses y las exigencias de la sociedad actual.

De igual manera, la salud, es considerada un producto social que afecta la vida de las personas en el transcurso de su evolución y así mismo se encuentra expuesta a una serie de factores históricos, sociales, biológicos, tecnológicos, ambientales, educativos y culturales entre otros, que van más allá de los planteamientos tradicionales, es decir, de los modelos de carácter clínico-medicalizado que está orientado a la enfermedad.

Los conceptos de educación y salud se explican a partir de un contexto y de un lugar específico, de este modo se entiende la realidad y los requerimientos del desarrollo de una sociedad. Desde esta posición, los autores señalan que la educación para la salud está compuesta por los dos términos, no obstante, cada uno por separado aporta al avance de un país. (Valadez, Villaseñor y Alfaro (2004, p. 44).

Por lo tanto, la educación y la salud han estado permeando el desarrollo de la humanidad a lo largo de la historia. Es por ello que "el concepto de educación adquiere una relación significativa con la salud, no sólo en términos de ideas, sino de prácticas y acciones concretas en el cuidado de los integrantes de una sociedad" (Torres, p. 46, 2008).

En este sentido, la educación para la salud ha pasado por diferentes momentos desde principios del siglo XX hasta el tiempo actual. En el primer período denominado clásico se destacan dos enfoques de la educación para la salud, el primero se caracteriza por tener un carácter informativo y puntual por parte de los profesionales en salud, es decir las personas son consideradas receptores de la información. Y en el segundo enfoque la educación para la salud está centrada en la modificación de comportamientos de las personas (Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004, pp. 45-46).

La segunda etapa de la educación para la salud reconoce la importancia de las condiciones sociales, ambientales y económicas, las cuales influyen en la salud de la población, por lo que propicia una educación dinámica y crítica, se promueve que haya una participación activa y que los sujetos sean capaces de tomar decisiones y asuman un papel protagónico en las condiciones y/o situaciones que afectan su salud y la de su comunidad. (Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004, p. 46).

CONCEPTUALIZACIÓN ACTUAL DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud ha sido un tema de interés para quienes desarrollan acciones en el campo de la salud, de esta manera constituye "un campo multifocal, polisémico, con diferentes propósitos y diferentes tendencias teóricas, pues se identifican diversas concepciones y maneras de abordaje" (López, Molina y Peñaranda, 2018, p. 5).

La mayoría de autores coinciden en que es necesaria la generación de marcos teóricos de referencia y distintas metodologías educativas con el objetivo de generar un diálogo y una confluencia entre la educación y la salud y de esta manera propiciar distintas maneras distintas de abordaje de las necesidades educativas en salud que tiene la población. Es por ello que "la educación para la salud se ha concebido como una práctica social intencionalmente dirigida a fortalecer las percepciones y significaciones que sobre la salud hacen los individuos y las comunidades, con el fin de favorecer los procesos de toma de decisiones frente a la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano" (Zea-Bustamante, 2019, p. 62).

La educación para la salud, permite al individuo asumir una posición crítica y reflexiva con el fin de promover cambios y construir nuevos conocimientos. Algunos autores como Tobón (2005), señalan la importancia de considerar la realidad desde una perspectiva compleja y cambiante:

> *La constatación de la complejidad en los procesos sociales –como también en los procesos biológicos- obliga a las instituciones educativas a transformarse para formar seres humanos que posean un pensamiento complejo, desde su misma condición de complejidad, que les permita construir la realidad como un tejido multidimensional, con claridad y juicio de ideas, con distinción y síntesis de elementos, articulando lo uno y lo múltiple, la unidad en la diversidad, lo regular y lo cambiante, lo local y lo global (2005, p. 207).*

Las propuestas educativas en salud, que se generen en los espacios educativos formales y no formales, requieren un pensamiento crítico desde una visión compleja que responda a las necesidades e intereses de las personas, comunidades, instituciones u organizaciones, entre otras. Esto implica trascender un enfoque tradicional, dado que los enfoques verticales asumen la realidad de manera predecible y no cambiante.

LOS PROYECTOS COMO UNA VISIÓN INNOVADORA

En el marco de la Carrera de Promoción de la Salud, se encuentra el Proyecto Formativo Educación para la Salud, el cual está ubicado en el tercer año de la Carrera. La organización dentro de este, consiste en que el grupo de estudiantes debe distribuirse por equipos para la elaboración de un proyecto en una institución pública, en una organización o en una comunidad, de esta manera se propicia que sea un proceso innovador y participativo por parte de todas las personas involucradas.

Cada año constituye un desafío y a la vez una innovación tanto para el equipo docente como para el estudiantado; porque es una manera de resolver de manera creativa, problemas y/o situaciones que presentan las organizaciones y comunidades, lo cual implica la reflexión desde la práctica de acuerdo con el contexto.

Autores como Martinelli (1997) citado por Perea (2004), considera que "en un proyecto se establece un diálogo con el contexto que le

permite ubicarse y justificar su función social. De esta manera, se evita el diseño de proyectos "descontextualizados" que no encuentran un buen asentamiento en su entorno" (p. 249).

El diseño de los proyectos en educación para la salud partió en principio de la propuesta de Ma. Ángeles Hernando, citada por Perea (2004), quien menciona que "un proyecto o programa en educación para la salud /…/ lleva consigo, en primero lugar, que la metodología sea activa y participativa, adaptada a cada realidad concreta mediante un análisis de las circunstancias que concurren en cada entorno" (Perea, 2004, p. 245).

En primer término, para la elaboración del proyecto es fundamental la realización del *diagnóstico*, dado que se identifican las necesidades prioritarias, delimitando la temática que se va a abordar. En este sentido, "la identificación de necesidades es una tarea que implica también conocer cómo la sienten las personas que las padecen y el papel que cumplen en el desarrollo humano. Es importante concretar de qué se trata y en qué consiste" (Perea, 2004, p. 249).

De igual manera, para el diseño del proyecto se requiere una metodología robusta que se encuentre adecuada al contexto. Según Perea (2004) "la implementación implica tener en cuenta, no solo las cuestiones de contenido que están determinadas por el estudio de las necesidades de los sujetos, sino que también deben prever una serie de estrategias que afectan necesariamente a grupos e instituciones que deberán participar de forma activa en el programa para que se alcancen los objetivos previstos" (p. 11)

Y finalmente, la evaluación del proyecto es un componente esencial e ineludible que debe estar presente para optimizar el proceso de ejecución y retomar los objetivos planteados. De este modo, la evaluación es entendida como "un proceso sistemático, diseñado intencional y técnicamente, de recogida de información -valiosa y fiable- orientado a valorar la calidad y los logros del mismo (sic), como base para la posterior toma de decisiones de mejora, tanto de dicho proyecto, como del personal implicado y, de modo indirecto, del cuerpo social en que se encuentra inmerso" (Pérez, 1995, p. 85).

Desde este punto de vista, la educación para la salud cambia de una perspectiva tradicional de *"hacer"* educación con características instruccionales, directiva y verticalizada a una educación horizontal, participativa y activa por parte de las personas involucradas, a través de la elaboración de proyectos desde la educación para la salud. Es esencial tomar en cuenta que se trata de una tarea compleja e innovadora y que a la vez obliga a considerar las estrategias que se impulsan para atender las necesidades, reforzar las fortalezas, mejorar los procesos y potenciar las habilidades que permitan responder de manera constructiva, creativa y eficaz a lo que se requiere para el bienestar de las personas.

3. ABORDAJE METODOLÓGICO

Como estrategia para el abordaje de situaciones relacionadas con educación para la salud, en su concepto más amplio y complejo, se utilizó la metodología de proyectos, la cual estuvo basada en acciones que van desde el planteamiento del proyecto mismo hasta su ejecución y evaluación. En el caso presente, nos referimos a Proyectos en Educación para la Salud (PEpS).

LAS PRIMERAS ACCIONES CON ESTUDIANTES

En primera instancia, se realizó una negociación con estudiantes para el trabajo en grupos y la delimitación de espacios y poblaciones. Como escenarios para el desarrollo del PEpS, la primera vez que se propuso su desarrollo al grupo de estudiantes en el 2009, ellos y ellas escogieron los sitios de trabajo en algunos casos, y en otros les fueron sugeridos; a partir del 2010 y hasta el 2014, los sitios siempre resultaron asignados.

Una vez que tuvieron claridad del sitio para desarrollar el PEpS, se indicaba que debían presentarse ante la instancia o población correspondiente para obtener información preliminar sobre sus intereses, necesidades o problemáticas, y a partir de allí, iniciar con el proceso de diagnóstico y de propuesta de trabajo educativo. Cada

subgrupo presentaba en una sesión, el resultado de este sondeo básico y recibía comentarios y sugerencias por parte del grupo docente participante. Se les proponía una guía para el desarrollo tanto del diagnóstico como de las distintas fases del proyecto, y se asignaba una persona tutora del proceso para darle seguimiento al respectivo proceso.

DESARROLLO DE ANTEPROYECTO Y PROYECTO: AVANCES DEL TRABAJO

Se estableció una estrategia de trabajo para visualizar el desarrollo general y particular de cada PEpS: en lo individual: cada grupo contaba con la asesoría de una persona docente durante el año; cada grupo de estudiantes se organizaba con la persona tutora para enviar documentos, realizar mejoras, incluir elementos de enriquecimiento, entre otros aspectos. Desde lo colectivo, cada grupo presentó avances en cada uno de los dos ciclos lectivos del proyecto formativo. Para cada uno de estos avances, el grupo previamente tenía conocimiento de los aspectos que valoraría el equipo docente: se establecía una escala de calificación consensuada con el fin de que existiera claridad tanto en los aspectos a tomar en cuenta para la evaluación, además, se les indicaba que fuera breve, claro y preferiblemente con una dinámica de presentación creativa.

Como primer avance, cada grupo presentaba los resultados del diagnóstico, la priorización de intereses y necesidades y el planteamiento del problema, así como los objetivos del trabajo. Como segundo avance, presentaban su anteproyecto, el cual se había construido a partir de los resultados del diagnóstico y con base en el seguimiento que había tenido con la persona tutora. Como tercer avance, los grupos de estudiantes mostraban el estado del desarrollo de las acciones planteadas, luego de al menos dos meses de ejecución; y como cuarto avance y final, mostraban los resultados generales y específicos de la ejecución de sus proyectos en función de los objetivos planteados, así como los alcances, limitaciones y soluciones, que se dieron durante el proceso.

EL PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

1) Descripción de un Proyecto en Educación para la Salud.

1.1 ¿Qué es un PEpS?

Se trata de una planificación que contempla un diseño, una ejecución, un seguimiento y una evaluación enfocada en la resolución de la situación previamente diagnosticada. Para realizar un proyecto en Educación para la Salud se debe seguir una serie de pasos para que se obtengan los resultados esperados, es decir, es una estructura que debe estar planificada.

1.2. ¿Qué se requiere para desarrollar un PEpS?

Hay que tomar en cuenta una serie de aspectos relevantes, uno de ellos es el entorno en que se va a desarrollar, pues debe favorecer los aspectos mínimamente necesarios para llevarlo a cabo, por ejemplo, las condiciones en la organización, institución o empresa en la que se esté trabajando, políticas públicas que estén acordes con la temática del proyecto; espacios, recursos y por último personas que se encuentren dispuestas a prestar su colaboración para los resultados esperados.

2) ¿Cómo se estructura un PEpS?

Como se mencionó, un PEpS debe seguir una serie de pasos y mantener un hilo conductor. A continuación se puntualiza cada uno de estos pasos a seguir:

2.1 Denominación del proyecto: es la vinculación del proyecto con algún plan general, por ejemplo el plan o programa que siga la institución, comunidad u otra instancia a la que pertenece el proyecto.

Diagnóstico: es un proceso en que se contextualiza la realidad vivida por la población meta, además, se conocen las

características principales que rodean el ambiente en términos de problemáticas sociales, nivel socioeconómico, aspectos culturales, entre otros. Luego se identifican las necesidades de la población para priorizar una y delimitar el problema.

Posterior a realizar estos pasos esenciales para plantear un proyecto que tenga claridad se continúa con los siguientes pasos:

2.2. Portada: debe contener la información necesaria para conocer dónde se va a desarrollar, qué se va a hacer; además debe identificar claramente el proyecto y sus autorías, así como su fecha de elaboración.

2.3. Índice: debe mostrar una guía de los apartados o subtemas que se presentan en el trabajo.

2.4 Resumen ejecutivo: debe ser breve, máximo tres párrafos en los que se explique el proyecto en aspectos de temporalidad, objetivos, componentes, alcances, costo estimado, entre otros.

2.5. Introducción y justificación: brinda una generalidad del proyecto; incluye la descripción del problema y se argumenta la importancia del proyecto, soluciones viables y la problemática principal.

2.6. Objetivo general y específico: los objetivos deben tener intencionalidad en un determinado tiempo y enfocarse en logros concretos. Responden a la pregunta: ¿para qué? El objetivo general se refiere a la finalidad que tiene el proyecto como tal, ofrece una visión de este y debe ser la guía a seguir durante toda su ejecución y evaluación. Por su parte, los objetivos específicos están comprendidos dentro del general y cuentan con características como su redacción en función de logros visibles, que se puedan evaluar y que se encuentren dentro de los límites de tiempo, recursos y presupuesto que tenga el proyecto.

2.7. Metas y alcances: las metas son los logros específicos de un proyecto, determinan el nivel y composición de los insumos, las actividades necesarias y la manera de desempeñarlas. Indican cuánto se quiere lograr, dentro de qué plazo y en qué espacio.

2.8. Fundamentación del proyecto: se refiere a las bases en las que se construye el proyecto, es decir, el "por qué" del proyecto. De igual forma, se puede recolectar información referente a datos relevantes que justifiquen la estrategia a seguir en el proyecto.

2.9. Marco referencial: comprende los conceptos relacionados con el tema del cual trata el proyecto, basado en marcos teóricos de referencia.

2.10. Metodología: es el camino que se debe seguir para concretar el proyecto, es decir, cada una de las acciones para cumplir con los objetivos planteados. En este apartado se responde a la pregunta ¿cómo conseguirlo? Está integrada de la siguiente manera:

i. Contextualización: trata de una descripción del lugar en el cual se va a trabajar, Responde a la pregunta: ¿dónde lo hace?

ii. Población meta: se describen cada una de las características de la población beneficiaria del proyecto, esto en términos de cantidad de personas, edad, tipos de limitaciones. Responde a la pregunta: ¿a quién o quiénes va dirigido?

iii. Cuadro de categorías y variables: se construye a partir de los objetivos específicos planteados e incluye una identificación de núcleos en los objetivos, la descripción, la delimitación de categorías y variables, la generación de indicadores cuantitativos y/o cualitativos, y la correspondencia con técnicas, actividades e instrumentos que permitan su operacionalización.

iv. Procedimiento, actividades y tareas: se refiere a cada una de las acciones que se van a desempeñar para el cumplimiento de los objetivos.

v. Calendario o cronograma: se trata de la organización de actividades planteadas en función de las fechas o periodo estimado para el desarrollo del proyecto.

vi. Recursos: pueden ser humanos, materiales y financieros en donde el primero se refiere a las personas que serán colaboradoras y actores principales para el proyecto. Por otro lado, los materiales hacen referencia a los implementos necesarios para desarrollar las actividades. Y por último, se encuentra la parte financiera la cual hace posible las dos anteriores, pues es por medio de ella que se logra contratar el personal necesario y comprar las herramientas importantes para el éxito del proyecto a ejecutar.

vii. Evaluación de monitoreo y de resultados (incluye instrumentos de evaluación): se refiere a cada una de las técnicas evaluativas que se aplican en el proyecto, esto permite seguir el avance de las acciones y tomar decisiones oportunas para la mejora de las actividades planteadas, así como de futuros proyectos relacionados con los resultados obtenidos.

Por otro lado, se encuentra la evaluación de la contraparte; se toma en cuenta el trabajo en general, el cumplimiento de metas y objetivos planteados, entre otros aspectos.

Finalmente, la autoevaluación es dirigida hacia sí mismo/a, con el fin de valorar los propios desempeños e identificar los aspectos por mejorar a nivel personal y profesional.

2.11. Resultados y análisis: se sintetizan y analizan los resultados en función del cuadro de categorías y variables planteado en la metodología.

2.12. Experiencias aprendidas y limitaciones encontradas: a partir de los desarrollado se anotan los principales aprendizajes obtenidos durante el proceso, así como las limitaciones encontradas tanto a lo interno del proyecto como por parte de factores externos.

2.13. Referencias informativas: estas se refieren a cada una de las fuentes bibliográficas, grupales o personales que se consulten para la confección de cada fase del proyecto.

2.14. Anexos: alude a cada una de las evidencias que se van recopilando durante el desarrollo del trabajo.

EXPERIENCIAS ESTUDIANTILES CON PROYECTOS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Durante el desarrollo del Proyecto Formativo Educación para la salud, se ejecutaron diversos proyectos estudiantiles, con participación de población infantil, joven, adulta y adulta mayor. A manera de ejemplo para enriquecer el planteamiento metodológico, se presenta un resumen de tres de ellos, destacados tanto por el desempeño estudiantil en su ejecución, como por el alcance que han tenido en relación con los objetivos propuestos, la población participante y beneficiada.

El primer proyecto se denominó: ¡Tu Mente, tu Salud!

En el año 2012, dos estudiantes del Proyecto Formativo Educación para la Salud propusieron el proyecto: ¡Tu Mente, tu Salud! La intención de las proponentes fue abordar la salud mental con un enfoque de promoción de la salud, que tomara en cuenta los determinantes sociales de la salud, asociados a esta temática. La población participante en el proyecto fue un equipo compuesto por gestores estudiantiles de la salud de diferentes carreras, quienes trabajaban con la comunidad estudiantil universitaria, y que pertenecían al equipo Bonus Vitae de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica.

Las personas proponentes partieron de la idea de que la salud de estudiantes universitarios iba más allá de un aspecto físico, y que estaba expuesta a distintos factores que influían en su estado, entre ellos las situaciones de contexto, principalmente el universitario. Consideraron que, dada esta visión integral de salud de un estudiante, era importante abordar la dimensión mental desde distintas disciplinas -no solo a partir de la psicología o la psiquiatría-, y asumir la promoción de la salud como un baluarte para influir en ella de manera positiva y constructiva. Para ello, pensaron que, mediante acciones educativas, tendrían incidencia en el mejoramiento de las condiciones asociadas a la salud mental de las y los jóvenes universitarios.

Por su parte, se realizó un diagnóstico en estudiantes universitarios, con el fin de sondear los conocimientos acerca de la salud mental; se encontró que existía un acercamiento e interés en la temática, especialmente valorando la vinculación con los determinantes sociales de la salud. Se identificó que los estilos de vida saludables tenían una estrecha relación con la salud mental en la vida de los y las estudiantes universitarios; además, que la autoestima y la resolución de conflictos, son impulsores de dicha condición, pero no se encontró un factor que tuviera influencia a la hora de tomar decisiones en cuanto a drogas y sexualidad. Las personas consultadas, coincidieron que definitivamente cuidar la salud mental era importante y debería ser prioritario en la etapa universitaria. Dado lo anterior, se propusieron enfatizar en acciones educativas para fomentar la salud mental con la colaboración del equipo de trabajo Bonus Vitae.

Se elaboraron revisiones referenciales sobre el tema de la salud mental, y se construyeron antecedentes también sobre investigaciones y experiencias relacionadas. Se seleccionó la estrategia educación para la salud, dado que se requería del planteamiento de actividades que pudieran promover conductas positivas y constructivas, contar con ambientes positivos, generar habilidades personales y colectivas para fomentar la salud mental. Complementariamente, al tratarse de educar en salud, el equipo de Bonus Vitae tendría a disposición una base de técnicas didácticas que les permitieran fortalecer el tema en las y los estudiantes universitarios (Leiva y Rojas, 2012).

La metodología utilizada fue participativa con un enfoque constructivista, haciendo uso de distintas técnicas tales como: el taller, foro virtual, grupo focal, charla y otras de contenido temático. El proceso educativo hizo posible que las personas participantes pudieran ampliar su concepto inicial a uno "más completo" de la salud mental. Una de las principales recomendaciones fue valorar la opción de desarrollar el proyecto con distintas poblaciones de la Universidad. (Leiva, D y Rojas, E., 2012).

El segundo proyecto planteado fue nombrado: "En tus manos".

En el año 2013, dos estudiantes apostaron por trabajar el tema de salud mental con un abordaje de promoción de la salud, en este caso, con población infantil de primaria.

El planteamiento y ejecución del proyecto, partió de los resultados obtenidos en un diagnóstico, los cuales se resumieron en dos temáticas: higiene personal y alimentación saludable. Para lograr un abordaje significativo de la situación, se vincularon instancias como la Escuela de Salud Pública, la Municipalidad de Montes de Oca y la Escuela de Cedros.

Con el fin de desarrollar los temas prioritarios de la higiene personal y la alimentación saludable, el equipo estudiantil se propuso promover prácticas saludables con 60 niños y niñas de tercer grado de la Escuela de Cedros. Utilizaron principalmente, la técnica de talleres educativos relacionados con las temáticas, y diseñaron una guía didáctica para uso del personal docente de la institución. El enfoque educativo utilizado fue el constructivismo. Entre los principales resultados se encontraron elementos como la asistencia a las sesiones, así como el empoderamiento, motivación e iniciativas hacia los temas, lo cual se reflejó en que tanto el lavado de manos, como la selección de alimentos saludables, por ejemplo, fueron también realizados en sus hogares, no solamente en la escuela. Para ello, los estudiantes diseñaron y aplicaron instrumentos de valoración del proceso.

Además, realizaron un sondeo sobre la satisfacción de la población con lo aprendido en las sesiones educativas, acerca de las dos

temáticas centrales abordadas. Los resultados fueron positivos y dejaban entrever el aprovechamiento que tenían ellos en la escuela y en sus hogares (Gutiérrez, Y. y Obando, F., 2013).

El tercer proyecto se denominó: "Recreándonos: hoy por ti, mañana por mí".

En el año 2014, se planteó ese proyecto, el cual se desarrolló en el Centro Diurno de la Asociación Gerontológica de Curridabat.

Este proyecto toma su nombre a partir de la priorización de necesidades realizada por las estudiantes. Ellas encontraron que el fomento de la recreación y la actividad física constituían las acciones prioritarias para un grupo de 20 personas adultas mayores en el Centro Diurno en Curridabat. El grupo estuvo compuesto en su mayoría por mujeres adultas mayores con una edad promedio de 80 años.

Las estudiantes señalaron que la importancia de este proyecto radicó en el hecho de que la población adulta mayor está en aumento, y que no se encontraron previamente acciones educativas desde la promoción de la salud, tales que permitieran mejorar o mantener condiciones positivas de vida, y es por este motivo que surge este proyecto "Recreándonos", con el fin de que se convirtiera en un punto de partida, en una guía para llevar adelante esta visión en pro de la salud de dicho grupo poblacional.

El enfoque utilizado en el planteamiento y desarrollo de las acciones del proyecto fue el constructivista, por lo que se hizo uso de técnicas demostrativas tales como: clases de baile y manualidades; técnicas para trabajar contenidos: lluvia de ideas y ejercicios de memoria; técnicas de relajación, y pausas activas.

Dentro de los logros de este proyecto se encontró el hecho de vincular la práctica de actividades físicas y recreativas con el aprovechamiento de los espacios sub-utilizados, de manera que en dicha institución gerontológica se logró concientizar acerca de la cantidad y calidad de infraestructura con la que contaban, el uso

de las instalaciones y recursos materiales disponibles, así como el mejoramiento de la convivencia entre las personas mayores del lugar. Otro logro fue la participación activa y comprometida de las personas adultas mayores involucradas en el proyecto. Además, destacaron el hecho de que la salud mental fue un eje transversal que tuvo un papel fundamental durante el transcurso de las actividades, debido a que consideraron que se logró incidir en ella durante las sesiones educativas, mediante la estimulación a la participación de diversas personas en las dinámicas de trabajo, lo que influyó de manera positiva en las relaciones de grupo. (Camacho, V., Campos, P y Gómez, A., 2014)

4. CONSIDERACIONES FINALES

La educación para la salud constituye una práctica antigua que ha pasado una serie de etapas desde un enfoque tradicional que se caracteriza por la transmisión de conocimientos, a un enfoque participativo en el que la lectura de la realidad es fundamental para la generación de espacios críticos y reflexivos, a través del diálogo con la comunidad y los distintos actores sociales.

En este sentido, existen diversas concepciones para entender la educación para la salud, no obstante, su comprensión depende del paradigma ideológico imperante. De acuerdo con las perspectivas conceptuales que se tengan sobre salud y educación, es que se van a generar las acciones en la práctica. Dichas acciones tienen implicaciones en la manera de abordar las problemáticas y/o situaciones en el campo de la salud.

Cabe resaltar, que el paradigma biomédico incide en la educación para la salud y permanece en las prácticas diarias. Es decir, algunas de las propuestas son direccionadas de manera tradicional y en forma segmentada. Sin embargo, las nuevas perspectivas teórico-metodológicas apuntan a un concepto de salud que trasciende la enfermedad, y se proponen que la salud y la educación para la salud sean vistas desde una visión amplia y compleja.

Desde esta visión, docentes del Proyecto Formativo Educación para la Salud, apostaron por elaborar PEpS que además tuvieran un carácter innovador y participativo, lo que resultó de gran beneficio para las partes involucradas, porque propició el aprendizaje de manera colectiva y a la vez generó una autorreflexión acerca del proceso formativo personal y colectivo.

La intención de desarrollar PEpS con el estudiantado que cursa tercer año del Bachillerato y Licenciatura en Promoción de la Salud, surgió a raíz de la visión innovadora que se tuvo de la educación para la salud, una perspectiva que trasciende aquella de la educación entendida como instrucción y que se enfoca en la dimensión práctica y en la reflexiva de las acciones educativas, de tal forma que se conviertan en un impulso para la asunción de aprendizajes desde las experiencias personales y grupales.

A partir de esta visión innovadora sobre educación para la salud, y desde el sustento paradigmático con el que se diseñó el Bachillerato y Licenciatura en Promoción de la Salud, la complejidad, los proyectos constituyen un instrumento pedagógico para el abordaje de problemas de personas, grupos, organizaciones y comunidades.

El abordaje que se dio a las problemáticas y situaciones identificadas por el estudiantado, mediante la realización de los proyectos, fue complejo porque entre otras cosas, se requirió considerar contenidos, necesidades grupales e individuales, técnicas pertinentes para los distintos grupos poblacionales o comunidades, todo con el fin de alcanzar los objetivos propuestos.

Precisamente por ser un enfoque complejo, que parte de una visión de mundo que integra distintos elementos que dan paso a la salud, por tomar en cuenta dimensiones individuales y colectivas, por acercarse a realidades diversas según contextos distintos, por considerar transformaciones sociales desde la contribución ciudadana, por asumir a la persona como un ser humano con capacidades y potencialidades para luchar por la salud personal y colectiva, por aportar al ejercicio de la salud como un derecho, y por trascender una visión parcializada y tradicional que la ubica como transmisora de conocimientos, la educación para la salud se convierte en una herramienta estratégica de la promoción de la salud.

En cuanto a los trabajos realizados por los grupos de estudiantes, cabe mencionar que el proyecto desarrollado en la Oficina de Bienestar de la Salud permitió el abordaje de las condiciones asociadas con la salud mental en estudiantes universitarios, mediante sesiones educativas y haciendo uso de técnicas participativas, lo que constituyó un "plan piloto potencial" para aplicarlo a nivel institucional.

En la experiencia realizada en la Escuela de Cedros, los estudiantes señalaron que la familia tiene un rol fundamental respecto a los hábitos de higiene y la alimentación en la población infantil. Para el desarrollo de dichas prácticas saludables se considera que deben generarse de manera conjunta entre el hogar y la escuela, con el fin de obtener impacto en las y los niños y sus familias.

Y finalmente, en el proyecto con la población adulta mayor, el uso de herramientas como la comunicación asertiva y las habilidades para la vida, fue de gran importancia, así como el manejo del grupo con sus especificidades. Dentro de los resultados del proyecto se manifestó gran satisfacción por parte de las personas involucradas, y el fortalecimiento de las competencias del grupo de estudiantes -futuros profesionales en promoción de la salud-, por lo cual puede afirmarse que fue de provecho y de beneficio para ambas partes.

A partir del desarrollo del Proyecto Formativo Educación para la Salud y las experiencias formativas en proyectos estudiantiles, se considera que la manera de entender y *hacer* la educación para la salud requiere una reflexión crítica en el marco de la sociedad y los centros de formación de educación superior, mediante debates teóricos y metodológicos, con el propósito de contar con elementos que propicien la reflexión de los conocimientos y prácticas que se realizan desde dicho ámbito de acción.

REFERENCIAS

Camacho, V., Campos, P y Gómez, A. (2014). Proyecto de Educación para la salud: "Recreándonos: hoy por ti, mañana por mí". Documento digital elaborado por estudiantes de la carrera de Promoción de la Salud.

Gutiérrez, Y. y Obando, F. (2013). Proyecto de Educación para la salud: "En tus manos". Documento digital elaborado por estudiantes de la carrera de Promoción de la Salud.

Leiva, D. y Rojas, E. (2012). Proyecto de Educación para la salud: "¡Tu Mente, tu Salud!". Documento digital elaborado por estudiantes de la carrera de Promoción de la Salud.

López, J; Molina, D & Peñaranda, F (2018). Visibilidad y tendencias teóricas de la educación para la salud en cuatro países de América Latina, 2003-2013. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 17(35) Recuperado de: https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-35%20(2018-II)/54557477001/54557477001_visor_jats.pdf

Perea, R. (2004). Educación para la salud: reto de nuestro tiempo. Ediciones Díaz de Santos, S. A., Madrid, España.

Pérez, R. (1995). "Evaluación de programas educativos". MEDINA, A. y VILLAR, L.M. Evaluación de Programas Educativos, Centros y Profesores. Madrid: Universitas, pp. 73-106.

Tobón, Sergio. (2005). Formación basada en competencias: Pensamiento Complejo, diseño curricular y didáctica. Bogotá. ECOE Ediciones.

Torres, IA. et al. (2008) La investigación en Educación para la Salud. Retos y perspectivas. Revista Médica de la Universidad Veracruzana / Vol. 8 núm. 1, Enero - Junio 2008. https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2008/muv081f.pdf

Valadez I, Villaseñor M, Alfaro N. Educación para la salud: Importancia del Concepto. Revista de Educación y Desarrollo; 2004; [citado 13 mar 2009]; 1:en-mar:43-48.

Disponible en: www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf

Zea-Bustamante, L (2019) La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria. Facultad Nacional de Salud Pública, 37(2). Recuperado de: https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/328891

EL MODELO DE CENTROS ESCUELA PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

MARÍA NIELSSEN ROJAS MUÑOZ

KAROL ROJAS ARAYA

LUISA VILLANUEVA SALAZAR

INTRODUCCIÓN

En el año 2007 nace la Carrera de Bachillerato y Licenciatura en Promoción de la Salud de la Escuela de Salud Púbica de la Universidad de Costa Rica, para dar respuesta a la necesidad de la formación de una persona profesional que desde una nueva perspectiva aborde los problemas de salud pública que afectan a la sociedad. Desde este enfoque, cada año lectivo, se han impulsado importantes esfuerzos en la mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje, siendo una de las prioridades el contar con espacios de práctica para el desarrollo de las destrezas y habilidades del estudiantado que responda coherentemente con las demandas y requerimientos del contexto.

Desde esta visión, el personal docente de la Escuela de Salud Pública ha impulsado esfuerzos abocados hacia la reflexión de las competencias docentes y estudiantiles requeridas en el proceso de enseñanza-aprendizaje de cada Proyecto Formativo

que compone la Carrera, la cual está sustentada en una formación por competencias, las cuales se entienden como:

> *Procesos complejos de desempeño con idoneidad en determinados contextos, integrando diferentes saberes (saber ser, saber hacer, saber conocer y saber convivir), para realizar actividades y/o resolver problemas con sentido de reto, motivación, flexibilidad, creatividad, comprensión y emprendimiento, dentro de una perspectiva de procesamiento metacognitivo, mejoramiento continuo y compromiso ético, con la meta de contribuir al desarrollo personal, la construcción y afianzamiento del tejido social, la búsqueda continua del desarrollo económico-empresarial sostenible, y el cuidado y protección del ambiente y de las especies vivas (Tobón, 2007, pág. 17).*

En este marco, se seleccionaban distintos espacios de práctica, lo que conllevaba a que cada equipo docente tuviera la tarea de agenciar los escenarios que permitieran el desarrollo de las habilidades y destrezas requeridas contando con la disponibilidad y anuencia por parte de las organizaciones y comunidades.

En este sentido, surgió la propuesta de consolidar dos proyectos de docencia, estructurados en fases continuas, dada la necesidad de consolidar estos espacios de práctica que respondieran a las necesidades propias de las comunidades e instituciones y de la Unidad Académica. Así como a partir del reconocimiento de que *"uno de los elementos esenciales para la consecución de este propósito es la promoción de un ambiente y cultura de colaboración entre los miembros de las instituciones implicadas, siendo tres los actores que tienen una especial incidencia en el aprovechamiento positivo de esta experiencia formativa: los propios estudiantes, el tutor del centro/institución de prácticas y el profesor-tutor de la Facultad."* (Hevia y González, 2012, p.1)

La propuesta del proyecto de docencia denominado *"Implementación de los Centros Escuela como espacios generadores de conocimiento en Promoción de la Salud" (SA PD-SA-1469-2018)*,

1 Primer proyecto 2016-2018: "Diseño e implementación de Centros Escuela: Una propuesta para la consolidación de escenarios generadores de conocimiento en Promoción de la Salud" cuyo objetivo fue formular una propuesta de Centros Escuela de Promoción de la Salud que sean escenarios integradores del conocimiento que fortalezcan el desarrollo académico de la Escuela de Salud Pública durante el periodo 2016-2018; y el segundo proyecto 2018-2020: Implementación de los Centros Escuela como espacios generadores de conocimiento en Promoción de la Salud.

tuvo como objetivo identificar condiciones y fortalecer capacidades en distintos escenarios de enseñanza y de aprendizaje, garantizando su sostenibilidad en el tiempo.

Cabe destacar, que el planteamiento del modelo Centros Escuela fue basado en la articulación de la persona estudiante, docente y tutor/a organizacional con el objetivo de que las acciones formativas fueran efectivas y que la calidad de las experiencias de enseñanza práctica fuera de beneficio e impacto para la población, la Universidad y las organizaciones involucradas.

En este artículo se presentan los referentes teóricos que permitieron sustentar la propuesta de Centros Escuela, así como su caracterización en términos de diseño, implementación y evaluación del modelo planteado.

APROXIMACIONES A LOS MODELOS TEÓRICOS PARA PRÁCTICAS EXTERNAS EN EL PROCESO DE FORMACIÓN ESTUDIANTIL

El modelo Centros Escuela tiene como referente la propuesta teórica conceptual denominada "*Practicum*", el cual:

> *Constituye un punto de partida en la configuración de las prácticas externas y/o profesionales que desarrollan los estudiantes, y les considera piezas relevantes del proceso de formación de los estudiantes, que están destinadas a enriquecer la formación complementando los aprendizajes académicos (teóricos y prácticos) con la experiencia (también formativa, es decir, vinculada a aprendizajes) en centros de trabajo (Zabalza, 2006, p. 314).*

A nivel teórico, desde el *Practicum* se realiza la identificación de diversos modelos que son base para el desarrollo de la propuesta actual:: 1. Modelo unidireccional: fragmentación entre teoría y práctica, poca relación universidad y espacios de práctica; 2. Modelo

de interrelaciones iniciales: tutor-universidad/tutor-centro organizan el espacio de formación y las acciones sobre el estudiante, que cumple principalmente de espectador; 3. Modelo eco-sistémico: incorpora los aspectos de índole subjetivo, supera la dicotomía teoría-práctica y visualiza a las tres partes (tutor-universidad/tutor centro y estudiante) en interacción y nutridas mutuamente; 4. Modelo de partenariado de colaboración: el protagonismo lo posee el estudiante quien es responsable de su aprendizaje, en acompañamiento de los tutores que tienen una propuesta curricular de los mínimos que el estudiante debe alcanzar. La práctica es concebida como un ejercicio más dinámico y vivencial (proceso participativo, reflexivo y dialógico); y finalmente, el 5. Modelo de partenariado recíproco: el estudiante es el eje central del proceso enseñanza aprendizaje. Está basado en la corresponsabilidad que reconoce que los agentes tienen experiencias que compartir –un saber conocer, un saber hacer y un saber ser-. A su vez, incluye otros agentes en el proceso: equipos profesionales en el centro, persona o personas destinatarias del accionar, docentes de otras asignaturas y grupo de compañeros, todos cumplen a la vez un papel importante en el proceso formativo (Freixa, M; Novella, A.; Pérez, N, 2012, pág. 13- 18).

El modelo de partenariado de reciprocidad o de corresponsabilidad, centra su reconfiguración en la relación entre los agentes (estudiantes, tutor-universitario/a y tutor/a-centro), las funciones de los cuales se concretan y se comparten, en una relación simétrica y de igualdad sobre una base de corresponsabilidad en la formación (Novella, 2011, página 267).

En el caso de la propuesta implementada y de acuerdo con estos modelos teóricos, se considera importante avanzar hacia este modelo (partenariado recíproco), dado que implica replantearse las funciones y responsabilidades de los tres agentes (tutor/a institucional, tutor/a universitario y estudiantes) según el nivel de aprendizaje; es decir, identificando la corresponsabilidad, la coplanificación del proceso formativo de las prácticas, y la definición del grado de implicación, según año de formación y nivel de complejidad.

Toledano (2004) propone tres espacios de aprendizaje para los estudiantes que se plantean y desarrollan en el Practicum:

1. Espacio de ensayo: el estudiante toma contacto, conoce y vivencia la realidad profesional a partir de la observación y participación.

2. Espacio de inmersión: es el ejercicio de aprendizaje profesional mediante la práctica del estudiante y con la colaboración del tutor que asume la función docente.

3. Espacio vivencial y de autoconocimiento: permite al estudiante un trabajo de reflexión y comprensión significativo en la acción socioeducativa y profesional en el entorno.

El planteamiento de estos espacios formativos conlleva a que todas las personas actoras implicadas sean corresponsables de inducir a la reflexión teórica de, desde y para la acción, lo que se da una reconstrucción permanente de la identidad en cada inmersión en los diferentes espacios de práctica, como a su vez, se comprende la formación de las distintas competencias, que no obstante comparten un mismo objetivo en común en la formación del estudiantado (Novella, 2011, páginas 270-271).

Por otra parte, se hace énfasis en el acompañamiento docente en la formación académica, que parte de la relación y comunicación triangular del tutor/a organizacional, estudiante y tutor/a de la Universidad, en la que se señala la importancia de que se estructure un espacio periódico de supervisión individual con el/la estudiante, así como a la expresión emocional del estudiante y a las dudas que surgen en la práctica diaria (Puig, 2004).

EL MODELO DE CENTROS ESCUELA

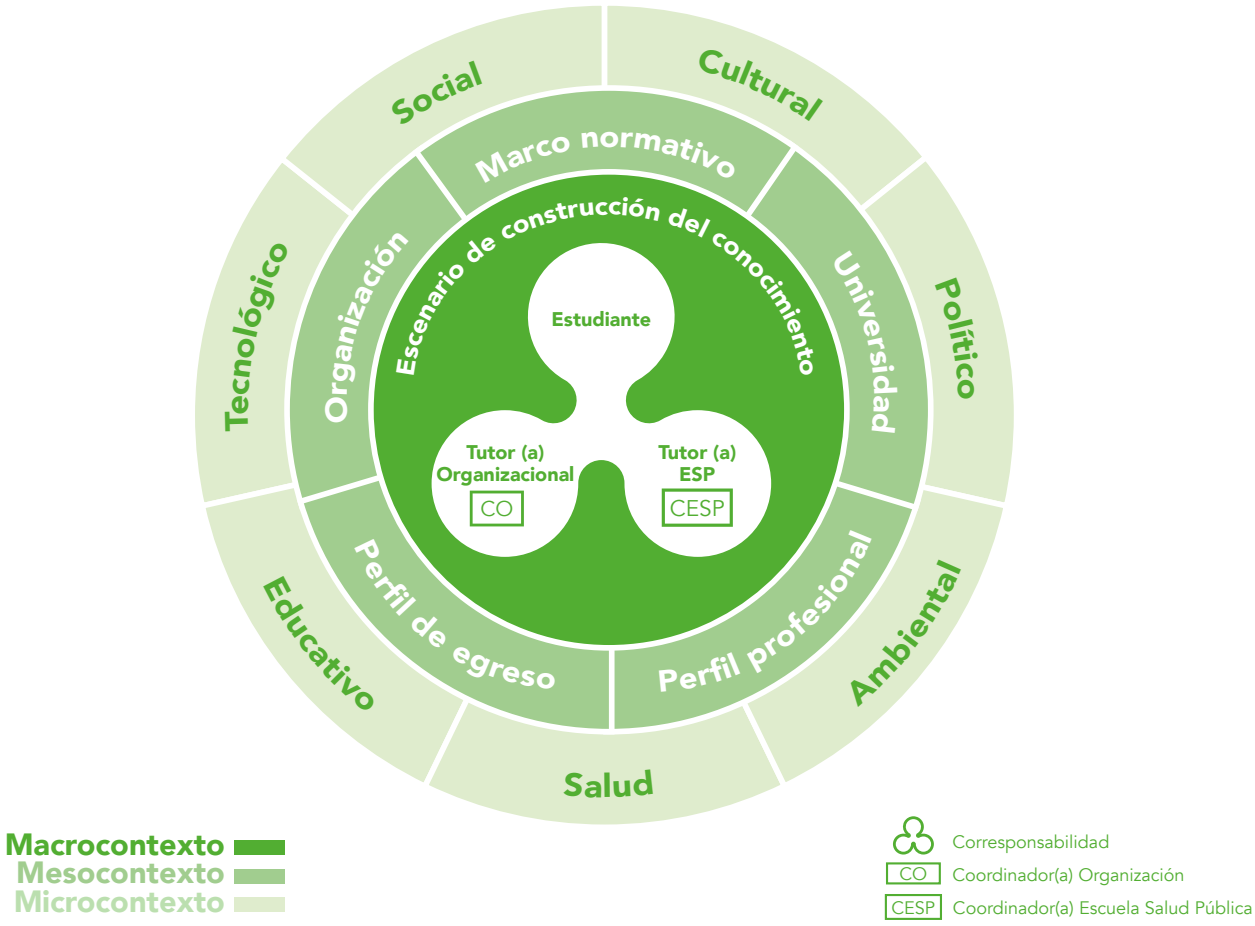
a. Concepto

Los Centros Escuela son definidos como escenarios de construcción y gestión del conocimiento corresponsable por parte de docentes, estudiantes y tutores organizacionales, mediante planteamientos interdisciplinarios, que tiene como propósito fortalecer la docencia,

la investigación y la acción social de la unidad académica a partir de la articulación de elementos teóricos y prácticos para el abordaje de la realidad de la salud y promoción de la salud en el país en un espacio concreto (Rojas, M.; Rojas, K.; Vargas, M., 2017).

Desde esta perspectiva, se propone y diseña el modelo de Centros Escuela para el desarrollo del proyecto con sus respectivos componentes.

FIGURA 1
Modelo de Centros Escuela



Fuente: Rojas, Rojas y Villanueva, 2019.

b. Dimensiones

El modelo de los Centros Escuela está constituido por tres dimensiones: el macrocontexto, el mesocontexto, y el microcontexto. A continuación, se desarrollan de manera más detallada cada dimensión que compone el modelo:

1. *Dimensión macrocontexto en la que se circunscribe el Centro Escuela:* hace referencia a dos elementos requeridos para ser contemplados en los procesos formativos, y que son inherentes a las competencias de las y los profesionales en Promoción de la Salud.

Como primer factor, es el reconocimiento de la complejidad de los desafíos internacionales, presentes y futuros, en donde la educación superior tiene la responsabilidad social de hacer avanzar la comprensión de problemas polifacéticos con dimensiones sociales, económicas, científicas y culturales, y la capacidad de hacerles frente. En este contexto, la educación superior debe ser pertinente, por tanto, debe evaluarse en función de lo que la sociedad espera de las instituciones y lo que estas hacen. Ello requiere normas éticas, capacidad crítica y una mejor articulación con los problemas de la sociedad y del mundo del trabajo, fundando las orientaciones a largo plazo en objetivos y necesidades de la sociedad. El objetivo principalmente es desarrollar las competencias y aptitudes para el trabajo interdisciplinario, lo cual requiere la creación de espacios para el desarrollo de experiencias que articulen los saberes disciplinarios alrededor de la solución de una problemática concreta.

Esto da paso al segundo factor que confluye en la formación profesional específicamente de la persona Promotora de la Salud, el cual se relaciona con los determinantes sociales de la salud comprendidos como las "condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas" (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2005). Desde dicha perspectiva, la formación profesional del Promotor/a de la Salud, no se circunscribe solamente en la organización, al contrario, -vista como un sistema abierto- está relacionada con el entorno y se encuentra en permanente interdependencia con el medio ambiente. Se enfatiza la importancia de la lectura del contexto sociopolítico, económico, ambiental,

educativo y social en su praxis desde un enfoque interdisciplinario, dado que permite el desarrollo de procesos analíticos y reflexivos para generar propuestas y abordajes de la Promoción de la Salud desde una visión crítica y compleja. Es por ello, que la formación profesional debe orientarse por la complejidad del pensamiento, por el reconocimiento de la importancia de superar los saberes fragmentados, reduccionistas, de lo inacabado e incompleto que es el conocimiento. Esto conlleva a la búsqueda de experiencias de aprendizaje que permitan el contacto del estudiantado con la realidad, para resolver los complejos problemas existentes o crear alternativas, integrando los saberes desde un abordaje interdisciplinario, así como, desde una educación permanente (Morin, 2000).

2. *Dimensión mesocontexto: universidad-organización en la que se circunscribe el Centro Escuela:* brinda el marco que orienta y circunscribe los procesos formativos en el Centro Escuela. Para efectos del Centro Escuela, el vínculo Universidad-Organización se produce fundamentalmente en los siguientes elementos: a) aspectos legales, tales como convenios, la normativa aplicable en ambas entidades, y las limitaciones que señala el reglamento estudiantil; b) administrativos, todo lo concerniente al funcionamiento de las estructuras de las organizaciones; c) didácticos los contenidos formativos que se trabajarán, la forma en que se ha de plantear la experiencia para que conduzca a un buen aprendizaje, entre otros.

Con la finalidad de establecer una clara relación entre las organizaciones y las instituciones académicas es necesario partir del diálogo que surge en estos escenarios de encuentro entre la teoría y la práctica; y de donde emanan las orientaciones que permiten el constante reajuste de los planes de formación y las decisiones de competencias consideradas clave para las profesiones, con la finalidad de un beneficio mutuo, y a la vez permita dar respuestas a las necesidades en materia de recursos humanos del país.

3. *Dimensión microcontexto u operativa: escenario de construcción del conocimiento:* refiere a la operatividad del modelo planteado, que busca articular de manera dinámica al personal docente de la Carrera de Promoción de la Salud, el equipo de profesionales que forman parte de la organización, el entorno, las personas usuarias, la comunidad en la que está inserto el Centro Escuela y el estudiantado.

En los Centros Escuela la corresponsabilidad se conceptualiza como las acciones recíprocas y de compromiso de todas las partes involucradas para una adecuada formación profesional del estudiante con miras hacia un desempeño idóneo en los diversos contextos en el que se desenvuelve. En el modelo de Centro Escuela los agentes participantes que forman parte del proceso formativo son los siguientes:

- Quien coordina desde la Escuela de Salud Pública, se encarga de organizar, en conjunto con quien coordina en la organización y las personas que ejercen la tutoría de cada nivel de la Carrera la inserción, las condiciones más adecuadas para el desarrollo de la práctica, aspectos relacionados con la seguridad, logística y seguimiento general del estudiantado en el Centro Escuela.

- Quien coordina en la Organización, es responsable de establecer los mecanismos idóneos para una adecuada permanencia de los y las estudiantes de la Carrera de Promoción de la Salud. Es responsable de coordinar y asesorar con quienes ejercen las tutorías organizacionales (y universitarias) así como de evaluar las experiencias desarrolladas con el fin de generar propuestas de mejora para una adecuada administración del Centro Escuela.

- Quien ejerce la tutoría universitaria o docente del proyecto formativo específico, es responsable de la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de la experiencia práctica que debe realizar cada estudiante en el proceso formativo; cuya función principal es el seguimiento, acompañamiento y supervisión para el desarrollo de las competencias, con el fin de que sean aplicados los conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes propuestos por cada nivel de la Carrera.

- Quien está a cargo de la tutoría organizacional, participa de manera directa en el proceso formativo de las y los estudiantes e implementa las actividades planificadas en conjunto con la persona a cargo de la tutoría universitaria. Asimismo, está

encargado de potenciar el desarrollo de las competencias, el seguimiento, acompañamiento y supervisión, principalmente en la construcción de conocimiento profesional y en el ejercicio de la reflexión de la teoría-práctica en el escenario de la organización.

- La persona estudiante constituye el eje central en el proceso de la configuración del proceso de enseñanza-aprendizaje, y tiene la responsabilidad de asumir el desarrollo de las competencias y de los saberes conocer, hacer y ser que corresponden al nivel de la Carrera en que se encuentra.

c. Funcionamiento de los Centros Escuela

El funcionamiento de los Centros Escuela comprende tres fases: la primera es de coordinación, la segunda de implementación de la práctica y la tercera de valoración de la experiencia formativa. Previo a estas fases, es requerida la negociación de los intereses y expectativas de la Organización y de la inserción del estudiantado, y asimismo los de la Unidad Académica basado en las competencias a formar y la realidad de actuación profesional.

En la fase de coordinación, la persona coordinadora por parte de la Escuela de Salud Pública y la coordinadora de la Organización se reúnen, para diseñar la experiencia formativa según nivel académico del estudiantado y requerimientos del proyecto formativo.

La fase de implementación de la práctica comprende tres momentos: un primer momento, de inmersión del estudiantado al Centro Escuela que le permite insertarse en el entorno laboral, administrativo y de cultura organizacional con el fin de conocer el Centro Escuela y prepararse para el siguiente momento que consiste en el desarrollo de la práctica formativa mediante la aplicación de conocimientos, habilidades y destrezas en una realidad concreta con el acompañamiento de las personas tutoras con el objetivo de lograr las competencias propuestas según el año de la Carrera. Y finalmente, el tercer momento, corresponde a la valoración de la práctica, la cual tiene como finalidad la realimentación del proceso

de enseñanza y de aprendizaje, el análisis de resultados y logros de la experiencia formativa por parte de estudiantes, docentes y personas colaboradoras de las organizaciones participantes.

En la fase de evaluación general de la experiencia formativa, se reflexiona de forma global lo generado en el Centro Escuela, desde la perspectiva de los (as) coordinadores (as), tutores (as) y estudiantado. Esta incorpora aspectos administrativos como los canales de comunicación establecidos, la potenciación de las habilidades blandas, la evaluación del proceso de implementación del plan de acción específico, el grado de integración del estudiante en el equipo de trabajo, la actitud personal, la adecuación de su formación académica a las necesidades y problemáticas abordadas.

En esta dinámica del modelo de Centros Escuela, es importante resaltar que el trabajo se lleva a cabo bajo una modalidad de corresponsabilidad entre el personal docente, tutores de las organizaciones y el estudiantado. Para ello, se establecieron funciones genéricas y específicas para cada uno.

Las funciones generales para el personal docente: en el campo administrativo hace referencia a los procesos de coordinación, normativa y mecanismos de acción que permiten el establecimiento de las condiciones indispensables para el desarrollo de la práctica del proyecto formativo. En el campo académico, el personal académico trabaja de manera conjunta con el tutor o tutora organizacional para planificar, implementar y evaluar la experiencia formativa.

De igual manera, el personal de la organización que ejerce el rol de tutoría tiene como funciones genéricas administrativas: la gestión de las condiciones para la inserción y permanencia del estudiantado en la organización. Mientras que en el campo universitario se involucra en el proceso formativo del estudiantado, le brinda acompañamiento, da realimentación inmediata, monitorea y evalúa su desempeño.

Por su parte, el o la estudiante desde la perspectiva de las funciones genéricas, cumple con las normativas de las organizaciones y universitaria. Desde las funciones académicas, desarrolla las

actividades programadas según los objetivos de su proyecto formativo, vela por su desempeño ético, sistematiza la experiencia y valora su proceso de aprendizaje.

Entre las funciones específicas, para cada uno de los agentes involucrados en el proceso académico depende de cada proyecto formativo, sea de bachillerato o licenciatura, donde están definidas las competencias, metodologías, evidencias y criterios de desempeño.

IMPLEMENTACIÓN DE LOS CENTROS ESCUELA: EXPERIENCIAS EN ORGANIZACIONES

Para el adecuado desarrollo del proyecto, se generó una *"Guía para la implementación de los Centros Escuela"* que constituye una herramienta que informa y orienta los procesos que deben llevarse a cabo para una adecuada organización y funcionamiento en los diversos escenarios que se insertan los y las estudiantes. La guía está conformada por los siguientes aspectos: caracterización de la carrera de Promoción de la Salud, conceptualización, elementos y funcionamiento de un Centro Escuela, las funciones de corresponsabilidad entre docentes, tutores organizacionales y estudiantes y las valoraciones del proceso de la práctica.

Como parte de las experiencias en las organizaciones y que han sido parte de este proceso de construcción conjunta se encuentran los siguientes lugares: Área rectora de Escazú (Ministerio de Salud), Dirección de desarrollo científico y tecnológico (Ministerio de Salud, nivel central) Municipalidad de Cartago (Casa Municipal de la Salud), COOPEBORBON R.L, y el Área de salud de Mora-Palmichal (Caja Costarricense del Seguro Social).

El modelo de Centros Escuela pretendía -en un primer momento de ejecución del proyecto- generar en dichas organizaciones una articulación entre el programa de Licenciatura de modo que fuera cada vez más integrado en conjunto con las metas establecidas de las organizaciones.

De acuerdo con Zabalza (2010, p.40) se señala la importancia de reintegrar elementos en el espacio formativo y el de prácticas (…) *"por ejemplo, la teoría y la práctica; la docencia y la investigación; el trabajo en las aulas y el que se lleva a cabo fuera de ellas; los componentes académicos con los profesionales; los conocimientos con las habilidades, actitudes y valores que permitirán ser mejor profesional y mejor persona".*

Autores como Korthagen, Loughran y Russell (2006) resaltan que es prioritario buscar escenarios de prácticas capaces de estimular aprendizajes adaptados a la situación: que respondan a las necesidades del sector; que se realicen bajo formatos colaborativos; que impliquen la resolución creativa de problemas.

La experiencia del modelo propuesto en dichos escenarios estuvo configurada como un proceso de acción y de reflexión crítica ante la realidad del contexto. Es decir, fue una tarea compleja que requería el desarrollo de habilidades específicas de los estudiantes en los Centros Escuela.

En este caso, los conocimientos con los que cuentan los funcionarios/as permitió conocer las áreas de trabajo que se realizaban desde la Promoción de la Salud. Cabe resaltar, que este aprendizaje dependió tanto del valor formativo de la experiencia, así como las herramientas que dispusieron para poner en marcha las prácticas.

El contar con la guía para la implementación de Centros Escuela fue esencial para llevar a cabo los procesos de diseño, la planificación, implementación y evaluación de las diversas actividades académicas planteadas. Así mismo, las sesiones mensuales con el equipo docente de la Licenciatura facilitaron espacios de análisis y discusión sobre el quehacer del estudiantado en los Centros Escuela, y esto constituyó un avance en la experiencia y en el desempeño docente.

Este tipo de sesiones de trabajo favorecieron el desarrollo de competencias docentes debido a que se generaron espacios de análisis sobre las implicaciones que el contexto demanda en los distintos Centros Escuela, lo que propició una reflexión-acción en torno a los lugares de práctica que los y las estudiantes realizan en el campo.

Algunos autores como Saiz y Susinos (2016, p 995) señalan que *"Son precisamente los modelos que tratan de acoplar la teoría y la práctica los que incluyen de manera prioritaria propuestas formativas sustentadas en la reflexión. Bajo esta interpretación, el practicum se concibe como un lugar en el que los estudiantes han de analizar las diferentes creencias, situaciones y dilemas a los que en esa situación práctica se van a enfrentar".*

A su vez, se reconoce la importancia de que el estudiantado se sumerja en la realidad porque *"adquiere una visión global de la profesión desde la vivencia real que le permite construir y resituar los supuestos, los prejuicios o las ideas preconcebidas que tenía respecto a esta"* (Riberas y Vilar, 2014, p.137).

En este sentido, el tomar en cuenta organizaciones de distinta naturaleza, permitió esclarecer el rol profesional del promotor/a de la salud, y potenciar diversos escenarios en salud y promoción de la salud lo cual contribuye a la formación académica, y a su vez a generar espacios de inserción laboral.

Los períodos de implementación de los Centros Escuela requieren una permanente reflexión sobre aspectos clave en el funcionamiento del modelo, para ello es fundamental replantear elementos propios de la formación práctica y propiciar espacios para dar solución a los problemas identificados.

CONSIDERACIONES FINALES

Como se evidenció, la Carrera de Promoción de la Salud desde sus inicios ha impulsado acciones en pro de la mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje, entre ellas la innovación en el plano curricular, y en la configuración de los espacios de práctica para la formación de las actitudes, destrezas y habilidades requeridas en los y las estudiantes.

No obstante, la propuesta del modelo de Centros Escuela da respuesta a la necesidad de repensar los espacios de práctica de acuerdo con

los requerimientos formativos de la Carrera. El desarrollo de este modelo se realizó a partir de las revisiones teóricas sobre modelos de abordajes de prácticas en la Educación superior universitaria, para lo cual se tomó como referente el modelo copartenariado recíproco, que opera bajo la visión de corresponsabilidad que coloca de una manera horizontal a los tres agentes que conforman el acto educativo.

El modelo planteado favorece la corresponsabilidad en la formación de competencias en el estudiantado, debido a que visualiza al estudiante como sujeto activo en su proceso formativo, que trasciende la visión tradicional de transmitir conocimiento de manera vertical e instruccional. Por el contrario, el modelo pretende una interacción activa entre los agentes que participan en la experiencia formativa, a partir de las funciones administrativas y académicas delimitadas en la guía para la implementación de los Centros Escuela.

Como parte de los requerimientos de la Carrera de Promoción de Salud, es que el estudiantado pueda influenciar en las condiciones de vida y salud de la población, como parte de la organización en la que están insertos, para lo cual la figura del "tutor/a organizacional" es trascendental.

Algunas de las dificultades encontradas en las organizaciones que formaron parte del proyecto, es que no contaban con profesionales en Promoción de la Salud, es decir los funcionarios encargados y tutores de los estudiantes de la Carrera son de diversas áreas tales como trabajo social, psicología, nutrición, enfermería, sociología, gestión ambiental, entre otras. Esto plantea un reto al seleccionar la organización que funge como Centro Escuela, y a la persona tutora universitaria que debe velar por una adecuada gestión en la fase de coordinación que optimice la fase de implementación de la práctica formativa.

La implementación de los Centros Escuela permitió la inserción de las personas estudiantes en proyectos afines a la Promoción de la Salud, y que respondieran a necesidades identificadas por los funcionarios de las organizaciones, el personal docente y el grupo de estudiantes.

Las prácticas que se generaron en los Centros Escuela permitieron la comprensión del quehacer profesional, por un lado, porque el estudiantado interactúa con la realidad en la cual podrá trabajar y, por otro lado, la delimitación de su marco de actuación junto con otros profesionales para resolver las situaciones o problemáticas identificadas.

La valoración general del proyecto y la articulación de esfuerzos colectivos acordes a las realidades y necesidades abordadas en los Centros Escuela por parte de los equipos docentes, estudiantes y funcionarios de las organizaciones fue satisfactoria. Cabe mencionar, que, como parte de las experiencias desarrolladas, se han identificado retos, desafíos y aprendizajes que algunos de ellos han sido resueltos y otros quedan para seguir trabajando y fortaleciendo.

REFERENCIAS

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2005) Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. OMS. Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

Freixa, M; Novella, A.; Pérez, N. (2012) Elementos para una buena experiencia de prácticas externas que favorece el aprendizaje. Cuadernos de docencia Universitaria. Editorial OCTAEDRO. Instituto de Ciencias de la Educación. Universidad de Barcelona.

Hevia, I., y González, X. A. (2012) El Practicum de los estudios universitarios de pedagogía: visión y aportaciones de los tutores. Revista Iberoamericana de Educación. 59(2). DOI https://doi.org/10.35362/rie5921386

Korthagen, F. A. J., Loughran, J., y Russell, T. (2006). Developing fundamental principles for teacher education programs and practices. Teaching and Teacher Education, 22 (8), 1020-1041.

Novella, A. (2011) Practicum en reconstrucción: Tejiendo colectivamente un modelo de prácticas desde la innovación. Universidad de Barcelona. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/330373704_Practicum_en_reconstruccion_Tejiendo_colectivamente_un_modelo_de_practicas_desde_la_innovacion

Puig, C. (2004). El rol docente del tutor de prácticas. El acompañamiento del estudiante. Revista de Trabajo Social. ISSN: 1578-0236. Vol.4, 455-462. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/277876522_El_rol_docente_del_tutor_de_practicas_y_el_acompanamiento_al_estudiante

Riberas, G. y Vilar, J. (2014) La praxis reflexiva: un reto para la educación social. Dialnet. 130-142 Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5010349

Saiz, A., y Susinos, T. (2016) Problemas pedagógicos para un Prácticum reflexivo de Maestros Complutense de Educación. Recuperado de http://dx.doi.org/10.5209/RCED.50924

Tobón, S. (2007). El enfoque complejo de las competencias y el diseño curricular por ciclos propedéuticos. Revista Acción Pedagógica, N16, pp 14-28. Disponible en: https://yavne.edu.mx/pages/circular/cch/inicio2015/asp_bas_com.pdf

Zabalza, M.A. (2011). El practicum en La formación universitaria: estado de la cuestión. Revista de Educación. Recuperado de: http://www.revistaeducacion.educacion.es/re354/re354_02.pdf

LA GERENCIA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

LUISA ELENA VILLANUEVA SALAZAR[1]

1. INTRODUCCIÓN

El presente artículo surge a partir de varias motivaciones, entre ellas las preocupaciones que han emergido del proceso reflexivo que la autora ha venido realizando como profesora del Proyecto Formativo Destrezas Gerenciales en Promoción de la Salud de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la Escuela de Salud Pública – Universidad de Costa Rica con relación al quehacer gerencial del profesional en promoción de la salud a nivel de las comunidades, familias y organizaciones en las que labora. Para ello, la experiencia de la autora de más de veinte años en salud pública en zonas urbanas, urbano marginales y rurales como su formación en el campo de la administración de servicios de salud y de salud pública son sus referentes. Por otro lado, el diálogo establecido con algunos profesionales en promoción de la salud en ejercicio que permitió conocer su perspectiva, sus limitaciones y la lucha constante que confrontan por el conocimiento y reconocimiento de su profesión. Y finalmente, la mirada de algunos expertos tanto en el campo de la administración como en el de la salud.

En este sentido, se espera que el documento contribuya con algunos elementos para la reflexión y acción que fortalezca el ejercicio profesional de las y los licenciados en promoción de la salud y el debate acerca de los procesos formativos que se vienen llevando a cabo en la formación de dicho profesional.

1 Docente e Investigadora Escuela de Salud Pública-Facultad de Medicina y Escuela de Formación Docente – Facultad de Educación, Universidad de Costa Rica

Por consiguiente, el artículo se desarrolla en tres apartados, el primero hace referencia al contexto en el que se circunscribe la gerencia en promoción de la salud, en el segundo las generalidades acerca de la administración, gerencia, management y gestión como conocimientos básicos que cada disciplina adopta y adapta en su desempeño y finalmente el quehacer del licenciado en promoción de la salud en su rol de gerente o gestor de las acciones que promueven la salud en cualquier nivel del sistema de salud y en diferentes escenarios individuales y colectivos.

CONTEXTO EN EL QUE SE CIRCUNSCRIBE LA GERENCIA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Actualmente, los retos de la salud pública ya no son solo locales, nacionales o regionales, sino que son globales, dado que vivimos en un mundo globalizado, interconectado e interdependiente, con importantes transformaciones en la estructura y dinámica familiar, en la estructura y dinámica poblacional que se expresa en el aumento de la población adulta mayor y la feminización de su cuidado, a lo que se une la transición epidemiológica (incremento de enfermedades crónicas-degenerativas y existencia de enfermedades transmisibles), el cambio climático y la migración, las cuales tienen su origen en factores sociales, culturales, políticos y económicos.

Esta situación, demanda del sistema de salud, respuestas integrales, sin dejar de brindar la atención clínica, debe fortalecerse el enfoque centrado en la salud y sus determinantes, así como, promover la corresponsabilidad ciudadana en el cuidado de su salud y de su entorno. Aspecto fundamental en el que se circunscribe la promoción de la salud.

Al respecto, en el III Congreso de las Comisiones de Salud de los Parlamentos de las Américas-2017, se señala que los desafíos en salud implican afrontar la promoción como uno de los pilares de la salud pública, con mirada integral para contribuir a promover una mejor salud y calidad de vida de la población, siendo necesario para ello, el rediseño del sistema de salud. Asimismo, se recomienda incorporar el concepto de "salud del planeta", donde se reconozca que la salud de los seres humanos está ligada a la salud del resto de los seres vivos (PAHO, 2018).

A su vez, los estudios realizados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) refieren que el Sistema de Salud de Costa Rica es visto ampliamente con una historia de éxito. Indica que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) también invierte en salud pública, en atención primaria, desarrollando una profunda relación institucional con las comunidades locales por medio de las Juntas de Salud Comunitarias, mejorando la capacidad de respuesta de los servicios y aumentado la participación de la comunidad en actividades de promoción de la salud a nivel local (Ministerio de Salud, 2017).

Los avances mencionados son resultado de la reforma del Sector Salud que se impulsó en la década de los noventa, siendo uno de sus principales objetivos del modelo de atención el énfasis en atención primaria, lo que implicó la separación de funciones entre la prestación de servicios a cargo de la CCSS y la rectoría por parte del Ministerio de Salud (OPS/OMS, 2018).

Así mismo, la OCDE considera que la atención primaria se constituye en una base sólida para el resto del sistema de salud. Sin embargo, en Costa Rica no existe una fuerza bien desarrollada de especialistas en atención primaria (Ministerio de Salud, 2017).

En este sentido, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica consciente de esta realidad y de su responsabilidad social, viene formando profesionales en promoción de la salud con una perspectiva social y humanista, técnica y científica para gestionar la salud en diferentes espacios de población y organización mediante el trabajo conjunto de otras disciplinas de la salud y áreas afines

desde los determinantes de la salud para facilitar en las personas y comunidades cambios positivos en sus conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con su salud (Escuela de Salud Pública, 2007).

En esta perspectiva, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2019) señala que se debe trascender el enfoque de atención primaria y la educación de estilos de vida saludable y dar paso a la promoción de la salud, para que las personas y las comunidades tengan mayor control sobre los determinantes sociales y su estado de salud, mejoren su calidad de vida.

Dado que, la calidad de la salud, en su más amplia concepción, globaliza la complejidad que caracteriza a los servicios de salud, en tanto el servicio va dirigido a garantizar la vida del ser humano, siendo indispensable la responsabilidad compartida que debe existir entre el Estado, los prestadores del servicio y los usuarios (Vargas, Valecillo y Hernández, 2013).

Esto pone en evidencia, que el sistema de salud, como entidad pública requiere de una gerencia que privilegie el liderazgo, el trabajo en equipo, la participación de todos los miembros de la organización en la solución de los problemas y el rediseño de los procesos de trabajo para el logro de su misión y objetivos que están propuestos en las políticas, programas y proyectos en un ambiente complejo, cambiante y de alta incertidumbre (Navarro, 1997).

Lo antes expuesto implica que la gerencia no puede limitarse a los procedimientos administrativos, sino que debe incorporar actitudes, valores, capacidades de comunicación y relacionales, formas de ejercicio del poder y experiencia, para dar respuesta a la complejidad de las situaciones que debe abordar con el concurso de diferentes actores sociales, con quienes hay que lograr consensos que no son fáciles por los intereses, intencionalidades y perspectivas que cada uno posee. Por lo tanto, no se trata solo de trabajar con otras personas sino más bien el reconocimiento de estas y de sus subjetividades para que por medio de un análisis intersubjetivo se pueda construir un nosotros y así poder resolver los problemas cuasi estructurados e inestructurados que se presentan en un determinado momento histórico.

Por lo anterior, el principal desafío de la epistemología de la salud es determinar si los saberes de las disciplinas que intervienen en esta área alcanzan o no nivel científico y si las prácticas son pertinentes a la complejidad del fenómeno, dado que la salud es producto del proceso de intercambio con el contexto que compromete la esfera biológica y el modo de vida (Fernández, 2008).

La epidemia sanitaria por COVID-19 que hemos experimentado en los dos últimos años hicieron visible la importancia de la promoción de la salud, ya que el fenómeno de la salud no depende solo de factores biológicos, sino también de factores socioculturales que son resultado de las costumbres de cada ser humano, de las familias, comunidades y organizaciones que integran la sociedad. En este sentido, tener salud se convierte en una lucha cotidiana individual pero que repercute en el colectivo de seres humanos y del ambiente. Así como, se evidenció que la salud no es responsabilidad solo del equipo de salud.

En esta línea, recordamos la definición de la OMS (1986) sobre la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud, poniendo en práctica enfoques participativos donde los individuos, las organizaciones, las comunidades e instituciones laboran creando condiciones para garantizar la salud y bienestar de todos.

Al respecto, Eijkemans (2021) manifiesta que no es suficiente la atención médica para enfrentar la pandemia, que la promoción de la salud no como disciplina es un pilar y base de todas las políticas, la renovación de la promoción de la salud por medio de acciones sociales, políticas y técnicas sobre los determinantes de la salud con un enfoque de derechos, equidad y justicia. Emergiendo la posibilidad de nuevos modos de liderazgo en salud. COVID-19 ha puesto en evidencia la importancia de reducir las inequidades, de la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud y el enfoque de promoción de la salud.

Como se puede apreciar en este apartado, si bien es cierto todas las profesiones tienen que ver con la salud y su promoción, es importante que el sistema de salud cuente con profesionales en promoción

de la salud que faciliten la articulación de saberes y conduzcan los esfuerzos disciplinares a la resolución de la complejidad del fenómeno de la salud con sus determinantes, necesidades, riesgos y problemas que se presentan a nivel individual y colectivo.

En este contexto, el o la profesional de la promoción de la salud debe poner en juego sus competencias cognitivas, procedimentales, actitudinales y axiológicas de su disciplina y del campo de la administración, gerencia, management o gestión, que son conocimientos universales que son aplicados por cualquier disciplina y espacio organizacional, en este caso en el campo específico de la promoción de la salud para alcanzar los resultados deseados.

ADMINISTRACIÓN, GERENCIA, MANAGEMENT O GESTIÓN

La sociedad se compone de grandes instituciones organizadas que existen para aportar un resultado necesario a la economía, al individuo y población. En este sentido, la administración es el órgano activo y dinámico de la organización, que se define no por lo que se hace ni cómo lo hace, sino por su contribución (Drucker, 1995). Por consiguiente, se concibe la administración como una ciencia social que permite a las organizaciones crear, producir, satisfacer necesidades humanas y obtener resultados, tanto para los integrantes de la organización como para los usuarios de los servicios que se prestan y así contribuir al desarrollo social (Balderas, 2012).

Esto exige cambio en las concepciones y en la manera de operar en las organizaciones, puesto que, el presente siglo se caracteriza por ser una sociedad y economía de servicios en constante cambio, donde predomina el trabajo del saber y del trabajador del saber (Drucker, 1999). Estas son una de las explicaciones del por qué la actual sociedad se denomina sociedad del conocimiento, particularmente por la transición de una economía que produce productos a una economía basada en servicios (Terán, 2018). En otras palabras, el conocimiento desplaza los recursos físicos, materiales y de capital hacia las personas. Como refiere Drucker (1999), en las organizaciones

actuales es el trabajador cerebral, quien produce conocimientos, ideas, información y es el responsable de los resultados, es quien toma decisiones y no se concreta a cumplir órdenes solamente.

De allí la importancia de hacer una reflexión sobre las semejanzas o diferencias de los conceptos administración, managment, gerencia y gestión que son de uso común, así como, las funciones administrativas que orientan el desempeño de los profesionales en promoción de la salud, que tienen bajo su responsabilidad dar respuestas pertinentes a las exigencias del contexto y los desafíos de la salud que presenta la población.

Etimológicamente, administración proviene del latín "administrare" ad= hacia, dirección y minister= subordinación, obediencia, que significa aquel que realiza una función bajo el mando de otro o que presta un servicio a otro (Olalde, 2018). En español, administrar viene de ministro, minester del latín ministerium, que significa servicio, empleo u oficio (Corominas y Pascual, 1984). La palabra administración tiene su origen en el ámbito público, instancia subordinada a estructuras políticas superiores. Lo público hace alusión a lo estatal, es decir, a conseguir los fines y objetivos del Estado mediante métodos o modos de organización y medios de ejecución, que se enfoca en la resolución de las necesidades articulando los recursos para asegurar las condiciones de vida de la comunidad (Paganini, Payo y Galinelli, 2015). Para referirse a la persona que ocupa el cargo o puesto en la administración se dice "administrador".

En esta perspectiva, Jiménez (1990) señala que la administración es una ciencia social que tiene principios, técnicas y prácticas, aplicadas a conjuntos humanos facilitando sistemas de trabajo de esfuerzo cooperativo, a través de los cuales se pueden alcanzar propósitos comunes que individualmente no es factible lograr.

En cuanto a la gerencia y gestión, ambas tienen su raíz etimológica en "gestus" del latín, que significa actitud, movimiento del cuerpo, gestos, que a su vez viene de "genere" que significa llevar, conducir, llevar a cabo, dirigir o gobernar (Drucker, 1995 y Aktouf, 2009). Gerencia es un término que nace en el ámbito privado para hacer referencia a una figura ejecutora de directrices emanadas del nivel superior, directorio o consejo de administración de la empresa.

Para Crosby (1992) la gerencia es el arte de hacer que las cosas ocurran. Reafirmando lo anterior, Mintzberg (2010) señala que el propósito de la gerencia es ayudar a que las cosas se hagan en las organizaciones. A su vez, Sallenave (2002) refiere que la gerencia desde una visión integral es una acción global, en la que están interrelacionados *la estrategia* (saber dónde vamos y cómo lograrlo), *la organización* (para poder llevar a cabo la estrategia) y *la cultura* (para dinamizar la organización y animar a su gente) y alcanzar el éxito de la empresa. No se trata de explicar los fenómenos sino más bien de adquirir un saber práctico (conceptos, técnicas, herramientas) que permita a la organización prever, elaborar una estrategia y controlar su accionar.

En cuanto a la gestión, es una palabra que proviene también del latín "gestio-onis" que significa acción de llevar a cabo. Se introduce en la primera década del siglo XXI y se caracteriza porque traslada el enfoque de la administración centrado en tareas y la estructura hacia las personas, a lo interno y externo para la conducción de las tareas que realiza la organización (Banegas, 2011). Este término se incorpora al lenguaje de las entidades públicas y tiene mayor aceptación que gerencia que se vincula más a lo privado y empresarial.

Asimismo, es importante la concepción de Huergo (2004) cuando se refiere a la gestión como una acción integral, en el que se coordinan diferentes miradas, perspectivas y esfuerzos, para lograr los objetivos organizacionales que se asumen de manera participativa y democrática. Esto implica la vinculación de procesos y resultados, así como, la corresponsabilidad y cogestión en la toma de decisiones. Para ello, se toma en cuenta la necesidad de desarrollar procesos de trabajo compartido, a través del cual se definen objetivos comunes, se organiza y, se articula los recursos técnicos y económicos. En este sentido, la gestión es un proceso de construcción colectiva desde las identidades, las experiencias y las habilidades de quienes allí participan (Sanabria, 2007). Para Motta (1993) la gestión tiene elementos científicos y racionales, que conviven con componentes propios de lo humano y lo relacional. Lo anterior, es el referente del quehacer esencial de la gerencia en promoción de la salud.

Respecto al término "management" procede del latín manus, que significa mano, vocablo del cual procede el verbo inglés to manage,

manejar, conducir, gobernar, dirigir, administrar o disponer de alguna cosa. En inglés norteamericano, management se utiliza como sinónimo de administración, pero en el inglés británico como en francés alude a gestión privada y administración se relaciona con la gestión pública. Mientras que, en el resto de Europa, la gestión engloba tanto la gerencia y administración (Sanabria, 2007).

El concepto clásico de management, tiene que ver con la satisfacción de las necesidades humanas de diversos tipos, y no solo las económicas, así como, con hacer que las personas colaboren en el proceso para satisfacer estas necesidades, es decir, es la acción de hacer que las personas se unan para lograr los objetivos. El Instituto de Estudios Superiores de la Empresa, manifiesta que el management debe contribuir a la resolución de problemas reales (Rosanas, 2009).

Los términos anteriormente descritos son usados en la actualidad como sinónimos, pero algunos enfatizan en el proceso que se lleva a cabo para alcanzar resultados y otros en el conjunto de conocimientos que permite conducir a las personas al logro de resultados. Los ámbitos público y privado son superados, lo que trasciende es la concepción que todas las acciones que se llevan a cabo son para lograr resultados y hacer la mejor contribución a la organización. En este sentido, la persona que tiene la responsabilidad de conducir un equipo o una organización, en cualquier nivel que se encuentre, ya sea estratégico, táctico u operativo se convierte en el cerebro, en el líder.

Por tanto, la gran habilidad del gerente o gestor radica en procurar que la inteligencia organizacional (las personas) piensen en el bienestar de los usuarios, pues no es suficiente saber hacer las cosas (administrar) sino que es necesario que se logre la cooperación y compromiso para concretar la misión de la institución. A decir de Covey (1997) las cosas se administran y la gente se lidera.

Esto implica, que no podemos abordar las problemáticas sociales con recetas, hay que aproximarse al conocimiento de la realidad y actuar con pertinencia, adaptando las herramientas administrativas o gerenciales al contexto. Para ello, se requiere la aplicación del pensamiento estratégico para planificar, organizar, motivar, dirigir y

controlar, desde un punto de vista general, y, en forma específica, prever, ordenar, atender a los objetivos, la integración de los esfuerzos y la efectividad de las aportaciones de los demás, con el fin de lograr los resultados esperados (Paganini, Payo y Galinelli, 2015).

De acuerdo con lo tratado hasta aquí, las funciones administrativas, gerenciales, management o de gestión aceptadas por la mayoría de autores son cuatro: planear, organizar, conducir y controlar, las cuales tienen una serie de acciones para ser aplicadas en forma armónica y sostenida para el logro de los objetivos, así como, cada función repercute en la siguiente y así sucesivamente (Balderas, 2012).

Llevar a cabo estas funciones demanda la puesta en prácticas de habilidades blandas, es decir que no basta el conocimiento de lo técnico, sino también lo humano, lo político y lo situacional. Al respecto, Mochón, Mochón y Sáez (2014) manifiestan que las habilidades técnicas se refieren al conocimiento específico del trabajo y de las herramientas necesarias; a las habilidades conceptuales, el uso de conceptos y teorías para analizar las situaciones complejas a intervenir y las habilidades humanas, tiene que ver con la capacidad de trabajar bien con otras personas, tanto de manera individual como en grupo.

Ahora pasaremos a caracterizar la gerencia en promoción de la salud y el quehacer del profesional en este campo, tomando como referencia los apartados anteriores, los planteamientos de la promoción de la salud y la investigación efectuada.

CONFIGURACIÓN DE LA GERENCIA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

La complejidad de la salud y las condiciones de vida de las personas y colectivos, deben ser consideradas para definir las situaciones y problemáticas de la salud que se presentan en un entramado articulado entre las dimensiones del proceso reproductivo (biológico, subjetivo, social, económico y político) de los individuos y de las

poblaciones humanas, en interacción directa y permanente con el medio que las contiene, así como, con las disciplinas que la abordan (Fernández, 2008).

En este sentido, el fortalecimiento de la atención primaria de la salud se percibe como el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de la población, así como su bienestar social, por lo cual, desde la Declaración de Alma Ata en 1978 hasta la Declaración de Astana en 2018, la promoción de la salud y la atención primaria de salud han sido reconocidas como estrategias complementarias para fortalecer los sistemas de salud y lograr resultados de salud equitativos, siendo la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud (OMS, 2018).

Según la OPS/OMS (2019) la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control de su salud, el fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para mejorar la salud, así como, abordar los determinantes sociales mediante la participación significativa y trabajo intersectorial para mejorar la equidad con el fin de beneficiar y proteger la salud y calidad de vida. Esto refuerza lo planteado en 1990 por la OPS en la definición de la promoción de la salud como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva, siendo el núcleo central la articulación de lo que hacen las personas por su salud, las acciones del Estado y la sociedad (Robledo y Agudelo, 2011).

En este contexto, la promoción de la salud no se ocupa solo de promover el desarrollo de las habilidades personales y las capacidades de la persona para influir sobre los factores que determina la salud, sino que también incluye la intervención sobre el entorno para reforzar factores que sostienen estilos de vida saludables y modificar aquellos que impiden ponerlos en práctica (Malignó-Londoño, Galán y Pontón, 2008).

Asimismo, la promoción de la salud como campo de conocimiento y práctica se ha desarrollado en un intenso proceso de diálogo y tensiones entre disciplinas y profesiones muy diversas, tratando de convertirse en un campo unitario con una teoría propia que le permita establecer su frontera y cuerpo teórico propio, siendo en la práctica definida por sus objetivos o por sus procesos que se orientan a un resultado en salud (Robledo y Agudelo, 2011).

En este marco, la profesión de promoción de la salud es compleja y a la vez muy controversial. Esto es así porque el objeto de intervención de dicha disciplina son los determinantes de la salud y los estilos de vida, aspectos que son abordados por todos los profesionales de las ciencias de la salud porque están implícita y explícitamente inmersos en la naturaleza de su profesión. Por consiguiente, es un campo que depende de las distintas disciplinas. Sin embargo, las múltiples demandas de atención de salud por la población, conlleva a concentrar las actividades de los profesionales de ciencias de la salud en los servicios de salud y en la enfermedad, lo cual evidencia la necesidad de contar con un profesional que gerencie o gestiones las acciones de promoción de la salud a un nivel más general y vinculante. Como refiere Martínez y Pino (2012) se requiere un profesional con habilidades complejas para fomentar la salud y recursos apropiados para atender las necesidades de los individuos y de la población.

Por consiguiente, el profesional de promoción de la salud tiene bajo su responsabilidad de brindar un servicio que se fundamente en la articulación del trabajo participativo con las personas y profesionales con enfoque multi, inter y transdisciplinario, interinstitucional e intersectorial para obtener los resultados esperados o alcanzar los objetivos propuestos.

En otras palabras, el papel o rol de la persona gerente o gestor en promoción de la salud se enfoca en la articulación de los saberes de las distintas disciplinas mediante procesos estratégicos y operativos para una intervención integral y holística orientada a resolver las necesidades y problemáticas relacionadas a los determinantes de la salud y el riesgo de enfermar, en corresponsabilidad con los individuos, familia, comunidad y organizaciones.

En este contexto, el quehacer del profesional en promoción de la salud que lo caracteriza y a su vez lo distingue del resto de los profesionales en ciencias de la salud son: su enfoque en la salud y sus determinantes; la comprensión de la complejidad y multidimensionalidad de la salud a nivel individual y colectivo; los sujetos de su quehacer son las personas y el contexto donde viven, laboran o se encuentran; el abordaje de las intervenciones con enfoque multi, inter y transdisciplinar; los resultados que se obtienen depende del equipo humano que interviene, pues reconoce que su quehacer es la vinculación de saberes y experiencias de las distintas disciplinas, por lo tanto, integra percepciones de los diferentes profesionales y de la población, ya que la salud es una responsabilidad compartida por todos.

Es importante, resaltar que el surgimiento de la promoción de la salud como estrategia central para mejorar la salud ha cambiado del paradigma de la salud en términos médicos a una definición multidimensional de la salud con dimensiones sociales, económicas, culturales y ambientales, en el cual los beneficios para la salud pueden lograrse a partir de cambios positivos en cualquiera de las dimensiones de la salud (Pender, Murdaugh y Parsons, 2015).

Para ello, es indispensable que el profesional que gerencia o gestiona la promoción de la salud cuente con las capacidades y conocimientos necesarios para manejarse a sí mismo y relacionarse con los demás hacia el logro de los objetivos y resultados de la intervención. Estas competencias se agrupan en habilidades humanas, conceptuales y técnicas, que se concretan en acciones tangibles e intangibles, las cuales se pasa a describir a continuación.

Las *habilidades humanas:* se relacionan con el trato de la persona, la sensibilidad, la capacidad de motivar, interactuar, cooperar, comunicarse y trabajar en equipo. Esto permite mantener permanente diálogo hacia fuera de la organización para responder a las demandas y hacia dentro de la organización para fortalecer la colaboración entre disciplinas (Botero, Puerta, Schvarstzhaupt, García, Cerva, y Famer, 2016).

Las *habilidades conceptuales:* incluyen la capacidad para reconocer la complejidad de los problemas, comprender la organización como un todo, identificando sus elementos que la conforman y su dinámica, es decir la interrelación entre ellos y como se afectan entre sí; construir conceptos, resolver problemas de forma creativa, tomar decisiones, entre otros. Y las *habilidades técnicas:* vienen a ser la capacidad de aplicar los conocimientos especializados y experticia disciplinar en la resolución de las necesidades, riesgos y problemas identificados, así como, el uso de técnicas y herramientas administrativas.

En cuanto a las acciones tangibles, algunas de ellas son:

- *Diagnostica:* analiza la realidad e identifica la situación o problemática, las barreras, obstáculos o limitaciones desde una perspectiva integral y de salud positiva para promover la salud,

- *Planifica la intervención:* genera planes, programas y proyectos, articula saberes de los distintos actores, incorpora las miradas de los actores sociales en el diálogo, selecciona estrategias pertinentes, programa acciones sostenibles y realistas al contexto social, negocia los objetivos y estrategias, incorpora la participación de las personas y colectivos involucrados y toma decisiones en forma conjunta.

- *Implementa el plan de intervención:* coordina, convoca a usuarios, aplica las estrategias y acciones previstas, registra lo que acontece, recolecta evidencias, administra de manera eficiente los recursos que siempre son escasos para satisfacer las necesidades de la población y así lograr un mayor bienestar colectivo.

- *Evalúa los resultados de la intervención:* sistematiza la información, la discute con el equipo, determina los logros, saca lecciones aprendidas, identifica las buenas prácticas, desarrolla una cultura de mejora continua capacitando al personal de la organización para homologar saberes de promoción de la salud y la importancia de la interdependencia y complementariedad.

Con relación a algunas de las *acciones intangibles*, que se aplican de forma transversal en todo el ejercicio de su quehacer, comprende:

- Investigación
- Asesoramiento, apoyo
- Toma de decisiones
- Negociación dentro y fuera de la organización
- Manejo de emociones
- Comunicación asertiva
- Trabajo en equipo
- Motivación
- Multi, inter y transdisciplinariedad, entre otros.

De todas las acciones mencionadas, a continuación, se profundiza en el enfoque multi, inter y transdisciplinar como en la evaluación, por considerarse esenciales y críticos en la gerencia en promoción de la salud, por lo tanto, se considera necesario reflexionar acerca de ellas para orientar su operacionalización.

La multidisciplinariedad es el nivel básico de integración, que ocurre cuando alrededor de un interrogante, caso o situación, se busca información y ayuda de varias disciplinas, sin que dicha interacción contribuya a modificarlas o enriquecerlas. Esta es la primera fase de la constitución de equipos de trabajo interdisciplinario, donde cada profesional contribuye en la solución de la problemática de promoción de la salud a intervenir desde su experticia. Mientras que la interdisciplinariedad, es el segundo nivel de integración disciplinar, en el cual la cooperación entre disciplinas conlleva interacciones y reciprocidad en los intercambios dándose un enriquecimiento mutuo.

En consecuencia, se transforman las concepciones y se genera marcos conceptuales más generales en los cuales las diferentes disciplinas que están en contacto son a la vez modificadas y pasan a reconocer la interdependencia entre ellas (Carvajal, 2010).

Y la transdisciplinariedad, es la etapa superior, donde acontece la integración de las disciplinas llegando a la construcción de sistemas teóricos, en los cuales no hay límites ni fronteras entre las disciplinas, logrando objetivos comunes y la unificación epistemológica y cultural sobre la promoción de la salud, emergiendo una macro disciplina o transdisciplina (Carvajal, 2010).

Uno de los desafíos más frecuentes de la gerencia en promoción de la salud es llegar a acuerdos con las personas involucradas, lo cual requiere hacer una lectura y análisis de sus intereses, las diferentes perspectivas y miradas de las situaciones a intervenir, por medio de procesos intersubjetivos. Esto genera el reconocimiento de los "otros" y de sus subjetividades que se han configurado a lo largo de su vida, para poder construir un "nosotros". Esto contribuye a la efectividad de la gerencia, porque le permite al profesional en promoción de la salud ver su trabajo y los resultados obtenidos en relación con el trabajo de los otros, es decir del esfuerzo conjunto.

El otro aspecto a reflexionar, es sobre el proceso de evaluación, aspecto crítico para valorar el éxito o efectividad de una intervención en promoción de la salud, pues la valoración de los resultados que lleva a cabo el profesional de la promoción de la salud, debe juzgar con dosis razonable de confianza, el éxito en función del logro de los objetivos. Este éxito se puede definir en términos de factibilidad del desarrollo del programa y de las posibilidades de lograr que las personas se comprometan con la iniciativa.

Dado que la evaluación se define como la comparación del cambio de un evento en relación con un patrón de referencia y como consecuencia de una determinada intervención, debe verse como un proceso de aprendizaje desde el cual se contribuye al éxito.

La evaluación en promoción de la salud es develar las contribuciones no visibles en un esfuerzo de mejorar y no tanto en probar. Por lo tanto, la evaluación como generadora de conocimiento debe verse como un proceso de construcción de capacidades para fomentar y mantener la salud y controlar sus determinantes, centrándose tanto en la evolución de este proceso de cambio, como en sus efectos sobre la salud y bienestar de la población (Salazar, 2009).

Cabe mencionar que ningún modelo conceptual de gerencia en promoción de la salud per se será suficiente para abordar todos los aspectos gerenciales de la promoción de la salud, por el dinamismo de las situaciones que se tratan, su complejidad y alta incertidumbre.

REFLEXIONES FINALES

A modo de cierre, después de la información analizada, se evidencia que la promoción de la salud requiere de una gerencia o gestión integral y holística para el abordaje de las necesidades, riesgos y problemáticas individuales y colectivas, mediante el concurso de un equipo conformado por los diferentes profesionales involucrados con la situación a intervenir, articulando sus conocimientos y experiencias con las demás disciplinas, pues el aporte individual es insuficiente.

Por consiguiente, la gerencia en promoción de la salud, se lleva a cabo en diferentes escenarios, siendo el rol principal del profesional de promoción de la salud gerente o gestor (no como puesto o cargo en una organización), articulador de los saberes y experiencias de los profesionales de las diferentes disciplinas participantes y el enlace con diferentes actores sociales involucrados (internos o externos) en la problemática a intervenir para obtener de manera corresponsable los resultados esperados o alcanzar los objetivos propuestos.

En esta perspectiva, el gerente o gestor de la promoción de la salud, debe ser capaz de diseñar, implementar y evaluar planes, programas y proyectos para intervenir en las situaciones relacionadas con la salud de las personas y colectivos desde una mirada multi, inter y transdisciplinaria; interinstitucional e intersectorial, debido a que

la gerencia o gestión no solo es técnica, sino también política y contextual. Pues las intervenciones que se llevan a cabo no es para las personas y colectivos, sino más bien son acciones que se hacen con ellos, por ellos y para ellos en el control de los determinantes de la salud y lograr un cambio positivo en su salud.

Si bien es cierto, en este artículo se hace una aproximación de algunos elementos que configuran la gerencia en promoción de la salud, se es consciente que hay muchos aspectos a investigar, como, por ejemplo, la construcción de la identidad del profesional de promoción de la salud; la valoración de los aportes que el profesional en promoción de la salud viene realizando en la transformación de los servicios de salud y de las problemáticas intervenidas, entre otros.

REFERENCIAS

Aktouf, Omar. (2009). La administración entre tradición y renovación. Colombia: Artes gráficas del Valle.

Balderas, María. (2012). Administración de los servicios de enfermería. México: McGraw-Hill.

Banegas, Leonardo. (2011). Manual de instrucción Administración. Nicaragua: Universidad de Integración Centroamericana.

Botero, José, Puerta, Eneida, Schvarstzhaupt, Julia, García, Rafaele, Cerva, Rafael y Famer, Cristianne. (2016). Perspectivas teórico-prácticas sobre promoción de la salud en Colombia, Cuba y Costa Rica: Revisión integrativa hacia la promoción de la salud, 21(2): 59-73. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.2.5

Carvajal, Yesid. (2010). Interdisciplinariedad: Desafíos para la educación superior y la investigación. Manizales, Colombia. Revista Luna Azul, No 31, julio-diciembre, 156-169

Corominas, Joan y Pascual, José. (1984). Diccionario crítico etimológico. Madrid: Gredos.

Covey, Stephen. (1997). Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva. España: Paidós.

Crosby, Philip. (1992). Dinámica gerencial. El arte de hacer que las cosas ocurran. México: McGraw Hill.

Drucker Peter. (1995). La gerencia: tareas, responsabilidades y prácticas. Buenos Aires: El Ateneo.

Drucker, Peter. (1999). El ejecutivo eficaz. España: Editorial Sudamericana.

Eijkemans, Gerry. (2021). Determinantes Sociales de la Salud y Promoción de la Salud en el contexto de la pandemia. http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Gerry%20Eijkemans_Webirnar%20Promoci%C3%B3n%20Salud%20y%20Determinantes%20Sociales_18_Feb_2021.pdf

Escuela de Salud Pública-ESP. (2007). Carrera de Bachillerato y Licenciatura en Promoción de la Salud. Universidad de Costa Rica. http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/es/grado

Fernández, Beatriz. (2008). Desafíos epistemológicos de los saberes en salud. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. https://www.aacademica.org/000-032/68.pdf

Huergo, Jorge. (2004). Los procesos de gestión. Argentina: Material de lectura para los cursos de Comunicación en las organizaciones públicas. http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/univpedagogica/especializaciones/seminario/materialesparadescargar/seminario4/huergo3.pdf

Jiménez, Wilburg. (1990) Introducción al estudio de la teoría administrativa. México: Fondo de Cultura Económica.

Malignó-Londoño, Gustavo, Galán, Ricardo y Pontón, Gabriel. (2008). Administración hospitalaria. Bogotá: Editorial Medica Internacional.

Martínez, José y del Pino, Rafael. (2012). Enfermería en atención primaria. España: Ediciones DAE.

Ministerio de Salud. (2017). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Costa Rica. Evaluación y Recomendaciones. https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud_Costa-Rica_Evaluación-y-Recomendaciones.pdf

Mintzberg, Henry. (2010). Managing. Bogotá: Editorial Norma.

Mochón, Francisco, Mochón, María y Sáez, María. (2014). Administración enfoque por competencias con casos latinoamericanos. México: Alfaomega.

Motta, Paulo. (1993). La ciencia y el arte de ser dirigente: un instrumento indispensable para el desarrollo personal y profesional de actuales y futuros dirigentes. Bogotá: Ediciones Uniandes.

Navarro, Álvaro. (1997). La gerencia social y el nuevo paradigma de gerencia. Revista de Trabajo Social, Núm.7. https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/article/view/133/146

Olalde, María. (2018). Administración del diseño: conceptos básicos. http://www.evaluacion.azc.uam.mx/assets/conceptos_basicos_de_administracion.pdf

OMS. (2018). Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná (Kazajstán) 25-26 octubre. https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf

OMS. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS, Ginebra. https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud

OPS/OMS. (2018). Perfil de Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica con base en el Marco de Monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal. San José, Costa Rica. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/38590/OPSCRI19001_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

OPS/OMS. (2019). Renovando la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14889:hp-sdgs-rio&Itemid=39620&lang=es

Paganini, Laura, Payo, María y Galinelli, Bernardo. (compiladores) (2015). Estudios sobre Gestión Pública: aportes para la mejora de las organizaciones estatales en el ámbito provincial. Buenos Aires: Subsecretaría para la modernización del Estado.

PAHO. (2018). Informe Ejecutivo. Los retos de la salud en el SXXI. III Congreso de las Comisiones de Salud de los Parlamentos de las Américas, Santiago de Chile, 27 al 29 de noviembre del 2017. https://www.paho.org/hq/images/INFORME_EJECUTIVO__III-Congreso-OPS_V1_20180331.pdf

Pender, Nola, Murdaugh, Carolyn y Parsons, Mary. (2015). Health Promotion in Nursing Practice. United States of America: Pearson.

Robledo, Rocío y Agudelo, Carlos. (2011). Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. Revista de Salud Pública, Volumen 13, Número 6, p. 1031-1050, 2011. https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000600015

Rosanas, Josep. (2009). Pero ¿qué es el management? Revista de Antiguos Alumnos, IESE Business School. https://www.researchgate.net/publication/28258429_Pero_que_es_el_management

Salazar, Ligia. (2009). Efectividad en promoción de la Salud y Salud Pública. Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio. Colombia: Editorial de la Universidad del Valle.

Sallenave, Jean. (2002). La gerencia integral. ¡No le tema a la competencia, témale a la incompetencia! Bogotá: Editorial Norma.

Sanabria, Mauricio. (2007). De los conceptos de administración, gobierno, gerencia, gestión y management: algunos elementos de corte epistemológico y aportes para una mayor comprensión. Bogotá: Universidad y Empresa, Vol.9, No13, julio-diciembre, 155-194. https://revistas.urosario.edu.co/index.php/empresa/article/viewFile/1040/939

Terán, Fabián. (2018). Sociedad del conocimiento y la economía. Revista San Gregorio, No 21, enero-marzo, 46-55. Universidad Iberoamericana del Ecuador. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6591753.pdf

Vargas, Vilma, Valecillos, José y Hernández, Carmen. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: parteros de medición. Revista de Ciencias Sociales (Ve), XIX(4), 663-671. https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=28029474005

LA DESCONSTRUCCIÓN DEL DISCURSO UNA ALTERNATIVA DE ANÁLISIS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

AURORA SÁNCHEZ MONGE[1]

La desconstrucción es también la invitación a aprender a vivir esa especie de trágica "condición humana". Invitación a inventar modos de vivir con ella. (Alba de la Vega)

En el 2011, después de muchos debates a lo interno de la Escuela de Salud Pública, se terminó con la construcción de la estructura curricular de la carrera de promoción y nos vimos en la tarea de iniciar este hermoso proyecto.

1 Profesora pensionada, UCR, Escuela de Salud Pública.

Estábamos convencidos que la promoción como estrategia de acción y de conocimiento es uno de los pilares más importantes en el campo de la Salud Pública. Participar en la formación de este profesional en donde se reconoce que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de sectores importantes de la población, fue muy importante para nuestra escuela en el desarrollo de su identidad en el ámbito universitario y nacional.

Dichosamente, llegamos al convencimiento de que la promoción se podía profesionalizar y no aparecer en un número importante de programas del campo de la salud, muchas veces confundida con la educación para la salud, que es una de las estrategias fundamentales de esta.

Entre los aspectos más importantes en la construcción de la identidad de la carrera fue diferenciarla del modelo clínico dominante, no porque no lo considerábamos importante, sino porque la promoción, como estrategia en el marco de la Salud Publica, tiene como objetivo el fomento de la salud y no la intervención en la enfermedad. Por tal razón, la tarea, entre muchas, era contribuir con la búsqueda de alternativas que estuvieran más orientadas al fomento de la salud y a la participación de los colectivos sociales en esta.

Este profesional iba a contribuir de manera significativa a un mejor abordaje de la salud integral. Además, con su bagaje teórico metodológico, contribuiría con los objetivos de la reforma del sector salud.

Aunque no es el propósito de este escrito analizar el concepto de promoción de la salud, es necesario citar una de las muchas definiciones, siendo la más clásica la de OMS 1986, citada por Chapela "(1997 pg1…) *"promoción de la salud es una estrategia que puede crear los modos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud".*

Según esto, las cinco estrategias de la Carta de Ottawa indispensables para el éxito son (OMS, 1997), según Chapela: *"la elaboración de una política pública favorable a la salud; la creación de espacios, ámbitos propicios; el reforzamiento de la acción comunitaria; el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud".*

Para la implementación de estas estrategias, se consideran como herramientas básicas la educación para la salud, la información y uso de los medios de comunicación social, la acción social, las políticas públicas, la reorientación de los servicios y la comunicación.

La definición nos refresca y nos advierte que no estamos hablando de una estrategia clínica sino más bien de una construcción colectiva de la salud.

> *Desde la institucionalización de la medicina en el siglo XIX llevó la práctica médica a convertirse en un monopolio sobre la salud de los individuos. Desde entonces, la expropiación de la salud de las personas que han hecho los profesionales se ha visto traducida en que la medicina se presente como un modelo eficaz para prevenir y controlar enfermedades, y con ello determinar cuándo se puede hablar de ellas y cuándo no (Posadas Velázquez (2013 Pg1)*

El mismo autor hace referencia al libro Nacimiento de la Clínica de Michel Foucault "(2013pg1…) *cuyo objetivo fue advertir que las llamadas enfermedades, en una época determinada y en una sociedad concreta, (…) se encuentran práctica y teóricamente medicalizadas".*

Lo importante de este argumento es que el discurso que viene de la ciencia impone un saber y una práctica en donde no hay posibilidad de participar en ese universalismo naturalista del saber biomédico. Sabemos que la promoción desde sus argumentos considera que este modelo clínico no ha sido suficiente para dar respuesta a los problemas de salud de la sociedad.

Por esa razón, esta estrategia fundamental en el campo de la Salud Pública no debe imponer una práctica, sino construir intervenciones haciendo una correcta lectura de las necesidades de los grupos sociales. Por tanto, no es suficiente solo el conocimiento técnico científico, y los análisis cuantitativos y cualitativos que de este se derivan, sino una alta sensibilidad a las necesidades de los otros como derecho humano. Por eso, en este campo, la capacidad de escucha y la construcción conjunta es un elemento central.

Fue en esa ruta que se orientaron todas las propuestas de los proyectos al iniciar la carrera y ese fue el espíritu de los equipos de trabajo.

Estábamos en una escuela que había sido fundada básicamente por médicos y por lo tanto teníamos que desarrollar un modelo desde a salud pública, pero con la participación de cientistas sociales.

Dentro de la estructura curricular se propuso entonces una unidad que apuntara a arrojar herramientas tanto a los docentes y por supuesto al futuro promotor, para el análisis y discusión de los discursos dominantes de la promoción, que surgieron en el seno diríamos de la medicina preventiva. Como señala Cardaci. citada por Chapela, se trató de despojar a la promoción de la salud de todo carácter proteccionista surgido del apoderamiento:

> *˝ ("(1998, pg4) la acción de promoción de la salud se hace básicamente en formas paternalista/asistencial y romántica/idealista y nos alerta sobre qué tan desapoderantes pueden ser prácticas llevadas a cabo en nombre del apoderamiento."*

Es decir, la promoción nace como disciplina en el seno del modelo clínico, en la ciencia que todos fuimos moldeados (profesionales, técnicos y población), pero ese es el escenario donde tenemos que trabajar para lograr prácticas con mayor apropiación de la realidad.

En nuestra experiencia en particular, conformamos equipos interdisciplinarios para la construcción general del currículo y con un

gran nivel de compromiso; y un elemento vital fue el gran compromiso de la Escuela de Salud Pública con esta aventura académica.

Esta interdisciplinariedad fue muy enriquecida en su momento por lecturas y estudio sobre el pensamiento complejo. Siguiendo de alguna manera a Edgar Morín, citado por Barrousse (2007, pg8), que señala respecto del pensamiento complejo '' el paradigma de la complejidad nos aseguró un marco conceptual que permitió establecer interrelaciones e intercomunicaciones reales entre las diversas disciplinas, y provocó un fecundo diálogo entre especialistas, metodologías y leguajes específicos''.

Con estas y otras lecturas, tuvimos muchos más elementos para entender conjuntamente la complejidad del campo de la salud y, a la vez, la riqueza de abordajes que podíamos conocer y verter en las diferentes unidades y proyectos formativos del currículo de la carrera.

En ese contexto, planteamos una unidad para segundo año de la carrera que la denominamos Deconstrucción del discurso en las prácticas en salud en el marco de la promoción (Sánchez Monge, Sáenz Madrigal 2011"). Con base en el texto citado, se definieron las competencias respectivas para la unidad que formaba parte de un proyecto formativo general sobre promoción de la salud para el segundo año de la carrera.

La propuesta fue la siguiente:

> Desmontar los discursos que sustentan las prácticas en salud de los diversos colectivos sociales, es una de las herramientas analíticas que permitirá a los estudiantes de promoción la salud, partir de las prácticas e identificar los argumentos que las sustentan y las reproducen en colectivos específicos, con el fin de proponer intervenciones sostenibles. En este sentido, la deconstrucción se realiza en escenarios concretos y con grupos específicos, en los cuales se ha identificado una práctica en salud. Esta práctica en salud puede ser favorable o desfavorable para una vida sana desde la perspectiva

de los servicios de salud, de la comunidad o la familia. El reconocer que las diversas instituciones, entre ellas, la familia, la comunidad, la iglesia, el sistema educativo, el sistema de salud, los profesionales y los medios de comunicación juegan un rol fundamental en la promoción u oposición a ciertas prácticas es parte de la deconstrucción.

Para la formación de los futuros profesionales en promoción de la salud, se consensuaron con el equipo las competencias que se describen a continuación, con "haceres", "saberes" y "conoceres" orientados a la promoción y gestión de prácticas saludables.

1. Deconstruir los discursos que justifican y legitiman las prácticas en salud de acuerdo con el ideario cotidiano vigente.

2. Generar estrategias sostenibles de comunicación para la promoción de la salud.

3. Mediar en procesos intersectoriales orientados a las prácticas saludables.

La deconstrucción como estrategia para desmontar y volver a montar los discursos en los que se sustentan las prácticas en salud es la base de la propuesta pedagógica del bachillerato en promoción de la salud.

El desarrollo conceptual y posteriormente su colocación en el lenguaje y formas adecuadas para que fuera asumido por parte de los estudiantes, fue el primer reto docente. El segundo, fue identificar indicadores de apropiación y aplicación de la estrategia, sin perder el entusiasmo y la motivación. El reconocer que el desmontaje y descodificación de los discursos-prácticas son simultáneos, por tanto, su reconstrucción es también simultánea, fue el tercer reto.

Seleccionar los discursos-prácticas a ser deconstruidas, parte de reconocer los intereses y afinidades de los estudiantes, así como de las significaciones individuales y colectivas del grupo. Cada una de ellas se encuentran en lo cotidiano, ya sea por el conocimiento y

concepto del perfil de salud, por el fomento de prácticas en salud en el hogar y la comunidad, por el rol de la publicidad, así como por la percepción que se tiene del éxito en la modificación de estas prácticas y de un nivel deseado de vida como horizonte al promover esas prácticas. La selección también pasa por el reconocimiento de las propias prácticas; así como de identificar las diversas instituciones que las favorecen o promueven, que las rechazan o las ignoran. Es decir, reconocer el campo o escenario, no solo en sus aspectos geográficos y de temporalidad, sino de flujos de información, toma de decisiones y aspiraciones de los diversos actores e instituciones que participan en ese campo.

Con esta propuesta nos dimos a la tarea de definir y llevar a la práctica las competencias correspondientes.

Para el desarrollo de esta unidad nos basamos en el deconstructivismo representado por el filósofo argelino francés Jack Derrida, nacido en la Argelia francesa. Este pensador se ve muy influenciado por el estructuralismo cuyo máximo representante fue el antropólogo francés Claude Lévi-Strauss, entre muchos otros. El pensamiento y el estudio minucioso de toda la filosofía clásica lo llevó a conclusiones muy valiosas sobre la filosofía occidental; fue un pensador muy controversial, pero hizo un gran aporte al pensamiento occidental, como señala (Moragon 2007 Pg2) "Su objeto, a pesar de todo, no era romper con todo lo anterior sino abrir nueva perspectiva intelectual en el modo de entender y analizar la cultura".

Derrida se ubica como otros pensadores más bien en el post estructuralismo que entra con aportes muy importantes como que la ciencia empírica no ofrece ninguna garantía, no se llega a una verdad absoluta.

Como señala (Moragon 2007 pg29), los principales representantes de esta teoría son Jacques Lacan (1901-1981), Jacques Derrida (1930-2004) y Michel Foucault (1926-1984). Todos de las escuelas de pensamiento francesas, que se suman a las rupturas epistemológicas que dieron paso a grandes logros del pensamiento occidental''. Todos ellos acompañados por los avances en la lingüística de Ferdinand de Saussure. No dejemos de mencionar mucho antes

el aporte de Freud con su teoría del inconsciente que marca una diferencia importante con el racionalismo cartesiano y plantea otro tipo de saber sobre el cuerpo, el síntoma y al cultura.

El deconstructivismo es un movimiento filosófico y a la vez un método de análisis que se aplica en sus inicios a la literatura y posteriormente al campo de la salud. Derrida plantea, Citado por Alba de la Vega (2013 PG 30 y 31):

> *De este modo los conceptos deben entenderse en función de sistemas internos que determinan su sentido y que se deben deconstruir. El texto, por tanto, tendrá múltiples significaciones. El objetivo será adentrarse en las estructuras más profundas del lenguaje para delimitar los distintos significados. Mediante una nueva interpretación de las relaciones entre conceptos, se quiere romper con la reiterada priorización de los fundamentos de la racionalidad moderna, que reconstruye una y otra vez los mismos modelos que considera universales; eso es el logocentrismo (Criado, 1999: 12).39El texto se abre a múltiples lecturas y se abandona la idea de otorgarle un significado último. Los límites se rompen. Las estructuras quedan desnudas, se desvelan sus funciones, se las libra de cualquier determinación.*

En este mismo sentido (Alba de la Vega 2013 Pg. 5) señala;

> *La estrategia deconstructivista se refiere a un trabajo que investiga y cuestiona los límites de todo deseo de saber, en todos los casos particulares en que ese deseo se proyecte a futuro como una posible totalidad.*
>
> *Lo que proponía era simplemente que las estructuras no son nunca fijas o estables, y que por lo tanto no tienen tampoco un centro fijo. Esa fijación no podría realizarla ni un pensamiento científico ni uno filosófico, pues hay siempre un elemento incalculable, algo*

> *inapropiable que escapa a la estabilidad: un excedente ontológico.*
>
> *No es negar la existencia de las estructuras, es que las estructuras siempre ceden. Ese es su juego. Más aún: esa es su ley, y por eso es la ley del juego en el que inevitablemente los seres humanos nos encontramos inmersos.'*

Volviendo al campo de la salud, ya desde entonces con estos planteamientos se está evidenciando que esta no se puede explicar solo en el ámbito de lo orgánico sino que hay otras dimensiones que forman un engranaje con el inconsciente, con la cultura y con la organización social que emana saberes que deben ser asumidos en su análisis y que van más allá del discurso de la ciencia.

Con ese espíritu filosófico nos propusimos realizar esta unidad (dentro del proyecto de promoción) en el segundo año de la carrera y que se ajustará al proyecto de la carrera desde la óptica deconstructivista.

Ese fue el discurso que en nuestra unidad tratamos de analizar con los estudiantes y que ha tenido repercusiones importantes en su producción, como de trabajos de cursos o trabajos finales de graduación, en sus acciones como trabajadores en el sistema y en el en el mismo cuerpo docente.

La deconstrucción como método, si bien florece en el siglo pasado, tiene una vigencia incuestionable y nos aporta una actitud, la cual fue la que nos animó en su momento en este proyecto docente, en el sentido de no considerar el campo del conocimiento y de los valores, como verdades absolutas. Como dice Derrida, citado por Ayala Aragón (2013pg):*"No se trata [solamente] de levantarse contra las instituciones sino de transformarlas mediante luchas contra las hegemonías, las prevalencias o prepotencias en cada lugar donde éstas se instalan y se recrean" (Derrida, 1997:9).*

La Salud Pública en este sentido, a pesar de tener sus primeros cimientos en la medicina, se opone y plantea no solo conocimiento sino acciones diferentes en el campo de la salud. Concretamente la promoción de la salud va más allá con la inclusión del análisis de los determinantes sociales en el estudio de la salud de las poblaciones y al incorporar, por lo menos en lo teórico, a los colectivos sociales en la construcción de la salud, da paso a las Subjetividades en esta construcción.

Es posible en este momento, después de estas aproximaciones conceptuales de la Deconstrucción, identificar escenarios o experiencias que le den más cuerpo a lo planteado anteriormente.

Medina Jl, Cleires, M Nolla. (pg. 16), presentan un ejercicio académico o propuesta que llaman el desaprendizaje. Es una propuesta para ser aplicada por los profesionales de la salud y como lo exponen:

> *Desaprender es ejercitar la sospecha sobre aquello que se muestra como "aparentemente lógico", "verdadero y coherente.". Es suspender la evidencia de los modos habituales de pensar y describir las prácticas profesionales.*
>
> *Aplicado en el ámbito de la salud, se cuestiona hasta qué punto los marcos teóricos y disciplinares que fundamentan las acciones cotidianas de los profesionales limitan y amordazan su pensamiento.*

Este aprendizaje nos puede provocar grandes inseguridades porque estamos oponiéndonos a lo establecido por las instituciones, en este caso de salud, pero es necesario si queremos encontrar nuevas aproximaciones a la realidad.

Según los autores:

El desaprendizaje es por tanto, un proceso de subjetivación que implica el partir de sí. Esto significa valorar el propio saber y pensamiento surgida de la experiencia vital y poner en cuarentena

los enfoques técnicos que supuestamente tienen una base científica pero ignoran los procesos vitales y la complejidad de los vínculos humanos que se gestan a diario en los contextos de enseñanza y práctica de la atención a la salud.

Es un ejercicio muy válido para desarrollarlo en los equipos de trabajo. En su momento se aplicaba con los estudiantes, sobre todo cuando hacían sus visitas a las comunidades. Se tomaba un elemento a deconstruir y se analizaba contrastando el saber del grupo, de la comunidad y sus propios saberes. Y sobre todo, identificaban cómo sus propias percepciones en ocasiones obstaculizaban la comprensión de las necesidades expuestas por la comunidad.

Siguiendo esta misma línea de descripción de escenarios en donde se aplica la Deconstrucción, según Rebolledo Malpica (pg. 91), una investigación que se realizó en la Universidad de Guayaquil en el marco de la carrera de enfermería tuvo como objetivo:

> *Propiciar una reconstrucción del concepto de enfermería según la perspectiva deconstructivista de Derrida. Con un diseño cualitativo contextualizado en las divisiones de los cuerpos directivos de enfermería de dos centros sanitarios. La muestra estuvo conformada por 13 informantes a quienes se les realizó una observación participante por un lapso de 6 meses y se les preguntó por relatos de vida para recoger los datos.*

Parten de que la evolución de la enfermería ha estado acompañada de una concepción estereotipada, en el sentido de que la enfermera solo acompaña pero no participa con su conocimiento en el proceso de atención del paciente, recordando que en muchos hospitales las enfermeras eran religiosas y eso da una connotación respecto del acompañar en el dolor y la muerte.

La hipótesis de trabajo se plantea en los siguientes términos y señala la autora en su marco de justificación (pg9 1) que esta es una actitud transmitida a la profesión desde la cultura del género, en cuyo contexto la mujer (mayoría en la profesión de enfermería) se ocupa

de tareas menos complejas y ayuda al hombre, siendo casi invisible su actuación.

De acuerdo con (Siles citada por Rebollo Pg. 91y 92) plantea que

> *[...] los cuidados de salud se han organizado como consecuencia de fenómenos puntuales como el parto, la lactancia y la crianza, generando un principio de ordenación de la vida cotidiana que se ha trasmitido histórica y culturalmente.*
>
> *En consecuencia, la enfermería es un fenómeno que ha estado influido por los hechos sociales que acontecen a su alrededor y que la han ido configurando hasta la actualidad; allí el papel del género y la cultura heredada han sido determinantes en la actitud de desigualad que arrastra hasta el día de hoy. Esta situación ha repercutido en la construcción cultural y social del colectivo enfermero, evidenciado en la actualidad porque no es la enfermería la que asume el poder en la sociedad y en la comunidad científica a la que pertenece, ni quien lleva el rol protagónico en la satisfacción de las necesidades de salud del paciente, ya que esta como objeto de estudio constituye una construcción que tiene un alcance histórico y cultural.*

Como lo evidencia el estudio, el hecho de que la enfermería ha sido ejercida en su mayoría por mujeres, marca de manera considerable la representación que tiene la sociedad de esta profesión. El avance y desarrollo del enfoque de género fortalece en general el papel de la mujer en la sociedad. Este avance permite que la mujer se profesionalice cada vez más en diferentes campos y por su puesto en el de la salud.

Se han ido construyendo diferentes visiones y sobre todo hay que trabajar las representaciones en los propios profesionales, en ese sujeto del inconsciente que va más allá de la razón. Como señala (Rebollo pg. 95):

> *Esta situación obliga a los profesionales de enfermería a ser conscientes y reflexivos ante cada uno de sus actos cotidianos, siendo asumidos como experiencias significativas e importantes en la fundamentación de su cultura de actuación con base en la cientificidad y por tanto en su objeto epistémico.*

Este estudio es muy significativo porque se ve la aplicación de la desconstrucción en un campo específico y además es un ejemplo a seguir en muchas ramas de las ciencias sociales, ejemplo de ello es que la psicología, en el marco hospitalario, un tiempo estuvo relegada a la psicometría o los antropólogos que los ubicamos solo estudiando los pueblos indígenas; así que pareciera que todos tenemos alguna tarea al respecto en cuanto a desconstruir nuestra propia actuación profesional.

En la constitución de la carrera de Promoción de la Salud, uno de los aspectos que consideramos y se discutieron en profundidad, fue conceptualizar y posicionar la carrera, no partir de la definición de promoción desde el modelo clínico dominante. Como señala Cardacci (1998) citada por Chapela (2013 pg. 4), "a acción de Promoción de la Salud se hace básicamente en formas paternalista/ asistencial y romántica/idealista y nos alerta sobre qué tan desapoderantes pueden ser prácticas llevadas a cabo en nombre del apoderamiento''.

Hay verdades absolutas instaladas que vienen desde la educación para la salud y que tiene mucho peso en los mismos profesionales que se forman en este campo. Una de las tareas que se plantearon en su momento, fue reconocer la educación para la salud como una herramienta de mucho peso en la promoción, pero en el marco de la construcción curricular hacer la diferencia conceptual y plantear una educación para la salud desmarcada del marco de la prevención. Como señala Chapela; (2013 pg. 4)

> *"Actualmente la educación para la salud se caracteriza por mantener los contenidos de la higiene, y de la prevención, atención. "oportuna" y rehabilitación de enfermedades. Algunas instituciones utilizan los*

cambios en la tecnología educativa para lograr "cambio de hábitos", estilos de vida saludables, vidas más sanas, u otras que ponen en el centro al cuerpo físico y de éste, a la enfermedad. Lo más frecuente es que las agendas de educación salud sigan siendo definidas por expertos para alcanzar objetivos institucionales sin considerar efectivamente a la población local''.

Son muchos los temas que tienen que pasar por esta mirada deconstructivista. Los profesionales en este campo a nivel de las instituciones, lo dice la experiencia, se tienen que desempeñar no solo en el eje de la promoción, sino que la realidad en el sistema de salud es que la atención de la enfermedad sigue siendo prioritaria.

El trabajo del fomento de las prácticas saludables es una de las demandas del sistema a nuestros profesionales. El gran reto, es que sus intervenciones no deben ser prescriptivas, sino que tienen que hacer un desmontaje, un desaprendizaje de los valores que circulan en el territorio corporal que no es el cuerpo como estatuto orgánico de la medicina.

Surgen aquí otras inquietudes conceptuales que de alguna manera se han señalado pero que en relación a la concepción del cuerpo cultural, como señala Trosman (2013 pg. 15).*"Este cuerpo, que nos recuerda el paso del tiempo, nuestra finitud y singuralidad , se mueve en un espacio social. No tenemos un cuerpo natural sino un cuerpo cultural''.*

Desde las prácticas saludables, esta conceptualización es todo un reto, por eso la promoción es un espacio creativo, porque no se basa en intervenciones prescriptivas sino de construcción del sujeto y su grupo. La subjetividad es un espacio interno y solo tiene valor en su intercambio con otras subjetividades; de nuevo la promoción nos marca retos en esta construcción.

Muchas de las experiencias en promoción que vivimos en los espacios docentes es que creamos escenarios para trabajar salud y de repente, en casi todos los grupos, surgía la necesidad de trabajar

el concepto riesgo. Y de nuevo las definiciones técnicas no eran suficientes para plantear un proyecto.

> *Como señala Le Breton (211; pg. 9): La percepción del riesgo de ningún modo es la apreciación objetiva de los peligros sino, en la abstracción de las estadísticas, es más bien la consecuencia de una proyección de los sentidos y valores sobre ciertos acontecimientos, ciertas prácticas ciertos objetos dedicados al examen difuso de los especialistas. No es un calco, en la conciencia del individuo, del peligro que corre al perseverar en la conducta o al lanzarse a tal emprendimiento siempre se mezcla con la subjetividad de las representaciones sociales y culturales.*

No basta con tener la medida objetiva del riesgo sino que se debe construir el concepto de riesgo conjuntamente con la población en la cual se va a hacer una intervención. En la población adolescente esto presenta dificultades, pero a la vez, grandes retos. Por ejemplo, cuando hablamos de prácticas saludables en la sexualidad, para muchos adolescentes el riesgo del embarazo en ocasiones no se lo plantean porque es una forma de su identidad. Conductas de riesgo para el adolescente son válidas para reafirmar su identidad de macho en caso de los hombres con sus pares.

De igual manera pasa con la forma de vivenciar la discapacidad, porque tendemos a entender la discapacidad desde el discurso científico. El concepto de discapacidad es, en un primer momento médico y de la psiquiatría, en cuyo caso el modelo clínico ha marcado su recorrido. La discapacidad abarca muchos ámbitos no solo físicos y no solo se refiere a lo orgánico. Una persona, en un contexto social determinado, se puede sentir discapacitada, por ejemplo, porque tiene una identidad sexual diferente.

Lo importante sería conocer el discurso y lo que siente el discapacitado al formar parte de esa minoría que muchas veces es discriminada. Esta problemática y esta deconstrucción de la discapacidad, forman parte del quehacer de la promoción cuando trabaja estos temas. Aquí entra no solo la representación de los profesionales en salud, sino del entorno social y el de la persona con discapacidad.

El proyecto de la Escuela de Salud Pública sobre Mujeres que Salvan Vidas es un esfuerzo por hacer comprender el abordaje novedoso a las instituciones de salud, en el tanto los profesionales de promoción se hacen cargo de que las mujeres expresen cómo viven el problema del cáncer de mama, el cual se vuelve una incapacidad tanto en la mujer que lo sufre como en la familia y sus relaciones de pareja.

Este proyecto lo que ha hecho es denconstruir sobre la vivencia de este problema de salud tanto a nivel personal, familiar y en el equipo de salud. Este es un buen ejemplo de los frutos de la carrera de promoción, buen ejemplo porque legitima su participación en los servicios de salud.

Aunque muchos autores no lo consideran, el psicoanálisis fue una de las primeras disciplinas en trabajar el cuerpo con los estudios de la histeria en donde el síntoma es interpretado desde el inconsciente. Esto es solo una nota para señalar que la discapacidad está siendo moldeada por la tecnología que ofrece muchas cosas pero no la solución, porque su abordaje tiene que pasar por lo social, cultural y subjetivo.

Como señala Silberkasten (2014 pg. 41): | ''La discapacidad es a todas luces un tema que excede largamente a la medicina pero está atravesada en todo su recorrido por ella.'' La discapacidad va más allá de lo físico. Tiene que ver con lo psíquico y también con lo social y cultural.

Una persona con discapacidad, según la norma, es aquella que nace con algo diferente de lo esperado o sufre una desgracia que, como dice este autor, le quita la gracia y aunque no queramos aceptarlo, pasa a ser parte de una minoría.

Por esa razón como señala *Silberkasten* Pg. 41):

> *"(…) nos interesan las representaciones sociales sobre la discapacidad y no la de los expertos ni la de los poetas y no porque no consideramos válidas sus opiniones sino porque no remarcar la respuesta del otro social, en el día a día, frente al sujeto que porta una discapacidad."*

Por tanto, en discapacidad, cuerpo, dolor, malestar, se tiene que trabajar rompiendo patrones culturales y deshaciendo los fantasmas. Que los sujetos colectivos hagan su propio proceso y a la vez la construcción de sus salidas de bienestar subjetivo y colectivo.

La Promoción de la salud es una respuesta, parafraseando a Freud, al malestar de la cultura; el asunto está en saber cuál es ese malestar y adecuar nuestro tipo de respuesta, no solo desde la razón, sino desde los afectos.

La unidad de Deconstrucción del Discurso en el curriculum de la carrera ya no se está impartiendo como tal, pero por los trabajos de los estudiantes en sus cursos y sus proyectos de graduación, y el desempeño que están teniendo en los servicios o instituciones de bien social, pensamos que quedó el espíritu de dar paso a la palabra de los otros en la constitución de los programas docentes, en los trabajos de los estudiantes y en muchas proyecciones que visualizan a la escuela en el ámbito universitario y nacional.

Luis Villoro, Filosofo Catalán (1922-2014), decía que mientras la ciencia busca universalidad y precisión, la sabiduría busca, ente otra cosas, aquello que tiene que ver con el sentido de la vida, y por tanto, con la felicidad.

REFERENCIAS

Alba de la Vega Víctor, Qué es la Desconstrucción. Resumen Alba de la Vega, V. (2013)... Revista Comunicación, 12(2), 42-.

Ayala A, Ranulfo O. La deconstrucción como movimiento de transformación. Artículo derivado de la investigación doctoral del autor; recibido en noviembre de 2012.

Chapela Mendoza, Consuelo: Promoción de la Salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora. Editor: UAM Xochimilco; Edición: 1 (2013).

Barberousse1 Paulette: Fundamentos Teóricos del pensamiento Complejo de Edgar Morín. Revista Educare Vol. XII, N° 2, 95113, ISSN: 14094258, 2008.

Le Breton, D. Conductas de Riesgo. De los juegos de la muerte a los juegos del vivir.1ed Topia Editorial. Colección fichas para el siglo XXI. Serie Futuro imperfecto.

J.L Medina a, et al. El Desaprendizaje: Propuesta para profesionales críticos Universitat de Barcelona, b Institut d'Estudis de la Salut, c Fundació Doctor Robert. Educación Médica. Volumen 10, Número 4, Diciembre 2007.

Moragón M, Estructuralismo y posestructuralismo. Arqueoweb Revista sobre arqueología en internet.9 (1) Departamento de Prehistoria. UCM.

Organización Mundial de la Salud, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.1986.

Posadas Velázquez, R: La práctica médica como dominio de saber. Archivos Ciudad de México (México),l 22 de abril de 2013.

Rebolledo, 1 Dinora Enfermería según la perspectiva deconstructivista de Derrida.ev. Fac. Med. 2019 Vol. 67 No. 1: 91-6.

Sánchez M, Sáenz M. Documento inédito. Elaborado por las autoras para presentar en el proceso de construcción curricular. 2011.

Silberkasten Marcelo, La Construcción Imaginaria de la Discapacidad .Segunda Edición Topia Editorial. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. 2014.

Trosman Carlos, Corpografias. Una mirada Corporal del Mundo.1ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Topia editorail.2013. 1414-3283. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200004

ESP Escuela de **Salud Pública**

IV

EXPERIENCIAS, nacionales en Promoción de la Salud

SEGURIDAD VIAL Y SU VINCULACIÓN CON LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

REBECA ALVARADO-PRADO[1]

PRISCILLA CAMPOS-AGUILAR[2]

VIVIANA RIVERA-SOLANO[3]

INTRODUCCIÓN

Los siniestros de tránsito se han convertido en un problema de salud pública como resultado del aumento en la mortalidad y morbilidad a nivel mundial, principalmente en América Latina (Bliss y Raffo, 2013). Es por lo que, en respuesta a este contexto, se ha configurado la seguridad vial como una estrategia de abordaje para prevenir siniestros de tránsito y para promover una movilidad segura y sostenible.

La seguridad vial es entendida como un sistema social que "comprende una variedad de actividades o procesos en los que participan diferentes actores que interactúan entre sí en ambientes físicos, mediante la utilización de medios de transporte motorizados o no motorizados" (Pico, González y Noreña, 2011, p. 192).

De la misma manera, aborda la vulnerabilidad de las personas ante las muertes y las lesiones ocasionadas por los siniestros de tránsito, principalmente, en grupos

poblacionales de menores ingresos; además, exige inversiones en infraestructura, instituciones, flotas de vehículos, en la salud y el bienestar de las personas (Bliss y Raffo, 2013).

En la seguridad vial intervienen diversos factores; entre ellos personales, ambientales y técnicos (Mutua Balear, s.f.), lo puede ser abordado desde la promoción de la salud y los determinantes sociales de la salud. A su vez, en esta "deben trabajar todos los sectores y actores sociales, así como diversas disciplinas y medios de comunicación para informar, orientar, y prevenir la accidentalidad y aumentar la seguridad vial" (Pico, González y Noreña, 2011, p. 194).

En las páginas siguientes se hará una revisión de los abordajes de la seguridad vial tanto a nivel mundial y nacional; considerando diversas estrategias, informes y demás documentación que permite visualizar la respuesta ante los siniestros de tránsito.

1 Universidad de Costa Rica. Docente e investigadora de la Escuela de Salud Pública. Correo: rebeca.alvarado_p@ucr.ac.cr

2 Universidad de Costa Rica. Docente de la Escuela de Salud Pública. Correo: priscilla.campos@ucr.ac.cr

3 Universidad de Costa Rica. Profesional en Promoción de la Salud. Correo: viviana.riverasolano@ucr.ac.cr

ARGUMENTACIÓN
Respuesta de organismos internacionales

A nivel mundial, la seguridad vial ha sido abordada desde diversas aristas. En el presente apartado se hará mención de algunas de las iniciativas y estrategias de seguridad vial y de movilidad segura y sostenible que han desarrollado organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud y el Foro Internacional de Transporte (FIT), con el fin de hacer frente al impacto que han tenido los siniestros de tránsito a nivel mundial.

La OMS publicó en el año 2011 el *Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020*, el cual apunta a orientar a los países y a facilitar la aplicación de medidas coordinadas y concertadas para la seguridad vial. Su finalidad fue que para el año 2020 se lograran estabilizar y reducir las cifras de víctimas mortales de siniestros de tránsito a nivel mundial (OMS, 2011).

El Plan Mundial se basa en un enfoque sobre un sistema seguro, el cual supone repensar las responsabilidades adquiridas en materia de seguridad vial, promoviendo el involucramiento de diversos sectores (OMS, 2011), además de gestionar adecuadamente la interacción "entre las velocidades de operación, los vehículos, la infraestructura vial y el comportamiento de los usuarios de las vías de tránsito" (OMS, 2017, p. 10).

Para ello, propone que las estrategias y actividades enfocadas en seguridad vial que desarrollen los países sean ejecutadas en función de cinco pilares: la gestión de la seguridad vial; vías de tránsito y movilidad más seguras; vehículos más seguros; usuarios de vías de tránsito más seguros y la respuesta tras los siniestros (OMS, 2011). De igual manera, señalan la necesidad de una cooperación internacional global en materia de seguridad vial, aumentando así la concienciación sobre los factores de riesgo y la necesidad de una mayor prevención de los siniestros de tránsito (OMS, 2011).

En el año 2015, la OMS realizó el *Informe sobre la situación mundial de la Seguridad Vial* en el que presentan datos sobre los países y sus legislaciones. Además, se indica cómo los países deberían realizar mejoras a la legislación en materia de seguridad vial, en especial las relativas a los cinco factores de riesgo más importantes que afectan a la seguridad vial: "la velocidad, la conducción bajo los efectos del alcohol, el uso del casco cuando se circula en motocicleta, el uso del cinturón de seguridad y el uso de sistemas de retención infantil" (OMS, 2015b, p. 5). Debido a la importancia de estos factores de riesgo, se hace énfasis en la relevancia de la voluntad política y cómo las personas tomadoras de decisiones deben lograr que los vehículos y las carreteras sean más seguras para la población de cada país.

Así mismo, se promueve el uso de medios de transporte sostenibles por los efectos positivos que estos poseen en la seguridad vial, tales como "el aumento de la actividad física, la reducción de las emisiones de Dióxido de carbono (CO_2) y los niveles de ruido, menos congestión circulatoria y ciudades más agradables" (OMS, 2015b, p. 11).

En el año 2017, la misma OMS publica una guía denominada Salve VIDAS: *Paquete de medidas técnicas de seguridad vial*. Esta se basa también en el enfoque de sistema seguro y posee como objetivo apoyar los esfuerzos de las personas tomadoras de decisiones y profesionales en materia de seguridad vial, para reducir de forma sustancial el número de defunciones por siniestros de tránsito en sus países a través de un catálogo de intervenciones dirigidas a alcanzar las metas 3.6 y 11.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OMS, 2017). Estas son, respectivamente: reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por siniestros de tráfico en el mundo para el año 2020; y para el año 2030 proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todas las personas, además de mejorar la seguridad vial con especial atención a los grupos más vulnerables (Naciones Unidas, 2018).

Como parte de sus componentes básicos se mencionan: el control de la velocidad, el liderazgo, el diseño y la mejora de las infraestructuras, la seguridad de los vehículos, la vigilancia del cumplimiento de las leyes de tránsito y la supervivencia tras un siniestro, enfocada en la atención de emergencia (OMS, 2017).

En el año 2012, la OMS presenta una guía de apoyo que pueden desarrollar Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que trabajan actividades de promoción de la seguridad vial denominada *Actividades para promover la seguridad vial y el apoyo a las víctimas con traumatismos causados por accidentes de tránsito: una guía para organizaciones no gubernamentales*. Para ello, se muestran una serie de principios rectores y de enfoques estratégicos que dichas organizaciones pueden tomar como sugerencia, dirigidos a centrar sus actividades de promoción en materia de seguridad vial.

En relación con lo anterior, proponen: *evaluar el terreno*, para lo cual indican que es necesario examinar la situación de la seguridad vial del país, identificar mecanismos políticos que influyen en la creación o modificación de una legislación y captar actores sociales importantes; *preparar las actividades*, contemplando la definición de los objetivos y estrategias; *emprender las actividades* preparando material de promoción y apoyo, organizando eventos, favoreciendo la participación de los medios de comunicación y utilizando las redes

sociales; y, finalmente, *examinar los progresos*, de forma que se puedan evaluar y dar seguimiento a las actividades desarrolladas (OMS, 2012).

Así mismo, en el año 2015, la OMS publicó el documento denominado *Diez estrategias para preservar la seguridad de los niños en carreteras*, esto debido a que los traumatismos causados por el tránsito corresponden a una de las principales causas de defunción en personas menores de 18 años (OMS, 2015a). Como parte de estas estrategias, también se incluye el control de velocidad, la prevención de la conducción bajo los efectos del alcohol, el uso de cascos por ciclistas y motociclistas, la protección de los niños en los vehículos, el mejoramiento de la vista y visibilidad de los niños, el mejoramiento de la infraestructura vial, la adaptación del diseño de los vehículos, la reducción de los riesgos para los conductores jóvenes, el proporcionar atención adecuada a los niños con traumatismos, y por último, vigilar a los niños en las proximidades de las carreteras para reducir las probabilidades de que un niño sea víctima de un siniestro de tránsito (OMS, 2015a).

La OPS también ha publicado diversas iniciativas dirigidas a promover la seguridad vial a nivel mundial. En el año 2008, publicó un manual dirigido a ofrecer una mayor orientación para incrementar el uso de casos de seguridad entre motociclistas y ciclistas, denominado *Cascos: Manual de seguridad vial para decisores y profesionales*. En este, se brinda información para iniciar programas de promoción para el uso del casco a través de cuatro módulos que incluyen los pasos a seguir considerados como necesarios, en los que se abarca la adopción y aplicación de reglamentación sobre el uso obligatorio de los cascos, la educación de los niños y los jóvenes en relación con el uso del casco, entre otras medidas (OPS, 2008).

Con base en la Cooperación Técnica entre Países (CTP), la OPS (2011) también publica el *Proyecto de Cooperación Técnica en Seguridad Vial entre Ciudades*, en el cual se presenta la experiencia de Brasil, Argentina y Uruguay; países que fueron parte del proyecto que buscó intercambiar buenas prácticas para la gestión de factores de riesgo que afectan la seguridad vial en las ciudades y así poder identificar cómo estas podrían ser replicadas en contextos similares (OPS, 2011).

La Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud colabora también con el abordaje de la seguridad vial a nivel mundial al brindar doce pautas a seguir para los países, en el informe *Mejorar la seguridad vial mundial: Hacia un desarrollo equitativo y sostenible. Pautas para orientar el compromiso de los países en materia de Seguridad Vial* (2013). Todas estas bajo un enfoque de sistema seguro, las cuales incluyen: facultar ampliamente al organismo coordinador en materia de seguridad vial, colaboración y alianzas con el sector sanitario, entre otras (Bliss y Raffo, 2013).

De la misma manera, se resalta la importancia de la promoción de la salud en el abordaje de la seguridad vial y el rol del sector salud, ya que la morbilidad y mortalidad causada por siniestros de tránsito afecta a los grupos poblacionales con menores recursos, además de estar influenciados "generalmente por factores socioeconómicos y otros determinantes sociales y medioambientales de la salud" (Bliss y Raffo, 2013). Se destaca la necesidad de llevar a cabo reformas institucionales, inversiones en seguridad a escala y programas de seguridad vial permanentes que sean adaptados a cada realidad de los países para que se logren cumplir las metas en temas de seguridad vial locales, nacionales y mundiales (Bliss y Raffo, 2013).

Por último, se menciona un informe que realiza el FIT (2017) denominado *Benchmarking de la seguridad vial en América Latina*. Este tuvo como objetivo "desarrollar una metodología para evaluar el desempeño en seguridad vial de 10 países de América Latina y comparar su desempeño en relación con un conjunto de indicadores y mejores prácticas" (FIT, 2017, p. 13). Dentro de esos se incluyó a Costa Rica y en las recomendaciones brindadas se señaló evaluar al principal organismo coordinador, es decir, al Consejo de Seguridad Vial (COSEVI) "en relación con el alcance de su mandato, su función de coordinación a nivel nacional y local, y los recursos técnicos y financieros disponibles para ser eficaces en la lucha para mejorar la seguridad vial" (FIT, 2017, p. 225). Además, se recomendó priorizar la mejora en la seguridad de las motocicletas, priorizar las necesidades de seguridad de los peatones, entre otras.

Acciones en materia de Seguridad Vial en Costa Rica

Con respecto a las acciones a nivel nacional, en 1979 se creó la Ley de Administración Vial (N°6324) con el fin de regular los aspectos concernientes al tránsito de personas, vehículos y bienes en los caminos públicos; así como todos los aspectos de seguridad y de la contaminación ambiental causadas por los vehículos automotores (República de Costa Rica, 1965). A partir de esta Ley, se crea el Consejo de Seguridad Vial (COSEVI) (COSEVI, 2011).

El COSEVI, desde sus orígenes y hasta 1994, financió proyectos ejecutados por el Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT) a fin de resolver problemas de seguridad vial; dichas acciones se realizaron de manera puntual, sin medir la efectividad y el impacto esperado (COSEVI, 2011).

A partir de la década de los noventa, con apoyo internacional, el COSEVI se fortaleció en términos técnicos con la finalidad de abordar la problemática de siniestros de tránsito de una forma más integral y sistemática, considerándolo como problema de salud pública y una forma de violencia social (COSEVI, 2011). Actualmente, el COSEVI es el ente rector del estado costarricense en materia de la seguridad vial, como dependencia del MOPT (COSEVI, 2019).

El *Plan Nacional de Promoción de la Seguridad Vial 2001- 2005*, y su relanzamiento para el año 2006, es una gestión compartida entre el Consejo, la sociedad civil, entes gubernamentales y la empresa privada que tuvo como objetivo general "formular, desarrollar e implementar acciones tendientes a producir un cambio profundo en la actitud y comportamiento de la población usuaria de la red vial en sus diferentes roles" (COSEVI, 2011, p. 6). La meta fue reducir en un 18% la tasa de mortalidad por siniestros de tránsito (por 100 000 habitantes) en un periodo de 5 años. Según el COSEVI, la meta fue alcanzada con una reducción del 18,61% (COSEVI, 2015a).

Paralelamente, se establece el *Plan Nacional de Seguridad Vial*, publicado en el 2001, el objetivo de este fue "plantear acciones concretas y sistemáticas de corto, mediano y largo plazo para la

prevención de los accidentes de tránsito" (COSEVI, 2001, p. 2). Con el fin de lograrlo, se establece una comisión permanente institucional, que está conformada por las personas ministras del MOPT; quien la presidirá; Seguridad Pública, Educación Pública y Salud; además de los Presidentes Ejecutivos del Instituto Nacional de Seguros y de la Caja Costarricense de Seguro Social (COSEVI, 2001).

A su vez, se conforman los Consejos Locales de Seguridad Vial (COLOSEVI), su quehacer implica la formulación de los proyectos y programas en materia de seguridad vial, incluyendo: demarcaciones, semaforización, proyectos de escuelas y empresas seguras, parques infantiles para instrucción vial, patrullas escolares, mantenimiento de señales de tránsito, campañas y ferias de seguridad vial. Dichos consejos se financian por medio del dinero recaudado por infracciones a la Ley de Tránsito correspondientes al cantón (COSEVI, 2001).

Posteriormente, se desarrolla el *Plan Estratégico de Seguridad Vial 2007-2011. Construyendo una cultura de paz en las carreteras*, el cual estableció ocho áreas de enfoque: promoción intersectorial, legislación, educación, parque automotor, acreditación de conductores, control y vigilancia de tránsito, infraestructura y estrategias integrales de comunicación (COSEVI, 2011). La meta de dicho plan fue reducir la tasa de mortalidad en un 19% (tasa por 100 000 habitantes) en 5 años; sin embargo, el resultado fue una reducción de 16,39% (COSEVI, 2015a).

Actualmente, Costa Rica cuenta con la Ley de Tránsito por vías públicas terrestres y seguridad vial (N°9078) publicada en 2012, la cual regula la circulación por vías públicas terrestres de vehículos y personas. En este documento se definen los requisitos para la circulación de vehículos, aspectos relacionados con transporte público, seguro obligatorio para vehículos automotores, proceso de acreditación de conductores, reglas para la conducción de vehículos y uso de vías públicas, prohibiciones y sanciones, regulación del uso de los vehículos del estado costarricense, entre otros aspectos (República de Costa Rica, 2012).

En 2013, el COSEVI y el MOPT establecen el *Manual para el Desarrollo de Proyectos de Infraestructura desde la óptica de la seguridad*

vial, el cual está dirigido a responsables de la planificación, diseño, construcción, gestión y administración de las vías. En este sentido, se considera una respuesta para abordar problemas de seguridad vial desde la ingeniería para prevenir siniestros (MOPT, 2013). En dicho documento se presenta la matriz de Haddon, donde se exponen los factores que contribuyen a un siniestro de tránsito desde los componentes humanos, vehículo y carretera (MOPT, 2013).

En cuanto al Marco Estratégico para la Implementación del *Plan Nacional del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020*. Construyendo una cultura de paz en las carreteras, este es una respuesta a la resolución 64/255 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (COSEVI, 2011). La década de acción, como la denominó el COSEVI, fue una oportunidad para establecer políticas y priorizar acciones en materia de seguridad vial con el fin de prevenir los siniestros. El objetivo fue "articular esfuerzos del sector público, privado y la sociedad civil, en la ejecución de acciones de protección y seguridad para los usuarios que se movilizan por el sistema de tránsito nacional" (COSEVI, 2011, p. 36). La meta es reducir las tasas en un 20% en un periodo de 10 años, a partir del 2012. Los resultados de 2011 al 2014 demostraron una reducción de 7.35% (COSEVI, 2011).

En 2013, se publicó el *Plan Nacional de Transportes de Costa Rica 2011-2035*, el cual tiene como objetivo "orientar las inversiones que proporcionen un transporte más eficiente, equitativo, seguro y de menor costo" (COSEVI, 2014, p. 7), mediante la dirección, coordinación y articulación que guiará las decisiones y acciones para que el sector transporte contribuya al crecimiento y al desarrollo para mejorar la competitividad del país.

En el *Plan Estratégico Nacional en el Marco del Decenio de Acción para la Seguridad Vial Replanteamiento 2015-2020*. Construyendo una cultura de paz en las carreteras se establece la estrategia de intervención de abordaje de la seguridad vial, con base en la evidencia científica, la multisectorialidad e integralidad. En este se mencionan las siguientes acciones: fortalecimiento de COSEVI como ente rector, fortalecimiento de la gestión de movilidad y seguridad vial a nivel de municipio, modernización del sistema de

estadísticas e investigación en movilidad y seguridad vial. Además de la modernización de infraestructura, del sistema de seguridad de la flota vehicular, entre otras (COSEVI, 2015a).

Por su parte, el *Plan Nacional de Seguridad Vial para Motociclistas-Costa Rica 2015-2020* tiene la finalidad de detener el incremento de la tasa de mortalidad por siniestro de tránsito en usuario de motocicleta (COSEVI, 2015b). En el 2020, se publicó la Ley de Movilidad y Seguridad Ciclística N°9660, la cual busca promover y regular el uso de la bicicleta como medio de transporte, trabajo y recreación; esta establece la regulación, desarrollo, promoción y movilidad como seguridad integral del ciclista (República de Costa Rica, 2020).

En la búsqueda de acciones de seguridad vial a nivel nacional, se encontró un proyecto de ley denominado *"Ley marco de movilidad segura y sostenible de personas, bajo el expediente N°20.171"*, el cual tiene por objetivo "establecer el marco normativo nacional que planifique, coordine, regule, controle, fiscalice y vigile la movilidad segura y sostenible de personas en los diversos modos y medios de transporte" (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, s.f, p. 31).

La *Política Nacional de Salud (2015*) establece el área de intervención de siniestros de tránsito en la que se proponen dos líneas de acción: fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector a los siniestros de tránsito y la promoción de comportamientos seguros en el sistema de movilidad vial y tránsito con participación de la sociedad civil, instituciones públicas y privadas y ONG (Ministerio de Salud, 2015).

En cuanto a las estrategias en escuelas se conoce que, a partir de 1996, se promueve el *Proyecto Red Nacional de Escuelas Seguras*, el cual es un canal para "brindar información sobre seguridad vial y contribuir a modificar normas de comportamiento en la población infantil del país" (COSEVI, s.f., p. 1). Ante el Plan Nacional de Seguridad Vial (2001-2005), se replantea el proyecto Escuelas Seguras, como Programa Centros Educativos Seguros incluyendo escuelas y colegios. En el Decreto Ejecutivo N°31951 MOPT-MEP

2004, se establece el desarrollo y creación de guías para docentes, iniciando con Estudios Sociales y Cívica (COSEVI, s.f., p. 2).

Así mismo, se establece el *Proyecto Educativo de Brigada Vial*, el cual tiene por objetivo "generar una nueva cultura vial en la población estudiantil que incentive el desarrollo de hábitos seguros de desempeño en el sistema del tránsito en los Centros Educativos" (COSEVI, s.f., p. 3). La primera fase incluye preescolares y primer grado a través de una producción de artes y material audiovisual; y en una segunda fase se incluye primaria completa (historietas con juegos y refuerzos pedagógicos, guía para docentes, entre otras) (COSEVI, s.f.). Es importante mencionar que con miras a cumplir con el objetivo se firmó un convenio entre el MEP, COSEVI y MOPT, en el cual se establecen responsabilidades por actor para crear e implementar estrategias para la población estudiantil a través de la mediación pedagógica (MEP, 2019).

Por otra parte, el Grupo Instituto Nacional de Seguros (INS), establece que para contribuir en la cultura preventiva en carreteras se desarrollan programas de seguridad vial y movilidad segura desde el Departamento de Gestión en Prevención creado en 2017. Para esto han desarrollado material educativo específico para motociclistas, camioneros, ciclistas y peatones (INS, s.f.).

La Seguridad Vial y Promoción de la Salud

La OMS (1998) define la promoción de la salud como un "proceso político y social global que abarca (...) acciones dirigidas (...) a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, (...) a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual" (p.10). Además, apunta a generar un mayor control de las personas sobre su propia salud y sobre los factores determinantes de esta.

En 2016, durante la 9° Conferencia Mundial de la Promoción de la Salud, celebrada en Shanghái, se establece que uno de los consejos para gozar de buena salud corresponde a no conducir a velocidad

excesiva ni bajo los efectos de alcohol, abrocharse el cinturón de seguridad y ponerse casco al ir en bicicleta (OMS, 2016b). Además, como parte de las acciones para "Mejorar la salud en entornos urbanos y promover las ciudades y comunidades saludables" (OMS, 2016a, p. 4), se indica adoptar medidas en cuanto a la congestión del tráfico y vulnerabilidad de los usuarios de la red vial.

A pesar de las diversas estrategias y propuestas de abordaje de la seguridad vial, algunas de las estrategias mencionadas previamente no contemplan explícitamente la promoción de la salud, es por ello que, desde este documento, se hará una vinculación de ésta con la seguridad vial desde las cinco líneas de acción de la promoción de la salud que propone la OMS (1986).

Primeramente, con respecto a la *creación de entornos favorables para la salud*, la OMS (1991) hace referencia a la protección de los espacios en los cuales se desarrollan las personas, que pueden permitir el acceso a mejores condiciones de salud. Desde la seguridad vial es indispensable promover ciudades saludables que mejoren continuamente esos entornos (OMS, 1998), de manera que estas faciliten el uso de medios de transporte sostenibles y más seguros, incluyendo el transporte público. Tal y como lo menciona Leandro (2014), las vías deben cumplir su función al permitirle a las personas desplazarse de forma rápida y segura, pero también al promover su salud, siendo espacios "que ayuden a mejorar la condición física, disminuyan el estrés, aumenten la seguridad y permitan hacer del viaje una experiencia de bienestar y dignidad humanos" (Leandro, 2014, p. 39).

Así mismo, es necesario también trabajar en el *reforzamiento de la acción comunitaria y el desarrollo de aptitudes personales*, de forma que las personas y las comunidades puedan acceder a información y educación que les permita tomar decisiones en beneficio de su salud. Por lo que, al actuar sobre estas líneas de acción, se esperaría que las personas reconozcan la importancia de prevenir siniestros y lesiones a través de prácticas como el uso del cinturón y el casco, además de que reconozcan la importancia de hacer cumplir la legislación en materia de seguridad vial.

Desde la línea de la *creación de políticas públicas saludables*, se propone el desarrollo y la efectiva aplicación de políticas de transporte que no solo se centren en la utilización de vehículos, sino que además promuevan el uso de transporte público y seguro. Según Tapia (1998) "las políticas que fomentan medios de transporte más sanos y menos contaminantes que el automóvil privado benefician la salud pública y liberan recursos para otras actividades" (p. 149).

En la última línea de acción referente a la *reorientación de los servicios de salud*, que responde a las necesidades de la población trascendiendo los servicios clínicos y médicos (OMS, 1986), se aborda desde la seguridad vial a partir de la quinta línea del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2011 denominada "Respuesta tras los accidentes". Lo anterior apunta a fortalecer la capacidad de respuesta tras los siniestros y mejorar los sistemas de salud para tal fin; incluye servicios de emergencia, atención traumatológica, evaluación de la atención y garantía de calidad, así como servicios de rehabilitación de los daños físicos y psicológicos como parte de la reinserción social del siniestrado (OMS, 2011).

CONCLUSIONES

A nivel mundial, las estrategias de seguridad vial se concentran en lineamientos sobre la reducción de límites de velocidad, el uso de cascos protectores y regulación de la conducción bajo los efectos del alcohol. Lo anterior es importante ya que de no existir legislación y de no hacerse cumplir, muchas de las iniciativas en seguridad vial se ven afectadas, lo cual implicaría un aumento en las estadísticas de mortalidad y morbilidad por siniestros de tránsito.

Las acciones tomadas a nivel nacional con respecto a la seguridad vial responden a lo sugerido por entes internacionales, como la OMS; esto en términos de los cinco pilares a partir de los cuales se fundamenta el abordaje de la seguridad vial en el COSEVI.

En Costa Rica es claro que la seguridad vial es un punto de agenda política para prevenir los siniestros de tránsito. Sin embargo, las tasas

de mortalidad desde el año 2003 no muestran un claro descenso de la situación (COSEVI, 2020). Esto no indica que la legislación no sea eficaz sino que el problema, al ser multifactorial, requiere de esfuerzos articulados por diferentes sectores para su reducción. Por tanto, se requiere evaluar las acciones realizadas para conocer su impacto y con ello dirigir esfuerzos en las brechas identificadas.

Es importante mencionar que los datos anteriores podrían estar relacionados con que anualmente se incrementa la flota vehicular y, por tanto, existe mayor riesgo de presentarse un siniestro y, por ende, de morir (Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), s.f.). Además, el Estado ha invertido en estrategias de seguridad vial con población infantil y adolescente, por lo que el impacto debería mostrarse a largo plazo.

En los antecedentes, se ha demostrado el impacto positivo que ha generado la legislación en materia de seguridad vial, por ejemplo: límites de velocidad, consumo de alcohol, entre otros; mientras que las intervenciones educativas, tienen evidencia limitada sobre la efectividad en la reducción de la carga de la enfermedad (Staton *et al.*, 2016). En respuesta a lo anterior sería necesario repensar la forma en la cual se están desarrollando las intervenciones o la metodología empleada, para que estas sean efectivas y puedan servir como recurso para la promoción de la cultura vial.

Así mismo, la mayoría de las acciones están destinadas a conductores y pasajeros de vehículos, dejando de lado el rol del peatón como uno de los actores más vulnerables en materia de seguridad vial. Por consiguiente, las estrategias e intervenciones podrían focalizarse en mejorar el entorno físico, educación vial, legislación y otras medidas (Rodríguez y Campuzano, 2010).

Lo cierto es que Costa Rica enfrenta uno de los retos más importantes, sobre todo porque se requiere un esfuerzo integral que trasciende la ingeniería de transportes (Chaverri, Zamora, Jiménez y Hernández, 2010). Tal como se mencionó, la seguridad vial sugiere un abordaje multisectorial y multidisciplinario, por lo que es imprescindible contar con la participación de los sectores de transportes, justicia, salud, educación, academia, entre otros.

En este sentido, la promoción de la salud puede ser una alternativa para operativizar la seguridad vial y hacerla cumplir sus fines. Lo anterior, debido a que plantea un abordaje desde la complejidad y determinantes sociales de la salud, incluyendo el trabajo inter y multisectorial; que busca trascender al desarrollo de ciudades saludables desde un enfoque integrador que no solamente incluya las carreteras, sino un entorno saludable para promover la movilidad segura y sostenible.

REFERENCIAS

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (s.f). Proyecto de Ley: Ley Marco de Movilidad Segura y Sostenible de Personas. Expediente N.° 20.171. http://www.aselex.cr/boletines/Proyecto-20171.pdf

Bliss, T., y Raffo, V. (2013). *Mejorar la seguridad vial mundial: Hacia un desarrollo equitativo y sostenible. Pautas para orientar el compromiso de los países en materia de Seguridad Vial.* Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Global Road Safety Facility. http://siteresources.worldbank.org/INTTOPGLOROASAF/Resources/Road-Safety-Guidelines-Spanish.pdf

Chaverri, J., Zamora, J., Jiménez, D., y Hernández, E. (2010). Principales desafíos de la seguridad vial en Costa Rica: un enfoque integral. *PITRA, 1(7),* 1-4. https://www.lanamme.ucr.ac.cr/repositorio/handle/50625112500/373

Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI). (2001). Plan Nacional de Seguridad Vial. San José. https://www.csv.go.cr/documents/20126/47531/Plan+Nacional+de+Seguridad+Vial.pdf/3e70055e-8832-defe-5c3a-d2c672e90460?t=1558541281647

Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI). (2011). Marco estratégico para la implementación del Plan Nacional del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011- 2020. "Construyendo una cultura de paz en carreteras". San José. https://www.csv.go.cr/do-

cuments/20126/48202/PLAN+NACIONAL+DEL+DECENIO+DE+ACCI%C3%93N+PARA+LA+SEGURIDAD+VIAL+2011-+2020.pdf/22afa454-2b0c-9d86-1c90-17fd1b83680d?t=1558542095407

Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI). (2014). Estrategia para la implementación de medidas en seguridad vial en espacios de incidencia de accidentes de tránsito. San José. https://www.academia.edu/36603883/ESTRATEGIA_DE_SEGURIDAD_VIAL_2015

Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI). (2015a). Plan estratégico nacional en el marco del Decenio de Acción para la Seguridad Vial-Replanteamiento 2015-2020 "Construyendo una cultura de paz en las carreteras." San José. https://www.csv.go.cr/web/guest/normativa-de-transito%0A

Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI). (2015b). Plan nacional de Seguridad Vial para Motociclistas – Costa Rica 2015-2020. San José. https://www.academia.edu/36061905/PNSVMoto-CR_2015-2020_Plan_Nacional_de_Seguridad_Vial_para_Motociclistas_Costa_Rica_2015-2020_Proceso_de_Revisi%C3%B3n_Medio_Per%C3%ADodo_2018_Direcci%C3%B3n_de_Proyectos

Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI). (2019). ¿Quiénes Somos? https://www.csv.go.cr/nosotros

Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI). (2020). Tasas de mortalidad por 100 mil habitantes en accidentes de tránsito. http://datosabiertos.csv.go.cr/visualizations/28437/TEST-GRAFI/

Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI). (s.f.). Programas centros educativos segurs proyecto educativo Brigada Vial "Hacia la construcción de una cultura vial." https://www.csv.go.cr/documents/20126/47059/INFORME+PROGRAMA+C.E.S.+2005+al+2011.pdf/5c76ebe2-8f2c-8848-2538-cac3316b4ff1?t=1558473317377%0A%0A

Foro Internacional de Transporte (FIT). (2017). *Benchmarking de la seguridad vial en América Latina.* https://www.itf-oecd.org/sites/default/files/docs/benchmarking-seguridad-vial-america-latina.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (s.f.). *Vehículos automotores en circulación.* San José. http://www.inec.go.cr/documento/cuadro-924-costa-rica-vehiculos-automotores-en-circulacion-segun-estilo-2015-2017

Instituto Nacional de Seguros (INS). (s.f.). Gestión en Prevención. https://portal.ins-cr.com/PortalINS/D1-InformacionProdContenido.aspx?NRMODE=Published&NRORIGINALURL=%2Fportal.ins-cr.com%2FSocial%2FSaludOcup%2F&NRNODEGUID=%7BF057833C-82F7-4E47-879B-17D1E9067001%7D&NRCACHEHINT=Guest

Leandro, M. (2014). Potencial del espacio público como facilitador de bienestar y salud mental. *Revista Costarricense de Psicología, 33(1),* 31–45. http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/31

Ministerio de Educación Pública (MEP). (2019). Convenio interinstitucional permitirá reforzar Educación en Movilidad y seguridad Vial en los centros educativos del país. https://www.mep.go.cr/noticias/convenio-interinstitucional-permitira-reforzar-educacion-movilidad-seguridad-vial-centros-e

Ministerio de Obras Públicas y Transporte (MOPT). (2013). Manual para el desarrollo de proyectos de infraestructura desde la óptica de la seguridad vial. http://repositorio.mopt.go.cr:8080/xmlui/handle/123456789/3891

Ministerio de Salud. (2015). Política Nacional de Salud "Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier." San José .https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/2746-politica-nacional-de-salud-2015/file

Mutua Balear. (s. f.). *Manual de Seguridad Vial.* Mutua Balear, Área de seguridad e higiene en el trabajo. España. https://www.mutuabalear.es/verFichero.php?id=284

Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el*

Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Revista de Sanidad e Higiene Pública.* http://amro.who.int/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1991). D*eclaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables para la salud. III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud.* Sundsvall, Grecia. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59967/WHO_HED_92.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *Promoción de la salud. Glosario.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020.* https://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/plan_spanish.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Actividades para promover la seguridad vial y el apoyo a las víctimas con traumatismos causados por accidentes de tránsito: una guía para organizaciones no gubernamentales.* Organización Mundial de La Salud, 1-29. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75845/9789243503325_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015a). *Diez estrategias para preservar la seguridad de los niños en carreteras.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162336/WHO_NMH_NVI_15.3_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015b). I*nforme sobre la situación mundial de la Seguridad Vial 2015.* https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/Summary_GSRRS2015_SPA.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016a). *Proyecto de declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: garantizar la salud y el bienestar sostenibles para todos.* Shanghai. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration-zero-draft-es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016b). *12 Consejos para gozar de buena salud.* https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/infographic_health_promotion_12_tips_es.jpg

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Salve VIDAS: Paquete de medidas técnicas de seguridad vial.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255308/9789243511702-spa.pdf?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Cascos: Manual de seguridad vial para decisores y profesionales.* https://www.grsproadsafety.org/wp-content/uploads/Helmet-Spanish-Cascos.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Proyecto de Cooperación Técnica en Seguridad Vial entre Ciudades.* http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33807/9789507101267-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pico, M. E., González, R. E., y Noreña, O. P. (2011). Seguridad vial y peatonal: una aproximación teórica desde la política pública. *Hacia La Promoción de La Salud, 16(2),* 190–204. https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126696014.pdf

República de Costa Rica. (1965). Decreto Ejecutivo No.18824-MOPT. San José. https://www.csv.go.cr/web/guest/normativa-de-transito%0A

República de Costa Rica. (2012). Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y de Seguridad Vial. *PhD Proposal.* San José. https://www.imprentanacional.go.cr/editorialdigital/libros/textos%20juridicos/ley_de_transito_edincr.pdf

República de Costa Rica. (2020). Ley de Movilidad y Seguridad Ciclística N° 9660. San José. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=88528&nValor3=0&strTipM=TC

Rodríguez-Hernández, J. M., y Campuzano-Rincón, J. C. (2010). Primary prevention measures for controlling pedestrian injuries and deaths and improving road safety. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 497–509. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21311837

Staton, C., Vissoci, J., Gong, E., Toomey, N., Wafula, R., Abdelgadir, J., … Hocker, M. (2016). Road traffic injury prevention initiatives: A systematic review and metasummary of effectiveness in low and middle income countries. PLoS ONE, 11(1), 1–15. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144971

Tapia, J. A. (1998). La reducción del tráfico de automóviles: una política urgente de promoción de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3(3), 137–151. https://doi.org/10.1590/s1020-49891998000300001

POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES: EL CASO DEL CONTROL DE TABACO EN COSTA RICA

TATIANA GAMBOA GAMBOA

JEANCARLO CÓRDOBA NAVARRETE

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco continúa representando un problema de salud pública. Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, 8 millones de personas en el mundo murieron por alguna enfermedad asociada al tabaco en el año 2017 (World Health Organization, 2019) (U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016).

En Costa Rica, el tabaquismo es responsable de aproximadamente el 9.3% de todas las muertes, a lo que debe sumarse todas las morbilidades asociadas con el tabaquismo tales como las enfermedades cardíacas y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se estima que el costo directo anual del tabaquismo es de 129 mil millones de colones lo que equivale al 4.8% de todo el gasto en salud anual (Bardach, y otros, 2016).

"La epidemia de tabaquismo ha sido producida, en su totalidad, por el hombre y puede revertirse mediante el esfuerzo concertado de los gobiernos y la sociedad civil." Dra. Margaret Chan, en el lanzamiento del Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008 (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Las políticas públicas son una herramienta fundamental para un exitoso control de tabaco. El éxito de Costa Rica en la creación e implementación de políticas públicas en el tema, ha sido estudiado y reconocido a nivel internacional. En este apartado se describen los aspectos clave de las políticas públicas vigentes en Costa Rica para el control de tabaco, los cuales han posicionado al país como ejemplo en el área. Posteriormente se exponen los retos actuales en el tema.

DESARROLLO

Los instrumentos jurídicos con los que cuenta el estado costarricense para el control del tabaco son una dos leyes y dos reglamentos, a saber: Ley 9828, Ley General de Control de Tabaco y sus efectos Nocivos en la Salud. Ley 10066, Ley de regulación de los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN) y Dispositivos Electrónicos que utilizan Tabaco Calentado y tecnologías similares. Decreto 37185. Reglamento a la Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud y el Decreto 37778. Reglamento de Etiquetado de los Productos de Tabaco y sus Derivados.

La Ley 9028 se aprobó en el año 2012 y tiene como objeto, establecer medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco. La misma surgió como consecuencia del compromiso que adquirió el país cuando firmó el Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) en el año 2003 y fue ratificado para el 2008 (Organización Panamericana de la Salud, s.f).

Este convenio es el primer tratado internacional en Salud Pública negociado por la Organización Mundial de la Salud. La mencionada institución brinda un mayor respaldo para la toma de decisiones, y se adquiere junto con ella, un gran compromiso a nivel internacional para cumplir los lineamientos contenidos en el mismo una vez firmado y ratificado por los países.

Otra particularidad del CMCT fueron las evidencias científicas en las cuales se basaron la construcción y negociación del convenio, demostrando con datos mundiales como el tabaquismo es considerado una epidemia, dado que el consumo de tabaco y la exposición a su humo son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2004).

En un informe de la OMS (2019), Costa Rica fue catalogado como uno de los países con un alto nivel de cumplimiento de algunas de las prácticas mencionadas en el CMCT, tales como las prácticas de monitoreo del uso de tabaco y políticas de prevención, acciones para proteger a las personas del humo de tabaco y advertencias sobre los peligros del tabaco. ¿A qué se debe este éxito costarricense?

> *"El éxito del CMCT OMS como instrumento de salud pública dependerá de la energía y del compromiso político con que lo apliquemos en los países en los próximos años" (Organización Mundial de la Salud, 2004).*

En Costa Rica, a pesar de que se había suscrito al CMCT en el año 2003, no existía voluntad política para su ratificación, y posterior cumplimiento, debido a la gran influencia que ejercía la industria tabacalera ante el gobierno, principalmente en el Ministerio de Salud (Crosbie, Sosa, & Glantz, 2017). Activistas de distintas organizaciones a favor del control de tabaco se unieron en el 2007 y formaron la Red Nacional Antitabaco (RENATA) (Red Nacional Antitabaco Costa Rica, 2015). Esta organización lideró un proceso intenso de abogacía durante más de dos años que incluyó actividades como cabildeo, construcción de alianzas, participación en medios de comunicación para informar al país incluyendo a los legisladores sobre la importancia del CMCT. Esta campaña informativa logró debilitar las amenazas de la industria tabacalera y apoderar a los legisladores en el tema (Crosbie, Sebrie, & Grantz, 2012).

Para el año 2008, la Asamblea Legislativa ratifica el CMCT, como fruto de la presión de la sociedad civil, la evidencia científica contundente, y otros factores externos, y en el año 2012 se logra la voluntad política para aprobar la Ley 9028 después de varios intentos de la industria tabacalera de desecharla (Fonseca, Méndez, Bejarano, Guerrero, & Reynales, 2017).

Dado que el tabaquismo es una epidemia a nivel mundial y que además la industria tabacalera ejerce una gran presión para contrarrestar los esfuerzos del control de tabaco, uno de los grandes aciertos de la Ley 9028 y su reglamento, es que se formularon bajo los criterios de una política distributiva, la cual se caracteriza por ejercer una presión directa e indirecta al mismo tiempo sobre los afectados (Roth, 2007). La presión directa está enfocada en la reducción del consumo de tabaco y la indirecta la ejercen sobre el entorno de los afectados propiciando dicha reducción.

Mediante dicho abordaje sobre el individuo y su ambiente, la política pública utiliza un enfoque multinivel correspondiente a una estrategia de cambio de comportamiento tanto a nivel intrapersonal e interpersonal, pero también a nivel social, e incluso institucional mediante el cumplimiento coercitivo de una ley (Fertman & Allensworth, 2017).

Es así como las políticas mencionadas incluyen los espacios 100% libres de humo de tabaco, restringe la publicidad, promoción, patrocinio, distribución y venta de productos de tabaco y les impone impuestos, genera el etiquetado de advertencias, favorece las acciones de educación, prevención así como de control y fiscalización entre otras (World Health Organization, 2019) (Crosbie, Sebrie, & Grantz, 2012).

El capítulo 9 de la Ley 9028 se refiere a la creación de un impuesto específico para los productos de tabaco. Existe evidencia científica que demuestra que los impuestos en el precio de productos de tabaco son un medio eficaz para desincentivar su consumo. Los impuestos también resultan ser una herramienta para recaudar dinero que se puede utilizar en los programas de prevención (U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016) (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

En el caso de Costa Rica el dinero que se recauda va específicamente para instituciones y acciones involucradas en el control de tabaco. Específicamente el dinero recaudado se divide en 55% para la Caja Costarricense del Seguro Social, 20% para el Ministerio de Salud, 5% para el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y otro 20% para el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER). Dicha especificidad y diversidad para distribuir los fondos permite que las instituciones del gobierno que tienen funciones específicas asignadas, puedan cumplir con actividades de promoción y prevención de la salud que favorezcan la reducción del consumo de productos de tabaco desde sus diferentes competencias, lo cual permite atacar el problema del tabaco de forma integral (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Algunas de las iniciativas que se han llevado a cabo gracias con los fondos de la Ley 9028 son la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATTS) la cual permitió la generación de evidencia científica que servirá como punto de partida para la evaluación de resultados desde la implementación de la Ley 9028 (Ministerio de Salud, 2015). Además de acciones educativas como el proyecto "Domingos familiares sin humo" el cual busca ser una herramienta efectiva de educación masiva y de prevención contra el consumo de tabaco y a la vez un espacio de concientización y lucha contra el humo del tabaco (Ministerio de Salud, 2019). Resultado de lo anterior, estas acciones se han reflejado en una importante reducción en la prevalencia del consumo de tabaco (Fonseca, Méndez, Bejarano, Guerrero, & Reynales, 2017) (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

A pesar de que no existen evaluaciones de resultados o impacto de la Ley 9028 y su reglamento, existen algunos eventos positivos que se han presentado a partir de su promulgación en el 2012. Algunos eventos son: el incremento de los centros de salud que brindan programas de cesación tabáquica con una tasa de éxito sostenida a lo largo del tiempo del 77%, un aumento en la incautación de productos de tabaco ilícitos, así como un aumento de la edad promedio de inicio de consumo de productos de tabaco, y la reducción en la cantidad de cigarrillos vendidos por año (Ministerio de Salud & Universidad de Costa Rica, 2019).

Finalmente, otro punto medular en las acciones de control de tabaco ha sido el Artículo 5.3 del CMCT, el cual refiere:

> *"A la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional." (Organización Mundial de la Salud, 2004).*

Este artículo compromete al estado de Costa Rica a actuar con transparencia, sin conflicto de intereses para proteger la salud pública de la interferencia de la industria tabacalera (Organización Panamericana de la Salud, 2012). Además, ha sido una herramienta clave para prevenir que la industria tabacalera ejerza algún tipo de influencia en los encargados de formular las políticas públicas. Ejemplo de esto, fue la reunión que la Cámara de Industrias de Costa Rica solicitó en el 2019 al Ministerio de Salud para defender algunos intereses de la industria tabacalera. El Ministro de Salud haciendo cumplir el artículo 5.3 invitó a RENATA como observadora (Crosbie, Sosa, & Glantz, 2017).

De igual manera, el estado costarricense ha tenido la necesidad de actualizar la legislación en control de tabaco para adecuarse a los nuevos retos que se presentan. Un ejemplo de ello fue la aprobación de la Ley 10066, aprobada en el año 2021, y con la cual se establece los parámetros en los cuales las nuevas tecnologías (cigarrillos electrónicos, vapeadores, calentadores de tabaco) deben apegarse a los entornos ya establecidos en la Ley 9028. Además, la Ley 10066 dicta que la venta e importación de estos productos y tecnologías similares, pagarán un impuesto del 20%, el cual generará un ingreso económico a la Caja Costarricense del Seguro Social y a su vez protegerá a la población de los posibles daños que estos dispositivos pudieran ocasionar.

A pesar de los buenos resultados que ha tenido el país en los últimos diez años, aún existen retos importantes. Por ejemplo, no existen medios claros y transparentes para fiscalizar el uso correcto

de los fondos asignados a las instituciones que por la Ley 9028 reciben fondos. Algunas instituciones que también cuentan con responsabilidades clave en la ley no se les otorgó presupuesto específico para ejecutarlas; por ejemplo, el Ministerio de Educación Pública en el tema programas educativos y prevención en población infantil y adolescente, así como el Ministerio de Seguridad Pública el cual es un organismo esencial para la fiscalizar el cumplimiento de la Ley.

En conclusión, los puntos clave para que una política pública en salud tenga buenos resultados, es que desde su formulación se tome en cuenta la evidencia científica existente. Para ello se requiere que la academia y los tomadores de decisiones trabajen en conjunto. La sociedad civil juega un papel fundamental en dicho proceso, ejerciendo presión y creando espacios de diálogo entre las diferentes partes involucradas. Finalmente, la política debe formularse de manera integral enfocándose no solo en la parte involucrada sino en el entorno.

REFERENCIAS

Bardach, A., Palacios, A., Alcaraz, A., Caporale, J., Rodríguez, B., Amador, N., . . . Pichon, A. (2016). *Documento técnico IECS N° 16. Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Costa Rica y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos*. . Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.

Crosbie, E., Sebrie, E., & Grantz, S. (2012). *Tobacco Control Legislation in Costa Rica (1971-2012): After 40 Years of Tobacco Industry Dominance, Tobacco Control Advocacy Succeeds.* San Francisco, California: Roswell Park Cancer Institute.

Crosbie, E., Sosa, P., & Glantz, S. (2017). The importance of continued engagement during the implementation phase of tobacco control policies in a middle-income country: the case of Costa Rica. *BMJ Tob Control*, 60-68.

Espinoza, A., Ugalde, F., Castro, R., & Quesada, M. (2019). Consumo de tabaco en adultos y cumplimiento de la legislación antitabaco en Costa Rica en 2015. *Rev Panan Salud Pública*.

Fertman, C., & Allensworth, D. (2017). *Health Promotion Programs From Theory to Practice.* San Francisco, CA: Society of Public Health Education.

Fonseca, S., Méndez, J., Bejarano, J., Guerrero, C., & Reynales, L. (2017). Tabaquismo en Costa Rica: susceptibilidad, consumo y dependencia. *Salud Pública de México*, 30-39.

Ministerio de Salud. (2015). *Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos: Resumen Ejecutivo 2015.* San José: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (2019, Mayo). *Comunicado de prensa.* Retrieved Enero 30, 2020, from Domingos familiares sin humo "descarbonicemos Costa Rica": https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2019/1389-domingos-familiares-sin-humo-descarbonicemos-costa-rica

Ministerio de Salud, & Universidad de Costa Rica. (2019). *Seguimiento al Sistema de Indicadores para el Control del Tabaco (SIN-CT) en Costa Rica.* Retrieved from http://oveis.org/wp-content/uploads/2020/05/af-resena-historica.pdf

Ministerio de Salud. (n.d.). *Comunicado de prensa.* Retrieved from Domingos familiares sin humo "descarbonicemos Costa Rica": https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2019/1389-domingos-familiares-sin-humo-descarbonicemos-costa-rica

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS).* Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Influencia de la industria tabacalera: Un resumen mundial.* Geneva: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas* . Washington D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (s.f). *El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS).* Retrieved Febrero 10, 2020, from https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1317:2009-who-framework-convention-on-tobacco-control-who-fctc&Itemid=1185&lang=es

Red Nacional Antitabaco Costa Rica. (2015). *RENATA Institucional.* Retrieved Febrero 15, 2020, from http://www.rednacionalantitabaco.com/institucional/

Roth, A. (2007). *Políticas pública: Formulación, implementación y evaluación.* Bogotá: Ediciones Aurora.

U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. (2016). *The Economics of Tobacco and Tobacco Control: National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21.* Bethesda & Geneva: NIH Publication Department of Health and Human Services.

World Health Organization. (2019). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025 third edition.* Geneva: WHO.

World Health Organization. (2019). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, third.* Geneva: WHO.

PROMOCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL EN LA COMUNIDAD DE MINEROS DE LA SIERRA DE ABANGARES

MÓNICA AGUILAR BONILLA[1]

SYLVIA VARGAS OREAMUNO[2]

VERONIQUE MOREL GONAY[3]

EYLEEN ALFARO PORRAS[4]

INTRODUCCIÓN

El presente artículo expone los resultados del proyecto Promoción de la salud integral en la comunidad de mineros de la Sierra de Abangares ED 3306 desarrollado durante el año 2017, el cual buscó indagar las condiciones y la calidad de vida entre los mineros artesanales en Abangares, Guanacaste. El tema de la salud y las condiciones es una preocupación permanente, por lo que se concibió necesario el análisis de salud, nutrición y condiciones de vida de las personas que se dedican a la minería artesanal.

El objetivo general de este proyecto fue fortalecer conocimientos, aptitudes y prácticas relacionadas con la salud en el abordaje de las condiciones y calidad

de vida de los mineros de Abangares, y así validar la salud como derecho humano fundamental y universal.

Es por ello, que la temática se abordó desde un enfoque multidisciplinario que permitiera acceder a los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el oficio de la minería tradicional, así como las acciones que estas personas realizan en torno al autocuidado de su salud, unido a lo anterior, se analizaron las condiciones laborales y sociales de la población. Para ello se utilizó una metodología mixta con una muestra de la población afiliada a la cooperativa Coope Oro R.L.

Desde el siglo XIX hasta nuestros días la minería se ha extendido en varias localidades costarricenses, siendo Abangares un espacio en el cual se asientan un grupo de mineros artesanales también denominados "coligalleros", quienes han enfrentado una serie de problemas propios de su oficio, así como la opinión de diversos grupos que están en contra de la minería. La investigación contempló el trabajo con actores sociales clave, cuyo propósito fue reconocer las prácticas, saberes y cuidados de los pobladores del distrito de La Sierra de Abangares, relacionados con el oficio de minería artesanal.

En Abangares la historia de la minería inició en 1884 cuando Juan Alvarado Acosta descubrió una mina que vende 4 años después a los hermanos Vicente, Paulino y Rafael, quienes la denominaron "Tres Hermanos", y en 1889, es vendida a la *Anglo American Exploration Development Company Limited* y pasa luego a la *Abangares Gold Fields* en donde Minor Cooper Keith es uno de los principales accionistas (Steward, 1967; Castillo, 2009; Calvo, 2011). El desarrollo de esta actividad promovió la migración obrera procedente de otros países centroamericanos, así como de trabajadores nacionales principalmente del Valle Central, de lugares como San Ramón, Poás y Atenas hacia finales del siglo XIX e inicios del XX (años de 1880 y 1900) (Castillo, 2009; Calvo, 2011). Es así como fue constituyéndose los principales poblados del actual cantón de Abangares.

Desde finales del siglo XIX e inicios del XX muchas personas se dedicaron a la minería artesanal o "coligallerismo", práctica que continúa hasta la actualidad, pero que incrementó considerablemente

1 Escuela de Antropología. UCR. Antropóloga y Arqueóloga, monica.aguilar@ucr.ac.cr

2 Escuela de Salud Pública y Escuela de Nutrición. UCR. Nutricionista; Población y Salud, svspvargas361@gmail.com

3 Escuela de Salud Pública. UCR. Educación física y Ciencias del Movimiento Humano, veronique.morel@ucr.ac.cr

4 Escuela de Salud Pública. UCR. Socióloga, comunicadora, salud internacional, eyleen.alfaro@ucr.ac.cr

tras la partida de la última compañía minera en la zona durante la década de 1990 y el desempleo que ocasionó.

En términos normativos, la Ley N°8904 del 1 de diciembre de 2010, dispuso que la actividad minera para extraer oro en el cantón Abangares la pueden realizar solo mineros artesanales asociados por medio de cooperativas, por lo que no se les puede brindar concesiones a personas particulares, sin embargo, no todas las personas se encuentran vinculadas a alguna de las 4 cooperativas existentes, por lo que ejercen el oficio de forma independiente o como empleados de otras personas, ya que la minería tradicional es una (y quizás la más importante) de las pocas opciones laborales en la zona.

ARGUMENTACIÓN
LÍNEA BASAL DE INFORMACIÓN SOBRE CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN MINERA DE ABANGARES

La información que se presenta en este apartado se obtuvo en dos vías, la primera fue mediante entrevistas realizadas a algunos miembros en el espacio físico de la Cooperativa, atendiendo los días de reunión de los asociados, y la segunda vía de obtención de información, fue mediante visita domiciliaria a los familiares de los asociados incluidos en el estudio.

La mayoría de los entrevistados son del sexo masculino (70%) y 30% femenino, en tanto para la variable edad, la edad mínima fue de 24 años y la máxima de 59 años, identificándose un promedio de 41,6 ±8,69 años. En cuanto al estado civil, la mitad de los entrevistados señala vivir en unión libre, un 30% son casados y 29% solteros. El nivel educativo de la población de estudio se ubica con mayor frecuencia en la condición de "primaria completa" (65%), ninguno reporta haber alcanzado estudios técnicos o universitarios, sin embargo, dos de las compañeras de pareja alcanzó estudios universitarios.

El 95% de los entrevistados reporta tener hijos cuyo número por familia se ubica con mayor frecuencia entre 2 y 3 hijos (35% y 25%

respectivamente), con una moda de 2. En cuanto a la tenencia de seguro de salud, este grupo minero indica que el 80% cuenta con algún tipo de seguro y el tipo de seguro más frecuente es el Directo con un 60% de los casos, y un 20% paga seguro voluntario. En cuanto a la vivienda en la cual habitan, el 95% de los entrevistados (19 de 20) reporta que la vivienda es propia y en el 40% de ellas viven 4 personas, que es el valor más frecuentemente señalado. Al preguntarle al minero cómo considera las condiciones de la casa donde habita, el 90% (19 de 20) responde entre "buena" (45%) y "regular" (50%); tomando en cuenta lo anterior, el 60% (12 de 20) de los mineros apunta que su situación económica es regular.

Identificación de la autopercepción en salud que posee la población minera de Abangares (Coope Oro)

Sobre el tema de la salud, mediante el desarrollo de un taller sobre de Necesidades en Salud, se encontró que la mayor parte de la población participante no capta las amenazas de su oficio por diversos motivos: existe una negación de los peligros que afronta un minero artesanal, prevalecen los mensajes de que no hay riesgo, por ende, no se toma precaución al tocar el mercurio (guantes), ni al inhalar gases (máscara). Es claro que los mineros no toman todas las precauciones necesarias, y presentan vulnerabilidad por los derrumbes y piedras filosas dentro de los túneles, así como por inhalación de gases tóxicos expedidos por las bombas de gasolina usadas en las minas. Se señala que el trabajo en las rastras, evidenció como principal problema, el contacto directo que se tiene con el mercurio, el cual se manipula sin los guantes adecuados, así como la inhalación de gases tóxicos en el proceso de la molienda y de la depuración del oro, el cual se hace mediante su exposición al fuego sin usar máscara, lo que al respecto un informante acota "El MINERO NO TIENE SALUD".

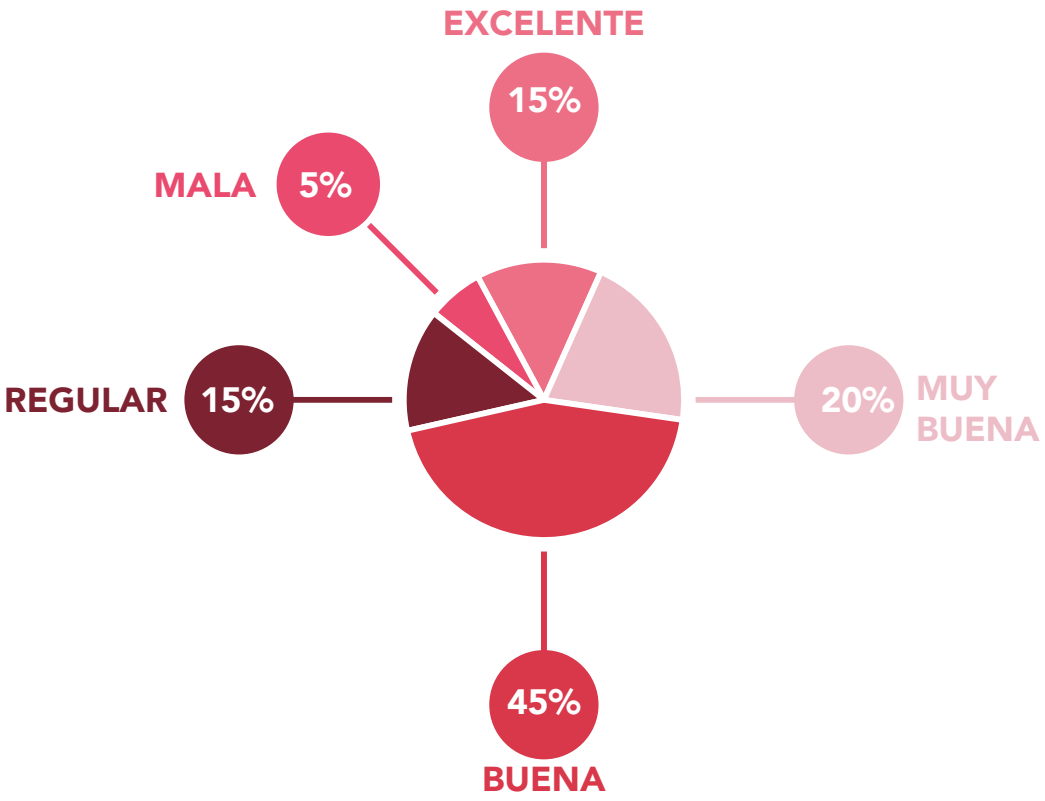
Es evidente que existe una falta de información sobre los riesgos reales de las situaciones mencionadas anteriormente, porque al preguntar sobre posibles consecuencias de riesgo laboral, el grupo no es capaz de responder. Indican que sufren de lumbalgia como

algo normal del oficio y que utilizan algunos mecanismos para paliar la falta de aire en túneles profundos, lo anterior permite concluir que hay una falta de capacitación en riesgo y salud laboral.

La información recuperada por medio de entrevistas y visitas domiciliares reflejó que la auto percepción en salud es un concepto ligado a cómo nos sentimos y la forma en que compartimos y nos afecta el entorno o ambiente en el cual vivimos. En este grupo de estudio, el minero tiene opiniones diversas para calificar su salud:

GRÁFICO 1

Porcentaje de mineros que opina sobre la condición de su salud. Abangares, 2018



De acuerdo con estas apreciaciones, resalta la condición de "buena" y "muy buena", y en este rango, llama la atención el hecho de externar que la salud es "buena" o "muy buena" aludiendo al mismo tiempo que se tiene padecimientos, dolores y molestias, aflorando opiniones contradictorias.

En relación con los aspectos que el entrevistado considera que depende la salud de una persona, se citan diversas posibilidades como cuidarse y que todo esté bien, hacer ejercicio, tener condiciones laborales adecuadas, tener trabajo, dormir bien y las horas necesarias, no tener preocupaciones ni estrés, descansar, contar con los medios económicos para tener salud y buena relación con la familia; además se citan aspectos como cuidar la forma en que se vive, el ambiente que rodea, vivir bien y tranquilo, no tener vicios, tener una vida ordenada y tener una alimentación adecuada, a lo cual se hace especial énfasis porque "sin comida no hay salud". Al considerar los aspectos de los cuales depende la propia salud del trabajador minero, se hace alusión a los mismos citados anteriormente, pero se enumera con mayor frecuencia el papel del ejercicio físico, dormir bien y alimentarse bien, que son los tres ejes de mayor importancia para el grupo de estudio.

Sobre los aspectos que les hacen "sentir saludable" se agregan a los anteriores, la paz, estar bien con uno mismo, levantarse todos los días y encontrar una familia con quien compartir, además de poder pasear, no tener una enfermad, respirar aire puro y tener oportunidades en la vida. Cabe señalar en estas apreciaciones, la emergencia de una categoría que no había sido contemplada en los ítems explorados inicialmente, y es la que se refiere al aspecto espiritual de estar bien con uno mismo y con los demás, contar con una familia y vivir en un entorno de paz y un ambiente benéfico, parece que en este grupo la familia juega una función importante para sentirse bien.

Cuando las personas refieren "no haberse sentido saludable", el 70% ha experimentado en algún o algunos momentos de su vida esta condición, lo cual es lógico tomando en cuenta que la salud es un proceso y como tal no es estático, pues podemos tener períodos saludables y períodos de enfermedad, Sin embargo, lo que interesa

aquí es rescatar la explicación de cuándo no se sienten saludables estas personas. Algunas manifestaciones apuntan que es cuando se tiene alguna dolencia física o enfermedad o bien cuando se siente deprimido o desanimado por diversos motivos como tener deudas. Cabe resaltar que el aspecto sobre la depresión o el desánimo sale a flote con frecuencia, lo que podría estar asociado a las características que envuelven el trabajo físico de la minería, en el cual, mientras se trabaja en la mina, no se tiene contacto con otras personas por largos períodos de tiempo o bien, el temor de saber que en cualquier momento se puede sufrir un accidente por desprendimiento de tierras y quedar enterrado.

A pesar de lo anterior, el 85% de los entrevistados opina que el ambiente que le rodea favorece su condición de salud, entendiendo el ambiente como el barrio, los alrededores de la casa, condición de la casa, situación con los vecinos y el clima del lugar.

En esta misma línea, se investigó sobre la satisfacción que los mineros tienen con su vida, a lo cual el 90% de los entrevistados (18 de 20) respondió sentirse completamente satisfecho. Entre las razones enumeradas para esta satisfacción se encuentran el estar agradecido con la vida y con Dios porque se tiene una familia, una casa para vivir y un trabajo, porque puede dormir tranquilo, porque es feliz al tener una familia sana, paz y plenitud, porque nada es perfecto, porque se siente bien, le salen bien las cosas y tiene buenas relaciones con la familia y la gente. En estas apreciaciones se habla de aspectos materiales como la vivienda y el alimento, pero se cita con frecuencia la importancia de tener una familia, poder compartir con ella y sentirse bien, lo que también se identificó en aspectos para sentirse saludable.

Determinación de los riegos en salud que representa la actividad minera para la población de estudio

El tema de la determinación del riesgo en salud que representa la actividad minera para la población de estudio, apunta que el grupo minero no mira la actividad como un riesgo para su salud,

porque no contempla el uso de mercurio y otras sustancias tóxicas, como un efecto negativo, aspectos que han sido ampliamente demostrados en la literatura científica. Si bien es cierto, asocian ciertos padecimientos como problemas en la columna y el dolor de espalda con la actividad minera, no distinguen otros riesgos como el uso de sustancias químicas y el contacto directo con ellas.

Identificación de prácticas saludables en la población minera

En cuanto a las prácticas en salud o el cuidado de la salud que tiene el grupo de estudio, se identificó mediante morbilidad auto referida que el 20% de los entrevistados reporta tener una enfermedad diagnosticada en algún momento de su vida por un profesional de la salud. Sin embargo, no se observó tendencia alguna en cuanto al tipo de patología señalada (diverticulosis, hipertensión, depresión, problemas en la sangre, hernias, fibromialgia). Las personas reportan haber visitado o recibido atención médica en un período de 6 meses o menos antes del estudio en un 55% de los casos, en tanto el 10% recibió dicha atención hacía 12 meses y un 15% en un lapso de 24 a 60 meses.

Sobre el tema de las prácticas en salud que se refieren a cómo la persona entrevistada cuida su salud y la de su familia, las acciones que se señalan con mayor frecuencia son: tener una alimentación adecuada, entre lo que destaca comer frutas y verduras y respetar horarios de comida, hacer ejercicio caminando, descansar y dormir bien, no tener vicios, tener la casa limpia, estar activo, tratar de ser feliz y tener atención médica. Llama la atención, el hecho de que dos personas citan que no piensan en cómo cuidar su salud y que no hacen nada al respecto porque sus prácticas son algo desordenadas, sin embargo, para el resto prevalece el tema de la alimentación y el ejercicio, ejes observados en el apartado anterior sobre auto percepción en salud.

Estado nutricional de la población minera

En cuanto al estado nutricional de la población minera y sus familias (adultos), los datos fueron recopilados mediante visita domiciliar y en la propia cooperativa de mineros. Para colectar la información sobre el peso se utilizaron balanzas marca SECA modelo 808 con capacidad de 150 kg, en tanto para registrar la talla se utilizó un estadiómetro portátil marca SECA, modelo 2017 con un rango de medición de 20-220 cm. A partir del peso y la talla de cada individuo, se estimó el valor del índice de masa corporal mediante la ecuación [(peso en kg) / (talla^2)] con el objetivo de determinar el estado nutricional de cada adulto, tomando en cuenta los criterios de clasificación establecidos por la Organización Mundial de la Salud OMS según sexo.

TABLA 1
Estado nutricional de la población adulta según sexo.
Abangares, 2018

Clasificación del IMC	FRECUENCIA SEGÚN SEXO			
	Hombres		Mujeres	
	nº	%	nº	%
Bajo peso	0	0	0	0
Normal	10	33	6	32
Sobrepeso	16	53	7	37
Obesidad leve	3	10	4	21
Obesidad Media	1	3	2	11
Obesidad Mórbida	0	0	0	0
Total por sexo	30	100	19	100

*Criterios de clasificación establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

Los datos analizados sugieren que el sobrepeso es la condición que se presenta con mayor frecuencia en ambos sexos (53% para los hombres 37% para las mujeres), en tanto una tercera parte de la

población estudiada se encuentra en una condición de normalidad. Cabe rescatar que, aunque el sobrepeso se presenta en un mayor número de casos en el grupo de hombres, la condición de obesidad (leve y media) afecta en mayor proporción al grupo de mujeres, situación que no es ajena al panorama nacional, ya que la Encuesta Nacional de Nutrición reporta mayores índices de obesidad en las mujeres en comparación con los hombres.

PRÁCTICAS SOCIOCULTURALES RELACIONADAS CON EL OFICIO DE LA MINERÍA TRADICIONAL EN LA SIERRA DE ABANGARES

Para la indagación de las prácticas socioculturales relacionadas con el oficio, se aplicó una entrevista abierta a 12 personas coligalleras o mineras tradicionales, la cual se complementó con la observación no participante durante las giras de reconocimiento y en la visita domiciliar que se realizó para registrar información sobre la autopercepción en salud. De esta forma, se identificaron prácticas y actividades socioculturales relacionadas con la actividad minera, así como la caracterización del espacio laboral. Se obtuvo 12 descripciones de la rutina laboral, información sobre el sistema de creencias relacionadas con la actividad, mientras que los mecanismos de auto cuidado y protección se lograron establecer para 20 informantes.

El "coligallerismo", es una actividad económica que ha sido tradicional en Abangares, tras más de un siglo de ejercicio, las diferentes generaciones han establecido diversas prácticas laborales y estrategias para la recuperación del metal según las características de las fuentes que estén explotando y el acceso a recursos tecnológicos, estas actividades derivadas del oficio, les dota una identidad muy particular que ha sido reconocida desde hace mucho tiempo y se ve reflejada en el escudo de la Municipalidad de Abangares y otros elementos visibles en diversas partes del distrito de Las Juntas.

Para identificar las prácticas y actividades relacionadas con el oficio coligallero es necesario comprender cómo se ejerce el oficio. El

primer paso a seguir en la mina, es ubicar las rocas con presencia de oro, a las cual se les hace el "cateo" o prueba que indica si tiene o no dicho mineral metálico y que además les permite indagar la cantidad de metal. Este procedimiento se suele hacer a mano, se extrae un poco de la roca, se muele y con un poco de agua se va moviendo de manera circular sea en una pala, una tapa o lo que se tenga a mano, así la piedra molida genera líneas delgadas en las cuales se puede apreciar si hay polvo de oro, este procedimiento genera la apariencia de una "cola de gallo" (de ahí deriva el término de "coligallero"). Si la muestra es positiva, se procede a extraer los materiales de la "caja" que es el espacio de la mina que tiene la veta de oro (rocas generalmente de cuarzo en las que se encuentra el mineral de manera microscópica).

Este oficio permite la participación de las personas independientemente de si cuentan o no con los instrumentos de trabajo y medios de producción, por lo que una persona de bajos ingresos, que está empezando en el oficio o que ha tenido movilidad laboral de otras partes del cantón, podrían emplearse en las minas. Asimismo, la enseñanza del oficio se da fundamentalmente a través de la transmisión intergeneracional por parte de familiares (padres, tíos, primos, etc.), así como por mineros conocedores a quienes se acude para aprender el oficio.

A pesar de que se nota un aprecio por la actividad, se enfatiza en que la minería es "dura", pero es la única opción de empleo a las que se tiene acceso, aunque no necesariamente se gana suficiente dinero. Muchas veces los mineros ganan para el gasto diario y en ocasiones menos que eso. Es por esto, que en ocasiones deben recurrir a pedir préstamos, fiado en los establecimientos de la localidad o a la solidaridad entre los coligalleros, sea con dinero o con comida. La mayoría de las veces se les regala sacos con rocas para que puedan ver si les pueden "sacar algo de oro", otro mecanismo es el "emplearlos" temporalmente como ayudantes o peones. Asimismo, otra de las prácticas empleadas es el de aliarse dos o más "socios" para poder seguir avanzando en la mina, pero para este caso sí se debe contar con capital. Anteriormente, "había más solidaridad", en épocas de "bonanza" (o hallazgo de vetas con mucho oro), las personas tendían a ayudar más a los demás, ahora la actividad se ha ido individualizando

más, lo cual podría relacionarse con el hecho de que en la actualidad más personas viven del coligallerismo, debido a que la compañía minera que empleaba a gran parte de la población se marchó en la década de 1990 lo que agudizó la crisis económica en la zona.

A pesar de ello, los mineros artesanales resaltan las ventajas que tiene su oficio: el aspecto más importante es que es la única fuente de empleo a la que tienen acceso en la zona y relativamente cerca de sus hogares, resaltan la independencia al no tener "patrón", así como la flexibilidad de los horarios.

Entre las experiencias más difíciles que les ha tocado vivir a parte de los informantes está el no ganar lo suficiente o no encontrar una veta con la consecuente pérdida de inversión, la peligrosidad de las minas sobre todo en época de invierno (por posibilidad de derrumbes así como enfermarse por el exceso de humedad y barro) y, en el caso de los menos experimentados, el peligro de asfixia dentro de las minas (ya que dentro de la mina hay carencia de oxígeno y de forma natural también algunas montañas expelen gases, dificultando la posibilidad de respirar, lo que provoca que se queden dormidas y mueran).

Caracterización y accesibilidad al espacio laboral minero

Las minas

El espacio dentro de las minas es muy diverso, las dimensiones de las entradas y los numerosos túneles varían según si se está trabajando en una de las minas habilitadas por las transnacionales en el siglo XIX y XX por ende, con infraestructura elaborada en materiales fuertes (como cemento) y entradas adecuadas, o si son minas que los coligalleros han "abierto en la montaña" (que a la vista de personas poco conocedoras se verían como "huecos"). Sin embargo, estas minas comparten varias características: la gran humedad y en la parte externa de la mayoría de estas hay una importante cobertura boscosa. La oscuridad, los empozamientos en el suelo (charcos y en algunas minas grandes barriales), las paredes, techos y pisos suelen ser ásperos y con vértices y filos de las rocas, por lo que, unido a la oscuridad y estrechez, hace más propenso el cortarse si no se entra con casco y conocimiento de la forma y dimensiones del espacio laboral.

En las entradas y espacio fuera de la mina es común observar depósitos de materiales (piedra y tierra) que se han extraído para poder avanzar en la profundidad de la montaña. De igual manera, estos son los espacios donde es más común observar fauna especialmente pequeños insectos, arácnidos, en ocasiones murciélagos y reptiles, pero debido a las detonaciones que en ocasiones se realizan para poder avanzar en la extracción de materiales, algunos de estos animales suelen ahuyentarse.

Conforme se avanza es posible percibir que hay más humedad y menos cantidad de oxígeno, por eso, algunos mineros usan motores con "bombas", los cuales "inyectan aire" en el interior de las minas, el problema es que usan combustible, por lo que también expelen humo, también hay túneles a los que se les excava una "chimenea" o acceso a la superficie de la montaña para que entre el oxígeno por allí.

FIGURA 1
Herramientas utilizadas en los trabajos dentro de la mina

Nota: De la a. a la d. ejemplo de las herramientas utilizadas en los trabajos dentro de la mina; e. tipo de escalera para trabajar en túneles verticales.

Los túneles se excavan en diversas direcciones, según se pueda identificar la caja o un hilo de oro (espacios dentro de la roca que tienen mayor presencia de mineral de oro -el cual se presenta de manera microscópica, razón por la que hay que extraerla mediante la molienda y uso de metales pesados-), por lo que algunos pueden ser verticales, en diagonal, etc., de esta manera los coligalleros construyen escaleras con troncos, varillas de metal, mecate y otros materiales. Es muy difícil el determinar desde la superficie cuál es la dirección y extensión de estos túneles.

Las Rastras

Las rastras son lugares muy diferentes a las minas, suelen transgredir el espacio doméstico, ya que se ubican cerca de las casas, en los patios o inmediaciones, por lo que pueden participar diferentes miembros de la familia en los roles laborales y en horarios a conveniencia (misma situación que en la mina). Fue recurrente el que se dijera que el padre está en la mina y en la rastra trabaja la esposa/pareja o los hijos, o ambos; aunque también muchas personas trabajan con "socios", ya que los costos de hacer un túnel o las rastras pueden ser muy altos.

Como elementos mínimos en una rastra hay un piso de tierra plano o aplanado, un techo de láminas de *zinc* y una fuente de electricidad al que se conectan las rastras, acceso a agua y un espacio para el depósito de "lamas" o barros producto de la molienda de la roca en combinación con agua. Las rastras son las máquinas que se usan para moler las piedras de cuarzo que se extrajeron de la mina. Estas son hechas con un piso de piedra resistente (generalmente basalto) o con una base de metal gruesa, pero esta última se suele gastar con mayor prontitud. Este piso está dentro de una estructura circular semejante a un estañón, pero de grandes dimensiones que lo delimita. Dentro de esta estructura se ubican dos piedras grandes que son atadas con cadenas gruesas de metal a unos *perlin* que tienen forma de cruz y que se ubican en la parte alta (estos *perlin* son movidos con electricidad y estos a su vez mueven las grandes rocas que son las encargadas de triturar el material de cuarzo extraído de las minas).

El proceso consiste en verter los sacos con materiales provenientes de las minas dentro de las rastras (la estructura circular) y poner a trabajar las piedras grandes, las cuales, con ayuda de agua, van triturando el cuarzo, hasta convertirlo en polvo-barro. Cuando está en ese punto se le coloca unas gotas de mercurio que son las que se encargan de separar el oro del barro haciendo un efecto de imán y una vez que se logra esto, se vacía el barro de la rastra abriendo un tubo que tienen en la pared colocándole un pañuelo o tela en la boca del tubo para atrapar el mercurio con el oro (este es de lo último en salir –por ser un metal pesado-) de esta manera, en el pañuelo queda el oro y resto del mercurio al ser líquido se vuelve a recuperar para reciclarse, lo cual no exime que en el barro o lama que se desecha quede un porcentaje de este.

El movimiento de las rastras provoca un sonido alto, al que están acostumbradas las personas de las diversas comunidades, actualmente la mayoría de las familias que se dedican a este oficio tradicional cuentan con al menos una rastra que pueden compartir, ya que las personas que no tienen acceso a estas pueden trabajar con socios que sí las tenga, alquilarlas o bien desempeñarse como empleados de quienes poseen estos medios de producción.

Los mineros artesanales suelen tener un horario de trabajo que sobrepasa con facilidad las 8 horas diarias, en su mayoría se levantan entre las 5:00 y 6:00 am, se alistan, desayunan y salen a la mina o rastra entre las 6:00 y 8:00 am. Una vez allí trabajan hasta las 12:00 medio día cuando salen a almorzar en la entrada de la mina, para ello llevan agua con el cual lavarse las manos, y la comida (hay que recordar que en muchas ocasiones los espacios dentro de la mina, además de oscuros, son muy estrechos por lo que sería incómodo comer dentro). Una vez que se termina de almorzar se continúa trabajando hasta las 5:00 o 6:00 pm. A partir de esta hora se dirigen a sus casas, se asean, toman café o cenan y continúan con las labores de molienda de los materiales extraídos (en el caso de los mineros que se encargan de todo el proceso de producción), al menos que tengan partido de fútbol (que suele ser una de las actividades lúdicas que más se realizan), reuniones u otras actividades familiares. Otros optan por primero sacar los materiales y luego destinar varios días a la molienda.

FIGURA 2
Proceso vertido de materiales

Nota: a. y b. Rastras en funcionamiento; c. estañones con agua para la molienda; d. quebrador para facilitar la labor de la molienda y e. frascos donde se coloca el mercurio.

En general, las jornadas laborales son muy prolongadas, durante las cuales pasan muchas horas dentro de la mina, expuestos a la humedad, al agua, al polvo de la roca donde la van perforando, al humo de los "inyectores de aire" (en caso de que los tengan), con posturas incómodas por las dimensiones de las minas, a lo cual se suma la falta de luz solar y, en ocasiones, expuestos al humo tóxico de los químicos cuando se usan los detonantes para abrir la mina o sacar el material.

Por su parte en las rastras pasan generalmente el día más solos si es 1 o 2 rastras las que operan, escuchando un sonido fuerte y además en contacto directo con el mercurio, el cual se suele usar sin guantes, unido a ello, suelen ingerir alimentos asociados a estos espacios peligrosos ya que es donde se ubica el metal pesado.

CULTURA DE CUIDADO INDIVIDUAL Y COLECTIVO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS MINEROS

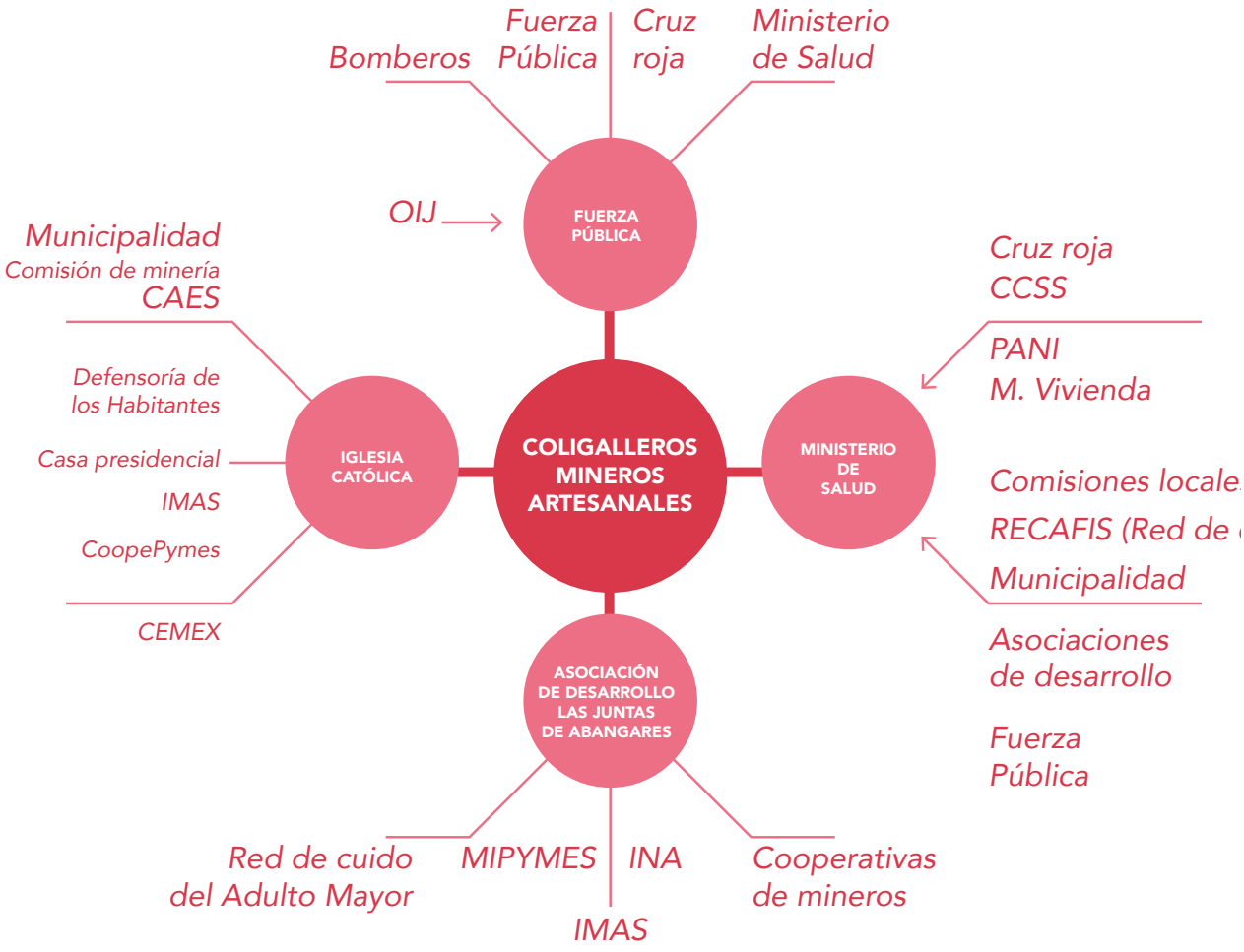
En el estudio nos abocamos a trabajar en el fortalecimiento una cultura de cuidado individual y colectivo para mejorar la calidad de vida de los mineros talvez, el más importante desde la perspectiva de la promoción de la salud. Para ese fin, se establece cinco lineamientos: identificar las instancias clave en la comunidad; conformar un grupo de trabajo con líderes, grupos organizados, individuos y familias; reforzar la participación de la población minera; desarrollar prácticas saludables y habilidades personales; fortalecer buenas prácticas ambientales.

Identificación de instancias clave en la comunidad

Con el fin de determinar los grupos protagonistas de la comunidad, se usa la técnica de mapeo institucional que resulta un recurso valioso para la constitución del grupo de trabajo. Se construye un cuadro de acciones de trabajo en la comunidad (determinante biológico, ambiental, entorno comunitario, según instancias involucradas,

seguridad vial, entorno seguridad laboral, relaciones familiares, alimentación, adicciones, actividad física y recreación, servicios de salud) y un registro de instituciones, organizaciones, asociaciones y grupos visitados para el mapeo institucional (nombre de la persona que atendió los colaboradores, su rol, la relación que demuestra con la población minera durante la entrevista -a favor, indiferente y en contra-, el nivel de rango que tiene el entrevistado dentro de la instancia -alto si es un jefe, medio o bajo- y las alianzas entre instituciones y organizaciones que se mencionaron durante la visita).

FIGURA 3
Red intersectorial identificada



Desde la construcción de estos instrumentos, se resalta cuatro instancias importantes en la comunidad: la Fuerza Pública, la iglesia católica, el Ministerio de Salud y la Asociación de Desarrollo Integral de las Juntas de Abangares, que, a su vez, articulan a su alrededor muchas más entidades, instituciones, cooperativas y redes (ver figura N° 3).

La iglesia católica ha servido como intermediador en momentos de conflicto sectorial (Estado-mineros), pero al mismo tiempo canaliza otras acciones de bien social, por lo que es un actor clave no solamente para esta población, sino que en general. Por su parte la triada Fuerza Pública-Cruz Roja-Benemérito Cuerpo de Bomberos, es elemental para las acciones de mayor conflicto en caso de emergencias. Ellos son los encargados del orden, la estabilización de las personas y su respectivo traslado a instancias sean locales como la Clínica, al centro integral de salud (CAIS) de Cañas o al hospital de Puntarenas. A pesar de las especificidades de la práctica minera, no hay ningún especialista para atender emergencias en las minas esto dificulta la atención de emergencias en caso de derrumbes o intoxicación por inhalación de gases. La Municipalidad de Abangares, desempeña un importante papel en el trabajo con la comunidad en general, a través de sus instancias como la oficina de la Mujer y la de Ambiente.

Se destaca que una prioridad de las diversas instancias de coligalleros está relacionada con lograr la legalización de las cooperativas, por lo que se recomienda que una vez se logre eso, se retome la creación/ establecimiento de un grupo líder que trabaje permanentemente en favor de la promoción y prácticas para la salud en donde participen todas las fuerzas de la comunidad ya identificadas como la Municipalidad de Abangares, la Asociación de Desarrollo Integral, la iglesia católica y demás instancias principales.

Constitución de un grupo de trabajo con líderes, grupos organizados, individuos, familias

Establecido el mapeo institucional, se constató que en los últimos años los mineros se vieron en la obligación de agremiarse por medio de cooperativas, con el fin de cumplir con los requerimientos

impuestos por el gobierno para legalizar el oficio y las concesiones. Por esta razón, no se conformó por parte del proyecto, un grupo líder que continuara con las propuestas de promoción de la salud integral, sino que se trabaja con una sola cooperativa que demostró deseos de colaboración y a la vez contaba con información más completa sobre sus afiliados.

Gracias al registro de instituciones, organizaciones, asociaciones y grupos visitados y el cuadro de acciones de trabajo en la comunidad construidos para visualizar el mapeo institucional, se identifican actores clave que fueron integrados en el proyecto, a saber: Asociación de Desarrollo Integral de Las Juntas de Abangares, miembros de Coope Oro, grupo de Mujeres (organizado por la oficina de la Mujer de la Municipalidad de Abangares) y la Escuela primaria de Abangares Delia Oviedo de Acuña, lo cual permitió integrar como "beneficiarios" a más población del cantón.

Fortalecimiento de la participación de la población minera

El trabajo desarrollado en el proyecto, buscó integrar en diversos niveles de participación a los mineros y sus familias. Se planificó el trabajo de campo según la calendarización prevista y se privilegió las actividades participativas con los mineros, fundamentalmente a través de talleres y encuestas de auto percepción.

En la etapa del diagnóstico se aplicó una encuesta sobre auto percepción en salud, riesgos en salud en el espacio laboral y prácticas en salud a asociados de Coope Oro y se elaboró una matriz de diagnóstico de priorización de necesidades en salud en un taller participativo. De esos instrumentos se priorizó las siguientes temáticas para realizar los talleres de intervención: Diagnóstico de Necesidades en salud, Prácticas saludables, Seguridad e higiene laboral, Cultura de Paz con escolares, Prácticas saludables y actividad física y recreación con adultos mayores, Ecología de la extracción minera, Valores nutricionales de los alimentos, Estrategias productivas alternativas, Convivio con la fisioterapeuta, clínica de la espalda.

Prácticas saludables y habilidades personales.

Con el apoyo del administrador de la cooperativa Coope Oro y de los demás actores clave (Asociación de Desarrollo Integral de Las Juntas de Abangares, grupo de Mujeres organizado por la oficina de la Mujer de la Municipalidad de Abangares y la Escuela primaria) se consiguió una participación variada en estas actividades.

A través de la ejecución de todos los talleres mencionados arriba, se logró fortalecer aspectos específicos de estilos de vida saludables (EVISA) de la comunidad minera mediante un acercamiento participativo y dinámico. Se identificaron temáticas relevantes como: EVISA, ecología minera y seguridad laboral. Se informó sobre aspectos de seguridad laboral que no son tomados en cuenta por la comunidad minera, como se comprobó en el primer taller sobre las necesidades de salud. Resalta como preocupación la salud mental, emocional y espiritual ("tener una vida tranquila"), la actividad física, la alimentación, el tema de adicción y tener buena salud física ("sin enfermedad"). Concluimos que hay una inquietud sobre la inseguridad comunitaria que responde a la necesidad de protegerse y vivir tranquilamente. Este aspecto se relaciona con los disturbios y enfrentamientos entre mineros con arma de fuego o arma blanca que reportan varias instancias cuando algunos de ellos reportan una "bonanza" (ya que se han presentado asaltos violentos en los últimos años).

Cabe rescatar que se realizó en dos ocasiones el taller de seguridad e higiene laboral en Coope Oro por el interés manifestado desde el principio por la Junta Directiva. Los participantes se motivan e interesan por las presentaciones y, en algunas ocasiones, solicitan otras exposiciones con los expertos con el fin de obtener más información. Uno de los elementos importantes con estos talleres es que los integrantes se identifican no solo con los problemas de seguridad laboral que ellos tienen, sino que además se logra apoyarlos en sus necesidades. También, los expertos se aprovecharon para conversar sobre una serie de "mitos" que hay en materia ambiental sobre la extracción minera.

CONCLUSIÓN

En términos generales la población minera de las Juntas de Abangares está constituida por hombres (promedio de 41,6 años) que viven en unión libre (50%) y tienen entre dos y tres hijos por familia con un perfil educativo que se concentra en primaria completa (65%). El tipo de aseguramiento es directo en su mayoría y las personas reportan haber recibido atención médica en un periodo de seis meses en un 55% de los casos. El 65% de ellos opina que su salud es de buena a muy buena, sin embargo, las razones brindadas para caracterizarla de esa manera, presenta contradicción, ya que la mayoría de los informantes externaron tener algún tipo de molestia física o condición patológica. El ambiente (el clima, la relación con los vecinos, el "vivir tranquilo", la naturaleza, entre otros) es uno de los elementos importantes que se vincula con una buena condición de salud y coincide con la satisfacción que tienen los mineros con su vida (un 90%).

Con respecto a las prácticas para cuidar su salud y la de su familia, prevalece el eje de la alimentación adecuada, hacer ejercicio físico, descansar, dormir bien, no tener vicios y se agrega la higiene del hogar y el valor e importancia del trabajo. Los datos del estado nutricional del minero y su familia revelan que el sobrepeso es la condición que se presenta con mayor frecuencia en ambos sexos, pero sobre todo en mujeres. Sin embargo, las 2/3 partes de la población se encuentra en una condición de normalidad. El 60% de los mineros opinan que su situación económica es regular.

En cuanto al panorama laboral, la salida de la compañía minera en la década de los noventa, obligó a la población a continuar con prácticas tradicionales en condiciones laborales menos seguras. Siempre se recupera parte del conocimiento anterior "coligallero" que operaba en la zona desde finales del siglo XIX, pero las innovaciones que se logran apreciar, son a nivel tecnológico, específicamente en el uso de maquinaria (para romper la piedra en la mina o el acceso directo de la mayoría de los casos a rastras), ha favorecido que el trabajo "sea menos pesado en la actualidad". No obstante, esta práctica artesanal no está eximida de peligros fundamentalmente por derrumbes, rocas filosas, falta de oxígeno y salida de gases en el caso de las minas, y el uso del mercurio en el de las rastras.

Así los mineros presentan vulnerabilidades laborales quedando rezagados de lo recomendado y solicitado por la ley. Una vez que logren legalizar sus concesiones, es preciso reforzar el tema de seguridad laboral, así como el acceso preventivo a la salud y la institucionalidad relacionada con esta. La actual fase de desarrollo capitalista deteriora en forma acelerada la calidad de vida de las mayorías e impacta sobre cuatro procesos diferentes pero interrelacionados: el incremento de la pobreza, la profundización de las desigualdades económico- políticas, el deterioro ecológico y sus consecuencias en la salud y la ampliación de brechas socio sanitarias y económicas, que conforman sociedades crecientemente polarizadas. Debido a lo anterior, se sugiere que se continúe el trabajo con la comunidad minera, integrando a más partes de la población, tanto representada por otras cooperativas, como personas no agremiadas, con la finalidad de lograr un cambio y mejora en la calidad de vida para ellos y sus familias.

REFERENCIAS

Aguilar, M; Alfaro, E; Vargas, S. y Morel, V. (2018) *Informe final Proyecto ED 3306 Promoción de la salud integral en la comunidad de mineros de La Sierra de Abangares.* Fondos Concursables para el Establecimiento de la relación Universidad - Sociedad XI convocatoria. Documento inédito. Escuela de Salud Pública- Vicerrectoría de Acción Social. Universidad de Costa Rica. San José.

Calvo, C. L. (2011.) Estudio de factibilidad para el establecimiento de un Centro de Formación profesional en Abangares. Documento inédito. Proceso de Planeamiento Estratégico, Unidad de Planificación y Evaluación. San José-Costa Rica: Instituto Nacional de Aprendizaje.

Castillo, A. (2006). Industria minera y coligallerismo en Abangares: un análisis desde la perspectiva histórica. Revista Herencia. Vol. (19) No 1, pp. 33-58.

Castillo, R. A. (2009). La guerra del oro: Tierra y minería en Abangares, 1890 - 1930. San José- Costa Rica: Editorial UCR.

Ministerio de Salud (2010). Plan Nacional de Salud 2010 – 2021. Documento inédito. San José-Costa Rica.

Organización Mundial de la Salud. (1995). Estado Físico: uso e interpretación de la antropometría, Informe técnico N°954. Ginebra Suiza: Informe del Comité de expertos de la OMS.

Stewart, W. (967.) *Keith y Costa Rica.* San José- Costa Rica: Editorial Costa Rica.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS COSTARRICENSES: UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO, PARTICIPATIVO E INTERINSTITUCIONAL EN RED

MAYELA AVENDAÑO SALAS[1]

EULILE MA VARGAS VILLALOBOS[2]

Resumen

Desde el marco de referencia de la promoción de la salud y del trabajo interdisciplinario en redes, se presenta una experiencia desarrollada en las universidades públicas costarricenses, que inició en el 2002 con la concepción y puesta en marcha del proyecto "Construcción de Estilos de Vida Saludables en el ámbito universitario" dirigido a la población estudiantil y cuyo devenir continuó en un planteamiento más amplio que ha facilitado la constitución de la Red Costarricense de Universidades Promotoras de la Salud (REDCUPS), suscrita a la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). La participación activa en este movimiento ha facilitado el diseño, el fortalecimiento y la sostenibilidad de políticas y acciones de atención integral de la salud en estas instituciones de educación superior.

CONTEXTO INTERNACIONAL

1 Licenciada en Trabajo Social. Master en Psicología Grupal, mavendansalas@gmail.com

2 Médica Cirujana. Especialista en Medicina Interna y Master Scientiae en Salud Pública, eulilev@gmail.com

la Carta de Ottawa emitida el 21 de noviembre de 1986 en la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, tomó como punto de partida los progresos alcanzados posteriormente a la Declaración de Alma Ata y los "Objetivos de la Salud para Todos". En esta carta se establecieron los componentes fundamentales para la participación activa en la promoción de la salud. A saber:

- La elaboración de una política pública sana
- La creación de ambientes favorables
- El reforzamiento de la acción comunitaria
- El desarrollo de aptitudes personales
- La reorientación de los servicios sanitarios

La llamada para la acción responde a las aspiraciones de los Estados Miembros, refleja la visión de la declaración de Alma Ata y apoya las recomendaciones de la Comisión de los Determinantes Sociales de Salud de la OMS. También reafirma los valores, los principios y las estrategias de acción de promoción de la salud codificados en la Carta de Ottawa y en las conferencias globales y subsecuentes, incluyendo la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado 2005.

Cabe mencionar también otras reflexiones y propuestas en torno a la promoción de la salud. Desde hace varios años y continúa vigente, se ha planteado que:

> *Sectores importantes de la población no han logrado satisfacer las necesidades básicas para garantizar condiciones dignas de vida. Estas complejas y agobiantes desigualdades tanto de tipo económico, ambiental, social, político y cultural, como relativas a cobertura, acceso y calidad en los servicios de*

> *salud tienden a acentuarse en razón de la reducción histórica del gasto social y de las políticas de ajuste. Por tanto, es inaplazable afrontar y resolver estos problemas en la perspectiva de alcanzar la salud para todos. (Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud Promoción de la Salud en América Latina, 1992, p.1)*

Como parte del compromiso con la promoción de la salud, la participación del sector educativo y dentro de este el papel de las universidades es relevante. Por lo que, dentro del movimiento de Ciudades, Lugares de Trabajo y Escuelas Saludables, impulsado por la OMS/OPS, se determina el rol y las responsabilidades universitarias que pueden potenciarse.

La primera Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de la Salud se llevó a cabo en Lacashire, Reino Unido en 1996. En lo que respecta a la región panamericana, la primera Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de la Salud se realizó en Santiago de Chile en noviembre del 2003.

En octubre del 2005, la Universidad de Alberta, Canadá fue el escenario del II Congreso Internacional, coorganizado con la Pontifica Universidad Católica de Chile. De este encuentro surge la Declaración de Edmonton, que definió los esfuerzos, las características y las metas que deben tener las Universidades Promotoras de la Salud.

Según la Carta de Edmonton, la promoción de la salud puede contribuir en gran medida al manejo de los desafíos actuales de desarrollo y equidad.

CONTEXTO INSTITUCIONAL NACIONAL

En el ámbito nacional, tanto el Ministerio de Salud como la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) disponen de varios documentos, tales como: El Plan Institucional CCSS de Promoción de la Salud 2008-2012, el Plan Nacional de Salud 2015, el Plan Nacional

de Salud 2016-2020, entre otros, que han propiciado acciones en el campo de la promoción de la salud, fortaleciendo estrategias como la atención primaria en salud y la incorporación de los determinantes sociales de la salud en su concepción y aplicación.

No es interés de las autoras de este artículo profundizar en las estrategias y ejes de trabajo allí planteados. Solamente destacar que el desarrollo de acciones en promoción de la salud en las universidades estatales es congruente con esos planteamientos.

CONSEJO NACIONAL DE RECTORES DE COSTA RICA (CONARE)

El Consejo Nacional de Rectores (CONARE) fue creado en noviembre de 1977 por la ley 6162 y se le asigna desde sus inicios, funciones de coordinación de la Educación Superior Estatal, involucrando a la Universidad de Costa Rica (UCR), al Instituto Tecnológico de Costa Rica (ITCR), a la Universidad Nacional (UNA), a la Universidad Estatal a Distancia (UNED) y más recientemente a la Universidad Técnica Nacional (UTN). Estas universidades agrupan aproximadamente 70 000 estudiantes y 10 000 funcionarios docentes y administrativos.

La Constitución Política de Costa Rica, determina que las universidades públicas gozarán de autonomía y financiamiento, lo que ha permitido su aporte significativo en la construcción de la sociedad costarricense; ya que, Vargas, E (2013) "las universidades tienen el compromiso y la responsabilidad con el desarrollo social y económico del país. Por lo tanto, las universidades asumieron desde el 2002 un marco estratégico de acción en el Área de Vida Estudiantil, que las comprometió con acciones políticas y programáticas en promoción de la salud, tendientes a favorecer ene sus estudiantes, tanto el logro académico como la formación de profesionales con un desarrollo pleno de sus capacidades como seres humanos en sus dimensiones intelectual, biológica, emocional, espiritual y social". (Vargas, (p.191).

Lo anterior, permite comprender que las universidades tienen un compromiso y una responsabilidad con el desarrollo social y económico del país. En esos términos, la coordinación ínter universitaria estatal es una forma de superar las limitaciones, potenciar los recursos y hacer un frente común a los diferentes problemas que aquejan nuestra sociedad y que no tienen fronteras institucionales.

En el área de Vida Estudiantil del CONARE, la coordinación interinstitucional se entiende como un proceso de concertación, inherente al quehacer académico de las universidades y que busca apoyar y fortalecer la formación integral de los estudiantes.

Es un trabajo cooperativo, con objetivos y metas específicas, que se ha venido gestando desde hace varios años en la Comisión de Vicerrectores de Vida Estudiantil (COMVIVE), con diferentes equipos de trabajo y desarrollando diversos proyectos y acciones, tendientes a contribuir en la formación y el bienestar de las personas estudiantes de cada institución.

En el 2001 la Comisión de Vicerrectores de Vida Estudiantil aprobó el Marco Estratégico de Acción para el Área de Vida Estudiantil en el Consejo Nacional de Rectores. Este marco definió como misión: Regueyra, G. "et al" (2001) "Generar proyectos de coordinación y cooperación que coadyuven en el fortalecimiento cualitativo y cuantitativo de Vida Estudiantil en las instituciones de educación superior estatales costarricenses".

Por lo tanto, las universidades asumieron desde el 2002 un marco estratégico de acción en el Área de la Vida Estudiantil, que las comprometió con acciones políticas y programáticas en promoción de la salud, que apuntan a favorecer en la población estudiantil universitaria, tanto el logro académico, como la formación de profesionales con un desarrollo pleno de sus capacidades como seres humanos en sus dimensiones intelectual, biológica, emocional, espiritual y social.

Desde el concepto de la producción social de la salud, las acciones de protección de la salud son una responsabilidad que debe ser

asumida por: el estado, el gobierno y las personas. Razón por la cual, las universidades estatales deben asumir el compromiso, junto con otras instancias gubernamentales, de generar mediante la capacidad creadora y productiva de la población joven, un futuro social y humano sostenible.

La visión y acciones propuestas en el marco estratégico de vida estudiantil, fundamentaron el quehacer del área a partir del 2002, con la integración de equipos interdisciplinarios e interuniversitarios responsables de diseñar y ejecutar proyectos que promuevan la reflexión, el diagnóstico, la integración de información, la capacitación y la acreditación en cuatro áreas temáticas o programas: Vida Universitaria, Desarrollo Académico, Sistema de Información y Vida Estudiantil en la Acreditación Universitaria.

Por otra parte, la propuesta anterior dinamizó la creación y el fortalecimiento de políticas institucionales para favorecer acciones de atención integral de salud. Es así como la Universidad Nacional formuló una política de Promoción de la Salud, aprobada en el año 2016 y la Universidad de Costa Rica estableció la política del Sistema de Atención Integral de la Salud (SAIS-UCR) en el 2002, actualmente en análisis y revisión. A partir del 2006 las universidades públicas costarricenses se sumaron al Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud.

MARCO DE ACCIÓN DE LAS UNIVERSIDADES ESTATALES COSTARRICENSES

Las universidades públicas han desarrollado en el ámbito académico múltiples esfuerzos para posicionar la promoción de la salud en la administración, la vida estudiantil, la docencia, la investigación y la acción social.

De esta manera, se brindan programas de atención integral de salud para las comunidades, con énfasis en aquellas más vulnerables desde el punto de vista socio económico, extensión y participación social, dedicadas a diferentes actividades y proyectos multidisciplinarios,

programas de liderazgo estudiantil, carreras de grado y posgrado en promoción de la salud y posgrados en diversos temas de la salud pública. Así como, en las mallas curriculares de diversas carreras se incorporan temáticas de salud pública.

También se han llevado a cabo estrategias para involucrar tanto a profesores como a administrativos en la gestión de la salud: el auto cuidado y la generación de iniciativas para sensibilizar y comprometer paulatinamente a las personas integrantes de las comunidades universitarias en sus entornos laborales.

En el ámbito de la vida universitaria las vicerrectorías de vida estudiantil han desarrollado programas, proyectos y estrategias para aportar al bienestar integral de la población estudiantil mediante oportunidades de becas, beneficios y servicios. De igual manera ha existido un aporte significativo en la construcción de ambientes físicos, ambientales y sociales saludables.

La capacidad instalada de los servicios de salud en las universidades, junto con un contingente de profesionales de diversas disciplinas ha favorecido el desarrollo de acciones en promoción y prevención de la salud.

Desde un inicio los objetivos del trabajo conjunto se orientaron, a la conformación de una red interuniversitaria estatal, interdisciplinaria, de profesionales de las áreas de vida estudiantil con alto nivel de convencimiento y formación en el ideario del proyecto. Otro elemento fundamental fue la apertura de espacios de participación estudiantil, que permitieran desde el enfoque de la promoción de la salud, identificar sus necesidades sentidas y las respectivas estrategias de intervención, para el logro de ambientes universitarios saludables.

Durante este proceso las universidades públicas costarricenses han realizado un esfuerzo para tratar de incorporar en sus políticas, en los planes estratégicos y operativos y en sus estructuras organizativas, las condiciones necesarias para impulsar el movimiento de universitarias promotoras de la salud.

Para darle sostenibilidad a este esfuerzo, las coordinaciones de la red han realizado acciones constantes para movilizar a las personas tomadoras de decisiones: rectores, consejos universitarios, decanos, directores de unidades académicas y administrativas, entre otros, para el cumplimiento de los planes de acción de las políticas que favorezcan la promoción de la salud universitaria.

PROCESO DE INTEGRACIÓN DEL EQUIPO, FORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Es importante destacar que el proceso de conformación del equipo de trabajo fue desde sus inicios un proceso colaborativo, sin embargo, sus integrantes enfrentan uno de los mayores retos para trabajar en conjunto, ya que de manera inesperada la Comisión de Vicerrectores de Vida estudiantil (COMVIVE), convoca a varios funcionarios y funcionarias que laboran en las Áreas de Vida Estudiantil de las cuatro universidades estatales y algunos además tenían años de ser parte de otras comisiones de CONARE. Lo anterior surge como parte de un reordenamiento de los procesos y comisiones de trabajo del CONARE, anteriores al 2002.

El equipo de trabajo arranca formulando el proyecto "Construcción de Estilos de Vida Saludables en el Ámbito Universitario". Debido a la cantidad de personas funcionarias asignadas al proyecto, se estableció un mecanismo de trabajo que facilitara su ejecución y avance. Se establece una coordinación general del proyecto que implica rotación anual por universidad de acuerdo con la presidencia del CONARE.

Además, se definió el denominado Grupo Base integrado por un funcionario titular coordinador y un suplente por universidad, así como un representante titular de los equipos por regiones. Se denominó Grupo Ampliado al que integraban varios profesionales de diversas disciplinas, mayoritariamente de las áreas de Vida Estudiantil. Esta organización permitió integrar a todas las sedes y recintos universitarios, favoreciendo la equidad en las acciones realizadas y una mejor comunicación.

Para ejecutar las acciones derivadas del proyecto, que se generaban a partir del grupo base y del grupo ampliado, se estableció una división geográfica por regiones, a mencionar: Chorotega, Central, Noroccidente, Atlántico y Sur, logrando una cobertura del proyecto en todas las regiones del país donde las universidades estatales, cuentan con sedes, subsedes, centros o recintos. El funcionamiento inicial estuvo marcado por un trabajo de cooperación con algunas dificultades en principio para integrarse, debido en parte, al reto que representaba deconstruir un estilo de trabajo durante los años previos.

El equipo coordinador realizó un esfuerzo de cohesión y sobre todo de puesta en común de una base conceptual que facilitara la articulación de un equipo interdisciplinario diverso tanto en saberes como en quehaceres. Este logro fue gracias al compromiso generado, a la identificación con los objetivos del proyecto y a los procesos de formación en promoción de la salud que se realizaron.

Las disciplinas que integraron los equipos de trabajo fueron en principio: medicina, trabajo social, enfermería, orientación, psicología, arte, deporte, recreación y educación. Se propiciaron espacios de participación para la elaboración del plan estratégico y planes operativos anuales con los objetivos, estrategias y metas claras.

También se establecieron ejes temáticos de trabajo, basados en una primera aproximación diagnóstica de la situación de salud de las personas estudiantes universitarias, con base en una metodología participativa y cualitativa.

Esta dinámica de trabajo se expandió a los equipos interdisciplinarios de todas las regiones del país de manera que se logra el desarrollo de las estrategias con la población estudiantil en los diferentes campus universitarios.

Desde el principio, el trabajo en red facilitó que se lograra identificar la importancia de contactar al liderazgo de una iniciativa que empezó en 1997 con las universidades latinoamericanas y se dinamiza a partir del 2003 con la conformación y organización de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud. (RIUPS).

Es así como en el 2009 se plantea un acercamiento a la organización de la red mencionada y se da un proceso de acompañamiento para que, a partir del 2011 se establezca formalmente la Red Costarricense de Universidades Promotoras de la Salud (REDCUPS).

Como lo mencionan Arroyo y Gallardo, citando a Suárez-Guerrero y Muñoz Montero la definición de trabajo en red se refiere a, Suárez-Guerrero, C., Muñoz, J.L. (2017) "colaborar de forma sistemática, coordinada y complementaria, tejiendo relaciones y complicidades en espacios comunes, abiertos y diversificados, para lograr esos fines a partir de actuaciones concretas. Se inspira en el aprendizaje mutuo y colectivo, mediante la reflexión crítica y la autoevaluación, pero también en el crear y gestionar conocimiento operando conjuntamente". Las redes son también espacios de comunicación, coordinación y gestión concertada que operan en torno a metas comunes.

De esta forma se consolida el trabajo de la REDCUPS, como un proceso dinámico, en constante transformación y construcción, que se enriquece desde las relaciones y vínculos internos, pero también desde la complejidad de las instituciones que la conforman y sus estructuras organizativas. Este es uno de los aspectos que ha requerido mayor esfuerzo, al reconocer la diversidad de cada una de las universidades públicas costarricenses, agrupadas desde el Consejo Nacional de Rectores y dependientes de la Comisión de Vicerrectores de Vida Estudiantil.

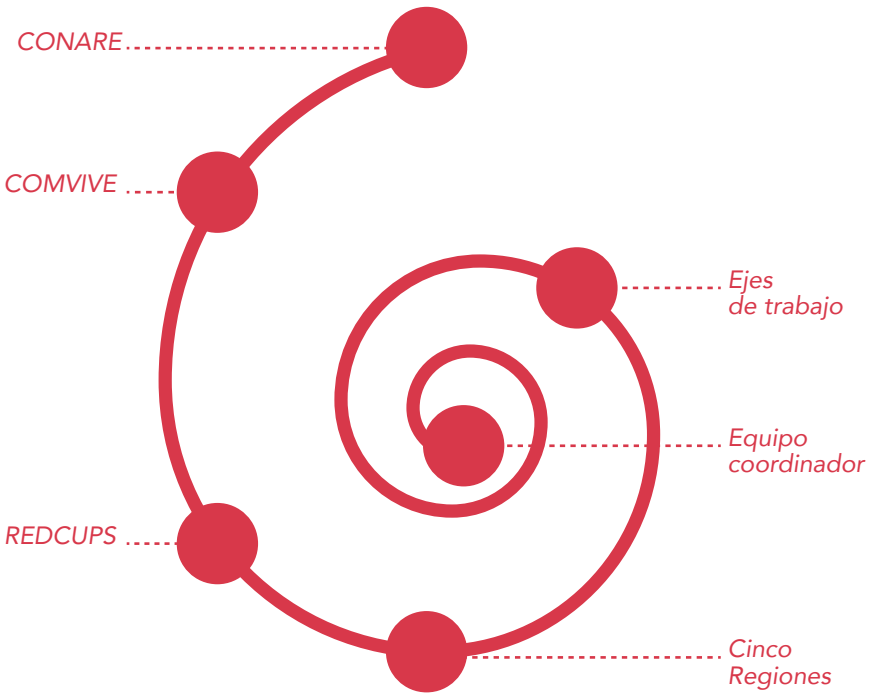
Por lo tanto, existe un marco organizativo, marcado por relaciones verticales, que logran ser un soporte fundamental para contener y resguardar el trabajo en red, pero a la vez impide que fluya como un ente de interacción social, abierto, autónomo, marcado por relaciones horizontales, donde el cumplimiento de su trabajo y por su naturaleza, tenga que ver más con procesos de trabajo en equipo, sinergia, participación comprometida y sentido de pertenencia, que permita el abordaje y logro de los objetivos comunes.

Durante estos años de trabajo, los equipos han fluctuado en diferentes procesos. A partir de la reflexión permanente, la evaluación y pertinencia de su quehacer, se han permitido como un ecosistema, tener vida propia, adaptarse a los cambios, marcados

por la entrada y salida de sus integrantes, cambios de autoridades institucionales, cambios de políticas y lineamientos de trabajo. Se da un esfuerzo constante de innovación, transformación y motivación para continuar con un trabajo que impone la toma de decisiones, que marquen el rumbo de la red e inspiren tanto el aprendizaje mutuo, el logro común, así como el desarrollo de liderazgo para el posicionamiento de los fundamentos, fines, valores e ideales del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud.

En una representación gráfica podríamos simbolizar la organización del equipo dentro de la estructura institucional de la siguiente forma:

FIGURA 1
Estructura Organizativa de la red costarricense de Universidades Promotora de la Salud



Fuente: Elaboración propia.

PERFIL DE LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL

La REDCUPS, orienta sus acciones de manera prioritaria a la población estudiantil de las cinco universidades estatales. En su mayoría esta población se encuentra en una etapa de adultez joven en la que se enfrentan a cambios constantes y significativos. Es la etapa de la vida donde se da el fortalecimiento de la identidad de las personas, en cuanto al nivel de responsabilidades que deben asumir, la afirmación de su autonomía y definición de su proyecto de vida.

El proceso de transición de la formación secundaria, a la educación superior, marca un momento significativo en la construcción de la identidad de los jóvenes a nivel personal y en el contexto universitario, así como las relaciones interpersonales que establecen y el logro del proyecto académico. La adaptación a la vida universitaria es fundamental para responder de manera exitosa a las exigencias de la formación académica y a los retos que enfrentan a nivel interpersonal.

Otro factor relevante para esta población es la madurez a nivel psicológico y social, para enfrentar los riesgos.

> *Ante una realidad nacional documentada que indica que, las principales causas de morbimortalidad están estrechamente relacionadas a estilos de vida poco saludables, la investigación realizada por la REDCUPS, denominada: "Diagnóstico de estilos de vida en la población de primer ingreso de las universidades estatales" corrobora que nuestra población estudiantil no escapa a esta realidad y, enfrenta una serie de factores de riesgo y vulnerabilidad (sedentarismo, inadecuada alimentación, manejo inadecuado del conflicto, entre otros). Además, cuentan con escasas herramientas que les permitan una adecuada respuesta ante las demandas del contexto. Con este panorama, la REDCUPS ha considerado desarrollar de manera permanente y sistemática, estrategias que aporten a la adopción de mejores estilos de vida, al fortalecer los aspectos salutogénicos y los entornos saludables". (Aguilar, Avendaño, Bonilla Echeverria, 2016, p.10)*

En el diagnóstico realizado a estudiantes de nuevo ingreso en el 2011, que se encontraban matriculados en una de las siguientes universidades públicas costarricenses, a saber, Universidad Nacional, Universidad Estatal a Distancia o Instituto Tecnológico de Costa Rica, se logró entrevistar al 82% de la población en estudio (7868 estudiantes), cuyas características socio demográficas fueron: un 53,4 % eran mujeres y un 46,6% hombres, 57,7 tenían edades comprendidas entre los 17 a los 19 años, un 74,6% no trabajaban. Respecto al nivel socioeconómico el 25,5% tenía un nivel bajo, el 46,2% medio y un 28,3 alto. El 26,9% provenían de zona rural y el 56,0% de zona urbana.

Entre los hallazgos más significativos presentados en la ponencia "Estilos de vida en estudiantes universitarios de primer ingreso en Costa Rica. 2011", presentada por Avendaño y Trejos (3) en el V Congreso de Universidades Promotoras de la Salud, se encuentran:

- Los trastornos alimentarios, la realización de actividad física, el consumo de drogas ilícitas, el tiempo de sueño, los estados depresivos, la ansiedad y el estrés, muestran un comportamiento diferenciado entre hombres y mujeres.

- Respecto a las drogas lícitas se reportan bajos los niveles de consumo de alcohol y cigarro.

- Marihuana es la droga ilícita que más se consume. Las restantes drogas como cocaína, crack y otras han sido consumido al menos una vez, por menos del 2% de la población estudiantil.

- La mayor incidencia de enfermedades son los trastornos digestivos, 36% lo establece así. Otras enfermedades de alta incidencia son altos niveles de estrés, alteraciones del sueño, asma y estados de ansiedad frecuentes.

- El nivel socioeconómico se presenta asociado al tiempo de sueño, las prácticas alimentarias y a la presencia diabetes.

Se puntualiza que los hallazgos más significativos se asocian a:

- Áreas con mayor fortaleza: las relaciones interpersonales, el concepto de sí mismo, la satisfacción con la vida y el tiempo libre del que disponen, los hábitos de sueño y las redes de apoyo.

- Áreas prioritarias de intervención: Movimiento humano, sexualidad integral y alimentación saludable.

Los resultados del estudio, así como los diagnósticos cualitativos realizados por la red, han dejado en evidencia que las personas estudiantes universitarias poseen un concepto amplio e integral respecto a los aspectos que inciden en la salud, pero sus prácticas y hábitos de vida atentan contra ella. La vida universitaria y las exigencias que implica, es señalada como un factor de riesgo, debido al inadecuado manejo del estrés, inadecuados hábitos de alimentación y sueño y sedentarismo, entre otros. Por lo anterior, se considera que los factores relacionados con el tipo de alimentación, actividad física y la recreación, el consumo de alcohol, drogas y tabaco, la vivencia de la sexualidad humana, el desarrollo humano y la salud mental, entre otros, deben destacarse como elementos fundamentales a trabajar para el logro de una mejor calidad de vida en el ámbito universitario, con proyección al ámbito familiar y laboral.

EJES TEMÁTICOS

En concordancia con los hallazgos en los estudios realizados y desde la práctica profesional de las Vicerrectorías de Vida Estudiantil de las universidades, se ha definido el abordaje imprescindible de temas vinculados con la educación para la salud, la defensa de la salud como un derecho, el desarrollo de habilidades para la vida, el fortalecimiento del bienestar integral desde el enfoque de la psicología positiva entre otros; teniendo claro que la salud se construye en los espacios de convivencia cotidiana. Por lo tanto, las personas que estudian o trabajan e integran las comunidades universitarias deben ser parte fundamental de este esfuerzo. La red ha priorizado su trabajo hacia la población estudiantil universitaria, considerando a los jóvenes protagonistas del proceso.

Una de sus estrategias más potentes, es la conformación de grupos de líderes estudiantiles en promoción de la salud, desde una visión de trabajo con pares, es decir jóvenes sensibilizados y capacitados en temas vinculados a la promoción de la salud y al desarrollo de habilidades y destrezas para que actúen como agentes multiplicadores, realizando procesos sistemáticos de intervención.

Los líderes se convierten en protagonistas de los procesos que se desarrollan a lo interno de las universidades para fortalecer a las instituciones como universidades promotoras de la salud. Además, se cuenta con proyectos, programas y actividades que ejecutan las y los profesionales de las vicerrectorías de vida estudiantil para grupos específicos de poblaciones estudiantiles fundamentados en los siguientes ejes temáticos:

TABLA 1
Ejes temáticos

EJES TEMÁTICOS	DESCRIPCIÓN
RECREACIÓN **Eje Transversal**	Uso positivo del tiempo libre y disfrute del ocio mediante el movimiento humano, actividad física, actividades lúdicas y recreativas.
SEXUALIDAD INTEGRAL	Mediante el enfoque de derechos humanos, la vivencia de una sexualidad: sana, segura y Satisfactoria, desde el abordaje aspectos socioculturales, afectivos, psicológicos, sociales y biológicos.
ALIMENTACIÓN SALUDABLE	Fomento de la alimentación saludable, mediante el aumento del consumo de frutas y vegetales, tiempos de comidas, lectura de etiquetas, reducción del consumo de alimentos procesados considerando la cantidad de azúcar y grasas, elaboración de recetas saludables y rápidas y oferta de alimentos en sodas universitarias, selección de los alimentos a consumir.
FORTALECIMIENTO HUMANO	Habilidades para la vida: empatía, toma de decisiones, comunicación efectiva, pensamiento creativo/crítico, gestión de las emociones, manejo del estrés. Bienestar integral desde el enfoque de la psicología positiva: Emoción positiva, compromiso, gratitud, generosidad sentido, relaciones positivas, logro, entre otros.
SALUD BUCODENTAL	Educación en: salud bucodental, uso del hilo dental, cepillado, higiene bucodental. Desarrollo de estrategias orientadas al mantenimiento de la salud bucodental de las poblaciones estudiantiles universitarias.
LIDERAZGOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD	Integración de grupos de líderes estudiantiles. Agentes multiplicadores y de cambio. Proceso de formación

Fuente: Elaboración propia.

ETAPAS DEL PROCESO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS UNIVERSIDADES ESTATALES

Para una mejor comprensión de las acciones realizadas desde el inicio del proyecto a la fecha, se describen a continuación las etapas del proceso vivido desde el 2002 y hasta la puesta en marcha de la REDCUPS, formalmente suscrita a partir del 2011. Se utiliza el término etapa por razones didácticas, en el entendido que no existe la finalización en el tiempo de cada una de ellas, sino que hay un continuum en los procesos.

FIGURA 2
Etapas del proceso de la Red Costarricense de Universidades Promotoras de la Salud (REDCUPS)

FASES

I	II	III	IV	V	VI	VII
2002-2006	**2007**	**5 REGIONES DE TRABAJO**	**RIUPS**	**RIUPS**	**SE POSICIONA EL MOVIMIENTO**	**X**
-Se elaboró un plan estratégico. *-Diagnóstico cualitativo.* *-Conformación del eje de Sexualidad Integral y como eje transversal la recreación*	*Se consolida el eje de:* *-Fortalecimiento humano* *-Alimentación Saludable* *-Liderazgo en Promoción de la Salud.*	*-Región Chorotega* *-Región Atlántica* *-Región Nor Occidental* *-Región Central* *-Región Brunca*	*-Congresos* *-Movimientos de Universidades Promotoras de la Salud* *-Diagnóstico estudiantil*	*-Diagnóstico estudiantil* *- V Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en Costa Rica*	*-Red Costarricense de Universidades Promotoras de la Salud* *-Capacitamos en los determinantes sociales* *-Ejecutan acciones político-estrategias en cada universidad*	*-Se fortalece el trabajo interno de cada universidad* *-Eventos masivos de impacto* *-Participación estudiantil protagonista*

Fuente: Red Costarricense de Universidades Promotoras de la Salud (REDCUPS).

TABLA 2
Etapas según las principales acciones de trabajo
de la Red Costarricense de Universidades Promotoras de la Salud (REDCUPS)

ETAPAS	ÉNFASIS DE SU ACCIONAR
I	Diagnóstico cualitativo con la población estudiantil, mediante una metodología participativa para la construcción del concepto de salud, la identificación de actitudes y prácticas saludables y el reconocimiento de factores de riesgo y de factores protectores de la salud. Se determina que los factores relacionados con la sexualidad integral, el consumo de sustancias adictivas, la alimentación saludable, la recreación y la espiritualidad son elementos fundamentales a trabajar.
II	Elaboración del Plan Estratégico 2004-2006. Se definen los lineamientos para el desarrollo de las estrategias de intervención con la población estudiantil. Capacitación de los integrantes de la red, en los ejes temáticos, priorizando el eje de sexualidad integral.
III	Se fortalece el proceso de organización por regiones y por ejes temáticos. La red valida la metodología de intervención participativa, lúdica, con trabajo de pares utilizando el arte, el movimiento humano y la recreación para propiciar la reflexión y educación para la salud. Formación de líderes estudiantiles capacitados y comprometidos en Promoción de la Salud, con el propósito de que se desempeñen como facilitadores y multiplicadores con sus pares, desde un concepto de "jóvenes trabajando con jóvenes".
IV	Consolidación de metodologías de intervención en cada uno de los ejes; ejecución de tres campañas masivas en los temas de: Sexualidad sana, segura y satisfactoria: "tu sexualidad habla de vos… hablá vos de tu sexualidad" Alimentación saludable denominada "Mmmm….saludable" con el lema "llénate de colores, llénate de salud" que propicia el consumo de frutas y vegetales en su alimentación diaria. Habilidades para la vida en la prevención de adicciones denominada "y vos a que te enfrentás". Estas campañas se desarrollaron por medio de: teatro-foros, convivios, conversatorios, talleres, material impreso y audiovisual, entre otros. Las áreas de vida estudiantil de las distintas universidades logran vincular a su quehacer el trabajo impulsado por la red. Se establecen vínculos con la academia para introducir en las mallas curriculares contenidos temáticos afines, bajo la modalidad de: Seminarios de Realidad Nacional, Trabajo Comunal Universitario, Repertorios, entre otros. A partir del 2007 el proyecto logra establecer vínculos a nivel internacional con Universidades que están abordando temas relacionados con la salud integral.

V	Se caracteriza por el impulso al movimiento de Universidades Públicas Costarricenses Promotoras de la Salud. En el año 2009 se participa en el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en España, ahí se selecciona a Costa Rica de manera unánime como sede del V Congreso de Universidades Promotoras de la Salud. Formalizamos la integración a la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). En junio del 2011 se llevó a cabo en Costa Rica, el precongreso de Universidades Promotoras de la Salud "Hacia la construcción de los cimientos de Universidades Promotoras de la Salud", con el fin de motivar la participación nacional y éxito del Congreso. En octubre del 2011 se lleva a cabo en Costa Rica el I Congreso Nacional y V Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud, con la participación de más de cuatrocientos congresistas representantes de trece países iberoamericanos y una destacada participación estudiantil, con ciento sesenta y un ponencias de alto contenido científico. Desarrollo de una estrategia de investigación diagnóstica acerca de los estilos de vida de los estudiantes de primer ingreso de las cuatro universidades estatales, con una muestra cercana a los ocho mil estudiantes.
VI	Se formaliza la Red Costarricense de Universidades Promotoras de la Salud (REDCUPS), con el aval de COMVIVE, lo que implica un mayor involucramiento de las comunidades universitarias, donde se espera que todos los actores sean parte activa del proceso de construcción de una Universidad Promotora de la Salud
VII	Representantes y estudiantes de la Red Costarricense de Universidades Promotoras de la Salud, han participado en los siguientes congresos de la RIUPS: VI, VII, VIII, IX Congresos de Universidades Promotoras de la Salud. Se destaca la incorporación y participación activa de estudiantes y funcionarios, exponiendo sus experiencias de vida universitaria y dando evidencia del trabajo que se ejecuta en Costa Rica. Fortalecimiento del marco conceptual operativo, incorporando el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud (DTSS) por medio de un proceso de capacitación para los miembros de la Red, logrando un Diplomado del Colegio de las Américas (COLAM). A partir de lo anterior, se desarrolla un proceso de socialización de los conceptos de los DTSS en los diferentes campus universitarios.

Fuente: Elaboración propia.

DESAFÍOS DEL TRABAJO DE LA RED COSTARRICENSE DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD (REDCUPS)

Lograr que las cinco universidades estatales visualicen el trabajo de la REDCUPS como una oportunidad para integrar y coordinar los esfuerzos de todos los niveles, sectores y actores implicados en la promoción de la salud. Es necesario visibilizar el trabajo en red como un factor que potencia, el intercambio de experiencias, la participación e involucramiento de las comunidades universitarias para liderar e impulsar conocimientos, habilidades, capacidades para asumir la salud desde una visión transdiciplinaria, que aporte al bienestar integral y a la construcción de entornos saludables. Es imperativo dar sostenibilidad al trabajo que impulsa la red, creando las condiciones políticas, estructurales y organizativas necesarias, que permitan dar visibilidad y permanencia desde un marco conceptual y operativo de la Promoción de la Salud a nivel institucional. Además, reconocer el efecto multiplicador en el mejoramiento de los estilos, modos y condiciones de vida en el ámbito educativo, laboral, familiar y social, como un aporte significativo a la sociedad costarricense, al contribuir con el compromiso social de las universidades.

En el ámbito de las políticas institucionales, de los planes estratégicos y académicos, es necesario que todas las universidades que integran la red se sintonicen con la promoción de la salud. De manera que sus lineamientos y marcos operativos con este enfoque, se articulen y permean las instancias y sectores universitarios, más allá de las áreas de Vida Estudiantil.

Los elementos fundamentales, conceptuales y filosóficos de la promoción de la salud deben trascender y convertirse en un eje sustantivo del quehacer universitario. Esta es una tarea impostergable de todas las áreas académicas universitarias, y no solo de las áreas tradicionales de la salud.

Trascender en las comunidades universitarias el concepto de salud desde una perspectiva biomédica hacia uno más amplio e integral.

Las mallas curriculares de todas las carreras universitarias deberían incorporar la promoción de la salud como movilizadora de un cambio en la formación de profesionales, que facilite la construcción de un modelo de salud en el país que apueste prioritariamente a la salutogénesis y no a la atención de la enfermedad.

Mantener la participación activa de la población estudiantil como piedra angular del trabajo en red y del involucramiento de las comunidades universitarias. Es necesario comprometernos para impulsar el liderazgo estudiantil en promoción de la salud, aportando al desarrollo de capacidades de servicio que fortalezcan el sentido de vida, el optimismo, la generosidad, la gratitud, la comunicación asertiva, la empatía, el pensamiento crítico, la creatividad entre otras fortalezas de carácter y habilidades para la vida. Impulsar el trabajo de pares, que permite, desde ellos mismos aportar a la educación para la salud, partiendo de sus mismas formas de lograr el aprendizaje y la reflexión, con mayor receptividad. El paso por la universidad deberá ser una oportunidad para que los jóvenes, adopten estilos de vida saludables, incorporando cambios en los comportamientos, en las formas de vida y de relacionarse de las personas, asumiendo un mayor control sobre su salud y comprometiéndose con su bienestar.

Por último, es necesario realizar una estrategia de divulgación y comunicación que visibilice de manera más contundente el aporte de las universidades estatales a la salud pública del país, especialmente en el campo de la promoción de la salud.

Se convierte en un reto, replicar con las correspondientes adaptaciones, en los grupos estudiantiles de la comunidad nacional las estrategias de intervención exitosas que se han desarrollado con las personas estudiantes desde la Red Costarricense de Universidades Promotoras de la Salud.

REFERENCIAS

Aguilar, S., & Avendaño, M., Bonilla, M., Echeverria, J. (2018). Guía para Universidades Costarricenses Promotoras de la Salud. Grafiti digital S.A.

Arguedas, G,. Arias, J,. Hidalgo, A,. Jiménez, J,. & Regueyra, G,. (2001). Marco estratégico de acción para el Área de Vida Estudiantil en el Consejo Nacional de Rectores (CONARE), https://repositorio.conare.ac.cr/handle/20.500.12337/30

Arroyo, H. (2013). El Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud: Conceptuación y Práctica. Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

Arroyo, H., & Gallardo, C. [Promoción de la salud en la región de las américas]. El Trabajo Colaborativo y en Red en la Promoción de la Salud. (s.f.). Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=JrSxh9hsGrI

Avendaño, M., & Trejos, C. (octubre, 2011). Estilos de Vida de Estudiantes Universitarios de Primer Ingreso. [Ponencia] V Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud, San José, Costa Rica.

Avendaño, M., & Vargas, E. (agosto 2009). Programa Construcción de Estilos de Vida Saludables en el ámbito universitario público costarricense. San José Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (s.f.) El Plan Institucional Promoción de la Salud 2008-2012. https://www.binasss.sa.cr/

Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior. (2005). https://docplayer.es/48899952-Carta-de-edmonton-para-universidades-promotoras-de-la-salud-e-instituciones-de-educacion-superior.html

Consejo Nacional de Rectores. (2002-2012). Informes Anuales de Labores. Área de Vida Estudiantil. https://repositorio.conare.ac.cr/handle/20.500.12337/30

Constitución Política de Costa Rica. [Const]. (Costa Rica).

Declaración de Bogotá Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina, Santa Fé de Bogotá. Noviembre de 1992. (1992). https://es.scribd.com/doc/120874827/1992-OPS-DECLARACION-DE-BOGOTA-CONFERENCIA-INTERNACIONAL-DE-PROMOCION-DE-LA-SALUD-EN-AMERICA-LATINA.

Declaración de Costa Rica Universidades Promotoras de la Salud. V Congreso de Universidades Promotoras de la Salud. Costa Rica. (2011). https://www.paho.org/en

Ministerio de Salud Costa Rica. (2016). Plan Nacional de Salud 2016-2020. https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/politicas-planes-estrategias#

Ortiz, J. (2015). Plan Nacional de Salud. Ministerio de Salud Costa Rica. https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/politicas-planes-estrategias

Quesada, C., & Salazar, M. (2011). Diagnóstico de Estilos de Vida de Estudiantes Universitarios de Primer Ingreso, 2011. Costa Rica.

Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. (2005). Carta de Bangkok. Tailandia. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

Suarez-Guerrero, C., & Muñoz, J. (2017). El trabajo en red y la cooperación como elementos para la mejora escolar. Revista de Psicología Educativa, Propósitos y Representaciones, volumen 5. https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/150/382

Vargas, E. (2013). Red de Universidades Saludables: compartiendo el avance de la Promoción de la Salud en las universidades públicas de Costa Rica. copulador Arroyo, H. 2013. El Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud: Conceptuación y Práctica. Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

7th Global Conference on Health Promotion. (2009). World Health Organization. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference

REPRESENTACIONES SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD DEL PERSONAL DOCENTE: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA CARRERA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

MARÍA NIELSSEN ROJAS-MUÑOZ[1]

GÓMEZ-DUARTE INGRID[2]

FALLAS-VALENCIA IVANNIA[3]

Esta propuesta surge a partir del proyecto de docencia (PID SA-805-2015) *"Hacia una conceptualización actualizada de la Promoción de la Salud"*, inscrito durante el período 2014-2016, ante la Vicerrectoría de Docencia de la Universidad de Costa Rica como resultado de un proceso reflexivo del personal docente de la Escuela de Salud Pública".

Se planteó: *identificar las nociones, conocimientos y prácticas sobre salud, enfermedad, salud pública y promoción de la salud, desde la experiencia de las acciones desarrolladas por el personal docente de la ESP-UCR*, para el *Bachillerato y Licenciatura en Promoción de la Salud*, primer proyecto de grado de esta Unidad Académica que inicia en el año 2007.

Esta carrera, fue configurada en el marco de una visión compleja y sistémica del currículo, y en el desarrollo de proyectos formativos, motivo por el cual se cuenta con personal docente multidisciplinar

en cuanto a formación, especialización y disciplinas base, de allí la pertinencia de realizar este estudio.

El presente contrasta los hallazgos obtenidos desde un parámetro tanto conceptual como analítico, y reúne las principales reflexiones generadas para el constructo salud. Con la pretensión de favorecer análisis crítico, reflexión, cuestionamientos y discusión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio de carácter cualitativo, descriptivo; dirigido a indagar las formas en que las personas docentes participantes entienden y aplican la salud y la promoción de la salud desde su mediación docente universitaria, desde su experiencia, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (Hernández, Collado y Baptista, 2014), las fuentes de información fueron los mismos docentes. Se desarrollaron cinco conversatorios con la participación de 29 docentes de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. Se aplicó una guía de preguntas y el manejo de los conversatorios, se realizó previo consentimiento del personal docente. Posteriormente, se transcribieron las conversaciones, se codificó mediante unidades de sentido y realizó un análisis cualitativo por reducción y agrupación de categorías por familias; finalmente se elaboró un proceso de categorización y de cuadros resumen para el análisis de la información.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las nociones, conocimientos y prácticas sobre salud generadas a partir de las acciones reflexivas del personal docente de la Escuela de Salud Pública se enmarcan en seis categorías: la salud entendida desde la ausencia de enfermedad, Modelo dominante "biomédico" explicativo de la salud, la salud como un proceso, la salud como un derecho humano y la salud y sus determinantes.

A continuación, se describen cada una de estas categorías y los discursos que expuso el personal docente participante.

1 Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica (Costa Rica), marianielssen.rojas@ucr.ac.cr

2 Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica (Costa Rica), ingrid.gomez@ucr.ac.cr

3 Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica (Costa Rica), ivannia.fallasvalencia@ucr.ac.cr

1. LA SALUD ENTENDIDA DESDE LA AUSENCIA DE LA ENFERMEDAD

El personal docente participante plantea que la salud está asociada al concepto de bienestar. Desde esta perspectiva, la salud tiene un significado que va más allá de una interpretación de naturaleza física, es decir, consideran que incluye las emociones, los sentimientos y los pensamientos, aspectos que son inherentes al ser humano.

A pesar de que la salud va más allá de aspectos biológicos, según las opiniones emitidas del personal participante, la salud es entendida cotidianamente por la mayoría de las personas como un aspecto circunscrito a la parte física, mientras que ellos, se han logrado distanciar de este posicionamiento tradicional y manifiestan una concepción que integra aspectos no sólo referidos al campo biológico sino, a componentes intangibles como lo abstracto, lo social, lo espiritual y lo psicológico.

En este sentido, la salud desde épocas antiguas ha estado ligada de manera indisoluble a la enfermedad, es decir, plantea una dualidad y a la vez fuerzas opuestas que buscan el equilibrio, remitido a aspectos corporales. No obstante, esta definición de salud tiene implicaciones en los discursos de las personas debido a que se asocia al bienestar individual desde una salud positiva y la salud negativa relacionada con la enfermedad.

Cabe señalar, como lo indica San Martín (1981) citado por Gavidia y Talavera (2012) "el concepto de la salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. La idea que tiene la gente de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan" (2012, pág.162).

Por su parte, el personal docente participante en el estudio, señala que para que las otras personas logren también este distanciamiento en relación con la salud -entendida no solamente como un aspecto físico-, los docentes expresan que las personas deben "empoderarse del tema de salud", tomando en consideración que la salud tiene

múltiples condicionantes. Las siguientes opiniones, son ejemplos de este posicionamiento:

> *"yo creo que ahí hay un concepto de peso que reúne esto, que es el concepto de bienestar, porque el concepto de bienestar incluye lo que somos, que somos seres biopsicosociales, entonces ahí entra toda la parte de emotividad, sentimientos y demás, entonces la parte física que es lo que todo mundo ve como salud o lo que generalmente de forma tradicional se ha promovido como que salud no es estar enfermo." (1PCSM)*

> *"La comunidad se tiene que empoderar del tema de salud y todos sus determinantes, con todos sus condicionantes, con todos sus problemas y todo, para ver la salud como un derecho, pero si los actores que están ahí no mueven algo, pasa como esta comunidad, todo mundo se enferma." (3PCIM)*

Sin embargo, y pese a este distanciamiento de la salud entendida más allá de los aspectos físicos, los (as) docentes realizan un ejercicio de conceptualización dentro de un pensamiento dicotómico: lo físico, lo biológico y lo concreto en contraposición con lo espiritual, lo mental, lo social y lo abstracto. A continuación, se expone un reflejo de este señalamiento:

> *"Yo quería poner una cosa adicional que se me estaba ocurriendo, pero por ejemplo la salud puede ser además de un concepto muy concreto puede manejarse como un concepto muy abstracto, que tiene que ver con muchas cosas, puede manejarse como si salieran rayos de aquí en diferentes direcciones." (3PCSE)*

Por consiguiente, esto se evidencia cuando los (as) docentes al hablar de salud hacen referencia a la enfermedad y la definen desde un marco de referencia biopsicosocial, el cual muestra la naturaleza dicotómica entre lo concreto (biológico) y lo intangible (lo psicosocial).

Desde esta perspectiva, cabe señalar que a lo largo de la historia la salud ha sido entendida como la "ausencia de enfermedad", es decir ha estado ligada al funcionamiento corporal, desde una configuración individual y la condición de bienestar queda circunscrito a la dicotomía salud-enfermedad, esto debido a que remite a un significado dirigido a la dimensión individual, relacionando a la salud como un continuo, es por ello que las personas tienen un nivel o grado de salud. Es decir, la salud está ubicada en un extremo y la enfermedad en el otro extremo y dependiendo desde donde se mire o posicione la persona, va a estar sana o enferma.

Es fundamental tomar en cuenta que tradicionalmente el concepto de salud se ha circunscrito a lo opuesto de la enfermedad, sin embargo, en el devenir del tiempo se ha "tratado" de ir más allá del funcionamiento corporal y configurar una nueva visión de la salud con determinadas características y su propia naturaleza. No obstante, siguen en vigencia y prevalecen concepciones relacionadas a la enfermedad de las personas. (Gavidia y Talavera, 2012, pág. 173).

2. MODELO DOMINANTE "BIOMÉDICO" EXPLICATIVO DE LA SALUD

Los (as) docentes participantes entienden que la salud no es sólo la "ausencia de enfermedad". Por el contrario, la salud es entendida más allá de la enfermedad, es un posicionamiento del cual consideran se han distanciado. Asimismo, reconocen la enfermedad como un aspecto negativo, por lo tanto, este distanciamiento también implica entender la salud como un aspecto positivo.

Igualmente, consideran que hay un modelo dominante explicativo de salud: "el modelo clínico o biomédico", en donde la salud se encuentra íntimamente relacionada con la enfermedad, es decir, es un modelo en el cual predomina el tratamiento de la enfermedad como medio para ganar la salud.

Un ejemplo de esto es el siguiente:

> *(…) el modelo biomédico está exclusivamente dirigido a tratar la enfermedad. (2PCSAW)*

El modelo biomédico se fundamenta en lo que se refiere a "la integración de hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los descubrimientos de la anatomía patológica, se crea una estructura para examinar, clasificar y tratar las enfermedades. Desde esta orientación, básicamente patológica, se define la salud como ausencia de enfermedad, dividiéndonos entre sanos y enfermos. Asimismo, el modelo biomédico ha constituido la base de la medicina occidental, en el cual hay una fragmentación del cuerpo y se reconoce los aportes cartesianos en una dualidad salud-enfermedad" (Baeta, 2015, pág. 82)

Desde esta perspectiva, el personal docente participante señala que este modelo dominante no es suficiente para responder a las necesidades de la sociedad. Esto lo visualizan cuando los médicos de Equipo Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) hacen control de enfermedades y la prevención la desarrollan mediante la consulta de niños, mujeres y otras poblaciones. Mientras, que el Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP), se encarga de la prevención con la aplicación de vacunas y actividades educativas.

Los docentes entienden que las sesiones de prevención de la enfermedad las ejecuta el personal de salud de "menor rango" y en contraste, el personal médico se dedica al tratamiento de la enfermedad.

La salud está relacionada con las condiciones de la vida de las personas y tiene un carácter complejo, multidimensional e histórico, por lo cual no debe limitarse únicamente a la mirada del modelo biomédico hegemónico mantenido desde el positivismo. Por el contrario "deben proponerse modelos donde participen numerosas disciplinas: biología, etnografía, clínica, epidemiología, historia, sociología, psicología, política, economía, entre otras, donde cada una haga su aporte" (Baeta, 2015, pág. 83).

Otro aspecto importante de destacar del modelo dominante es que se caracteriza por la linealidad y la causalidad que da respuesta a la atención de la enfermedad, sin tomar en consideración elementos de carácter social, económico, educativo, político entre otros.

> *La interacción agente-huésped-ambiente (…) No explica por qué el mismo agente no produce siempre*

> *enfermedad por lo que descifra de manera parcial las causas de la enfermedad sin aclarar el rol de otros factores (…) Si bien es cierto, este modelo retoma el análisis de las mismas variables que incluye el modelo multicausal, también es cierto que su abordaje permite asignar un valor específico a cada factor involucrado en el proceso de estudio. Esta propuesta no explica la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad ya que carece de conceptos y métodos adecuados para abordar lo social (Arredondo, 1992, pp. 257-258).*

En este sentido, para el personal docente las instituciones de educación superior son las que históricamente han sido responsables de formar profesionales en el área de las ciencias de la salud desde un "modelo biomédico", que está enfocado de manera predominante, en tratar la enfermedad. Estos planteamientos se ejemplifican de la siguiente manera:

> *En la institución universitaria tiene como carga social formar la gente para la inscripción universitaria formar una mente para la ideología, una mente de la clínica. (2PCSAA)*

> *Yo acabo de revisar los planes de estudio de las siete universidades, son más o menos un mismo modelo y copian el modelo biomédico están exclusivamente dirigido a tratar la enfermedad. (2PCSAW)*

> *En definitiva, el modelo biomédico ha obtenido muchos logros "pero no es suficiente para interpretar las interacciones entre mente cuerpo ambiente, como sistemas complejos e históricos, además que dificulta o limita el diálogo entre las diferentes disciplinas" (Baeta, 2015, pág. 82).*

3. LA SALUD COMO UN PROCESO

Los (as) docentes reconocen que la salud entendida como la ausencia de enfermedad es una postura referida a un pensamiento simple y esto implica sólo un componente en el estudio del desarrollo socio-histórico del constructo salud.

En consecuencia, y con base en esta posición, los (as) docentes plantean la salud como un "proceso" lo que implica -desde su perspectiva- una posición de análisis más amplia y compleja, que integra aspectos biológicos, sociales, psicológicos y espirituales y a su vez está influenciada por una serie de determinantes sociales. Este posicionamiento se ilustra de la siguiente manera:

> *"(…) mi visión individual de salud como tal sí va a ser ese proceso que se encuentra cambiante y determinado por muchas acciones." (1 PCMHJ)*

> *"…nosotros incluso hemos hablado de salud integral, pero hablamos de salud integral para que la gente lo pueda mirar que no solo la salud como la falta de enfermedad como antes se utilizaba, sino que se pueda ver que es por mucho más cosas pero sabemos que decir salud integral ya es redundante, inclusive desde el mismo concepto de salud, salud es un proceso donde justamente van a converger, van a relacionarse toda la parte biológica, la parte social, la parte psicológica, la parte espiritual y está determinada por los determinantes sociales." (4PCSAA)*

Como puede observarse, la primera postura contiene diversos marcos teóricos de referencia que podrían corresponder al modelo del campo de la salud (Marc Lalonde, 1974) y en un segundo momento se vincula en el marco de los determinantes sociales de la salud (Solar e Irwin, 2007).

Estos marcos teóricos se encuentran permeados por un contexto socio-histórico determinado, con origen en diferentes posturas y tendencias, y sobre todo a lo vinculados a sus subjetividades. Por

lo que entender la salud desde esta perspectiva, responde a una coyuntura y tendencia producto de discusiones que le anteceden. Aunado a esto, la concepción de "proceso" va más "allá del concepto sociológico de representaciones sociales y del concepto psicológico de actitudes" (Traverso-Yépez, p. 225, 2007), así se acerca a una postura crítica y contra hegemónica, desde un plano comparativo con una denominación de la salud de tipo simple.

Denota -entonces- como las diferentes conceptualizaciones de salud han versado sobre el entramado complejo de posicionamientos entre la "salud-enfermedad", lo cual implica una "redefinición de las prácticas de salud, configuraciones de escenarios y estrategias para mediación y / o actuación intersectorial sobre los Determinantes Sociales de Salud (DSS), al lado de re conceptualización de las necesidades en salud (Rabello, p.1865, 2010).

La concepción de la salud como "proceso" trastoca dimensiones de tipo estructural en cuanto a la organización sociopolítica y pragmáticas para su abordaje. Con todo, es una postura inequívoca que se orienta a la caracterización de este "proceso" desde un orden complejo y multideterminado.

4. LA SALUD COMO DERECHO HUMANO

Las personas docentes participantes entienden que la salud debe ser "ejercida desde los derechos humanos" asignando las responsabilidades no sólo a nivel individual, sino también a nivel colectivo. Desde esta perspectiva y con el reconocimiento de los derechos humanos en La Carta de las Naciones Unidas de 1945, se cuenta con un primer tratado internacional en el cual los derechos humanos brindan un marco universal para promover la salud, que trasciende un tema moral para constituirse en un derecho legal, el derecho a la salud (Gostin, L. O., Meier, B. M., et al., 2019).

> *La salud siento que se ejerce más desde los derechos humanos como un hecho humano que es importante desde un solo individuo hasta un grupo (3PCSN) La salud como un derecho humano, entonces, tratar como de ubicar las responsabilidades a diferentes niveles. (3PCSE)*

Además, las personas docentes señalan que la "institucionalidad" puede favorecer que se ejerzan las distintas "manifestaciones de salud", asimismo, el ejercicio de la salud como un derecho humano se desarrolla no sólo a nivel individual, sino que cobra "legitimidad" al desarrollarse en términos colectivos. Es decir, la salud entendida como derecho humano trasciende el ámbito individual y se valida a partir de los colectivos. Sin embargo, desde un punto de vista de aplicación, la garantía de la salud como derecho humano no excluye lo individual respecto al ámbito colectivo. Un ejemplo que expone este planteamiento:

> *"siento que se ejerce más desde los derechos humanos de tanto salud como un hecho humano que es importante desde que solo un individuo hasta un grupo importante, independientemente de su tamaño, se ejerza verdad como una garantía, como una situación, pero no necesariamente como solo, o sea, los conceptos se legitiman para mí en términos colectivos no solo de una persona." (3PCSN)*

Desde la Carta de las Naciones Unidas se favorece también la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 y su definición de salud con "el disfrute del más alto nivel posible de salud como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano"; además se plantea por primera vez el involucramiento y las responsabilidades del gobierno para garantizar "un estado de completo bienestar físico, mental y bienestar social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia " (Gostin, L. O., Meier, B. M., et al., 2019); aunado a este planteamiento, la Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, constituye una base fundamental que posiciona la salud como un derecho humano, y propicia la creación de políticas, programas y prácticas por parte de los gobiernos y otros actores sociales que mejoren la salud de las poblaciones.

En este sentido, las personas docentes participantes manifiestan que la salud entendida como derecho humano implica la asignación de responsabilidades desde diferentes niveles: individual, colectivo, organizacional y del Estado. Esto implica que hay una concepción

progresiva en diversos niveles de complejidad y que el derecho va de la mano con la responsabilidad, en tanto el individuo exige cumplimiento del derecho a la salud al Estado, pero éste exige a la vez el cumplimiento de las responsabilidades del individuo.

> *"a mí me gusta lo que vos decías de la salud como un derecho humano, es decir cuando trabajamos la salud como un derecho humano, entonces, tratar como de ubicar las responsabilidades a diferentes niveles, desde la responsabilidad que tiene una persona hasta de la responsabilidad que tiene la colectividad, las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones privadas, el Estado, como que es un árbol muy grande." (3PCSE)*

Un ejemplo de esta relación ha sido el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de 2003 que estableció iniciativas para disminución de la oferta y la demanda, así como la prohibición de la participación de la industria tabacalera en la formulación de políticas, con esto se ha promovido una mayor contribución de la sociedad civil para presionar a los gobiernos entre otros aspectos, con la integración de indicadores para la rendición de cuentas; en este y otros contextos, la sociedad civil ha jugado un rol fundamental al exigir la garantía del derecho a la salud, presionando a que los gobiernos rindan cuentas por la implementación de los derechos humanos relacionados con la salud (Gostin, L. O., Meier, B. M., et al., 2019).

Cuando los docentes vislumbran la salud como un derecho humano, le asignan un valor del mismo orden que el derecho a la vida, se equipara la salud y la vida como un requisito uno de la otra, se plantea una característica de indisolubilidad, la salud y el derecho humano, es decir no se conciben separados, tal y como se describe a continuación:

> *Como un derecho humano, el derecho elemental porque es el derecho a la vida porque la salud está intrínsecamente vinculada con la vida, asociada pero intrínseca, es la piel y es la médula, me explico es una cosa que no la puedes separar." (3PCSE)*

La Declaración Universal de Derechos Humanos establece que: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar de sí mismo y de su familia, incluidos alimentos, vestimenta, vivienda. y la atención médica y los servicios sociales necesarios, y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otra falta de sustento en circunstancias ajenas a su voluntad" (Gostin, L. O., Meier, B. M., et al., 2019); dicha Declaración propone el derecho a un nivel de vida adecuado que favorezca la salud y el bienestar de las personas, es decir, ubica la salud vinculada a la vida misma, a la posibilidad de tener un nivel de vida adecuado en el cual se pueda alcanzar una salud y bienestar para su desarrollo como personas; el derecho humano a la salud incluye los servicios de atención de la salud de nivel individual y los sistemas nacionales de salud, junto a las medidas sociales de protección a la salud.

Por otra parte, los (as) docentes consideran que una de las formas en cómo se ha ejercido el derecho a la salud es mediante la institucionalidad.

> *"la institucionalidad… eso permite que se ejerzan o no muchas de las manifestaciones sobre salud dentro de la concepción más tradicional me parece que está más asociado eso a servicios de salud, no es salud, es a servicios de salud." (3PCSN)*

> *(…) entre mayor calidad de las instituciones tengamos de la salud posiblemente el tema de la salud va a andar mejor." (3PCCBA)*

Desde su perspectiva, el derecho a la salud se concreta de manera específica mediante los servicios de atención en salud a las personas; si estos servicios son de calidad, la salud de las poblaciones será mejor, lo que evidencia una relación estrecha entre la calidad de los servicios y la salud. Asimismo, esto refleja el interés de brindar un servicio de calidad a las personas. No obstante, se establece una crítica a este posicionamiento tradicional, porque consideran que la salud va más allá de un servicio clínico. Esto significa que la salud se expresa en otras manifestaciones que sobrepasan lo tangible

y lo concreto, se expone la necesidad de establecer instituciones transformadoras (Gostin, L. O., Meier, B. M., et al., 2019), para afrontar los retos que implica la concreción del derecho a la salud.

Asimismo, se ha reconocido que ningún individuo actuando solo puede garantizar las condiciones de salud y seguridad de las poblaciones; la capacidad de prevenir o reducir ciertos eventos como enfermedades infecciosas, desastres naturales, peligros industriales, alimentos y agua contaminados, están fuera del control de individuos o grupos y sólo el Estado tiene el poder necesario para intervenir, a través de una acción coordinada con diferentes entidades responsables de mejorar las condiciones de salud de las poblaciones; los Estados tienen el deber de proteger la salud y la seguridad de sus habitantes y garantizar establecimientos de salud disponibles, accesibles, asequibles y aceptables (Gostin, LO, Monahan, JT, et al., 2019).

5. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

Una de las vías en cómo las personas docentes participantes operativizan el modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud en su mediación docente, es a partir de la integración del estudiantado en diversos contextos, en los cuales trata de identificar mediante la observación, aspectos intangibles de la realidad, cuando dicha realidad involucra aspectos complejos que trascienden la observación como una forma para analizarlos.

> *"… La salud es multidimensional (…) tiene diversos determinantes de la salud, esto es lo que hace que varíe la salud de una persona, de una comunidad, de la familia (…) (4PCSAM) "…en los cursos que yo participo (…) trata que el estudiante observe la realidad de esos determinantes que son ambientales, la parte de género, la parte de social, la parte biológica, la nutrición y la parte de actividad física y de recreación (…) lo que hago es tratar de exponerlos a un escenario real en donde ellos puedan ir a observar esos determinantes y tratan de ver (..) como éstos pueden producir inequidades de salud ..." (2PCSAI)*

Los (as) docentes participantes cuando aluden al modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (Solar, O., & Irwin, A., 2007) se posicionan en el "modelo del campo de la salud", propuesto por el exministro de salud de Canadá Marc Lalonde (Lalonde, M., 1974), el cual contiene cuatro elementos para el abordaje de las situaciones de salud de las poblaciones. Mientras que el marco conceptual de los Determinantes Sociales de la salud propuesto por Solar e Irwin (2007) y adoptado por la Organización Mundial de la Salud (2011), plantea una serie de determinantes distales y proximales en una visión de mayor complejidad de componentes e interrelaciones para explicar la situación de salud de las poblaciones.

A pesar de las diferencias sustanciales entre ambos modelos, se evidencia una equivalencia teórica entre ambas propuestas en el discurso de los docentes de las personas participantes, lo que plantea una trasposición teórica entre los marcos conceptuales y en el abordaje metodológico al momento de operativizarlo en los diferentes contextos.

Aunque el conocimiento en salud se ha relacionado históricamente, casi de manera indisoluble a la enfermedad, el personal docente participante opina que la salud no solo es la ausencia de la enfermedad, y, no obstante, las distintas maneras de abordarlo exponen una dicotomía de la salud-enfermedad que influencia la forma de entender y hacer los conocimientos y prácticas en torno a ambos constructos.

Asimismo, el personal docente participante visualiza que la salud y la enfermedad se definen como procesos socialmente construidos y a la vez que están expuestos a una serie de factores históricos, sociales y culturales, en este sentido algunos de los docentes integran elementos explicativos de la salud, que van más allá de los planteamientos de modelos de carácter clínico-medicalizado.

Se identifican en opinión de algunos docentes, que el concepto de salud se encuentra vinculado al modelo biomédico. Según el personal docente participante, el modelo no responde a las necesidades del colectivo y se considera fundamental que se contemple el contexto y la comunidad.

A partir de una noción comprendida como un binomio "salud-enfermedad", se entiende que la salud se vincula de forma "indisoluble" a la noción de enfermedad; esta relación dual entre la salud y la enfermedad encuentra referentes desde la antigua Grecia con el principio de isonomía entre "lo frío y lo caliente, la salud y la enfermedad" (Guerrero y León, 2008).

En la definición más contemporánea de salud de la Organización Mundial de la Salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1948), aunque en el plano teórico se pretende poner distancia en la definición de salud y su vínculo histórico con la enfermedad, en el quehacer sanitario se vinculan indefectiblemente al planteamiento de acciones predominantemente relacionadas con el tratamiento, curación y rehabilitación de las enfermedades (Carmona, Rozo, Mogollón, 2005).

CONCLUSIONES

Las diferentes concepciones de salud tienen posturas multivariadas desde aquellas más simples hasta aquellas más complejas, umbral caracterizado por contradicciones y puntos de encuentro. Por ejemplo, en el abordaje de la definición de salud del personal docente participante, se distinguieron múltiples conceptualizaciones, y dependiendo del área de formación y la experiencia profesional del personal docente, así va a constituir la manera de entender y explicar los quehaceres en torno a la salud.

Aunque, la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), pretende poner distancia entre la idea de salud como ausencia de enfermedad, persiste el planteamiento de acciones predominantemente relacionadas con abordaje de las enfermedades, y aún permea en los discursos el modelo biomédico, lo que plantea retos en la mediación docente universitaria para trascender los marcos conceptuales de los Determinantes Sociales de la Salud y avanzar en el abordaje metodológico que lo operativice en los diferentes contextos de estudio.

Por su parte, la salud como un derecho humano, según la Carta de las Naciones Unidas de 1945, brinda un marco universal para reconocer el derecho a la salud de forma global; este derecho ubica la salud vinculada a la vida misma, con la posibilidad de tener un nivel de vida adecuado en el cual se pueda alcanzar una salud y bienestar para el desarrollo como personas.

Tomando en cuenta los elementos anteriormente descritos, un desafío para la docencia universitaria , a partir de la identificación de las nociones, conocimientos y prácticas del personal docente participante desde sus diversas disciplinas; es el promover espacios de debate, discusión, reflexión crítica e investigación, entorno a las distintas concepciones de salud que prevalen en el discurso y en el quehacer docente con el fin de distinguir las implicaciones del posicionamiento de docentes y estudiantes en un determinado concepto de salud y particularmente cómo incide dicho posicionamiento en los resultados para mejorar la salud de los grupos y poblaciones , lo cual implica una tarea colectiva de construcción y reconstrucción del conocimiento aceptado tradicionalmente en salud.

REFERENCIAS

Baeta, María F (2015) Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. Laboratorio de Biología Molecular CIADANA. Universidad de Carabobo Núcleo Aragua: Venezuela.

Carmona, L., Rozo, C. y Mogollón, A. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. Revista Ciencias de la Salud, 3(1), 62-77. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=562/56230108

Gavidia, Valentín Talavera, Marta (2012) La construcción del concepto de salud. Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales Universidad de Valencia: España.

Gostin, L. O., Meier, B. M., Thomas, R., Magar, V., & Ghebreyesus, T. A. (2019). 70 years of human rights in global health: drawing on a contentious past to secure a hopeful future. Lancet (London, England), 392(10165), 2731–2735. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32997-0

Gostin, LO, Monahan, JT, Kaldor, J., DeBartolo, M., Friedman, EA, Gottschalk, K., Kim, SC, Alwan, A., Binagwaho, A., Burci, GL, Cabal, L., DeLand, K., Evans, TG, Goosby, E., Hossain, S., Koh, H., Ooms, G., Roses Periago, M., Uprimny, R. y Yamin, AE (2019). Los determinantes legales de la salud: aprovechar el poder de la ley para la salud mundial y el desarrollo sostenible. Lancet (Londres, Inglaterra) , 393 (10183), 1857–1910. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30233-8

Guerrero, L. y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología, 18(53), 610-633. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70517572010

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista, M. (2010). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.

Juárez, Fernando (2011) El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. International

Journal of Psychological Research,. Universidad de San Buenaventura Medellín: Colombia.

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa.

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf

Ponte, Carlos (2008). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. Asociación Para La Defensa De La Sanidad Pública de Asturias: España.

http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf
Rabello LS . (2010) Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada.. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 228p. ISBN: 978-85-7541-196-4 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900021

Solar, O., & Irwin, A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO Commission on Social Determinants of Health.

Traverso-Yepez, Martha A.. (2007) Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. Interface (Botucatu) [online]. 2007, vol.11, n.22, pp.223-238. ISSN 1414-3283. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200004

ESP Escuela de **Salud Pública**

V

TEMÁTICAS de interés para Promoción de la Salud

SALUD MENTAL, RETOS PARA SU COMPRENSIÓN Y PROMOCIÓN

LAURA BRENES VÁSQUEZ[1]

MILVIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ[2]

PRISCILLA CAMPOS-AGUILAR[3]

INTRODUCCIÓN

Comprender y abordar la salud mental es una labor compleja debido a su naturaleza biopsicosocial y su carácter polisémico, determinándose según las culturas y cosmovisiones, las diversas teorías, las posturas desde distintas disciplinas y la forma cómo las personas se relacionan consigo y con su entorno.

Aunque la salud mental se vincula con la dimensión psicológica, que implica lo emocional y cognitivo, es claro que su manifestación está íntimamente relacionada con todo el cuerpo y su biología, con el desarrollo social y la calidad relacional, además del entorno tanto natural como construido. Según Restrepo (2007), esta emerge como un proceso ligado a aspectos individuales y sociales que involucran el plano económico y político, así como la dimensión espiritual, estando íntimamente conectados, interrelacionados e interdependientes.

A continuación se presenta un breve recorrido sobre cómo ha variado y sigue variando la comprensión y abordajes de la salud mental, se evidencia la importancia de su promoción, tomando en cuenta su esencia multidimensional que trasciende el plano meramente preventivo, individual y asistencialista.

En la antigua Grecia la salud estaba asociada con un tema místico y se la relacionaba con el dios Esculapio (Asclepios) a quien se le rendía culto junto con sus dos hijas, Panacea la diosa de la curación e Hygea de la salud. De esta última devino el nombre de higiene cuya connotación era mucho más amplia a la que se comprende en la actualidad, relacionándose con "el arte de estar saludable e implicaba la moderación en el vivir y en el orden natural de las cosas" (Macaya, Pihan y Vicente, 2018, p. 341). En este sentido, la salud mental no estaba separada de la comprensión de salud y el hecho de estar saludable tenía una gran importancia, así como la curación. Pareciera que la promoción de la salud era un modo de vida supeditada a una dimensión espiritual en la cual las personas en su cotidianidad invocaban a estas deidades.

Posteriormente, en el imperio Romano se conservaron algunos principios higiénicos de los griegos y egipcios, no obstante, la comprensión de salud tuvo un enfoque más objetivo y menos místico, dándose una distinción del componente mental plasmado en el conocido proverbio "mente sana en cuerpo sano" (Macaya *et al.*, 2018). El aspecto místico-religioso como principal elemento que influye en la salud se retoma en la edad media y el cuerpo se vincula a los pecados, siendo las diversas enfermedades, entre ellas las mentales, consideradas castigos por haberlos cometido (Macaya *et al.*, 2018).

La comprensión que se tenía de los antiguos tratados de medicina y de higiene fueron sufriendo modificaciones y progresivamente la salud mental se vinculó principalmente con problemáticas sociales y enfermedades mentales; y la higiene a aspectos técnicos para mantener la salud. Consecuentemente estos abordajes se centraron en la prevención y atención, dejando de lado la promoción de la salud.

1 Universidad de Costa Rica. Docente e investigadora. Escuela de Salud Pública. Correo: laura.brenes_vasq@ucr.ac.cr

2 Universidad de Costa Rica. Docente e investigadora. Escuela de Salud Pública. Correo: milvia.rodriguez@ucr.ac.cr

2 Universidad de Costa Rica. Docente Escuela de Salud Pública. Licenciada en Promoción de la Salud. Correo: priscilla.campos@ucr.ac.cr

ARGUMENTACIÓN

Tomando en cuenta que la salud mental se fundamenta en una construcción social, es interesante reflexionar sobre lo que expone Han (2012) en cuanto al paradigma actual en el que se sustenta la sociedad moderna, pasando de un modelo disciplinario (exigencia desde el exterior) a uno de rendimiento (exigencia interna) que genera personas deprimidas, con sentimiento de fracaso y neurosis. Según este autor, el deber sigue existiendo, pero ahora basado en un poder de la individualidad, que se violenta a sí misma a través de la búsqueda del máximo rendimiento; las personas se ven sometidas a una sobre exigencia interna que les lleva a ser sus propios verdugos y víctimas. Es una constante guerra interiorizada y aunque crean estar en libertad se hallan en un encadenamiento que no pueden ver, resultando en expresiones patológicas como la depresión, producto del esfuerzo y cansancio ante este devenir generado por el sentido de fracaso interior.

Debido a la falta de vínculos y calidad de estos, que predomina en la fragmentación y desintegración social de este paradigma, se diluye la conciencia de la otredad y de comunidad, reflejando a una humanidad que está en contra de sí misma (Han, 2012). Pareciera así que existe una violencia estructural en nuestro actual paradigma que fragmenta a la persona de la totalidad a la que pertenece y la encierra en un individualismo que va en detrimento de la salud mental personal y colectiva.

La presión por el rendimiento legitima al ser solo por su capacidad de producir, desde el tener y hacer, y no por el hecho de su existencia, esto lleva a las personas a vivir en un sentido de vulnerabilidad y de competencia consigo mismas y con otras. De ahí la importancia de comprender la salud mental según los diversos contextos sociales para poder ampliar los abordajes desde la promoción.

APROXIMACIONES CONCEPTUALES DE LA SALUD MENTAL

Tomando en cuenta que la salud mental es compleja de delimitar, debido a que coexisten multiplicidad de factores que la integran y disciplinas que la abordan, se encuentra que las distintas conceptualizaciones varían en cuanto al énfasis que le dan a la dimensión biológica. Con la psiquiatría se estrechó el vínculo entre la salud mental y la enfermedad. Según Macaya *et al.* (2018), es más bien desde esta noción que se ha partido para pensar y planificar los abordajes.

En los años 50 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió salud mental como una condición que estaría sometida a cambios que permitía a las personas el alcance de una síntesis satisfactoria de sus instintos (los cuales los consideraban potencialmente conflictivos), el mantenimiento de buenas relaciones interpersonales y la participación en su entorno (Grupo de Investigación en Salud Mental y Bienestar, 2013).

En esa definición se mantenía la priorización del ámbito genético al mencionar la salud mental como el alcance de la síntesis satisfactoria de los instintos. Actualmente la OMS (2018) menciona otros aspectos; esta vez, no centrados en la regulación de los instintos, sino en el bienestar personal, la productividad y la comunidad; dando a entender que la salud mental es el estado de bienestar, en donde la persona logra realizar sus capacidades, trabaja de forma productiva y enfrenta el estrés de la vida cotidiana, aportando a la comunidad. Desde esa postura, se refleja la noción de normalidad asociada al valor de ser productivo y resultante en salud mental. Una definición muy acorde al orden social actual, en el que la producción y la búsqueda del bienestar individual priman sobre procesos relacionados con la realización más profunda y creativa de las personas. El alcance del bienestar implica un fin completamente hedónico, lo que quiere decir que está poco relacionado con procesos más complejos del ser humano como lo serían el autoconocimiento, la auto-actualización, y la auto-realización (Romero y Pereira, 2011).

A nivel local, el Grupo de Investigación en Salud Mental y Bienestar (2013) menciona algunos factores importantes a considerar como son la prestación de servicios, los determinantes sociales de la salud, el capital global, los derechos humanos, y la misma salud mental como un producto social, individual y colectivo. Otros acercamientos resaltan el término de salud mental positiva, el cual fue propuesto hace más de 30 años. Este término menciona que es necesario un balance emocional y mental, la capacidad de una convivencia armónica con los demás, con el medio y la participación en la sociedad (Ministerio de Salud, 2004). Sin embargo, y como se ha venido expresando, la salud mental, por cuestiones ontológicas del término, no debería centrarse en la ausencia de los trastornos mentales o de la enfermedad; por lo tanto, no sería necesario distinguir el concepto de salud mental de salud mental positiva, dado que *per se* la salud alude a un aspecto sano, o bien, positivo.

Maroto-Vargas y Hernández-Campos (2014) hacen referencia a la complejidad que engloba referirse a la salud o la salud mental, de forma que identifican tres posiciones. Una primera que propone referirse al término "salud" para abarcar todos los aspectos que la conforman y no diferenciar la salud mental; una segunda postura señala la necesidad de mencionar la "salud mental" para darle la importancia que esta merece y sea visibilizada a la hora de actuar a través de políticas públicas; y la tercera posición que hace mención del concepto "bienestar", tratando de ir más allá de solamente la "salud" de las personas.

Existen otras perspectivas más específicas como son las de tipo conductual -las cuales se centran en cómo los estímulos ambientales influyen sobre el comportamiento enfocándose en la modificación de la conducta y de las condiciones ambientales-, las perspectivas más cognitivistas -que tienen la orientación de lograr que las personas corrijan las formas de pensamiento disfuncional y aprendan a pensar y a la postre comportarse de una manera adaptativa-; y las concepciones socioeconómicas de la salud mental -la relacionan con el capital global dentro del marco de derechos y desarrollo humano- (Macaya *et al.*, 2018).

Finalmente, estos mismos autores plantean una perspectiva más compleja y sistémica de la salud mental, la cual es entendida como rizoma, una visión que permite comprender el dinamismo que en ella se da desde las distintas dimensiones. El rizoma es como "… un tallo subterráneo. Se extiende bajo la tierra adquiriendo formas imprevisibles, estalla sobre la superficie regalando una planta, y otra, y otra" (Díaz, 2007, como se citó en Macaya *et al.*, 2018, p. 346).

Esta visión permitiría contextualizarla en un campo plural que implica entender el espacio social como lugar de confluencia de posiciones según los intereses de los actores sociales (Lorenzini, 2017). Una perspectiva de la salud mental como rizoma o como campo plural es mucho más compleja que las definiciones previamente planteadas, dado que es entendida como espacio multidimensional, heterogéneo e histórico. Esta posición implica el reconocimiento de las estructuras de poder con jerarquías establecidas en donde sus actores se ubican de acuerdo al estatus social que asumen y sus formas de representación son manifestadas a través de las prácticas y las opiniones (Lorenzini, 2017; Macaya *et al.*, 2018).

En este contexto, es importante resaltar los avances de Foucault y su postulado del biopoder, como base para analizar la praxis y el abordaje de la promoción de la salud mental, al comprender el papel que juega la industria de la medicalización "como concreción de la biopolítica (…), tendencia creciente a subordinar al discurso y la normatividad médico científica o disciplinaria todas las esferas de la vida" (Stolkiner y Ardila, 2012, p. 64). Una promoción de la salud mental que conciba la necesidad de "una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones, como de sujetos singulares (…)" (Stolkiner y Ardila, 2012, p. 64).

Como bien menciona Lorenzini (2017), debe apreciarse el valor de la riqueza de lo diferente, dado que lo que norma en la vida humana es la diversidad. Por tanto, lo fundamental en la salud mental no es la búsqueda de la normalidad, sino, el fortalecimiento: de la empatía de cara a lo diverso, de un lazo social para las personas, así como de la participación en la vida ciudadana.

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DESDE UNA VISIÓN AMPLIADA

Con lo anteriormente expuesto, la promoción de la salud mental se instaura como una alternativa a los modelos centrados en la atención, la prevención y medicalización excesiva de los trastornos mentales. Esta debe buscar la realización, el autoconocimiento y la actualización de las personas; para ello debe traspasar los enfoques basados en la búsqueda de cambios de comportamiento o cambios de estilos de vida como finalidad; y centrarse en el fortalecimiento de las acciones colectivas de participación significativa para el alcance del desarrollo personal.

Dirigidos los esfuerzos a este fortalecimiento, es fundamental la creación de capital social y políticas públicas que incidan en abordajes desde la inversión enfocada en los determinantes de la salud mental, lo cuales no solo se encuentran en el nivel social y comunitario, sino también en los niveles de lo familiar y lo individual (Orpana, Vachon, Dykxhoorn, McRae y Jayaraman, 2016). Por ello, el derecho a la salud se comprendería en el marco de una integralidad de las prácticas (Stolkiner y Ardila, 2012) y las políticas.

Con el acelerado ritmo de producción y trabajo, se han desvanecido algunos factores protectores de la salud mental. El alejamiento de la espiritualidad y la capacidad de contemplación en nuestra sociedad, transforman la vida humana y el mundo en algo totalmente efímero, haciendo surgir el nerviosismo y la intranquilidad como modo de vida (Han, 2012). Lo anterior se evidencia en una investigación realizada en Puerto Rico (Morales, 2014), que tuvo como objetivo determinar la relación entre la espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico de estudiantes de primer año de dos universidades de este país, encontrándose una correlación positiva entre estas variables. En esta investigación se concluye que la espiritualidad debería ser integrada en el proceso de apoyo que se brinda a estudiantes. Al respecto, las personas que desarrollan la espiritualidad tienen mayor capacidad de sobreponerse ante situaciones difíciles, expresan más empatía y compasión hacia otras personas y los valores que les rigen les facilitan la convivencia dentro de la sociedad en la que se desenvuelven.

Debido a la asociación que se ha hecho de la religión con la espiritualidad, esta última ha dejado de contemplarse en el campo de la salud, a pesar de que ambos conceptos tienen distintas definiciones, por ello, es importante aclarar en qué se diferencian. Según Bianchi (2009), la espiritualidad se genera en la persona o en la comunidad y representa una vida llena de sentido que busca alcanzar la trascendencia a una totalidad mayor, en esta no hay jerarquías ni imposiciones externas. Por otra parte, la autora plantea que la religión es la adhesión a una institución que proclama la búsqueda de espiritualidad bajo un conjunto de creencias y cultos, regidos por dogmas y códigos de conducta ética que las personas están obligadas a seguir si pertenecen a esta.

Partiendo que los abordajes en promoción de la salud mental pretenden propiciar una armonía integral, es indispensable tener presente cómo el entorno la afecta y así poder desarrollar propuestas que también tengan una aproximación a la dimensión socioambiental. En este sentido, en el tema de las ciudades saludables se enfatiza que el entorno construido contribuye significativamente a un mayor bienestar físico, psicológico y social, el cual puede ser facilitado por espacios públicos que propician un contacto social cotidiano, enriquecedor y diverso (Grupo de Investigación en Salud Mental y Bienestar, 2013).

Según Llorca *et al.* (2010) la propuesta de ciudades saludables debe estar integrada en la práctica de la salud pública desde las estrategias de promoción de la salud, entendiéndose como un proceso que se asume en una ciudad para volverla saludable, sustentada en una gobernanza en salud, la cual cuenta con políticas efectivas que se operativizan en estructuras y estrategias claras de cómo llevarlas a cabo. Estos autores afirman que dicho proceso suscita entornos favorables ya que toman en cuenta la pobreza, el acceso a servicios básicos de educación y de salud, la alimentación adecuada, el empleo y calidad de la vivienda, la infraestructura y el ambiente, dicha propuesta trasciende el ámbito de atención sanitaria y posibilita que sus habitantes puedan ganar en salud.

Este tipo de ciudades permiten a las personas gozar de condiciones que les generen mayor satisfacción consigo mismas y mejor calidad

relacional, e incluso podrían atenuar la ansiedad que surge ante los estresores presentes en los diversos contextos y contribuir al restablecimiento de padecimientos de tipo psicológico y físico (Maroto-Vargas y Hernández-Campos, 2014).

Dicho lo anterior, se hace un llamado a atender la promoción de la salud mental que, aunque cada vez ha tomado mayor importancia en diversos contextos, queda mucho por hacer, es indispensable mantenerla e incrementarla. Su comprensión y abordajes responden a una construcción social dentro de una condición histórica y según las variadas posturas teóricas y las disciplinas que la tratan. Es por ello que es importante ampliar el marco conceptual que implique la articulación de ciencias disímiles en el desarrollo de una práctica convergente y complementaria (Alcántara, 2008).

En el ámbito nacional, el Consejo Nacional de Rectores (CONARE, 2020) declara el 2020 como año por la salud mental por parte de las universidades públicas, ello con el fin de visibilizar las condiciones emocionales que atraviesa la juventud y que cada vez más están afectando a esta comunidad. En este sentido, se plantea proponer acciones coordinadas entre universidades, sustentadas en la Política de Salud Mental 2012-2021. Es conveniente la generación de impulsos semejantes que se dirijan también a otras poblaciones y que trascienda hacia una comprensión de la salud mental ampliada, ofreciendo programas y proyectos en los cuales se operativicen acciones desde la promoción y no solamente en función de prevenir y atender problemáticas sociales y padecimientos.

CONCLUSIONES

Sea que la comprensión de salud mental está integrada dentro del concepto de salud o bien, el componente mental está distinguido para que no se diluya en el término ampliado de salud, lo indispensable es que se tenga presente que es fundamental posicionar el ámbito de lo "mental" para así direccionar esfuerzos que lo promuevan, actuando en función de la multidimensionalidad del cual emerge.

Dicho lo anterior y desde una perspectiva de la salud mental como campo plural y rizoma; la cual reconoce los intereses de las estructuras de poder que han circunscrito la salud mental al campo de lo clínico; abogamos fortalecer la dimensión de la participación social para la construcción de acciones colectivas enfocadas en la plena realización humana y en armonía con el ambiente, así como valorar el reconocimiento de la diversidad en contraposición a la búsqueda de la normalidad. En nuevos estudios, es recomendable ampliar las perspectivas de la salud mental a nivel local, contemplando los abordajes y conocimientos de las poblaciones indígenas. Estos estudios permitirían plantear otras formas de promocionar la salud mental que no han sido contempladas.

La promoción la salud mental debe ser un eje transversal en todos los planos, tanto en lo personal como en lo social-comunitario, tomando en cuenta las dimensiones implicadas y complementando con adecuados abordajes desde lo político, socioeconómico, ecológico y espiritual o subjetivo, que posibiliten realmente a las personas gestionar su salud mental dentro de entornos y ciudades saludables.

Se rescata la importancia de desarrollar un proceso en las ciudades que las reestructure y convierta en saludables, en este sentido, para potenciar la salud mental individual y colectiva es necesario identificar las distintas instancias tanto públicas como de la sociedad civil que están implicadas y revisar aquellos aspectos que requieren modificarse y mejorarse. Dentro de ese proceso es necesario estimular la participación de la ciudadanía y de diferentes actores sociales, proponer políticas públicas que sustenten y fiscalicen acciones eficaces, además de propiciar la colaboración intersectorial y trabajo en redes, para así fortalecer condiciones y espacios que potencien el desarrollo individual y colectivo, propio de las ciudades saludables.

REFERENCIAS

Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación,* 9(1), 93-107. https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf

Bianchi, R. (2009). Clínica, espiritualidad y religión. Monografía integradora. APSA. https://docplayer.es/94742355-Espiritualidad-y-practica-clinica-dra-raquel-ines-bianchi-introduccion.html

Consejo Nacional de Rectores (CONARE). (2020, enero 21). Las universidades públicas declaran el 2020 como año de la salud mental. *Universidad de Costa Rica*. https://www.ucr.ac.cr/noticias/2020/01/21/las-universidades-publicas-declaran-el-2

Grupo de Investigación en Salud Mental y Bienestar. (2013). *Estado del Arte de la Investigación en Salud Mental en Costa Rica.* http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/8942

Han, B-C. (2012). *La Sociedad del Cansancio.* (A. Saratxaga, trad.). Herder Editorial.

Llorca, E., Amor, M. T., Merino, B., Márquez, F. J., Gómez, F., y Ramírez, R. (2010). Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. *Gac Sanit, 24*(6), 435–436. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.07.010

Lorenzini, C. (2017, 7 de febrero). *Salud mental en Argentina. Una aproximación crítica //* Celeste Lorenzini. Locura, comunidad y derechos humanos, Mad in America para el mundo hispanohablante. https://madinspain.org/salud-mental-en-argentina-una-aproximacion-critica-celeste-lorenzini/

Macaya Sandoval, X. C., Pihan Vyhmeister, R., y Vicente Parada, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. Humanidades Médicas, 18(2), 338–355. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-81202018000200338&lng=es&nrm=iso

Maroto-Vargas, A., y Hernández-Campos, M. (2014). Retos para el estudio epidemiológico de la salud mental y el bienestar en Costa Rica. *Revista Costarricense de Psicología, 33*(1), 47–62. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4836494.pdf

Ministerio de Salud. (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021.* San José, Costa Rica. https://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. (2004). *Situación actual de la salud mental en Costa Rica.* San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud. https://www.bvs.sa.cr/php/situacion/mental.pdf

Morales, S. (2014). Relación entre la espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios. *Revista Griot (Etapa IV - Colección Completa), 7(1)*, 7–18. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7048887

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018, 30 de marzo). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L., y Jayaraman, G. (2016). Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: The development of the positive mental health surveillance indicator framework. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, 36*(1), 1–10. https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.1.01

Restrepo, H. (2007, 23 de marzo) *Promoción de la Salud: Énfasis en Promoción de la salud mental.* [conferencia]. Universidad Libre. Colombia.

Romero Pérez, C.L. y Pereira Domínguez, Mª C. (2011). El enfoque positivo de la educación: aportaciones al desarrollo humano. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria, 23*(2), 69-89. https://doi.org/10.14201/8646

Stolkiner, A. y Ardila, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría*, (23), 57-67. https://www.academia.edu/39305793/Conceptualizando_la_Salud_Mental_en_las_pr%C3%A1cticas_consideraciones_desde_el_pensamiento_de_la_medicina_social_salud_colectiva_latinoamericanas

SINIESTROS DE TRÁNSITO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA: RETOS PARA LA INVESTIGACIÓN EN COSTA RICA

REBECA ALVARADO-PRADO[1]

VIVIANA RIVERA-SOLANO[2]

PRISCILLA CAMPOS-AGUILAR[3]

INTRODUCCIÓN

Actualmente, los siniestros de tránsito se han posicionado como uno de los principales retos que enfrenta Costa Rica, considerándose como un problema de salud pública por las consecuencias físicas, sociales y económicas (Chavarriaga, 2012).

Según la ley de tránsito de Costa Rica, el término "accidente de tránsito" -utilizado a lo largo de la historia- debe entenderse como "acción culposa cometida por los conductores de los vehículos, sus pasajeros o los peatones, al transitar (…) En el accidente de tránsito debe estar involucrado al menos un vehículo y producirse muerte o lesiones de personas y/o daños en los bienes a consecuencia de la infracción de esta ley" (República de Costa Rica, 2012, p.1).

Sin embargo, a nivel global, en el siglo XX comienza una controversia en el ámbito de la salud pública sobre la idoneidad del uso del término "accidente" por la connotación de imprevisibilidad y aleatoriedad implícita en él (Ruiz, 2011). Si bien es cierto un siniestro de tránsito podría considerarse sorpresivo, no implica que sea imposible prevenirlo. Por esta razón, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), expresa su preferencia por sustituirlo, ya que "accidente" implica acontecimientos imposibles de controlar, cuando en realidad se debe someter a un análisis racional y a la aplicación de medidas correctivas (OPS, 2004). En este sentido, continuar utilizando dicho concepto dificulta el accionar desde la salud pública, dado que no se puede prevenir algo impredecible y, además, la aleatoriedad que se le atribuye implica el olvido del conjunto de determinantes que interactúan en este desenlace.

Ante esta situación, algunos autores y autoras han optado por utilizar otros términos para evadir estas implicaciones, por ejemplo, "siniestro de tránsito". Beccacece (2017), argumenta que un siniestro refiere al carácter adverso y afligente del hecho, estando libre de las connotaciones de inevitabilidad, por lo que permite ser vinculantes a la hora de determinar causas, consecuencias y responsabilidades. A la luz de este debate, en el presente escrito se utiliza el término de siniestro de tránsito como evento prevenible desde la salud pública.

A nivel mundial se ha estimado la carga de morbilidad y mortalidad de siniestros de tránsito. Alrededor de 1,35 millones de personas fallecen cada año por este motivo (Organización Mundial de la Salud, 2018). En el caso de Costa Rica, de acuerdo con datos del Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI), en el 2017 se registraron 14 861 siniestros de tránsito con víctimas; alcanzando una tasa de mortalidad en sitio de 9,86 muertes por cada 100 000 habitantes, y la tasa de lesionados por esta causa fue de 390,1 por cada 100 000 habitantes (COSEVI, 2019a).

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el 2018 se posicionó como la primera causa externa de muerte en el país. Además, para el grupo etario de 15 a 44 años, cuatro de las diez causas más frecuentes de muerte en el mismo año se relacionan con lesiones por siniestros de tránsito (lesiones

1 Universidad de Costa Rica. Docente e investigadora de la Escuela de Salud Pública. Correo: rebeca.alvarado_p@ucr.ac.cr

2 Universidad de Costa Rica. Profesional en Promoción de la Salud. Correo: viviana.riverasolano@ucr.ac.cr

3 Universidad de Costa Rica. Docente de la Escuela de Salud Pública. Correo: priscilla.campos@ucr.ac.cr

en motociclistas, en ocupantes de automóvil, en peatones y no especificado) (INEC, 2019). Por otra parte, para el 2016 se estimó que el promedio de años de vida potencialmente perdidos por siniestros de tránsito de motociclistas en Costa Rica fue de 48 años por persona (Observatorio de Desarrollo, 2017).

La mortalidad por siniestros de tránsito no es la única razón por la cual se considera un problema de salud pública, ya que las lesiones que sufren las personas implicadas pueden conllevar a secuelas y dependencia. En el año 2015, se calcula que se perdieron 79 años de vida ajustados por discapacidad por cada 10 000 habitantes en Costa Rica, esta cantidad es similar a la esperanza de vida de ese año (Observatorio de Desarrollo, 2017). Por otro lado, las personas que participaron en estos sucesos también pueden sufrir afectaciones a nivel psicológico, como por ejemplo el estrés postraumático (Campos y López, 2008).

Los siniestros de tránsito y las afecciones a la salud de las personas representan una carga económica para el sistema de salud. Según estimaciones del Programa de Investigación en Desarrollo Urbano Sostenible (ProDUS, 2015) de la Universidad de Costa Rica, los costos directos de los choques viales ascienden a 55 mil millones de colones anuales en el país. Además, se calcula que los traumatismos causados por el tránsito generan para los gobiernos de la región de las Américas, costos de aproximadamente 3% del PIB y hasta de 5% en los países de ingresos bajos y medianos (OPS, 2016). Asimismo, se debe considerar el impacto en la economía familiar de las personas implicadas en los siniestros, debido a los días de trabajo perdidos, así como daños materiales.

Ante la situación, los siniestros de tránsito forman parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el 2030. En ellos se establece la meta de reducir a la mitad el número de muertes y lesiones del mundo por esta causa (Naciones Unidas y Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2015). Para lograrlo es necesario apostar por la investigación en dicho campo con el fin de comprender las dimensiones y las características del fenómeno de acuerdo con el contexto social en el que se desenvuelve.

En este sentido, la investigación en torno a dicho tema se considera crucial para comprender el contexto en el cual se desarrollan los siniestros de tránsito, y establecer medidas con el fin de prevenir la situación y mitigar las secuelas. Por lo tanto, en el presente escrito se desarrolla un análisis de diferentes fuentes de datos sobre siniestros de tránsito y una revisión de estudios sobre siniestros de tránsito en Costa Rica como base para futuras investigaciones.

En primer lugar, se presenta desde el Ministerio de Salud la notificación del evento de siniestro de tránsito por medio de los servicios que brinda principalmente la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Instituto Nacional de Seguros (INS). En una segunda parte se amplía sobre el Observatorio del Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI) como fuente de datos en materia de tránsito a nivel país. Posteriormente, se presenta una revisión de estudios publicados en las bases de datos de PubMed, Scielo, Ebscohost y Embase. Finalmente, se presenta un listado de proyectos de investigación en la materia inscritos en la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica.

ARGUMENTACIÓN

Ministerio de Salud: Notificación obligatoria del evento de accidentes de tránsito

El Ministerio de Salud, como ente rector en salud, define en el Decreto N°37306 "Reglamento de Vigilancia en Salud", la notificación obligatoria del evento "Víctimas de Accidente de Tránsito" (República de Costa Rica, 2017). Lo anterior se define con respecto a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud (CIE) propuesto por la Organización Mundial de la Salud, específicamente con los códigos S00-S99, T00-T14 y V01-V99 (República de Costa Rica, 2017 y OPS, 2008).

Asimismo, el Decreto especifica que se requiere codificar la causa primaria y secundaria, es decir, el traumatismo y causa externa. Por tanto, se debe registrar los datos generales en la boleta VE01 e incluir el lugar del accidente en términos de provincia, cantón y

distrito (República de Costa Rica, 2017). Es importante mencionar que desde el Ministerio de Salud se recibe información del Instituto Nacional de Seguros (INS), de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), entre otras prestadoras de servicios de salud.

El principal prestador de seguros de automóviles a nivel nacional es el INS. En la cartera se cuenta con el Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA), el cual tiene por objetivo "asegurar a las personas que resulten lesionadas en un accidente en el que participen tales medios de transporte" (INS, s.f., párr. 1). Según la Ley de Tránsito (9078), el SOA cubre las lesiones y muerte de las personas por esta causa (República de Costa Rica, 2012).

El Instituto Nacional de Seguros, a través de su red de servicios debe notificar el evento por medio de la boleta VE01 al Ministerio de Salud (República de Costa Rica, 2017). Por otro lado, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) es la institución con la red de servicios de salud más importante del país, por lo que en ocasiones el siniestrado de tránsito acude a esta (CCSS, 2015). En este sentido, dicha institución también debe notificar el evento según el Reglamento de Vigilancia de la Salud con la VE01 (República de Costa Rica, 2017).

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD VIAL (COSEVI)

El Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI) es el ente rector del estado costarricense en materia de la seguridad vial, como dependencia del Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT) (COSEVI, 2019b).

El Observatorio del COSEVI cuenta con un apartado de datos abiertos, estadísticas e investigación. El primero compuesto por datos de fallecidos, accidentes, personas accidentadas, infracciones, impugnaciones, conductores y licencias, y finalmente, pruebas teóricas y prácticas (COSEVI, 2020a). Mientras que las estadísticas se refieren a los muertos en sitio, anuarios de accidentes de tránsito con víctimas y tramos de alta accidentabilidad (COSEVI, 2020b).

En el apartado de investigaciones de la página web del Observatorio se sitúan dos publicaciones; el libro "El drama humano de los accidentes de tránsito: historias de vida", el cual resume historias de vida de familias que sufrieron un siniestro de tránsito (MOPT y COSEVI, 2015); y un "Estudio comparativo de las normas de importación de vehículos en Costa Rica y otras partes del mundo" que compara pruebas con seguridad vehicular y protección al ambiente con Estados Unidos, Canadá y otros países de Europa (MOPT, 2017).

Es importante indicar que no se encontró un sistema único que integre los datos del Ministerio de Salud con los datos que recolecta el oficial de tránsito a través de la dependencia del COSEVI. Lo anterior permitiría tener un panorama más amplio y claro de los determinantes que intervienen en los siniestros de tránsito, y por ende, tomar medidas preventivas oportunas y eficientes.

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN BASES ELECTRÓNICAS

La primera búsqueda de artículos se realizó en las bases de datos electrónicas de PubMed, EBSCOhost, Embase y Scielo. Para la búsqueda se utilizaron las siguientes combinaciones: "Accidente de tránsito AND Costa Rica", "Accidente de transporte AND Costa Rica", "Traffic Accident AND Costa Rica" y "Traffic Crash AND Costa Rica". Los descriptores fueron consultados en *Descriptores de Ciencias de la Salud* (DeCS) tanto en español como inglés.

En la primera búsqueda se encontraron nueve artículos científicos de Costa Rica. Posteriormente, se realizó una segunda búsqueda sin incluir "Costa Rica" en la combinación y se ubicaron 982 artículos en las cuatro bases de datos antes mencionadas. Se revisaron los resúmenes, o bien el texto completo con el fin de especificar si se trataba de un trabajo de Costa Rica y se identificaron un total de 26 artículos, siendo nueve coincidentes con la primera búsqueda y dos que se excluyeron al no ser de Accidentes de Tránsito propios del país. Por tanto, considerando la primera y segunda búsqueda, se revisaron un total de 24 artículos científicos sobre siniestros de tránsito específicos de Costa Rica.

TABLA 1
Instituciones pertenecientes al sector de la salud en Costa Rica, 1979-2020

AÑO DE PUBLICACIÓN	N°	%
1990-1999	2	8,3
2000-2009	8	33,3
2010-2019	14	58,4
REVISTA DE PUBLICACIÓN		
Medicina Legal de Costa Rica	13	54,9
Reflexiones	1	4,1
Infraestructura Vial	1	4,1
El Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana	1	4,1
Odontología Vital	1	4,1
Revista Española de Salud Pública	1	4,1
Acta Médica Costarricense	1	4,1
Neurocirugía	1	4,1
International Journal of Occupational and environmental health	1	4,1
Tecnología en Marcha	1	4,1
Revista Educación	1	4,1
Acta Pediátrica Costarricense	1	4,1
PAÍS DE LA REVISTA		
Costa Rica	20	83,3
Europeas	3	12,5
Regional	1	4,2
ESTUDIOS ESPECÍFICOS DE SINIESTROS DE TRÁNSITO		
Sí	11	45,8
No	13	54,2

Fuente: elaboración propia con los artículos incluidos en la revisión.

Los principales resultados se encuentran en el Cuadro 1, donde se muestra que la mayoría de los artículos se publicaron en idioma español (n=23), los cuales corresponden principalmente al año de publicación 2008 (n=6). La revista que ha publicado mayormente los siniestros de tránsito es Medicina Legal.

Se encontró un 83,3% de artículos publicados en revistas costarricenses, en menor medida de revistas europeas y de la región panamericana. Además, trece artículos no son estudios específicos del evento de siniestros de tránsito, sino más bien tratan de las causas de alguna lesión presentada, por ejemplo: plato tibial Schatzker y VI (Ugalde, Morales y Espinoza, 2017), perfil de muertes violentas (Baquero, Calvo, Jiménez, Madrigal y Morales, 2014), o bien mortalidad sanitariamente evitable (Llorca y Ortún, 2010).

En relación con los determinantes que influyen sobre los siniestros de tránsito se hallaron dos estudios específicos: uno sobre el consumo de alcohol (Picado y Prado-Calderón, 2014) y el otro de rutas que son peligrosas a nivel nacional (Agüero, 2016). El primero es un artículo de reflexión que hace un repaso de campañas de prevención de alcohol en el que, en el caso de Costa Rica, se menciona que la carga de mortalidad y morbilidad de este evento se debe en un 50% por el alcohol (Picado y Prado-Calderón, 2014). Por su parte, los resultados de las rutas indican que las más peligrosas en cuanto a muertes son Ruta 32, 2, 4, 1 y 34, respectivamente (Agüero, 2016).

Por otro lado, en el artículo de revisión del tema por parte de Villalobos-Parra y Hernández-Gómez (2013) sobre siniestros de tránsito, se menciona que estos son prevenibles, pues depende de determinantes como condiciones del vehículo, factores del conductor intrínsecos, visibilidad en carreteras, ingesta de alcohol, exceso de velocidad, iluminación, anchura de carriles, mala señalización, condiciones climatológicas, entre otras.

Además, en otro artículo se indica que el perfil de las víctimas se presenta principalmente en hombres con edad económicamente productiva, ocurriendo los siniestros fatales predominantemente en la noche, los fines de semana y en las provincias costeras. Así mismo, se encontró una proporción significativa asociada con los efectos

del alcohol (Vargas y Calderón, 2008). De la misma manera, Robles y Vargas (1991) indican que la provincia, el tipo de licencia y la edad son factores que influyen en el evento.

Por otra parte, las consecuencias de los siniestros de tránsito encontradas en los artículos para Costa Rica indican: fracturas en los miembros inferiores y superiores (Bogantes y Garro, 2010); traumas cráneo cervicales (Vargas y Calderón, 2008); traumas cráneo encefálico (Bogantes y Garro, 2010; Petgrave-Pérez et al., 2016; Vargas y Bonilla, 2006); fracturas de malar, maxilar y mandíbula (Lao y Sobalvarro, 2017); estrés postraumático (Campos y López, 2008; Solano, 2003); fractura de plato tibial (Ugalde, Morales, y Espinoza, 2017); fracturas sinusofacilaes (nasales) tercio medio facial (Elizondo, 2016); la afectación del globo ocular y sus anexos (Viales, 2016) y hemorragia subendocárdica macroscópica (Virgilí, Leal y Ferrer, 1998).

Algunos autores afirman que las fracturas asociadas a los siniestros de tránsito son de gran importancia en salud pública, pero es necesario conocer a fondo el problema para la toma de decisiones en cuanto a medidas de prevención (Lao y Sobalvarro, 2017).

Con respecto a la prevención, se encontró una publicación que propone la educación vial como alternativa de respuesta ante el problema de salud pública, al respecto indican que se debe orientar la búsqueda de soluciones a partir de las raíces de nuestra cultura "por medio de una formación integral continua desde edades tempranas" (Tencio, 2008, p. 13).

En el artículo "Buenas Prácticas en la Prevención de Conducir Bajo la Influencia del Alcohol" se hace una revisión sobre logros y limitaciones en la prevención de consumo de alcohol, en el que no se identifican suficientes iniciativas desde este eje. La revisión concluye que, si bien el tema de los siniestros de tránsito está en agenda política, se debe promover campañas de difusión masiva en este factor de riesgo (Marín y Prado-Calderón, 2014). Además, se encontró evidencia sobre la importancia del casco y cinturón de seguridad para la prevención de la lesión, y el uso restringido del celular y consumo de alcohol para la prevención de los accidentes de tránsito (Ramírez, 2013).

Por otro lado, en relación con la necesidad de desarrollar investigación en siniestros de tránsito, se menciona que actualmente es complejo obtener estudios específicos en el tema, considerando que existe un aumento de la población, flota vehicular y mayor ocurrencia del evento (Bogantes y Garro, 2010). Algunos autores mencionan que podría prestarse atención en futuras investigaciones en dos líneas: la influencia del alcohol en los conductores jóvenes y la fatiga (Robles y Vargas, 1991).

En este sentido, se hace hincapié en la necesidad de realizar nuevas investigaciones de índole epidemiológica para el desarrollo de mecanismos que permitan disminuir el riesgo de siniestros de tránsito. Lo anterior, dado que en Costa Rica "no han sido temas de interés", pese a la importancia en términos de salud pública (Picado y Prado-Calderón, 2014).

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN INSCRITOS EN LA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Por otra parte, se realizó una búsqueda de proyectos de investigación con la combinación "Tránsito" inscritos en el Sistema de Información y Gestión de Proyectos, Programas y Actividades de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica.

Se ubicaron doce proyectos; sin embargo, se excluyeron cuatro, dado que no se referían específicamente a los siniestros de tránsito (Cuadro 2). De los ocho proyectos de investigación inscritos se encuentra vigente solo un proyecto de investigación desde la Escuela de Salud Pública. Anteriormente, se realizaron estudios sobre todo desde el área de ingeniería (n=5 proyectos).

Si bien se reconoce que la Universidad de Costa Rica ha establecido iniciativas sobre siniestros de tránsito, se debe indicar la escasa evidencia con respecto a los determinantes y consecuencias de este evento desde una visión de salud pública que responda a la problemática social desde esta instancia.

CUADRO 2
Descripción general de los proyectos de investigación en Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica

Proyecto	Investigador/es	Unidad Responsable	Vigencia
1. Análisis del perfil epidemiológico y sociodemográfico de las personas implicadas en accidentes de tránsito y otras variables asociadas desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en Costa Rica durante el periodo del 2015 al 2017	Alvarado Prado, Rebeca**	Escuela de Salud Pública	2019-2021
2. Parámetros de tránsito para diseño de pavimentos en la red vial nacional primaria de Costa Rica	Hernández Vega, Henry Napoleón** Loria Salazar, Guillermo* Jiménez Romero, Diana* Leiva Villacorta, Fabricio* Aguiar Moya, José Pablo*	Escuela de Ingeniería Civil	2015-2018
3. Estudio de modelos de tránsito en el Gran Área Metropolitana	Solís Chacón, Maikol** Barboza Chinchilla, Luis Alberto* Sánchez Peña, Fabio Ariel*, Agüero Valverde, Jonathan*	Centro de Investigación en Matemáticas Puras y Aplicadas	2015-2018
4. Digitación de 50 000 boletas de accidentes de tránsito	Agüero Valverde, Jonathan** Jiménez Romero, Diana*	Escuela de Ingeniería Civil	2014-2015
5. Estudio de tránsito (encuestas de origen y destino) en ocho estaciones a nivel nacional.	Pujol Mesalles, Rosendo**	Escuela de Ingeniería Civil	1999-1999
6. Plan de manejo del tránsito vehicular y peatonal que mitigue los efectos de la ejecución del proyecto de mejoramiento ambiental en el área metropolitana de San José para AYA	Pujol Mesalles, Rosendo** Pérez Molina, Eduardo* Agüero Valverde, Jonathan*	Escuela de Ingeniería Civil	2008-2008
7. Optimización del flujo de tránsito en el Área urbana de San José	Mazon Gonzalez, Ismael**	Escuela de Ingeniería Eléctrica	1982-1983
8. Causas de muerte instantánea en accidentes de tránsito: corazón y suprarrenales.	Ruiz Sotela, Pedro*	Escuela de Medicina	1976-1977

**Investigador Principal
*Investigador Asociado

Fuente: Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica, (2020).

CONCLUSIONES

Los siniestros de tránsito son un problema de salud pública reconocidos por entes mundiales y nacionales debido a la carga social, sanitaria y económica que representan. En el ámbito nacional se cuenta con publicaciones en revistas científicas sobre perfiles epidemiológicos donde se muestra principalmente la mortalidad y características sociodemográficas entre los años 1990 y 2010.

En la actualidad se cuenta con el Observatorio del COSEVI, el cual representa una de las plataformas más sólidas e importantes en materia de siniestralidad vial, donde se conoce la mortalidad y otros reportes a nivel colectivo. No obstante, no se localizó un sistema único público y nacional que integre datos a nivel individual sobre la boleta VE01 (Ministerio de Salud), consecuencias y respuesta del sistema de salud (CCSS, INS y otras instancias), así como variables de tránsito (COSEVI-MOPT).

Ante este escenario surgen dos inquietudes: (1) cuál es la línea base y el panorama para responder a los compromisos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente en reducción de lesiones; y (2) cómo abordar la problemática ante un sistema fraccionado que no permite conocer la complejidad de los factores que intervienen a nivel humano, del vehículo y del entorno vial.

Por otra parte, se encontraron estudios publicados sobre las consecuencias clínicas ante un siniestro de tránsito, en donde se detallan las fracturas más frecuentes en los siniestrados. Lo anterior es importante, pues permite contar con evidencia para la planificación de recursos a nivel de sistema de salud, así como una línea base para definir posibles montos de pólizas de seguro que respondan a los costos reales ante las secuelas físicas de los involucrados.

De la misma manera, como resultado de la complejidad de la problemática y los múltiples esfuerzos que desarrollan las instancias como COSEVI, INS, CCSS, Ministerio de Salud, entre otras; la academia podría convertirse en un espacio que promueva el diseño y desarrollo de estudios sobre la determinación social de la salud en

materia de los siniestros de tránsito, así como evaluación desde una perspectiva de salud pública.

Alrededor de la mitad de los artículos no corresponden a estudios específicos de siniestros de tránsito, por lo que se concluye que es necesario focalizar investigaciones en este tema para aproximarse más al conocimiento de sus características y, por ende, abordarlo de una forma más estratégica e integral.

Si bien es cierto en el país se ha estudiado sobre el consumo de alcohol y las rutas peligrosas, es necesario incluir otros factores que influyen en el evento. Por tanto, se debe reforzar el estudio de los determinantes de los siniestros de tránsito para contar con evidencia que aporte a la prevención del evento y al abordaje desde la seguridad vial.

Es necesario, entonces, promover la investigación sobre siniestros de tránsito y su impacto en la salud pública desde diversas disciplinas, considerando también las implicaciones en la salud mental de las personas afectadas y sus familias. Además, el estrés y la repercusión en los siniestros de tránsito, prácticas de conducción inseguras en el país, cultura de paz en las carreteras, infraestructura vial, estudios económicos, entre otros ejes temáticos priorizados a nivel país.

REFERENCIAS

Agüero, J. (2016). Determinación de rutas con potencial de mejora utilizando funciones de desempeño de seguridad vial: caso de Costa Rica. *Infraestructura Vial, 18*(32), 39–52. https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/vial/article/view/29783/29935

Baquero, A., Calvo, K., Jiménez, J., Madrigal, F. y Morales, F. (2014). La muerte violenta de menores de 18 años en Costa Rica en el 2010 *Medicina Legal de Costa Rica, 31*(1), 03-22. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100002

Beccacece, M. (2017). *La incorporación de la problemática de seguridad vial en la agenda de gobierno en la Provincia de Santa Fe con la creación de la Agencia Provincial de Seguridad Vial, periodo 2008-2014.* Universidad Nacional del Rosario. Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales. https://tinyurl.com/s47gs2p

Bogantes, J. y Garro, J. (2010). Accidentes de tránsito como riesgo laboral ocurridos durante los años 2006 y 2007, valorados en la sección de medicina del trabajo del Departamento de Medicina Legal. *Medicina Legal de Costa Rica, 27*(1), 17–32. https://tinyurl.com/u2mshlm

Caja Costarricense del Seguro Social. (2015). R*eglamento de Riesgo Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social y Reforma Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.* San José. https://tinyurl.com/spmkuc5

Campos, G. y López, C. (2008). Patologías Mentales Derivadas de los Accidentes de Tránsito. *Medicina Legal de Costa Rica, 25*(2): 27-34. https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v25n2/3736.pdf

Chavarriaga, M. (2012). Mortalidad por accidentes de tránsito como factor determinante en la estructura poblacional. *Revista CES Salud Pública. 3*(2), 232-236. http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2496

Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI). (2019a). *Anuario estadístico de accidentes de tránsito con víctimas en Costa Rica, 2017.* https://tinyurl.com/yx65jukt

Consejo Nacional de Seguridad Vial. (2019b). ¿Quiénes Somos? https://www.csv.go.cr/nosotros

Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI). (2020a). Observatorio: Datos Abiertos. http://datosabiertos.csv.go.cr/home

Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI). (2020b). Observatorio: Estadísticas. https://www.csv.go.cr/web/guest/estadísticas

Elizondo, J. (2016). Valoración del Daño Corporal en el Trauma Nasal. *Medicina Legal de Costa Rica, 33*(1), 15–24. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000100015

Instituto Nacional de Seguros. (s.f.). Seguro Obligatorio de Automóviles. https://tinyurl.com/rz729zt

Instituto Nacional de Seguros. (2020). Publicaciones. http://www.ins-cr.com/

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2019). *Estadísticas Vitales 2018, Población, Nacimientos Defunciones y Matrimonios.* http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/repoblacev2018.pdf

Lao, W. y Sobalvarro, K. (2017). Estudio de fracturas de malar, maxilar y mandíbula de los egresos hospitalarios del 2010 a 2015 en la Caja Costarricense de Seguro Social. *Odontología Vital,* (26), 53–60. https://tinyurl.com/qp46mrx

Llorca, F. y Ortún, V. (2010). Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable en Costa Rica. *Rev Esp Salud Pública* 2010, 84(6), 771-787.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000600008

Marín, B. y Prado-Calderón, J. (2014). Buenas prácticas en la prevención de conducir bajo la influencia del alcohol. *Revista Reflexiones 93*(1): 73-83. https:revistas.ucr.ac.cr › index.php › reflexiones › article › download

Ministerio de Obras Públicas y Transporte (MOPT) y Consejo Nacional de Seguridad Vial (COSEVI). (2015). *El drama humano de los accidentes de tránsito: Historias de vida.* (1). San José de CR. https://tinyurl.com/wa3e2mr

Ministerio de Obras Públicas y Transporte (MOPT). (2017). E*studio comparativo de las normas de importación de vehículos en Costa Rica y otras partes del mundo 2017.* https://tinyurl.com/yxxx643w

Naciones Unidas. y Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2015). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe.* http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf

Observatorio de Desarrollo. (2017). *Estimación de los años de vida potencialmente perdidos por accidentes de tránsito donde está involucrado una motocicleta.* http://odd.ucr.ac.cr/sites/default/files/comportamiento-motocicletas/avpp_pib_motos_informe-final-2017.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Accidentes de tránsito* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries

Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito.* http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/726/92%2075%2031599%20X.pdf?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud. (2008). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud. (1). *Organización Panamericana de La Salud.* Washington, D.C. http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La seguridad vial en la Región de las Américas.*https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/Road_Safety_PAHO_Spanish.pdf

Petgrave-Pérez, A., Padilla, J. I., Díaz, J., Chacón, R., Chaves, C., Torres, H. y Fernández, J. (2016). Perfil epidemiológico del traumatismo craneoencefálico en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia durante el período 2007 a 2012. *Neurocirugía, 27*(3), 112–120. https://doi.org/10.1016/j.neucir.2015.10.003

Picado, B. M., y Prado-Calderón, J. E. (2014). Buenas prácticas en la prevención de conducir bajo la influencia del alcohol. *Rev. Reflexiones, 93*(1), 73–83. http://www.scielo.sa.cr/pdf/reflexiones/v93n1/a05v93n1.pdf

Programa de Investigación en Desarrollo Urbano Sostenible. (2015). *Costos de los choques viales en Costa Rica.* Universidad de Costa Rica. https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2015/informe-final.pdf

Ramirez, J. E. (2013). Accidentes de Tránsito Terrestre. Revisión Bibliográfica. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual, 30*(2), 78-85 https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152013000200009

Real Academia Española. (2019). Siniestro. https://dle.rae.es/siniestro#OiT9GOm

República de Costa Rica. (2012). Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y de Seguridad Vial. San José. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

República de Costa Rica. (2017). *Reglamento de Vigilancia de la Salud. San José: Ministerio de Salud.* https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2017/08/23/ALCA206_23_08_2017.pdf

Robles, S. C. y Vargas M., H. (1991). Epidemiología de los accidentes de tránsito en Costa Rica. *Boletín - Oficina Sanitaria Panamericana, 110*(6), 471–479. http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/16621

Ruiz, M. (2011). ¿Se debe usar el término accidente en el ámbito de la investigación científica?. *Panace, 33*(12), 84-88. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n33-Tribuna-Perez.pdf

Solano, J. (2003). Psicotrauma y estrés postraumático. Su valoración como daño psicológico o moral dentro del proceso civil y penal. *Medicina Legal de Costa Rica, 20*(2), 1–6. https://tinyurl.com/u82cypx

Tencio, C. B. (2008). Educación una alternativa para la formación vial *Revista Educación 32*(1), 13-26. https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/521

Ugalde, C., Morales, D. y Espinoza, K. (2017). Revisión de los casos de fracturas de plato tibial Schatzker V y VI tratada con osteosíntesis y/o fijación externa en el Hospital San Juan de Dios durante el año 2015. *Medicina Legal de Costa Rica, 34*(1), 92–103. https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/2215-5287-mlcr-34-01-92.pdf

Vargas, M., y Bonilla, R. (2006). El trauma craneoencefálico como causa de muerte violenta en Costa Rica en el año 2004. *Legal Medicine, 23*(1), 51–85. https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v23n1/3348.pdf

Vargas, M.. y Calderón, L. (2008). Accidentes de tránsito fatales en Costa Rica en el 2007. *Medicina Legal de Costa Rica, 25*(2), 07-24. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152008000200002

Viales, G. (2016). Patología Traumática Ocular. *Medicina Legal de Costa Rica, 33*(2), 500–507. https://tinyurl.com/s7d25k3

Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica, (2020). *Sistema de Información y Gestión de Proyectos, Programas y Actividades.* https://vinv.ucr.ac.cr/

Villalobos-Parra, L. y Hernández-Gómez, R. (2013). Accidentes de tránsito terrestre. *Medicina Legal de Costa Rica, 30*(2), 78–85.

Virgilí, D., Leal, Y., & Ferrer, D. (1998). Hemorragia subendocárdica en fallecidos debido a accidentes de tránsito. *Medicina Legal de Costa Rica 1, 15*(1–2), 1–6. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151998000200021

ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTEGRADA (EGI) PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ARBOVIROSIS: DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA, COSTA RICA

REBECA ALVARADO-PRADO[1]

MELISSA RAMÍREZ ROJAS[2]

INTRODUCCIÓN

Las infecciones por arbovirus corresponden a cualquier virus que en su ciclo vital son intervenidos por un vector artrópodo, estos pueden ser insectos (mosquitos) o arácnidos (garrapatas); pero mayoritariamente corresponden a mosquitos del género Aedes (Valerio y Mòdol, 2016).

Los Arbovirus (ARthropod-Borne virus) corresponden a un acrónimo del virus con genoma de ARN de cadena simple (Kantor, 2018). La expresión inglesa "arthoropod-borne" comenzó a usarse en 1942 para referirse a algunos virus aislados en animales, la cual designaba a los agentes de ciertas virosis cuya transmisión biológica se hace por medio de un artrópodo a un vertebrado. Respecto a las arbovirosis, se conocen alrededor de 200, de las cuales entre 50 y

70 son patógenos para el ser humano (Organización Mundial de la Salud, 1967).

Para efectos de este apartado nos referiremos únicamente a dengue, chikungunya y zika, las cuales corresponden a enfermedades transmitidas por vectores establecidas en la Estrategia de Gestión Integrada publicada por el Ministerio de Salud de Costa Rica en 2016 (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016a). Cabe recalcar que las arbovirosis incluyen otras enfermedades como fiebre amarilla, encefalitis equina del oeste, mayaro, entre otras (Hernández, s.f.).

En las Américas la trascendencia de los arbovirus aumentó en los últimos 30 años, específicamente con la reinfección del dengue en la década de los 90, el chikungunya en 2013 y el zika detectado por primera vez en 2014.

Por su parte, el dengue corresponde a la enfermedad viral humana más importante transmitida por los vectores artrópodos del género Aedes, principalmente Aedes aegypti. Esta infección causa síntomas gripales, pero el dengue no genera rinorrea ni congestión nasal (Organización Mundial de la Salud, 2018a).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2017a) el dengue se presenta en los climas tropicales y subtropicales y es considerada como una de las principales enfermedades virales emergentes y reemergentes a escala mundial. Entre las causas más relevantes de esta enfermedad se destacan el calentamiento global, las migraciones, el hacinamiento, el crecimiento demográfico, la urbanización descontrolada, el deterioro de los sistemas de servicios de salud y la deficiente provisión y almacenaje del agua, así como la falta de políticas preventivas de salud pública (Maguiña, Osores, Suárez, Soto, y Pardo, 2005).

En relación con este último aspecto, conviene citar los macro y micro determinantes del dengue (ver cuadro), tomados de "Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control" de la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 1995).

1 Universidad de Costa Rica. Docente e investigadora de la Escuela de Salud Pública. Correo: rebeca.alvarado_p@ucr.ac.cr

2 Ministerio de Salud de Costa Rica, Médica y epidemióloga. Correo: melissa.ramirez@misalud.go.cr

CUADRO 1
Macro y micro determinantes del Dengue, 2009

Factores Determinantes	Factores de Riesgo	
Macro determinantes	*Ambientales*	Latitud 35 N a 35 S
		Altitud < 2200 msnm
		Temperatura Ambiente 15-40°C
		Humedad: De moderada a alta
	Sociales	Densidad de la población: de moderada a alta
		Patrones de asentamiento: urbanización no planificada y densidad de asentamiento elevada.
		Viviendas: Ventanas sin anjeo, canales de desagües de aguas para lluvias obstruidos por desechos, picos de botellas en la parte superior de paredes, entre otros.
		Aprovisionamiento de agua: agua almacenada no protegida en la casa por más de siete días, ausencia de abastecimiento de agua corriente individual, disponibilidad intermitente y uso de depósitos o tanques destapados.
		Recolección de desechos sólidos: envases de almacenaje inadecuados, recolección inadecuada o inexistente, recipientes pequeños en desuso, llantas desechadas y otros elementos abandonados a cielo abierto.
		Estado socio económico: pocos ingresos o insuficientes
		Culturales: Conductas de riesgo que favorecen la proliferación del mosquito, las complicaciones y mortalidad por dengue.
Micro determinantes	*Factores Individuales del huésped*	Sexo Edad Grado de Inmunidad Condiciones de salud específicas Ocupación Conductas individuales, familiares y comunitarias
	Factores del Agente de la enfermedad	Serotipos y subtipos circulantes y nivel de viremia
	Factores de los vectores	Abundancia y focos de proliferación de mosquitos Densidad de hembras adultas Edad de las hembras Frecuencia de la alimentación Preferencia de huéspedes Disponibilidad de huéspedes Susceptibilidad innata a la infección

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 1995.

La OMS considera que dos terceras partes de la población mundial vive en zonas infestadas con vectores del dengue, principalmente el *Ae.aegypti* (Organización Mundial de la Salud, 2018a). En la actualidad, se estima que 390 millones de personas se infectan por dengue cada año, de los cuales 96 millones se manifiestan clínicamente. Brady et al (2012) valoran que la población en riesgo de infección asciende a 3900 millones de casos en 128 países, aunque ciertamente la carga de esta enfermedad a nivel mundial es incierta.

Históricamente, en las Américas se dio una interrupción de la transmisión del dengue durante 1960, como resultado de la campaña de prevención y erradicación del vector *Ae. aegypti.* No obstante, las medidas de vigilancia y control no fueron constantes y hubo reinfecciones subsiguientes del mosquito (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Por otra parte, el chikungunya es un alfavirus transmitido; al igual que el dengue, principalmente por los mosquitos *Ae.aegypti* y *Aedes albopictus* (Kantor, 2018). Esta enfermedad se ha expandido globalmente en la última década, constituyéndose en una de las mayores virosis emergentes del siglo XXI (Montero, 2015).

La enfermedad se caracteriza por fuertes dolores articulares, fiebre alta, erupción en la piel, dolor de cabeza y muscular (Organización Mundial de la Salud, 2019). En la mayoría de los casos, las personas mejoran transcurridos los 10 días de la enfermedad, empero, algunos sufren una recidiva, principalmente en síntomas articulares a los 2 o 3 meses después de la recuperación. Lo anterior podría provocar poliartritis distal y tenosinovitis hipertrófica subaguda en muñecas y tobillos; además, se ha asociado con el síndrome de Raynaud, depresión, astenia y debilidad (Montero, 2015). Es importante mencionar que el chikungunya comparte algunos de los signos clínicos con el dengue y zika (Organización Mundial de la Salud, 2017b), por lo que el diagnóstico y la vigilancia representan un desafío para nuestros sistemas de salud.

En 2015, para la región de las Américas, se notificó un brote de la enfermedad, donde se contabilizaron un total de 693 489 casos sospechosos y 37 480 confirmados, la mayor carga de enfermedad se

registró en Colombia (Organización Panamericana de la Salud, s.f.). Así mismo, tal como lo indica Rodríguez-Morales en su artículo "No era suficiente con dengue y chikungunya: Llegó también Zika", la región no tenía controlado la situación del chikungunya cuando se presentó la tercera arbovirus, llamada Zika (Rodríguez-Morales, 2015).

El Zika es un flavivirus transmitido también por el género *Aedes*. Dentro de los principales síntomas clínicos se encuentra fiebre, conjuntivitis no purulenta, cefalea, mialgia y artralgia, astenia, exantema maculopapular y edema en miembros inferiores. Es importante indicar que la conjuntivitis se observa en menor proporción en dengue y chikungunya (Rodríguez-Morales, 2015).

Actualmente, se conoce que el virus puede transmitirse de la madre al feto durante el embarazo, contacto sexual, transfusiones de sangre y productos sanguíneos, así como trasplantes de órganos (Organización Mundial de la Salud, 2018b). Además, para las mujeres gestantes que contraigan esta enfermedad, se ha establecido una relación con bebés con microcefalia y otras malformaciones congénitas, además se asocia con complicaciones como parto prematuro, aborto espontáneo y la muerte intrauterina. Es así como este nuevo virus trae consigo un indiscutible impacto en la salud reproductiva y propiamente en el control de las gestantes y neonatos.

A nivel histórico, se han registrado brotes en África, las Américas, Asia y el Pacífico y se ha notificado el virus en más de 86 países del mundo (Organización Mundial de la Salud, 2018b). En 2015, Brasil notificó un brote de esta enfermedad, en el cual se logró identificar una relación con el Síndrome de Guillain-Barré y de la infección con microcefalia (Organización Mundial de la Salud, 2018b; Brasil, et al, 2016).

ARGUMENTACIÓN
Estrategias y acciones públicas para el control y prevención del dengue, chikungunya y zika

Las acciones de prevención orientadas a disminuir la transmisión del virus del dengue, chikungunya y zika están directamente relacionadas con el control de los vectores y las prácticas que logren interrumpir el contacto de los seres humanos con estos.

Las campañas de erradicación del Ae.aegypti propuestas por la OMS fueron muy exitosas en las décadas de los 50 y 60, logrando para 1972 la erradicación del vector en 21 países de las Américas, incluido Costa Rica (Organización Panamericana de la Salud, 2008). En este contexto, fue en la 13° Conferencia Sanitaria Panamericana de 1961, realizada en Washington, donde se declara a Costa Rica libre del vector Ae.aegypti (Morice-Trejos, Marín-Rodríguez, y Ávila-Agüero, 2010).

En 1989 se proclamó la primera resolución de la Asamblea Mundial de la Salud para fortalecer medidas eficaces de control de vectores, mediante un enfoque estratégico conocido como "Control Integrado de Vectores", en el cual los estados miembros abordan áreas comunes para combatir las enfermedades de transmisión vectorial mediante el fortalecimiento de la capacidad nacional (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Debido a que los modelos de control de dengue no fueron integrados ni participativos, en los años noventa se reportó un incremento en los casos a nivel de la región de las Américas (Gómez-Dantés, San Martín, Danis-Lozano, y Manrique-Saide, 2011; Organización Mundial de la Salud, 2017d). A nivel nacional no fue la excepción, dado que se generó la alerta de que el mosquito transmisor se encontraba distribuido a lo largo del territorio nacional y a partir de ese momento el incremento de los casos ha sido un reto para la salud pública del país (Mena, Troyo, Bonilla-Carrión, y Calderón-Arguedas, 2011).

En 1999, la OMS presentó una Estrategia Mundial para la prevención y control del dengue y dengue hemorrágico (Organización

Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud, s.f.). En 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), mediante la Resolución CD43.R4, formuló directrices regionales para atenuar este mismo problema, enfocadas en promover coordinación intersectorial, establecer redes para fortalecer los programas de control y prevención del dengue, estimular adopción de medidas ambientales sostenibles (abastecimiento de agua, el desecho de aguas residuales, gestión de residuos sólidos, entre otros); además de incorporar en los programas la participación comunitaria, educación sanitaria y estrategias de comunicación social (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

En 2003 la OPS aprobó la Resolución CD44.R9 con el objetivo de generar un cambio de enfoque en los programas nacionales, el cual incluyó la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control de Dengue y conformó el grupo técnico de trabajo sobre el dengue en la región (Ministerios de Salud de Centroamérica y República Dominicana, 2005).

La Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para la prevención y control del dengue es un modelo de gestión dirigido a reducir la morbilidad, la mortalidad y la carga social y económica por los brotes y las epidemias del dengue. Los componentes de la EGI son: epidemiología, manejo integrado de vectores, medio ambiente, comunicación social, laboratorio y atención al paciente (Ministerios de Salud de Centroamérica y República Dominicana, 2005).

Posteriormente, en 2004, se estableció el Marco Estratégico Mundial para el control integrado de vectores por la OMS, así como el Plan Mundial contra las enfermedades tropicales desatendidas (2008-2015) (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Mientras que, para ese mismo año en Costa Rica, la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) fue adaptada por un grupo de expertos del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) con la asesoría de la OPS, logrando su implementación ese mismo año (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016a).

Para el 2008, el Programa Regional de Dengue de la OPS-OMS evaluó la EGI en Costa Rica desde los componentes: promoción de la salud y comunicación social, vigilancia epidemiológica, laboratorio, entomología y atención al paciente (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016a). A partir de esto, se hizo una actualización de la estrategia de acuerdo con el contexto del Ministerio de Salud y el nuevo modelo de salud del país.

A la Caja Costarricense de Seguro Social, como prestadora de servicios de salud, se le designó el componente de atención al paciente; el INCIENSA se enfocó en laboratorio y el Ministerio de Salud en vigilancia epidemiológica con los datos que aportan la CCSS y otros centros de atención médica público y privada. En el tema de vigilancia epidemiológica, mediante el Decreto ejecutivo No.37.306-S de octubre 2012 se declaró como eventos de notificación obligatoria al dengue y al dengue hemorrágico en el grupo A, mediante la boleta VE01(Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016a).

Según la asignación de responsabilidades dispuesta en la EGI a nivel nacional, la Comisión Interinstitucional de Vigilancia de la Salud (CINAVIS) define estrategias por evento, capacita, evalúa y retroalimenta. A nivel regional, la Comisión Interinstitucional Regional de Vigilancia de la Salud (CIREVIS) consolida la información regional, asesora, capacita y evalúa los resultados. Mientras que la Comisión Local Interinstitucional de Vigilancia de la Salud (CILOVIS) determina las medidas de intervención y la clasificación final de casos. En esta comisión participa el Ministerio de Salud y la CCSS, involucrando otros actores sociales como los gobiernos locales, administradores de acueductos, asociaciones de desarrollo, organizaciones comunales, la empresa privada, entre otros (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016a).

En el marco de la EGI, el Ministerio de Salud, como ente rector, debe ejecutar acciones de Manejo Integrado de Vectores y para ello dispone de la Unidad de Entomología Nacional y una Unidad Entomológica en la Región Huetar Atlántica. Las acciones de este componente son acompañadas por la creación de redes institucionales comunales y el fortalecimiento de alianzas estratégicas entre los actores sociales como: Ministerio de Salud, CCSS, Ministerio de Educación Pública,

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Instituto Costarricense de Electricidad, municipalidades, otras instituciones del estado, universidades, iglesias, empresa privada, organizaciones de la sociedad civil representadas en la comunidad, entre otras (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016a).

En concordancia con las políticas planteadas a nivel mundial y regional, en el año 2010 se establecieron los Lineamientos de Control para el Dengue en Costa Rica, los cuales consisten en una intervención interinstitucional e intersectorial con el objetivo de reactivar y reforzar medidas de control del vector, la vigilancia epidemiológica y la atención de los pacientes y con ello disminuir el número de casos y evitar posibles muertes (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2010).

En el apartado IV se especifica el Manejo Integrado de Vectores, definido como el conjunto de acciones que desarrolla el Sistema Nacional de Salud para prevenir o minimizar su propagación y reducir el contacto entre patógenos, vectores y el ser humano, con el fin último de disminuir o interrumpir la transmisión vectorial de las enfermedades (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2010).

Lo anterior debe ser abordado por el Ministerio de Salud tanto desde la rectoría como desde la provisión directa de servicios de protección y mejoramiento del hábitat humano. Se establecen seis acciones: control químico, control biológico, educación, acciones de ordenamiento del medio, promoción de la participación comunitaria y articulación con actores sociales e investigación epidemiológica y entomológica de campo.

En el apartado V se menciona la Estrategia de Gestión Integrada como el modelo de gestión para fortalecer programas nacionales con miras a reducir la morbilidad, mortalidad y carga social y económica generada por los brotes y epidemias del dengue. En este se establece la importancia del enfoque interprogramático, integrado e intersectorial, basado en una nueva práctica (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2010).

En el componente de vigilancia epidemiológica su objetivo fue fortalecer las capacidades de análisis integrado, detección temprana y respuesta oportuna a brotes mediante la vigilancia activa de las diferentes áreas geográficas debidamente estratificadas (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2010).

En el componente de manejo de ambiente se establece como misión intervenir en el saneamiento del medio ambiente para la prevención de la propagación y el control de vectores y para esto último se propone el desarrollo de estrategias para fortalecer el saneamiento del ambiente. Se propone caracterizar el comportamiento del vector en sus microfactores, tiempo y lugar para el manejo integral y eficaz; así como un abordaje y control integral con eficiencia y liderazgo (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2010).

Finalmente, el objetivo del componente de comunicación social es fortalecer las capacidades de la comunidad para el desarrollo de estilos de vida y entornos saludables por medio de la Promoción de la Salud y Participación Social (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2010).

Dicha propuesta se descentralizó a las áreas rectoras del Ministerio de Salud, donde se definieron planes operativos locales de acuerdo con su capacidad resolutiva. Actualmente, no se cuenta con documentos oficiales sobre los alcances y limitaciones de la Política: Lineamientos para el control del Dengue 2010.

Después del 2012, se reforzó en capacitación (entomología médica), mayor cantidad de insumos y materiales para trabajo de campo, capacitación a nivel de maestría de setenta funcionarios y a nivel técnico en vigilancia epidemiológica y sistemas de información (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016a).

En 2016, debido al aumento de casos de la enfermedad entre el período de 1993 a 2015 (32) y el reporte del índice de Breteau (1,17 a 13,7%) de los cantones priorizados, se reconoció el dengue, chikungunya y zika como problema de salud pública en Costa Rica mediante el Decreto de emergencia N° 39526 MP-S. (República de Costa Rica. Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE). Decreto No.39525-MP-S, 2016).

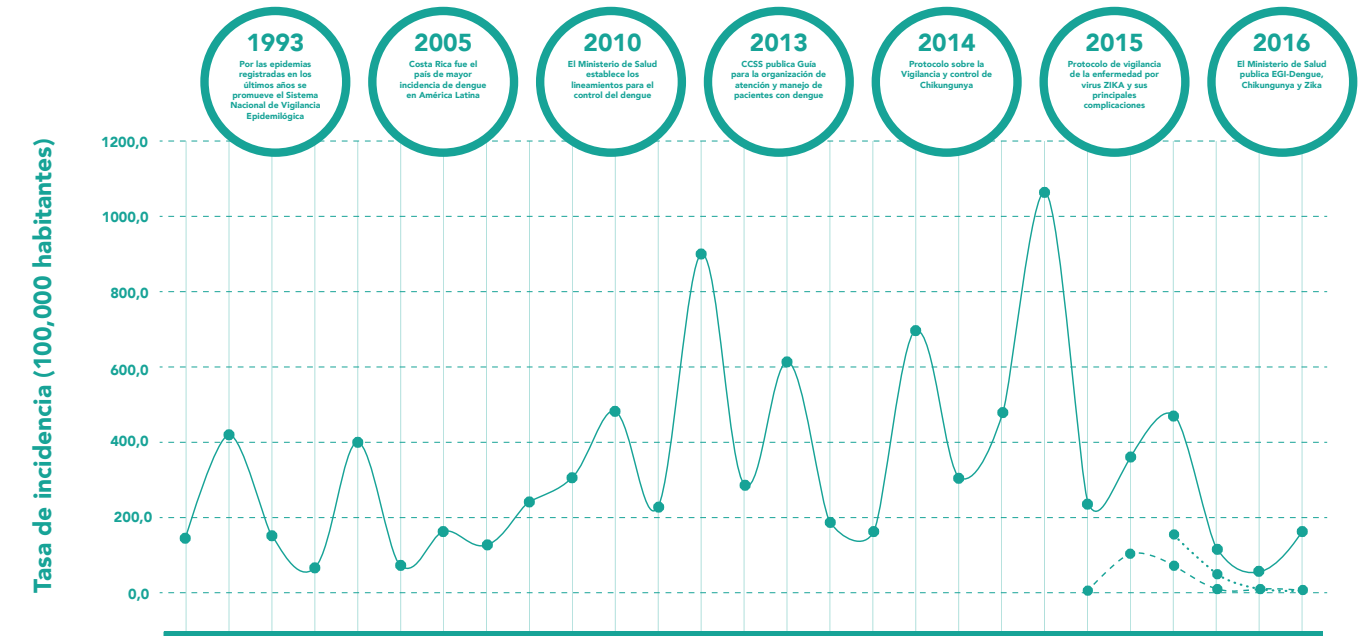
FIGURA 1
Componentes de la Estrategia de Gestión Integrada, Costa Rica 2016

Fuente: Ministerio de Salud, 2016a.

Ante la situación epidemiológica del 2016, el Ministerio de Salud publicó la "Estrategia Nacional de Gestión Integrada para prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (EGI-V), Dengue, Zika y Chikungunya. Costa Rica 2016" que tiene por objetivo general "dirigir y conducir desde el nivel político, eficientemente la Estrategia de Gestión Integrada para el control de las enfermedades vectoriales" (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016a).

La política define actividades generales, indicadores, resultados esperados y responsables por los siguientes componentes: vigilancia epidemiológica y manejo integrado de vectores, manejo de medio ambiente, comunicación social, vigilancia de laboratorio, y finalmente, servicios de salud y atención clínica. Lo anterior parece coincidir con la Estrategia de Gestión Integrada de OPS propuesta del 2008 (Figura 1).

FIGURA 2
Línea del tiempo de tasa de incidencia del Dengue, Chikungunya, Zika de 1993 a 2015, Costa Rica



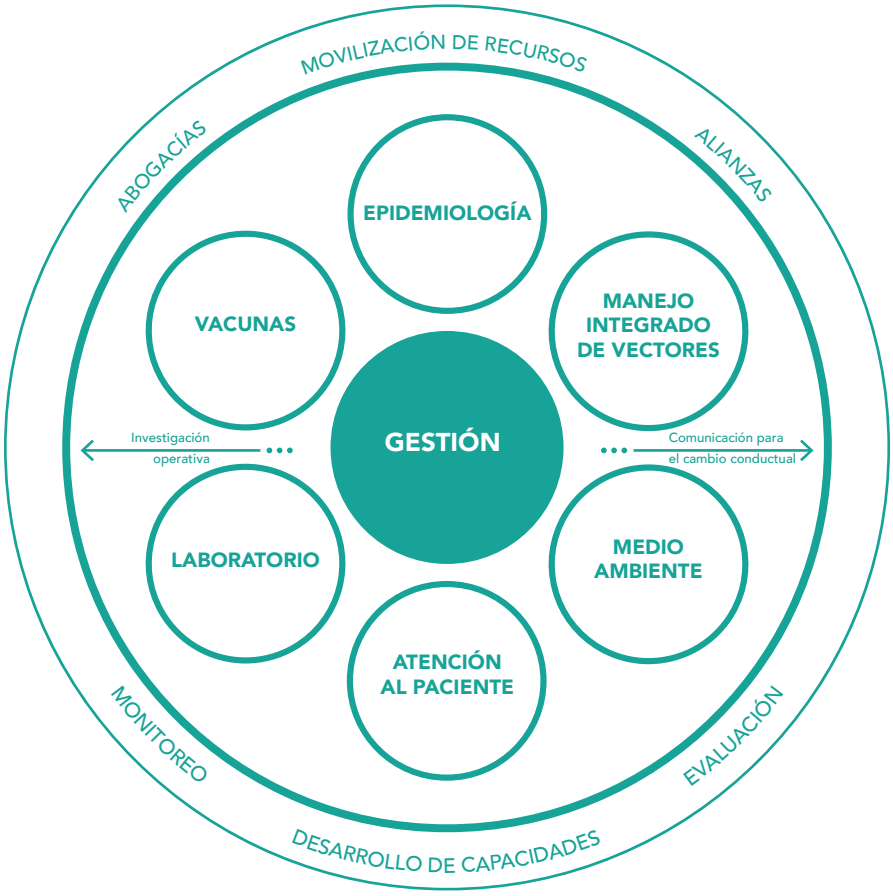
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Dengue	142,4	417,8	149,8	65,6	399,3	71,0	159,5	126,7	238,2	304,6	482,2	226,4	896,7	281,7	610,6	186,5	161,4	694,4	301,3	478,0	1060,0	233,3	359,9	468,3	112,4	54,66	161,7
Chikungunya																						3,04	101,6	70,14	70,98	8,61	2,65
Zika																								153,7	48,79	8,61	3,97

Fuente: Elaboración propia con datos de Ávila-Agüero, 2008; Caja Costarricense del Seguro Social, 2011, 2013; Calderón-Arguedas et al., 2007; Calderón et al., 2005; Mena et al., 2011; Ministerio de Salud de Costa Rica, 2010, 2011b, 2016a, Organización Panamericana de la Salud, 1998, 2001; Sáenz et al., 2011.g.

La meta de esta política indica que los actores sociales intersectoriales, institucionales y comunitarios asuman responsabilidades y participen activamente en acciones de promoción, prevención, y abordaje de las enfermedades vectoriales como dengue, chikungunya, zika y otras emergentes (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016a).

De la misma manera, otro logro importante en el marco de la EGI fue la aprobación de Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos y con esto la formulación de la Política Nacional para la Gestión Integral de Residuos (2010-2021), donde se exige la implementación por parte de los gobiernos locales de los planes de Gestión de Residuos Sólidos (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011).

FIGURA 3
EGI para la región de las Américas publicado en 2017



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud. (s.f).

En tanto a las tasas de incidencia del dengue, chikungunya y zika en Costa Rica sobre la línea del tiempo muestran que, pese a desarrollarse estrategias mundiales, regionales e internacionales, el comportamiento de las enfermedades no registra una clara tendencia al descenso (Figura 2).

En 2017, la OMS propone una actualización del modelo de la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue en la región de las Américas (Figura 3) (Organización Mundial de la Salud, 2017c). Entre los cambios del modelo 2008 y 2017, figura la "Comunicación para el cambio conductual" como eje

transversal; mientras que en 2008 fungía como un componente más de la estrategia (Figura 1 y 3).

Además, incorpora la investigación operativa, entendida como la generación de conocimiento de intervenciones, estrategias y políticas, mediante la sistematización de experiencias, identificación de nuevas herramientas de trabajo, validar conductas y materiales educativos, medir el impacto de las intervenciones y determinar el costo/beneficio de las intervenciones (Organización Mundial de la Salud, 2017c).

La nueva propuesta integra el componente de vacunas por la pertinencia en el futuro inmediato; por tanto, se sugiere que cuando la vacuna de dengue esté disponible, se deben tomar en consideración como parte de las estrategias regionales y nacionales (Organización Mundial de la Salud, 2017c).

A partir de la actualización, Costa Rica podría valorar la pertinencia de modificar la estrategia en función de este modelo 2017, la cual incluye además como factores facilitadores la abogacía, movilización de recursos, alianzas, desarrollo de capacidades y monitoreo y evaluación.

CONCLUSIONES

En este sentido se debe reconocer que el dengue, chikungunya y zika son enfermedades prevenibles que reclaman esfuerzos mancomunados, no solo de la comunidad sino del Estado en los diferentes sectores (Organización Mundial de la Salud, 2018a). Así lo amerita su magnitud en términos de morbilidad, mortalidad y costos económicos.

La Organización Panamericana de la Salud indica que un programa integrado de control del dengue dirigido a evitar, tratar y eliminar criaderos puede llegar a reducir hasta en un 30% de lo que se invierte actualmente (Jiménez, s.f). En un estudio realizado durante el 2005 en países de Latinoamérica y Asia, se encontró que los costos directos e indirectos de la atención de dengue del periodo

2001 al 2004 ascendieron a US$1,8 billones (Bello, Díaz, Malagón-Rojas, Romero, y Salazar, 2011). En nuestra región, por ejemplo, se estima que el costo económico de la enfermedad es de $2,1 billones de dólares por año, el cual excede los costos de otras enfermedades (Shepard, Coudeville, Halasa, Zambrano, y Dayan, 2011).

Lo anterior refleja la trascendencia económica de los grandes esfuerzos que hace Costa Rica y los demás países de las Américas por eliminar esta enfermedad. Se trata de un gran volumen de recursos que han dado soporte a un cuerpo de políticas públicas y estrategias de contención no suficientemente evaluadas hasta ahora.

Por tanto, aunque son evidentes los esfuerzos desarrollados por diferentes instancias nacionales e internacionales para disminuir la incidencia y mortalidad de las arbovirosis, lo cierto es que en la región de las Américas y en Costa Rica no se han realizado estudios integrales sobre los resultados de implementación de la política oficial de contención de estas enfermedades infecciosas.

En Costa Rica los Lineamientos para el control del dengue 2010 y EGI-Arbovirosis 2016 establecen acciones específicas por componentes y actores (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2010, 2016a). En este sentido, las acciones son planteadas desde esferas globales del Ministerio de Salud y posteriormente se descentralizan a las áreas rectoras en las que estas deben "tropicalizarla". Sin embargo, esto dependerá de la capacidad resolutiva a nivel local y del apoyo desde los diferentes niveles del Ministerio de Salud.

La estrategia establece el trabajo intersectorial para el abordaje de la problemática desde los diferentes niveles (Impoinvil et al., 2015). No obstante, el trabajo en campo muchas veces se ve direccionado a la contingencia y control de vector más que de la mejora de condiciones de vida. Por tanto, es necesario comprender e incorporar en la agenda del Estado el mejoramiento de los determinantes sociales para incidir en dichas enfermedades. Ahora bien, se reconoce que esta labor es compleja, pero por compleja que sea no debe ser obviada y menos invisibilizada.

Se requiere entonces un compromiso en el trabajo intersectorial donde se apunte al mejoramiento de las condiciones de vida de las localidades en términos del desarrollo social, el acceso a agua potable como derecho humano, así como garantizar una cobertura completa en la recolección de residuos como lo indica la Ley 8839. A nivel local, por ejemplo, es necesario que la EGI integre acciones inmediatas con los acueductos y municipalidades a fin de que el Ministerio de Salud pueda ejercer su rectoría con el seguimiento de acciones que permitan mejorar las coberturas de las localidades.

La OPS insiste en que es necesario un nivel alto de apoyo político y contribución de todos los actores posibles, además de participación de equipos multidisciplinarios e intersectoriales que aborden el problema de manera integral (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Por otra parte, la participación comunitaria se convierte en un aliado para la prevención y control del dengue; Calderón y colaboradores, (2005) establecen que la participación comunitaria a través de grupos comunales podría ser un recurso efectivo en la prevención del dengue. Empero, debe contemplar un asesoramiento por personeros de salud a fin de que se logre un intercambio de conocimientos que se traduzcan en prácticas que garanticen la sostenibilidad de los programas.

En relación con lo anterior, el personal de salud no siempre coincide con las necesidades que identifica la población, lo cual se agrava con la falta de iniciativa para implementar canales de participación. Por tanto, es primordial que el personal de salud e incluso líderes comunitarios se entrenen en técnicas de movilización social y se creen espacios para la reflexión conjunta para las necesidades de salud (Toledo-Romaní, Baly-Gil, Ceballos-Ursula, Boelaert, & Van der Stuyft, 2006).

Por otro lado, la EGI establece una serie de lineamientos en términos de vigilancia epidemiológica, laboratorio y atención a los pacientes, sin embargo, ha tenido ciertas limitaciones en el abordaje debido a la complejidad de clasificación de las enfermedades en campo, pues se comparten signos clínicos. Así pues, se requiere un esfuerzo articulado a nivel interinstitucional de la Caja Costarricense

del Seguro Social, Ministerio de Salud, INCIENSA, entre otros laboratorios privados.

Es importante mencionar que el país cuenta con el Protocolo sobre la vigilancia y el control de Chikungunya (2014), y a partir del 2016 con el Protocolo de vigilancia de enfermedad por virus Zika y sus principales complicaciones y los Lineamientos nacionales para el abordaje integral de la mujer embarazada y el recién nacido, relacionado con la infección del ZIKA (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016b; República de Costa Rica, 2016).

En diciembre 2019, el Informe N.° DFOE-SOC-IF-00021-2019 sobre la auditoría operativa acerca de la eficacia y eficiencia de la gestión realizada por el Ministerio de Salud para controlar las enfermedades transmisibles, mediante la prestación del servicio de control de vectores, concluyó que existe una asimetría en las diferentes áreas rectoras evaluadas principalmente en la distribución de insumos compuestos por recursos humanos, suministros y materiales.

Lo anterior demuestra la importancia de seguir evaluando la implementación de la Estrategia de Gestión Integrada y continuar con los esfuerzos requeridos para encontrar la sostenibilidad de todos sus componentes. En términos generales, no se cuenta con suficientes estudios que brinden una visión general sobre la implementación e impacto de la política de Estrategia de Gestión Integrada (Guzman, Vázquez, & Kouri, 2009), existen múltiples investigaciones que se enfocan en algún componente, no dejando claro las relaciones que deben existir entre los mismos.

Finalmente, reconociendo el impacto sanitario, social, económico y político que las arbovirosis han implicado en el mundo y en Costa Rica, exige de los encargados de la política, así como de los académicos, un análisis de la problemática, la realización de investigaciones que permitan documentar el contexto socioeconómico y la dinámica institucional que explique los resultados diferenciales en términos de incidencia de las arbovirosis.

REFERENCIAS

Ávila-Agüero, M. L. (2008). Editorial de la Ministra de Salud Dengue. *Acta Medica Costarricense, 50*(3), 128–130. http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v50n3/3780.pdf

Bello, S., Díaz, E., Malagón-Rojas, J., Romero, M., y Salazar, V. (2011). Medición del impacto económico del dengue en Colombia: una aproximación a los costos médicos directos en el periodo 2000-2010. *Revista Biomédica, 31,* 36. https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AMEU6_gjcPQJ:https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/download/546/675+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co

Brady, O., Gething, P., Bhatt, S., Messina, J., Brownstein, J., Hoen, A., … Hay, S. (2012). Refining the Global Spatial Limits of Dengue Virus Transmission by Evidence-Based Consensus. *PLoS Neglected Tropical Diseases, 6*(8). https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001760

Brasil, P., Pereira, J. P., Jr, Moreira, M. E., Ribeiro Nogueira, R. M., Damasceno, L., Wakimoto, M., … Nielsen-Saines, K. (2016). Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro. The New England journal of medicine, 375(24), 2321–2334. doi:10.1056/NEJMoa1602412

Caja Costarricense del Seguro Social. (2011). *Guía para la Organización de la Atención y Manejo de Pacientes con dengue.* http://www.binasss.sa.cr/chikungunya/chikungunya.pdf

Caja Costarricense del Seguro Social. (2013). *Guía para la Organización de la Atención y Manejo de los Pacientes con Dengue y Dengue Grave.* San José.

Calderón-Arguedas, Ó., Troyo, A., Solano, M. E., y Avendaño, A. (2007). Impacto de una iniciativa de participación comunitaria sobre los índices larvales tradicionales para Ae. aegypti en una comunidad urbana en riesgo de dengue en San José, Costa Rica. *Rev Biomed, 18*(1), 27–36. http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=21389

Calderón, O., Troyo, A., y Solano, M. E. (2005). La participación comunitaria como recurso para la prevención del dengue en una comunidad urbana de San José, Costa Rica. *Rev. Costarric. Salud Pública, 14*(27), 51–57. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292005000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Gómez-Dantés, H., San Martín, J. L., Danis-Lozano, R., y Manrique-Saide, P. (2011). *La estrategia para la prevención y el control integrado del dengue en Mesoamérica. Salud Pública de México, 53*(3), 349–357. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000900008

Guzman, M. G., Vázquez, S., y Kouri, G. (2009). Dengue: Where are we today? *Malaysian Journal of Medical Sciences, 16*(3), 5–12. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3329141/

Hernández, F. (s.f). *Situación de las Arbovirosis (Dengue, Chikungunya y Zika) en la Américas. Respuesta regional.* Consultado el 20 de enero del 2020. https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1723-situacion-de-las-arbovirosis-dengue-chikungunya-y-zika-en-la-americas-respuesta-regional&Itemid=292

Impoinvil, D., Admad, S., Troyo, A., Keating, J., Githeko, A., Mbogo, C., … Al, E. (2015). Comparison of mosquito control programs in seven urban sites in Africa, the Middle East, and the Americas, 27(3), 320–331. https://doi.org/10.1002/nbm.3066.Non-invasive

Jiménez, T. (s.f.). Estrategias de comunicación social contra el dengue en las américas_ nuevas tendencias, viejos medios.pdf. *Tall. Protozool. y Sal. Com, 13*(2010), 49–51. Consultado el 10 de enero del 2020. http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/talleres/article/viewFile/4004/3840

Kantor, I. N. (2018). Dengue, zika, chikungunya and the development of vaccines. *Medicina, 78*(1), 23–28. http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/29360072.pdf

Maguiña, C., Osores, F., Suárez, L., Soto, L., y Pardo, K. (2005). Dengue clásico y hemorrágico: una enfermedad reemergente y emergente en el Perú. *Revista Medica Herediana, 16*(2), 120–140. http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v16n2/v16n2tr1.pdf

Mena, N., Troyo, A., Bonilla-Carrión, R., y Calderón-Arguedas, Ó. (2011). Factores asociados con la incidencia de dengue en Costa Rica. *Revista Panamericana de Salud Publica, 29*(4), 234–242. https://doi.org/10.1590/S1020-49892011000400004

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2010). *Lineamientos Nacionales para el Control del Dengue Costa Rica. Ministerio de Salud de Costa Rica.* http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/alertas/alertas-sanitarias/emergencia-dengue/404-lineamientos-nacionales-para-el-control-del-dengue/file

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2011a). *Política Nacional para la gestión integral de los residuos.* https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/1107-politica-nacional-para-la-gestion-integral-de-residuos-2010-2021/file

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2011b). *Incidencia de Dengue 1980-2015.* San José. https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2016a). *Estrategia de Gestión Integrada.* https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/politicas-planes-estrategias

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2016b). Lineamientos Nacionales para el abordaje integral de la mujer embarazada y el recién nacido, relacionado con la infección Zika. https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-y-guias

Ministerios de Salud de Centroamérica y República Dominicana. (2005). *Estrategia Ajustada de Gestión Integrada de Prevención y Control del Dengue en Centroamérica y República Dominicana.* Tegucigalpa. http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/EGI-CA-DOR AJUSTADO RevGV.pdf

Montero, A. (2015). Chikungunya fever - A new global threat. *Medicina Clínica, 145*(3), 118–123. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.05.031

Morice-Trejos, A., Marín-Rodríguez, R., y Ávila-Agüero, M. L. (2010). El dengue en Costa Rica: Evolución histórica, situación actual y desafíos. *La Salud Pública En Costa Rica: Estado Actual, Retos y Perspectivas*, 197–217. http://webquest.carm.es/majwq/public/files/files_user/alegv16/10_el_dengue.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1967). *Los arbovirus y su importancia en patología humana.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38352/WHO_TRS_369_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2017a). E*nfermedades transmitidas por vectores.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases

Organización Mundial de la Salud. (2017b). Chikungunya. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya

Organización Mundial de la Salud. (2017c). *Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue en la Región de las Américas.* http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34859/OPSCHA17039_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Dengue y Dengue Grave.* http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/

Organización Mundial de la Salud. (2019). Chikungunya. https://www.who.int/csr/don/archive/disease/chikungunya/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018b). Enfermedad por el virus de Zika. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud. (s.f). Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4501:2010-dengue-estrategia-gestion-integrada-prevencion-control-dengue&Itemid=41038&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Chikungunya: un nuevo virus en la región de las Américas. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9724:2014-chikungunya-un-nuevo-virus-en-la-region-de-las-americas&Itemid=135&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever in the Americas: Guidelines for Prevention and Control.* http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=6134&Itemid=40734

Organización Panamericana de la Salud. (1998). Plan Continental de ampliación e intensificación del combate a Aedes aegypti. *Revista Panamericana de Salud Pública, 3*(2), 124–130. https://doi.org/10.1590/S1020-49891998000200014

Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Resolución CD24. R4 Dengue y dengue hemorrágico.* http://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&alias=267-cd43-r4-2001-resolucion-dengue-dengue-hemorragico-7&category_slug=dengue-000&Itemid=1031

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Resolution CD48. R8.* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/169132/1/cd48.r8-e.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Últimos adelantos técnicos en la prevención y el control del dengue en la Región de las Américas.* http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27234&lang=es

República de Costa Rica. (2016). *Protocolo de vigilancia de enfermedad por virus Zika y sus principales complicaciones.* San José: Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social e Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud. https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-y-guias/enfermedades-de-transmision-vectorial/3186-protocolo-de-vigilancia-de-enfermedad-por-virus-zika-y-sus-principales-complicaciones/file

República de Costa Rica. Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y atención de emergencias (CNE). Decreto No.39525-MP-S. (2016). *El Plan General de la Emergencia se formula con el propósito de atender el Estado de Emergencia por la proliferación del vector del Dengue, Chikungunya y Zika.* San José, Costa Rica. https://www.cne.go.cr/Documentos/PGR_39526_REVISADO_DESNGR_PARA_PUBLICACION.pdf

Rodriguez-Morales, A. J. (2015). No era suficiente con dengue y chikungunya: Llegó también Zika. *Archivos de Medicina, 11*(2), 1–4. https://doi.org/10.3823/1245

Sáenz, M. D. R., Acosta, M., Muiser, J., y Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Publica Mex, 53*(Suppl 2), s156–s167. http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/11.pdf

Shepard, D. S., Coudeville, L., Halasa, Y. A., Zambrano, B., y Dayan, G. H. (2011). Economic impact of dengue illness in the Americas. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 84*(2), 200–207. https://doi.org/10.4269/ajtmh.2011.10-0503

Toledo-Romaní, M., Baly-Gil, A., Ceballos-Ursula, E., Boelaert, M., y Van der Stuyft, P. (2006). Participación comunitaria en la prevención del dengue: un abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales. *Salud Pública de México, 48*(1), 39–44. https://doi.org/10.1590/S0036-36342006000100007

Valerio, L., y Mòdol, J. M. (2016). Add arbovirosis in your diagnostic approach. *Medicina Clínica, 146*(7), 305–307. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.10.018

SALUD LABORAL EN CONDUCTORES DE AUTOBÚS

REBECA ALVARADO-PRADO[1]

LAURA BRENES VÁSQUEZ[2]

MARIANELA SALAZAR UGALDE[3]

INTRODUCCIÓN

En este documento se expone un marco contextual y conceptual de la salud de las personas trabajadoras, se hace un recorrido que menciona conceptos y propuestas asociadas al mejoramiento de su salud y las condiciones de trabajo. Además, se describen algunos resultados de estudios contemporáneos sobre condiciones de salud de conductores de autobús. Finalmente, se presenta una respuesta desde la academia.

El entorno de trabajo cumple una función crucial dado que es un lugar en el que los seres humanos pasan una gran parte de sus vidas, el cual está relacionado con el desarrollo saludable, dado que permite facilitar el cumplimiento de algunas de las necesidades básicas (Parra, 2003). Asimismo, en el entorno de trabajo se potencia el desarrollo de las capacidades individuales.

Es importante destacar el avance histórico que ha tenido la salud laboral, acorde con los nuevos retos presentados en la diversidad de trabajos existentes. En un inicio se dio mayor énfasis a la seguridad industrial y en la actualidad, presenta una perspectiva de mayor amplitud hasta incluir los aspectos psicosociales como un tema fundamental (Andrade y Gómez, 2008; Arias, 2012), y el bienestar del trabajador.

En la literatura las definiciones de salud ocupacional varían y han ampliado sus objetivos desde el control de los accidentes y las enfermedades, mediante la reducción de las condiciones de riesgo (Parra, 2003) hasta incluir la promoción del bienestar. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f), la salud ocupacional o laboral trata de promover y mantener el bienestar físico, mental y social de las personas trabajadoras en sus distintas ocupaciones.

La tradición de la salud ocupacional ha contemplado en su conceptualización los distintos riesgos asociados con el trabajo:

- La *higiene*, analiza los riesgos físicos, químicos y biológicos a los cuales se ve expuesto el trabajador durante su jornada laboral y determina las medidas a realizar para prevenir la aparición de enfermedades ocupacionales (Ministerio de Salud de Perú y Dirección General de Salud Ambiental, 2005, p. 27).

- La *seguridad laboral*, tiene por objetivo la prevención de los accidentes en el trabajo, promover un espacio libre de riesgos tomando en cuenta la prevención o corrección de condiciones y actos que potencian la aparición de siniestros en un espacio determinado (Osalan, 2005).

- Los *aspectos psicosociales*, hacen referencia a las "condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de las tareas, y que afectan el bienestar o a la salud (física, psíquica y social) del trabajador, como al

1 Docente e investigadora de la Escuela de Salud Pública. Correo: rebeca.alvarado_p@ucr.ac.cr

2 Docente e investigadora de la Escuela de Salud Pública. Correo: laura.brenes_vasq@ucr.ac.cr

3 Docente e investigadora de la Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica. Correo: marianela.salazar_u@ucr.ac.cr

desarrollo del trabajo" (Ministerio de Salud de Perú y Dirección General de Salud Ambiental, 2005, p. 27).

- Los *riesgos ergonómicos* que busca la adecuación de las condiciones del trabajo a las personas, logrando reducir la exposición a riesgos y simultáneamente la probabilidad de sufrir enfermedades (Ministerio de Salud de Perú y Dirección General de Salud Ambiental, 2005).

A partir de esta comprensión de la salud laboral, se han venido planteando acciones en seguridad laboral, higiene industrial, ergonomía y acciones dirigidas a atender los aspectos psicosociales. Distintos estudios describen las consecuencias sobre la salud mental y física producidas por los factores de riesgo; contextualizados desde el origen social-estructural (López de Roda y Sánchez, 2001) y desde la comprensión del trabajo como un determinante de la salud (Flores, Giménez-Caballero y Peralta 2017).

Según Flores y su equipo (2017), la nueva perspectiva de Salud del Trabajador es más apropiada que la tradicional de Salud Ocupacional, ello porque la Salud del Trabajador incluye el contexto social y económico, por lo que se sostiene de un paradigma más complejo donde se reconocen los siguientes elementos como determinantes de la salud: "el empleo, la calidad del ambiente, la seguridad física, mental y social en la actividad laboral… la capacidad de control sobre las demandas y presiones " (p.114). Estos autores plantean que no sería posible alcanzar los objetivos del bienestar físico, mental y social sin una adecuada gestión de la salud laboral que incluya la promoción de la salud, la prevención, el acceso a servicios, el control de los riesgos y la participación de las personas trabajadoras.

En la I Conferencia de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa (1986) se definió la promoción de la salud como "…proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma…La salud se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas" (Organización Mundial de la Salud, 1986, p. 2).

Bajo este marco se estableció que la salud laboral forma parte de los escenarios de acción de la promoción de la salud, específicamente en las líneas de "desarrollo de aptitudes personales" y "creación de ambientes favorables" (Organización Mundial de la Salud, 1986, p. 3-4). Temas abordados en posteriores Conferencias de Promoción de la Salud: Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Puerto Rico (1998), México (2000), París (2001), Melbourne (2004) y Bangok (2005); enmarcan una relación entre salud y desarrollo, enfatizando la importancia de mejorar los entornos sociales y físicos como factores potenciadores de la salud, desde un abordaje de los determinantes de la salud (Chaves y Muñoz, 2016, p. 4).

Dentro de las prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI establecidas en la Declaración de Yakarta, se ratifica la importancia de la protección al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo (Organización Mundial de la Salud, 1997, p. 4).

En este sentido, para que se logren las condiciones básicas desde la promoción de la salud se requieren cambios en políticas, sistemas y servicios de salud favorables al ejercicio del poder de la población (Chapela,2007, p. 7). Por ende, debe considerarse como un proceso dinámico, complejo, multisectorial y transdisciplinario. Específicamente, la promoción de la salud en el lugar de trabajo implica la participación de los trabajadores, empleadores y otros participantes para el desarrollo de iniciativas orientadas a la salud y el bienestar.

Los lugares de trabajo han sido reconocidos como un espacio propicio para la promoción de la salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), define la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PSLT) como: "la realización de una serie de políticas y actividades… diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla…" (Organización Panamericana de la Salud, 2000, p. 4). El objetivo de la PSLT es mejorar el ambiente físico y psico-social, la salud, la capacidad para tener valores y estilos de vida saludables, así como el bienestar. Lo anterior, con el fin de contribuir hacia el desarrollo con equidad y justicia social.

En 1991 la Conferencia de Promoción de la Salud de Sundsvall establece el lugar de trabajo como un ambiente para promover la salud (Organización Mundial de la Salud, 1991, p. 2). En el documento *"Health Promoting Workplace: Making it happen"* de 1998 se indica que el espacio de trabajo es un escenario prioritario para la promoción de la salud en el siglo XXI (Organización Mundial de la Salud, 1998, p. 9).

En nuestra región se cuenta con la "Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y El Caribe del año 2000", en la propuesta se definen estas líneas: construir políticas públicas de trabajo saludable, crear ambientes favorables en el sitio de trabajo, fortalecimiento de la organización y participación de la comunidad trabajadora, desarrollo de habilidades y responsabilidades personales y colectivas, y finalmente, reorientar los servicios de salud ocupacional y otros servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2000, p. 5).

Por tanto, la Promoción de la Salud y la Salud Laboral están estrechamente vinculadas, dado que la promoción de la salud aborda estrategias y acciones en materia de seguridad y salud en el trabajo, y de forma global contribuye a mejorar la salud y el bienestar de los trabajadores a través de acciones encaminadas a la creación de entornos de trabajo saludables.

Un entorno de trabajo saludable es aquel en el cual hay mutua colaboración entre personas trabajadoras y jefaturas para el bienestar de la personas trabajadoras, la seguridad, la salud y ambiente laboral sostenible (Organización Mundial de la Salud, 2010); el bienestar en el sentido de un buen ambiente físico y de adecuadas relaciones interpersonales (que no niegan que el conflicto es parte intrínseca de estas), condiciones equitativas y salud emocional para afrontar las exigencias (Blanco, 2016). Un entorno de trabajo saludable debe considerar las cuatro "avenidas de influencia": el entorno físico del trabajo, el entorno psicosocial, los recursos personales y la participación de la organización en la comunidad; las cuales operan de forma interrelacional (OMS, 2010 p. 94).

El Modelo de Entornos Laborales Saludables de la Organización Mundial de la Salud (2010) se trata de un proceso interactivo que continuamente hace planeación, acción, revisión y mejora las actividades del propio programa creado y que incorpora componentes de investigación-acción.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2014), además de invertir en el contexto social y nacional de la organización laboral, es básica la inversión y el tiempo dedicado a que se desarrollen asociaciones dirigidas a mejorar la salud y el bienestar en el trabajo desde la organización, el cual se trata del activo más importante no solo para la persona trabajadora sino también para la misma organización. Por ello el modelo de entornos laborales saludables es una alternativa viable que impulsa el bienestar laboral de las personas trabajadoras.

ARGUMENTACIÓN

Según distintos estudios, la salud de los conductores de autobús está determinada por las condiciones de trabajo; a continuación, se hace referencia a estas condiciones y algunas de las consecuencias en salud, aquellas relacionadas no solo con aspectos ergonómico o ambientales sino que con aspectos psicosociales y de la organización del trabajo.

La ocupación de conductor de autobús implica estar inmerso en un ambiente público llamado tránsito, donde se enfrenta a condiciones adversas a diario que afectan negativamente la salud; en el cual se incluyen las condiciones de vías, embotellamientos, temperaturas inadecuadas, entre otras (De Aquino, Gomes, Ribeiro, Batista, Brandao y Gomes-Terra, 2017).

En México se evaluó en un estudio la percepción de condiciones del puesto de trabajo, que incluyó la temperatura, el ruido, las vibraciones, disponer de poco espacio y la iluminación para las unidades. Dentro de los principales hallazgos, se encuentran que se trabaja en espacios reducidos, asientos incómodos y poca iluminación (Ordaz y Maqueda, 2014, p. 96).

Además, se reconoce que el estado de las carreteras, factores climáticos y el trato de los pasajeros determinan mayores riesgos en las condiciones de trabajo. En tanto que el trato de los usuarios generalmente está relacionado con amenazas físicas o mentales que repercuten en el estrés del conductor de autobús.

En cuanto a la violencia en conductores, se establecen como indicadores: la percepción sobre amenazas de violencia física tanto por personas de la empresa o externas, así como la discriminación referente a la edad, nacionalidad, género, raza, color y orientación sexual (Ordaz y Maqueda, 2014).

En cuanto a la seguridad vial, se ha establecido que el ancho de la carretera, tamaño y complejidad de las intersecciones son puntos de incidentes de tránsito específicos en autobuses utilizando los "corredores" con carril exclusivo (Duduta, Adriazola-Steil, Wass, Hidalgo y Lindau, 2012, p. 5). Aunado a lo anterior, la señalización vertical y horizontal son elementos que inciden en la seguridad vial de los autobuses como medio de transporte (Asprilla, García y González, 2017, p. 18).

Además, figuran otros factores como paradas innecesarias en la ruta, programación inadecuada de los conductores, piedras en el camino, huecos o deslizamientos de tierra, vías deterioradas por falta de mantenimiento, imprudencia del peatón, vía resbaladiza, sobreestimación de la experiencia, entre otros (Valverde, L.A 2016).

El estrés laboral es otro tema fundamental de la salud de los conductores de autobús, y se refiere a una respuesta dada ante las exigencias laborales que pueden poner en detrimento la salud de las personas trabajadoras. Según la OIT (2016), el estrés en el trabajo es aquel que se determina por la organización y diseño del trabajo, así como las relaciones laborales. Este se presenta cuando las exigencias no son correspondientes a las tareas o bien porque exceden en el trabajador sus capacidades, necesidades y recursos. Se trata de una respuesta que también se puede presentar cuando el conocimiento y las habilidades utilizadas para enfrentar las exigencias no coinciden con las expectativas de la cultura organizativa.

Estudios hechos en los últimos años hacen un llamado de atención sobre el papel del estrés como un desencadenante de distintas condiciones de trabajo. Se mencionan a continuación cuatro estudios que alertan sobre el estrés laboral, el cual es originado por la exposición a distintos factores de riesgo en la población de los conductores de autobús público.

En un estudio realizado en España para valorar las propiedades psicométricas de un instrumento, después de un análisis factorial exploratorio y con una muestra de 287 conductores de autobús, se destacan los siguientes estresores laborales: las condiciones del tráfico, la sobrecarga y la fatiga, y la falta de confort personal (Boada-Grau, PrizmicKuzmica, González-Recio y Vigil-Colet, 2013).

Por su parte, en Brasil, se encontró que hay una asociación significativa de los niveles de estrés de los conductores autobús con el tiempo de servicio, la carga horaria diaria excesiva, la inexistencia de un horario para descansar, la pésima calidad del sueño y la autoevaluación de la salud (Gomes et al., 2017).

En México, Lámbarry, Trujillo y Cumbres (2016), encuentran que los factores que más afectan el estrés de los conductores de autobús son de tipo organizacional, ambiental (físico o individual), propios del puesto de trabajo, extra-organizacionales e individuales.

Finalmente, en otra investigación realizada en el mismo país con 191 conductores, se encontró la prevalencia de hiperestrés, el cual es definido como estrés peligroso o elevado, en un 26.7%. Los factores asociados a este estrés corresponden a comer de prisa, tener la casa sucia y desordenada, aire contaminado en la zona donde se vive, sufrir taquicardia, sentir tensión por el trabajo, sentir el día largo en el trabajo, afectarse por las disputas, ponerse nervioso si lo interrumpen cuando trabaja o cuando hay mucho tráfico, padecer insomnio, sudar mucho sin hacer ejercicio y llevarse mal con el jefe (González et al. 2013).

Considerando los resultados obtenidos en las investigaciones revisadas sobre la salud de trabajadores del transporte público,

resulta fundamental generar acciones de promoción de la salud y de prevención que aminoren el impacto de los riesgos laborales en esta población y consideren estrategias dirigidas al fortalecimiento del bienestar laboral.

El bienestar laboral es central en el desarrollo de los conductores de autobús; este es un indicador de calidad de vida que parte de las interpretaciones basadas en la experiencia subjetiva y los filtros ambientales y personales (Langlois y Anderson, 2002). Por tanto, incluye la autonomía, que hace referencia al trabajo significativo usando los propios conocimientos o habilidades; las prácticas de alto rendimiento, entendidas como el trabajo en equipo, grupos de solución de problemas y sistemas de comunicación efectivos; y finalmente contempla los factores que afectan al entorno de trabajo, dentro del cual se establecen relaciones positivas con la jefatura, seguridad en el empleo, toma de decisiones conjuntas, entre otros (Berg, 1999, citado en, Calderón, Murillo y Torres, 2003).

Como bien lo plantea López (2012), el bienestar laboral no debería ser solamente una aspiración y un valor fundamental, sino un derecho. Las acciones encaminadas hacia ese bienestar deben contemplar los factores psicosociales, los cuales juegan un papel predominante, en relación con el bienestar o malestar laboral.

En cuanto a las problemáticas físicas de estos colectivos se encuentran prevalencias relacionadas con problemas músculo esqueléticos (retracciones musculares de miembros inferiores y paravertebrales, alteraciones de columna vertebral lumbar y dorsal), cardiovasculares, de obesidad (mayores índices de colesterol y triglicéridos), oculares (presbicia y astigmatismo), otorrinolaringológicos, neurológicos y respiratorios (Bravo y Nazar, 2015; Chaparro y Guerrero, 2001; Oviedo-Oviedo, Sacanambuy-Cabrera, Matabanchoy-Tulcan, Zambrano-Guerrero, 2016).

Además, se reportan síntomas asociados a estos problemas, como son dolores de espalda, cansancio visual, dolores de cintura, dolores de cabeza, dolores de cuello y dolores de rodilla. Asimismo, sobresalen problemas relacionados con la salud mental como depresión, ansiedad, estrés y alcoholismo; presencia de cansancio,

aburrimiento y enfado (Bravo y Nazar, 2015; Chaparro y Guerrero, 2001; Oviedo et al., 2016).

Específicamente, Bravo y Nazar (2015), en un estudio realizado con 234 conductores de locomoción colectiva urbana en Chile, hacen una relación entre la cantidad de horas de trabajo laboradas y una mayor sintomatología ansioso-depresiva. La cantidad de horas de trabajo semanales, tipo de contrato y largos recorridos fueron relacionados con problemas musculoesqueléticos. También en Colombia se encontró en una evaluación sobre la percepción laboral a los conductores de autobús, la presencia de significativas inconformidades con el número de horas laborales, que según los mismos conductores afecta su salud (Oviedo et al., 2016).

Por otro lado, respecto al clima laboral, en un estudio realizado por Oviedo et al. (2016), con 468 choferes, se menciona que es importante fortalecer dentro de la empresa valores como el respeto (94,9%) y la honestidad (94,2%), además de capacitar a los conductores en comunicación. En Chile, se estudiaron los riesgos psicosociales asociados a la salud, con 356 conductores de carga y de bus, y se encontró que la categoría de exigencias psicológicas corresponde a la categoría que obtuvo mayor prevalencia de exposición ante otros riesgos psicosociales del trabajo (Silva, Lefio, Marchetti, Benoit, 2014).

En la investigación de Bravo y Nazar (2015), también sobresalen resultados asociados a las exigencias psicológicas, esta fue la categoría que mostró más alta correlación con la sintomatología ansioso-depresiva. En estos estudios las exigencias psicológicas abarcan la demanda, el control y el apoyo social, lo cual implica que habría un potencial deterioro en salud del trabajador cuando existe alta demanda de trabajo, bajo control del trabajador y un débil apoyo social.

En dicha investigación más del 50% de los 234 conductores estudiados reportan la presencia de ansiedad o depresión asociada a las exigencias psicológicas. Además, en la investigación de Chaparro y Guerrero (2001) con 194 conductores colombianos, la sintomatología presentada ante los problemas de salud antes mencionados, estuvo relacionada con ansiedad y depresión, así

como problemas digestivos, visuales, otorrinolaringológicos, osteomusculares, respiratorios y de piel.

Entre otros de los aspectos percibidos por los conductores relacionados a su salud están: el no contar con horarios estables para desayuno, almuerzo y cena, el estrés, no consumir agua diariamente, consumir alimentos con altos porcentajes de grasas saturadas, entre otros (Oviedo y Sacanabuy, 2016). Es importante mencionar que, en este estudio el estrés fue la segunda causa percibida después del hecho de no contar con horarios estables de desayuno, almuerzo y cena.

En el contexto nacional, Costa Rica firma en 1967 el decreto 27298-MTSS, que define el Reglamento de las Condiciones Laborales y de Salud Ocupacional de los Choferes de Autobús. En este se detallan diversas condiciones que deben cumplirse en términos de salud de los trabajadores; regulación de aspectos de organización del trabajo como los horarios, horas extra y salarios (República de Costa Rica, 1967).

De la misma manera, indica que desde la seguridad vial debe "mantener en buen estado de conservación, funcionamiento y uso de vehículos de trabajo, planteles y terminales"; también deben ejecutar estudios técnicos sobre los riesgos en cuanto a ruido, vibración, ventilación, espacio, confort, entre otros (República de Costa Rica, 1967, p. 8).

RESPUESTA DE LA ACADEMIA

En la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica se plantea el proyecto "Análisis de las condiciones de trabajo y de salud de los conductores de autobuses de transporte público de la gran área metropolitana desde el marco de la promoción de la salud".

Los objetivos se dirigen primeramente a caracterizar las condiciones de trabajo de los conductores, seguidamente, a identificar el perfil de salud de los conductores, y finalmente, a describir la percepción de las condiciones de trabajo y de salud de los participantes contemplando la seguridad vial. Para responder a estos objetivos

se utilizarán métodos de recolección de datos cuantitativos y cualitativos. Es importante mencionar que se tomarán en cuenta las buenas prácticas éticas en investigación al considerar los riesgos contractuales de los trabajadores.

Se considera que los resultados de esta investigación beneficiarán a los trabajadores, debido a que los empleadores podrán conocer algunos aspectos relevantes de la salud de su colectivo relacionados con sus condiciones de trabajo y diseñar planes que fomenten el bienestar laboral y también mejorar la calidad del servicio.

CONCLUSIONES

El trabajo es un derecho fundamental, en el cual se debe garantizar la dignidad y protección de los trabajadores. Bajo este marco, es imprescindible conocer cómo las condiciones de trabajo afectan el bienestar laboral, aumentan el estrés y afectan la salud de los mismos.

Por tanto, el abordaje de los determinantes de salud de los trabajadores brinda protección social, equidad en materia de salud, así como oportunidad del desarrollo individual y colectivo; indispensable para la producción social y económica de un país.

En esta línea, no basta con el abordaje de los riesgos, que por décadas fueron nicho principal de la prevención y la salud ocupacional; sino que es necesario un nuevo paradigma donde se considere al individuo desde el contexto histórico, social y cultural, y en el que la determinación social se establezca como parte del desarrollo y bienestar.

Ante este escenario, la salud laboral surge como respuesta para abordar las necesidades identificadas en el entorno laboral; siendo necesario, entonces, incluir políticas para asegurarla, brindar cobertura de servicios de salud, así como promoverla en el lugar de trabajo desde los patronos hacia los colaboradores, la familia y la comunidad.

En este último punto, la promoción de la salud permite comprender y abordar la temática de forma integral, multi e intersectorial desde la complejidad y los determinantes sociales de la salud; reconociendo que, las necesidades y problemas de salud de los trabajadores deben ser prioridad para el Estado, patronos y los mismos colaboradores.

En el contexto internacional existe múltiple evidencia sobre cómo las condiciones de trabajo potencian o afectan la salud, el estrés y el bienestar de los trabajadores desde determinantes políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales y los mismos biológicos.

En este sentido, el autobús al representar el mayor medio de transporte público utilizado a nivel de la región y nacional, coloca a los conductores de las unidades como una población prioritaria, dada la exposición a múltiples factores personales, laborales y del entorno vial.

Las condiciones del entorno ambiental y vial establecen un vínculo indiscutible con el entorno laboral de los conductores y sus repercusiones en términos de estrés, sus prácticas y conductas, y por ende su bienestar. Por lo anterior, en el abordaje de la salud laboral de esta población, no sólo se debe contemplar riesgos psicosociales y contractuales, sino además factores de seguridad vial, dado que no solo afecta a los conductores, sino también a los usuarios, peatones y en general cualquier medio de transporte.

En el país, existen lineamientos para garantizar el trabajo digno en conductores de autobús. Sin embargo, se encuentra escasa evidencia sobre la triada: condiciones de trabajo, seguridad vial y los aspectos psicosociales en relación con la salud de conductores.

El proyecto de investigación de la Escuela de Salud Pública proyecto "Análisis de las condiciones de trabajo y de salud de los conductores de autobuses de transporte público de la gran área metropolitana desde el marco de la promoción de la salud" permitirá, entonces, establecer una línea base a nivel metodológico para futuras investigaciones en la materia, y por ende direccionar estrategias y acciones que respondan a las necesidades contextuales.

REFERENCIAS

Andrade, V., Gómez, I. C. (2008). Salud laboral Investigaciones realizadas en Colombia. *Revista Pensamiento psicológico, 4*(10), 9-25. https://www.redalyc.org/pdf/801/80111670002.pdf

Arias, W, L. (2012). Revisión histórica de la salud ocupacional y la seguridad industrial. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 13(3), 45-52. https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2012/cst123g.pdf

Asprilla, Y., García, F. y González , M. G. (2017). Señalización y seguridad vial en buses de tránsito rápido: el transmilenio en Bogotá. *Infraestructura Vial, 19*(33), 15–25. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-37052017000100015&lng=en&tlng=es

Blanco, G. (2016). Reflexión sobre la promoción de la salud en el trabajo. *Salud de Los Trabajadores, 24*(2), 139–143. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382016000200008

Boada-Grau, J., Prizmic-Kuzmica, A. J., González, S., y Vigil-Colet, A. (2013). Estresores laborales en conductores de autobuses (ELBus-21): estructura factorial, fiabilidad y validez. *Universitas Pshychologica*, 12(1), 249-259. http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a22.pdf

Bravo, C., y Nazar, G. (2015). Riesgo psicosocial en el trabajo y salud en conductores de locomoción colectiva urbana en Chile. *Salud de los Trabajadores*, 23(2), 105-114. https://www.redalyc.org/jatsRepo/3758/375844217004/html/index.html

Calderón, G., Murillo, S. M, y Torres, K. Y. (2003). Cultura organizacional y bienestar laboral. *Cuadernos de Administración*, 16(25), 109-137. https://www.redalyc.org/pdf/205/20502506.pdf

Chaparro, P. E. y Guerrero, J. (2001). Condiciones de Trabajo y Salud en Conductores de una Empresa de Transporte Público en Bogotá

D.C. *Revista Salud Pública*, 3(2), 171-187. https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18674/19570

Chapela, M. del C. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. *Temas y Desafíos En Salud Colectiva*, 376. https://www.semanticscholar.org/paper/Promoci%C3%B3n-de-la-salud.-Un-instrumento-del-poder-y-Chapela/010aca5516a7c043d9786d458e155025119f86ac

Chaves, L., y Muñoz, A. I. (2016). Workplace health promotion: A path to follow. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(6), 1909–1920. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601909&script=sci_arttext&tlng=en

De Aquino, J. M., Gomes, S. E., Ribeiro, B. M., Batista, E., Brandäo, W., Gomes-Terra, M. (2017). Condiciones de trabajo en conductores de autobús: De servicio público a fuente de riesgo. *Index de enfermería, 26*(1-2), 34–38. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100008

Duduta, N., Adriazola-Steil, C., Wass, C., Hidalgo, D., y Lindau, L. A. (2012). *Seguridad vial en corredores de autobús. Versión piloto - Prueba práctica.* EMBARG. https://wrirosscities.org/sites/default/files/EMB2012_Seguridad_Vial_en_Corredores_de_Autobus_Version_Piloto.pdf

Flores, L., Caballero, E., & Peralta, N. (2017). Salud ocupacional con énfasis en la protección del trabajador/a en Paraguay. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud,* 15(3), 111-128. https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/viewFile/1276/1156

Gomes, S. E., De Aquino, J. M., Da Silva, I., Meirelles, E. M., Andrade, M. S., Gomes, M., y Robeiro, B. M. (2017). Stress and stressors in bus drivers. *Revista de Enfermagen Referência*, 4(14), 101-110. https://doi.org/10.12707/RIV17017

González, M. T., Landero, R., Maruris, M., Cortés, P., Vega, R., & Godínez, F. (2013). Estés cotidiano en trabajadores del volante.

Summa Psicológica UST, 10(1), 85-90. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4421491

Lámbarry, F., Trujillo, M. M., y Cumbres, C. G. (2016). Stress from an administrative perspective in public transport drivers in Mexico City: Minibus and metrobus. *Estudios Gerenciales*, 32(139), 112–119. doi:10.1016/j.estger.2016.02.003

Langlois, A. y Anderson, D. (2002). Resolving the quality of life/well-being puzzle: toward a new model. *Canadian Journal of Regional Science, 25*(3), 501-512. http://www.cjrs-rcsr.org/archives/25-3/langlois.pdf

López, A., y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23. http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=408

López, F. (2012). *Bienestar laboral en profesionales de la medicina. La doble cara de la organización sanitaria: factores saludables y de riesgo psicosocial.* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona], Tesis Doctorals en Xarxa.https://www.tdx.cat/handle/10803/284027#page=1

Ministerio de Salud y Dirección General de Salud Ambiental. (2005). *Manual de Salud Ocupacional Perú.* Perugraf Impresores. www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/manual_deso.PDF

Ordaz, E., y Maqueda , J. (2014). Condiciones de trabajo en el transporte público por carretera. Medicina y Seguridad Del Trabajo, 60(234), 90–98. https://doi.org/10.4321/s0465-546x2014000100008

Organización Internacional del Trabajo. (2014). *Improving health in the workplace: ILO´s framework for action.* https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_329366.pdf

Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés en el trabajo un reto colectivo.* https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta Ottawa para la promoción de la salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1991). *Declaración de Sundsvall sobre los Ambientes Favorables a la Salud. III Conferencia internacional sobre la promoción de la salud,* 2. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59967/WHO_HED_92.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI. IV Conferencia internacional sobre la promoción de la salud*, 1–11. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1998). T*he health promoting workplace: Making it happen.* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64220/1/WHO_HPR_HEP_98.9.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo.* https://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud de los trabajadores: recursos.* https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1527:workers-health-resources&Itemid=1349&limitstart=2&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Estrategia para el fortalecimiento de la promoción de la salud en los lugares de trabajo en América Latina y el Caribe.* https://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf

Osalan. (2005). *Manual para la investigación de accidentes laborales* (2da edición). http://www.osalan.euskadi.eus/contenidos/libro/gestion_200510/es_200510/adjuntos/gestion_200510.pdf

Oviedo-Oviedo, N. V., Sacanambuy-Cabrera, J. M., Matabanchoy-Tulcan, S. M., y Zambrano-Guerrero, C. A. (2016). Percepción de conductores de transporte urbano, sobre calidad de vida laboral. *Universidad y Salud*, 18(3), 432-446. http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.49

Parra, M (2003). *Conceptos básicos en Salud Laboral.* Oficina Internacional del Trabajo. http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Licenciatura/Enfermeria/ProgramaNivelacion/A21/Unidad%201/lec_13a_conceptos_basicos_salud_laboral.pdf

República de Costa Rica. (1998). *Reglamento de Condiciones Laborales y de Salud Ocupacional de los Choferes de Autobuses.* https://www.cso.go.cr/legislacion/decretos_normativa_reglamentaria/Decreto N°27298 Reglamento de Condiciones Laborales y de SO de Choferes de Autobuses.pdf

Silva, H., Lefio, A., Marchetti, N., y Benoit, P. (2014). Riesgos psicosociales en conductores de transporte de carga y pasajeros urbanos e interurbanos, y su asociación con la autopercepción de salud y siniestralidad laboral. *Ciencia & Trabajo,* 16(59), 67-74. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492014000200002

Valverde, L.A (2016, 22 de septiembre). *Factores intervinientes y/o generadores de accidentes de tránsito.* Prevention World. Consultado el 10 de enero de 2020. https://prevention-world.com/actualidad/articulos/factores-intervinientes-yo-generadores-accidentes-transito/

RELACIÓN DE LA SALUD HUMANA CON EL EXPOSOMA, EL EPIGENOMA, EL GENOMA Y SU IMPACTO EN LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA

PILAR RAMÍREZ FONSECA

IRENE BAUDRIT RAMÍREZ

INGRID GÓMEZ DUARTE[1]

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS 1948), define salud como "…un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades…". Se entiende que la salud humana era producto de varios factores: un factor es de naturaleza física, que era el conjunto de los genes que se heredan de los padres (en Inglés *nature*); el otro factor era de una perspectiva social: la crianza a la que están expuestas las personas (en Inglés *nurture*). Se discutió por décadas cuál de esos dos factores era más importante para la salud (Dodge, 2004).

1 pilar.ramirez@ucr.ac.cr; ibaudrit@gmail.com; ingrid.gomez@ucr.ac.cr

Recientemente se desarrolló una nueva conceptualización de los factores involucrados en la salud de los seres humanos:

1. El exposoma, que es la totalidad de las complejas exposiciones físicas y sociales que enfrentan los seres humanos durante el curso de su vida.

2. El genoma, que es la totalidad del ADN de cada ser humano. Un pequeño porcentaje del genoma (2%) está formado por genes que son la información codificada de todas las proteínas que conforman las características naturales de cada ser humano.

3. El epigenoma, es un mecanismo molecular que modifica el funcionamiento del genoma.

Podemos visualizar la relación dinámica entre estos tres factores en el siguiente resumen: el exposoma modifica al epigenoma, que a su vez modifica el funcionamiento del genoma. El epigenoma es un traductor entre el exposoma y el genoma.

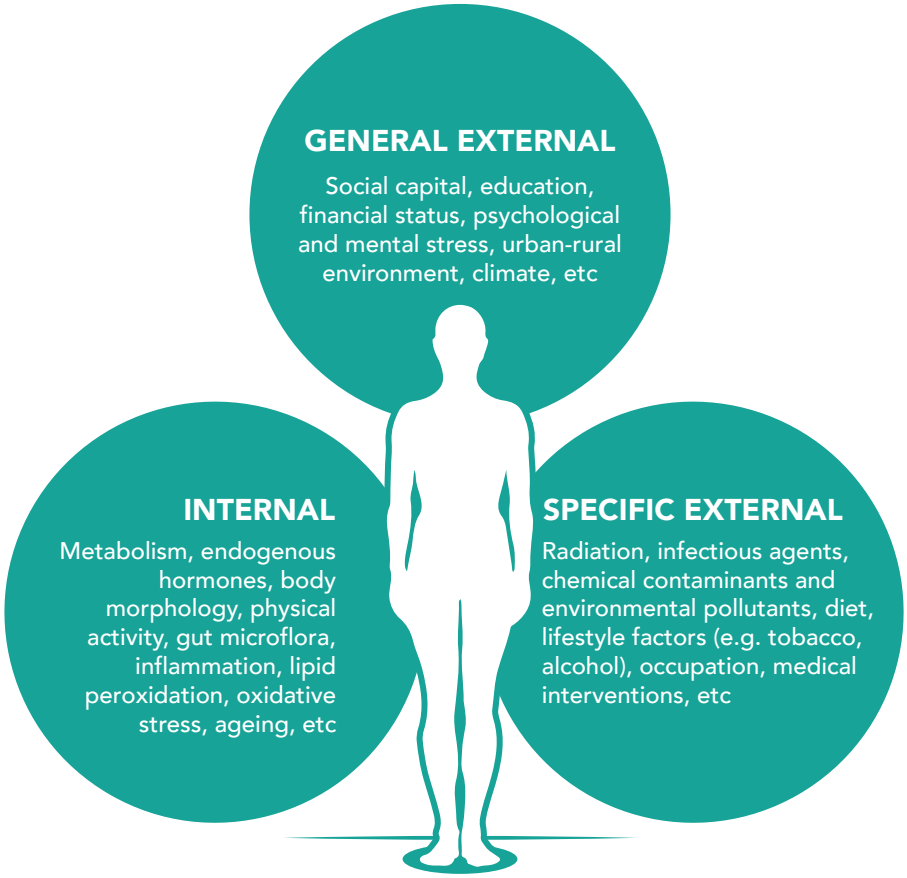
En este artículo se revisarán la estructura y el funcionamiento de cada uno de los factores antes indicados y su relación con la salud humana. Se examinarán además dos áreas emergentes de la Salud Pública referentes a esos factores: la Salud Pública Genómica y la Epigenómica Social.

EL EXPOSOMA

El término exposoma fue definido por primera vez en el 2005 y luego en el 2012 por Christ Wild como "la totalidad de las exposiciones ambientales a las que se somete un individuo, desde su concepción hasta su muerte" (Wild, 2005; Wild, 2012). El exposoma es dinámico y varía con el tiempo y el espacio; las exposiciones son siempre mixtas y variables, así como acumulativas; el exposoma comprende todas las influencias no genéticas. Es de relevancia crítica para comprender la etiología de las enfermedades (A Dictionary of Epidemiology, 2014).

El Dr Wild describe tres dominios de las exposiciones:

FIGURA 1
Los tres dominios del exposoma
con algunos ejemplos para cada uno de esos dominios en Wild (2012)



Fuente: General Externa, Específico Externa, e Interna (Figura 1).

La exposición General Externa incluye las influencias sociales, económicas y psicológicas más amplias de un individuo. Por ejemplo: capital social, que es la variable que mide la colaboración social entre los diferentes grupos de un colectivo humano y el uso individual de las oportunidades surgidas a partir de ello (Bhandari et al, 2009); educación; estado financiero; estrés psicológico y mental; el medio urbano-rural y el clima (Hiatt y Breen, 2008; Friel y Marmot,

2011). Esta categoría abarca los determinantes sociales de la salud y las "causas de las causas". (Ávila-Agüero, 2009; Commission on Social Determinants of Health, (2007).

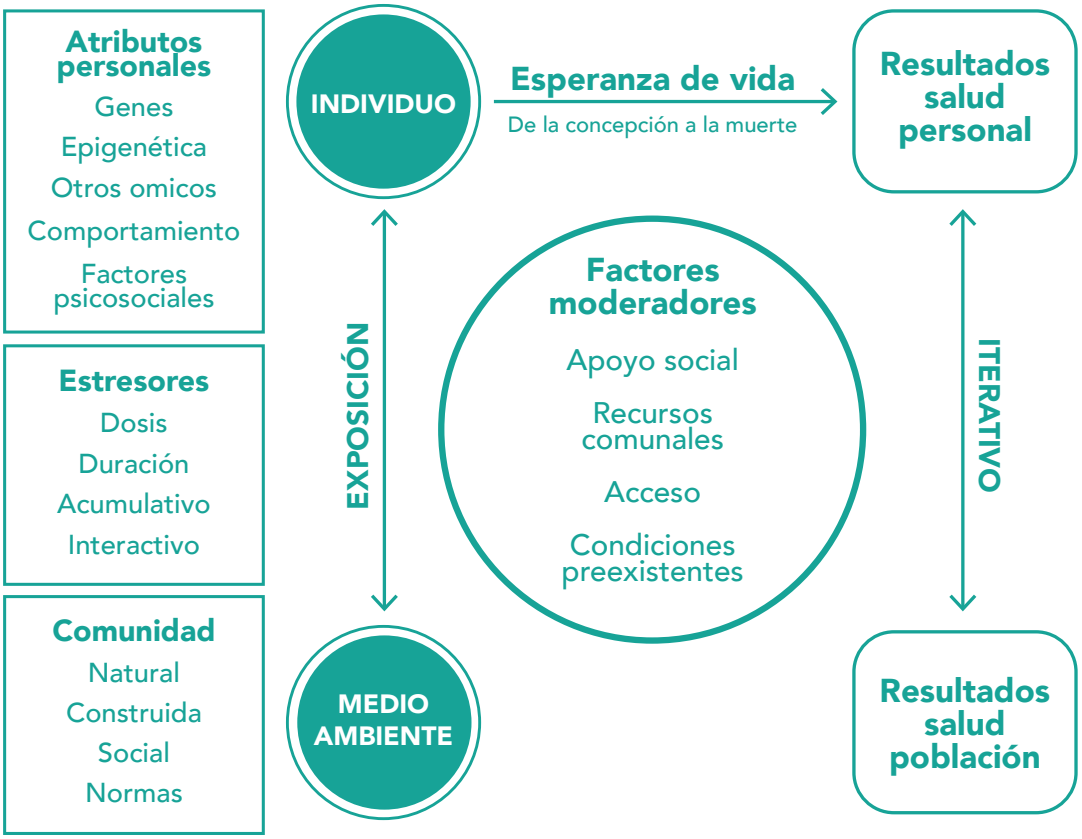
Las exposiciones Específicas Externas incluyen radiación, agentes infecciosos y agentes contaminantes químicos y ambientales. Otras exposiciones externas específicas son la dieta, factores de estilo de vida (por ejemplo, tabaco, alcohol, ejercicio y actividad física, manejo del estrés), ocupación e intervenciones médicas.

La exposición Interna incluye procesos como el metabolismo, la circulación endógena de hormonas, morfología corporal, actividad física, intestinal, microflora microbioma (la totalidad de microorganismos que nos acompañan), inflamación, peroxidación lipídica, oxidativa, estrés oxidativo y envejecimiento (Wild, 2012).

Tradicionalmente el estudio de la exposición ambiental ha tratado de examinar el impacto del medio ambiente sobre la enfermedad a través de un enfoque reduccionista, dirigido por distintas disciplinas de manera fragmentada. Juárez y sus colaboradores (2014) proponen un enfoque novedoso que es el exposoma de la Salud Pública, que utiliza un marco social-ecológico y se basa en el paradigma de la exposición para conceptualizar la forma en la que las exposiciones exógenas "se meten debajo de la piel" (Juárez, 2014). Este enfoque los llevó a desarrollar una taxonomía y una estructura bioinformática para integrar datos de resultados en salud con fuentes de exposición exógena; y medir el impacto sobre las desigualdades sociales en salud, a nivel de individuos, grupos y poblaciones, tomando en cuenta que algunas consecuencias se manifiestan años después de la exposición (Juárez, 2014).

Se ha propuesto una guía conceptual de investigación en Salud Pública, llamada el Exposoma Social (Senier 2017) ya que, de acuerdo con la doctora Senier y sus investigadores, es necesario tomar en consideración en el estudio del exposoma, las diferencias en las condiciones socio-políticas. Esta observación debe dirigir las políticas públicas en salud, creando estructuras que permitan a las comunidades no solo entender, sino participar en la gestión de las repercusiones de las prácticas regulatorias en Salud Pública

FIGURA 2
Modelo conceptual del exposoma de la Salud Pública traducido de Juárez 2014



y la justicia social (Senier 2017). En palabras del Premio Nobel de Economía Joseph E. Stiglitz: "Para hacernos una imagen correcta de la salud económica de un país, hay que empezar por mirar la salud de sus ciudadanos" (Stiglitz 2020). Esta opinión subraya que la salud de las poblaciones humanas se ve influenciada por las dinámicas de mercado y la economía a las que están expuestas esas poblaciones, así como por las relaciones dependientes entre las ciencias sociales y las ciencias naturales hace aún más complejo el estudio del exposoma humano. La intersección entre todas esas disciplinas es nueva, (Cavalin 2019); por lo que es necesario generar una investigación que genere conocimiento sobre todos los factores que pueden estar incidiendo en la salud y sus interrelaciones.

En un simposio que se llevó a cabo en Japón en el 2018 sobre la Complejidad del Exposoma se analizaron las iniciativas de investigación que sobre este tema se han iniciado en diferentes partes del mundo. La diversidad de iniciativas, grupos de investigación, temáticas y contextos donde se desarrollan, se puede apreciar en las siguientes referencias: HEALS (Asociaciones de salud y medio ambiente basadas en encuestas de gran población) y HELIX (el Exposoma humano de vida temprana) con el apoyo de la Unión Europea; CHEAR (el recurso de análisis de exposición a la salud de los niños) y HERCULES (Centro de investigación de salud y exposición de Emory (comprensión de las exposiciones de por vida) financiado por el Instituto Nacional de Ciencias de Salud Ambiental (NIEHS) en los Estados Unidos; JECS (Japan Environment and Children'sStudy) se lanzó en Japón y la colaboración I3CARE International Exposome Center entre la Universidad China de Hong Kong, la Universidad de Utrecht y la Universidad de Toronto (Zhang et al 2019). En el mes de febrero del 2020, se realizó el lanzamiento de la Red Europea sobre el Exposoma Humano cuyo principal objetivo es comprender los impactos sobre la salud que tiene una vida entera de exposiciones ambientales. Este evento reunió los nueve mayores proyectos sobre el exposoma que comprenden 126 grupos de investigación, financiados por la Comisión Europea. Como parte de la reunión en la que se discutió el exposoma y los retos para el siglo XXI participaron Christopher Wild, conocido por acuñar el término, y Gary Miller de la Universidad de Columbia, quien es asesor externo de uno de los proyectos: ATHLETE. (Comisión Europea 2020).

IMPACTO EN SALUD PÚBLICA DEL CONCEPTO EXPOSOMA

El concepto exposoma ha sido ampliamente aceptado en el ámbito político de la Salud Pública en Europa y en Estados Unidos (Juárez et al 2020). Durante el año 2019, la Comisión Europea abrió un concurso de investigación para "evaluar el impacto del medio ambiente (es decir, factores externos al cuerpo humano y a los sistemas de salud, incluido el cambio climático) en la salud y el bienestar y los impactos socioeconómicos relacionados. Esta iniciativa aborda cinco elementos principales: (i) el desarrollo de nuevos métodos de prueba y detección

para identificar productos químicos disruptores endocrinos; (ii) el desarrollo del 'exposoma humano', que permite evaluar la totalidad de las influencias ambientales de por vida a las que están expuestos los individuos y sus impactos en la salud; (iii) comprender el impacto de los micro y nano plásticos en la salud humana; (iv) el desarrollo de una agenda europea de investigación sobre medio ambiente y salud para el futuro; (v) acciones innovadoras para mejorar la salud y el bienestar urbano. Esta lista de prioridades contribuye a la Declaración de Ostrava sobre Medio Ambiente y Salud 180" (OMS 2017). En esa declaración se identifican siete áreas de acción: mejorar de la calidad del aire en interiores y exteriores; garantizar el acceso universal, equitativo y sostenible al agua potable, el saneamiento y la higiene; minimizar los efectos adversos de los productos químicos sobre la salud humana y el medio ambiente; prevenir y eliminar los efectos ambientales negativos y de salud, los costos y las desigualdades relacionadas con la gestión de sitios contaminados y residuos; fortalecer la capacidad de adaptación y resistencia a los riesgos de salud relacionados con el cambio climático y el apoyo a las medidas para mitigar el cambio climático; apoyo a los esfuerzos de las ciudades y regiones europeas a ser más saludables y más inclusivas, seguras, resistentes y sostenibles; y la construcción de la sostenibilidad ambiental de los sistemas de salud. (Organización Mundial de la Salud, oficina regional para Europa, 2017)

El Instituto Nacional de Salud Ambiental, NIEH (National Institute of Environmental Health) de los Estados Unidos en sus planes estratégicos 2018-2023 tiene como objetivo: "promover la investigación de la exposición y crear un plan para incorporar la ciencia de la exposición (exposoma) en los estudios de salud humana". Dicha institución está trabajando para mejorar la caracterización de las exposiciones ambientales, definiendo y difundiendo el concepto de exposición y creando las herramientas y tecnologías necesarias. (National Institute of Environmental Health Sciences 2018).

EL GENOMA Y EL EPIGENOMA

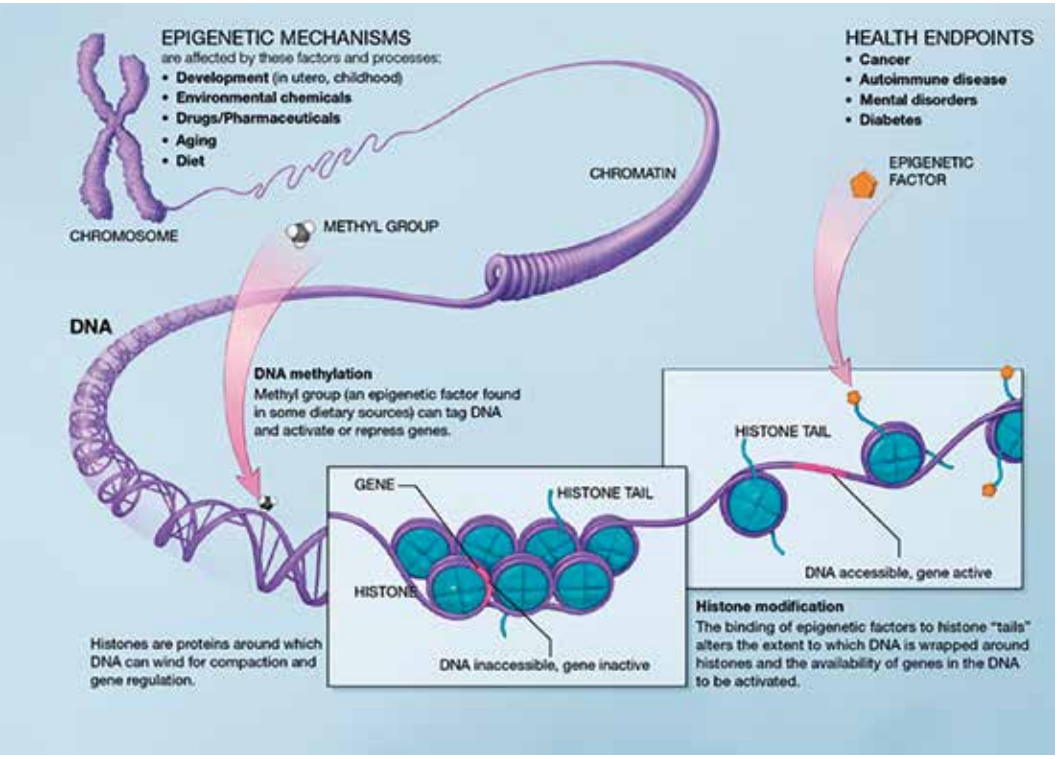
La totalidad del ADN de un ser humano se denomina Genoma Humano. Los seres humanos están constituidos por proteínas estructurales y funcionales que forman los tejidos y controlan

las reacciones químicas de las diversas células del cuerpo. Las instrucciones para fabricar todas esas proteínas están codificadas en el genoma. Un gen humano es un fragmento de secuencia de ADN capaz de ser leído y traducido en proteína. El fenómeno de traducción del código contenido en el gen a proteína se denomina "expresión de un gen" (Jorde et al 2016) que es influida por el epigenoma; el cual es la suma de procesos bioquímicos que actúan sobre los genes modificando su expresión, pero sin modificar su secuencia, como respuesta a la influencia del ambiente cambiante.

De esta manera se tiene que la mayoría de las enfermedades no transmisibles del ser humano se asocian a la expresión defectuosa de genes (Jorde et al 2016). Las células de los diferentes tejidos de un ser humano tienen un mismo genoma pero diferente epigenoma (Murrell et al 2005).

FIGURA 3

Estructura y función del epigenoma sobre la cromatina



Fuente: https://commonfund.nih.gov/epigenomics/figure

LA CROMATINA, UNA ESTRUCTURA DINÁMICA

En el núcleo de las células existen estructuras globulares formadas por proteínas llamadas histonas que constituyen el andamiaje donde se enrolla el Genoma, constituido por las hebras de ADN. Cada estructura globular rodeada de ADN se denomina nucleosoma. Una molécula de ADN larga se arrolla en varios nucleosomas formando la fibra de cromatina, visible al microscopio electrónico, como un collar flexible. La cromatina es una estructura cambiante, pues la distancia entre sus nucleosomas es variable; si aumenta la distancia entre los nucleosomas, se expone el ADN y los genes se pueden expresar. Si disminuye la distancia entre los nucleosomas, la cromatina se condensa en una estructura cerrada que no permite la exposición del ADN y los genes contenidos por ese ADN no se pueden expresar. Ese comportamiento cambiante de la cromatina es gobernado por el Epigenoma. (Jorde et al 2016) Está presenta la hebra de ADN (los genes) enrollada sobre las histonas y sus colas, formando la cromatina (Fig.3) en los dos estados funcionales de la cromatina: el estado activo y el estado inactivo, en inglés on and off, respectivamente.

El estado inactivo de la cromatina (*off* en inglés) se dispara cuando moléculas de metilo se unen a la molécula de ADN en sitios específicos de la secuencia. Los nucleosomas se agrupan estrechamente formando la cromatina condensada, estado en que los genes no se expresan y no hay síntesis de proteínas. Todo el fenómeno se conoce como silenciamiento de los genes. El estado activo de la cromatina (*on* en inglés) se dispara cuando las colas de las histonas se acetilan, los nucleosomas se separan entre sí, la cromatina se abre y el ADN es accesible; en este estado los genes se expresan y es posible la síntesis de proteína. (Phillips y Shaw 2008)

La metilación del ADN es una de las primeras modificaciones epigenéticas encontradas en humanos, con ello los estados funcionales de la cromatina (ADN accesible y ADN inaccesible) son afectados durante procesos como el desarrollo de un ser humano desde de la fecundación, la exposición ambiental, las drogas o medicamentos, el proceso del envejecimiento y la dieta, entre otros. Estos mismos estados funcionales de la cromatina están relacionados

con enfermedades, por ejemplo: el cáncer, las enfermedades autoinmunes, los desórdenes mentales y la diabetes. (Jin y Liu 2018)

El cerebro humano tiene la capacidad de adaptarse al entorno. Esa característica se denomina plasticidad y es dirigida en parte por una familia de proteínas llamadas neurotrofinas las que, codificadas por genes, favorecen la sobrevivencia de las neuronas y son importantes para la memoria y el funcionamiento del cerebro. Una de las neurotrofinas más estudiadas es la proteína BDNF llamada en inglés "brain-derived neurotrophic factor", que es codificada por el gen BDNF. La disminución de la proteína BDNF en el cerebro se ha correlacionado con depresión en humanos y el aumento se ha correlacionado con un efecto antidepresivo (Autry y Monteggia 2012). El ejercicio físico incrementa la expresión del gen BDNF en el cerebro en adultos mayores con depresión (Kurdi y Flora 2019). Los resultados de la investigación sobre el funcionamiento epigenómico del gen BDNF indican que algunos casos de depresión, están relacionados con los procesos epigenómicos activados por un exposoma estresante en las edades tempranas y prenatal (Zhao et al 2017). Recientemente se ha generado numerosa literatura científica asociada al gen BDNF y depresión que refuerza la noción de las relaciones estrechas existentes entre el exposoma, el epigenoma, el genoma y la salud de los distintos individuos, grupos y poblaciones humanas. (Kowianski et al 2018)

Otro ejemplo que pone de relieve las relaciones exposoma-epigenoma-genoma y salud es el Desorden del Estrés Post Traumático (PTSD por sus siglas en inglés), el cual ha sido ampliamente estudiado por desarrollarse después de sufrir experiencias traumáticas tales como: un accidente automovilístico, agresiones sexuales, otros tipos de violencia física o los desastres de origen natural. El grupo del Dr. Ju –Cheng Guo investigó en el 2018 el epigenoma de un grupo de 322 personas diagnosticadas clínicamente con PTSD y encontraron que los eventos estresantes en la vida de esas personas fueron probablemente los responsables de causar el fenómeno epigenético de metilación sobre el gen BDNF. (Guo et al 2018)

LA EPIGENÉTICA SOCIAL

La Epigenética Social es el estudio de cómo las experiencias sociales, que son parte del exposoma, afectan la expresión de los genes y nuestra biología; nuestras experiencias en sociedad no alteran el código genético en sí mismo, pero pueden provocar cambios en diversas vías metabólicas a través de los mecanismos epigenómicos antes descritos (Adkins et al 2018). Por ejemplo: vivir en vecindarios desfavorecidos con exposición a estresores químicos, violencia, discriminación, segregación residencial, estrés psicosocial y acceso limitado a alimentos saludables puede afectar la capacidad de una persona para mantenerse saludable, convirtiéndose estas en barreras para la salud de las personas. Daniel E. Adkins y colaboradores elaboran un interesante trabajo sobre Epigenética Social y el comportamiento humano. Los autores concluyen que la epigenética es de relevancia fundamental para las ciencias sociales y su complicada dicotomía entre *Nature y Nurture*, pues demuestra que las exposiciones ambientales cambian profundamente el funcionamiento de los genes, aún largo tiempo después de la exposición (Adkins et al 2018).

La tesis doctoral de Maria Damjanovicova presentada a la Escuela de Medicina Molecular en Milán en 2017, es una reflexión interesante sobre la relación de la Epigenética y la Política en Salud. En ella se analiza el impacto de la epigenética sobre el cuidado de la salud y se exploran los retos que este enfoque le presenta a la política en Salud Pública, al analizar el caso de Glasgow, una ciudad caracterizada por desigualdades sociales. Allí se empleó la epigenética dentro de un proyecto interdisciplinario para medir y luego diseñar programas sociales relevantes; se expone que dentro del proyecto la epigenética es considerada como un instrumento efectivo para diseñar cambios políticos en un futuro no distante. Se concluye que, gracias a su objetividad, la epigenética tiene potencial para generar conocimiento objetivo y aplicable en Salud Pública (Damjanovicova 2017).

Algunas decisiones políticas tienen un severo impacto sobre la salud de los seres humanos y el mecanismo molecular es el funcionamiento del epigenoma, como sucede con la separación forzada y la detención de niños, cuyos padres buscan asilo en los

Estados Unidos y el riesgo de deterioro de la salud mental de esos niños, situación que ha sido denunciada como inmoral y detenida por orden judicial en Estados Unidos (Teicher et al 2018). Teicher insiste en que el conocimiento actual sobre el funcionamiento del Epigenoma, brinda las herramientas para entender los mecanismos moleculares que sustentan a largo plazo las consecuencias del estrés traumático. Teicher concluye que "Debemos considerar los efectos sobre el desarrollo del cerebro, la mente y el cuerpo para apreciar las consecuencias a largo plazo de las políticas que obligan a la separación y la detención de estos niños" (Teicher et al 2018).

La investigación orientada a comprender cómo los cambios epigenómicos están influenciados por las experiencias sociales, conduce a una mejor comprensión de los mecanismos y vías que pueden afectar en última instancia la salud de las poblaciones vulnerables y las desigualdades sociales de salud. Al identificar modificaciones epigenéticas antes del inicio de la enfermedad, es posible adaptar las intervenciones para prevenir afecciones o enfermedades crónicas más adelante en la vida, lo que puede resultar en mejores enfoques para la prevención y el diagnóstico temprano de enfermedades crónicas y la promoción de la salud de las personas y los grupos poblacionales, con el objetivo final de reducir las inequidades de salud. "Estamos en la cúspide de una investigación sin precedentes en la que estamos reuniendo diferentes campos de la ciencia: ciencias sociales y epigenética, para ayudar a dilucidar cómo los factores sociales afectan la biología en las poblaciones con disparidad de salud", dijo el director de National Institute on Minority Health and Health Disparities (NIMHD), Eliseo J. Pérez-Stable, M.D. (National Institute of Health 2017).

Recientemente ha surgido una nueva agenda de investigación en Estados Unidos que enfatiza las interacciones entre los factores sociales y la salud. Los Institutos Nacionales de Salud otorgaron 10 subvenciones para apoyar la investigación en epigenómica social de las disparidades de salud (Department of Health and Human Services 2020). El programa de investigación de Epigenómica Social NIMHD se ha establecido para: 1) avanzar en la ciencia de la epigenómica centrada en la salud de las minorías y las disparidades de salud, 2) ampliar la comprensión de los mecanismos epigenéticos por los cuales

los factores sociales conducen a cambios biológicos que a su vez influyen en la salud o modifican la enfermedad o el riesgo que puede contribuir a las disparidades de salud y 3) promover la investigación epigenética para diagnosticar mejor el riesgo de enfermedad o la resistencia entre las poblaciones con disparidad de salud. Además, el programa promueve colaboraciones multidisciplinarias que combinarán el conocimiento y la experiencia de los científicos sociales, de los investigadores de salud pública y de los biólogos moleculares en el desarrollo de estrategias innovadoras para comprender los mecanismos que pueden crear o contribuir a la persistencia de las disparidades de salud. Los estudios sobre la interacción de los factores sociales y el epigenoma ayudarán a explicar y abordar los factores desencadenantes de las desigualdades sociales de salud e informarán el desarrollo de intervenciones efectivas. (Department of Health and Human Services 2020).

POTENCIAL DE LA SALUD PÚBLICA GENÓMICA

En el 2005 durante una reunión multidisciplinaria de expertos en Bellagio de Italia, se definió la Salud Pública Genómica como: "La traducción responsable y eficiente del conocimiento basado en el genoma y sus tecnologías asociadas para el beneficio de la salud de la población". Para que esto sea posible es necesario integrar equipos multidisciplinarios entre las humanidades y ciencias sociales con la genómica y las tecnologías asociadas (Burke et al 2006).

En 2012, Zimmern y Khoury opinan que "La práctica de la Salud Pública no podrá ignorar en el siglo XXI el impacto de la genómica, la célula y la biología molecular. Se deberá tener en cuenta cuestiones que incluyen, entre otras: la naturaleza complementaria de los modelos sociales y biológicos de la enfermedad, el genoma personal, la disposición del público y el paciente para responder a la información genómica, la relación entre individuos y poblaciones y los conceptos de estratificación poblacional" (Zimmern y Khoury 2012).

Respecto a la reciente evolución de la Salud Pública Genómica hoy día se reconoce cada vez más el potencial del conocimiento

genómico y las tecnologías asociadas para el mejoramiento de la salud de la población. (Molster et al 2018) Una aplicación de la Salud Pública Genómica es la diferenciación del riesgo de contraer una enfermedad en subgrupos específicos dentro de una población dependiendo del origen ancestral; por ejemplo, la población judía Ashkenazita que tiene predisposiciones genéticas a algunas enfermedades a diferencia de otras (Guha S. et al, 2012).

En Inglaterra se implementó la Salud Pública Genómica en un programa llamado en inglés "Collaborative Oncological Gene-environment Study" (COGS) para identificar las variantes genómicas asociadas al riesgo de desarrollar cáncer de pecho, próstata y ovario (Pashayan et al 2013). Este proyecto dejó como enseñanza que antes de iniciar un proyecto de esta magnitud es necesario comprometerse en una campaña de educación; tanto del público, como de los profesionales en salud.

CONCLUSIONES

La genómica tiene el potencial de mejorar la forma en que se prestará la atención médica y la Salud Pública en el futuro; sin embargo, existen muchos desafíos éticos, regulatorios y científicos que deben abordarse cuidadosamente en los próximos años, si se quieren obtener estos beneficios (Lacaze & Baynam, 2019).

Su importancia es que el conocimiento sobre el funcionamiento del epigenoma y su relación con el exposoma, se desarrolla rápidamente en la actualidad, lo que permitirá en el futuro mejores intervenciones en salud, el fortalecimiento de las capacidades de actores institucionales y comunitarios para la toma de decisiones basadas en evidencia científica, creación de política pública que mejore las condiciones de vida de las poblaciones y las oportunidades para incidir en una vida digna y saludable (Green et al 2020).

La necesaria articulación de equipos inter y transdisciplinarios que integren personas investigadoras desde distintas áreas de conocimiento, más allá de las ciencias sociales, las ciencias básicas

y las ciencias de la salud constituye una base fundamental para gestionar la organización de la investigación en salud que trascienda abordajes fragmentados y resultados integrados.

La integración y el fortalecimiento de las capacidades de actores políticos y comunitarios acerca de las relaciones entre el exposoma, el epigenoma, el genoma y la salud de los distintos individuos, grupos y poblaciones se traduce en creación de alianzas que fortalecen el apoyo, así como el desarrollo de investigación en estas áreas y las acciones sociales derivadas para los grupos de población beneficiarios.

La creación de Redes que vinculen los resultados de investigación sobre el epigenoma, el exposoma y la salud, con las acciones de prevención de enfermedades, la promoción de la salud y las políticas de Salud Pública, potencia el trabajo conjunto y colaborativo para incidir en las condiciones de vida de las personas y lograr una vida digna saludable.

REFERENCIAS

A Dictionary of Epidemiology 5th Edition (2014) by Miquel Porta and Publisher Oxford University Press.

Adkins, Daniel & Rasmussen, Kelli & Docherty, Anna. (2018). Social Epigenetics of Human Behavior. Oxford Handbook.

Autry, A. E., & Monteggia, L. M. (2012). Brain-derived neurotrophic factor and neuropsychiatric disorders. Pharmacological reviews, 64(2), 238–258. https://doi.org/10.1124/pr.111.005108

Ávila-Agüero, María Luisa. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Acta Médica Costarricense, 51(2), 71-73. Retrieved November 20, 2020, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000200002&lng=en&tlng=es

Bhandari, Humnath & Yasunobu, Kumi. (2009). What Is Social Capital? A Comprehensive Review of the Concept. Asian Journal of Social Science. 37. 480-510. 10.1163/156853109X436847.

Burke, W., Khoury, M. J., Stewart, A., Zimmern, R. L., & Bellagio Group (2006). The path from genome-based research to population health: development of an international public health genomics network. Genetics in medicine: official journal of the American College of Medical Genetics, 8(7), 451–458. https://doi.org/10.1097/01.gim.0000228213.72256.8c

Cavalin, Catherine. (February 2019). Exposome and social sciences: the promise of a meeting? *Encyclopedie de l'environnement.* Recuperado de: https://www.encyclopedie-environnement.org/en/society/exposome-social-sciences-promise-of-meeting/

Comisión Europea (febrero 2020).The European Human Exposome Network Launch Event. Recuperado de https://www.humanexposome.eu/news/the-european-human-exposome-network-launch-event/

Commission on Social Determinants of Health. (2007). Lograr la equidad en salud : desde las causas iniciales a los resultados justos : Comisión sobre determinantes sociales de la salud, declaración provisional. Ginebra : Organización mundial de la salud.

Damjanovicova, Maria. (2017). Epigenetics and Policy: cross-linking the 'environmental turn' in the life sciences and the 'molecular turn' in epidemiology.

Department of Health and Human Services. (2020). Social Epigenomics Research Focused on Minority Health and Health Disparities. Recuperado de: https://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/par-19-372.html

Dodge, Kenneth A. (2004) "The Nature-Nurture Debate and Public Policy," Merrill-Palmer Quarterly: Vol. 50 : Iss. 4 , Article 2. Recuperado de: https://digitalcommons.wayne.edu/mpq/vol50/iss4/2

Green, E.D., Gunter, C., Biesecker, L.G. et al. (2020) Strategic vision for improving human health at The Forefront of Genomics. Nature 586, 683–692. https://doi.org/10.1038/s41586-020-2817-4

Guha, Saurav & Rosenfeld, Jeffrey & Malhotra, Anil & Lee, Annette & Gregersen, Peter & Kane, John & Pe'er, Itsik & Darvasi, Ariel & Lencz, Todd. (2012). Implications for health and disease in the genetic signature of the Ashkenazi Jewish population. Genome Biology. 10.1186/gb-2012-13-1-r2.

Guo, J. C., Yang, Y. J., Zheng, X. A., Jiang, X. L., Guo, M., Wang, X. D., Gao, Y. S., Fu, L. Q., & Chen, X. S. (2018). CpG methylation of brain-derived neurotrophic factor gene promoter as a potent diagnostic and prognostic biomarker for post-traumatic stress disorder. International journal of clinical and experimental pathology, 11(10), 5101–5109.

Jin, Z., & Liu, Y. (2018). DNA methylation in human diseases. Genes & Diseases, 5(1), 1-8. https://doi.org/10.1016/j.gendis.2018.01.002

Jorde, L., Carey, J.C., Bamshad, M.J. (2016). Medical genetics. 5th edition.Elsevier.

Juarez Paul D., Hood Darryl B., Song Min-Ae, Ramesh Aramandla. (2020) Use of an Exposome Approach to Understand the Effects of Exposures From the Natural, Built, and Social Environments on Cardio-Vascular Disease Onset, Progression, and Outcomes. Frontiers in Public Health, 8, 379. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00379

Juarez, P. D., Matthews-Juarez, P., Hood, D. B., Im, W., Levine, R. S., Kilbourne, B. J., Langston, M. A., Al-Hamdan, M. Z., Crosson, W. L., Estes, M. G., Estes, S. M., Agboto, V. K., Robinson, P., Wilson, S., & Lichtveld, M. Y. (2014). The public health exposome: a population-based, exposure science approach to health disparities research. *International journal of environmental research and public health*, 11(12), 12866–12895. https://doi.org/10.3390/ijerph111212866

Kowiański, P., Lietzau, G., Czuba, E., Waśkow, M., Steliga, A., & Moryś, J. (2018). BDNF: A Key Factor with Multipotent Impact on Brain Signaling and Synaptic Plasticity. Cellular and molecular neurobiology, 38(3), 579–593. https://doi.org/10.1007/s10571-017-0510-4

Kurdi, F. N., & Flora, R. (2019). The Impact of Physical Exercise on Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) Level in Elderly Population. Open access Macedonian journal of medical sciences, 7(10), 1618–1620. https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.337

Lacaze, P., & Baynam, G. (2019). Editorial: Public Health Genomics. Frontiers in public health, 7, 142. https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00142

Molster Caron M., Bowman Faye L., Bilkey Gemma A., Cho Angela S., Burns Belinda L., Nowak Kristen J., Dawkins Hugh J. S. (2018) The Evolution of Public Health Genomics: Exploring Its Past, Present, and Future . Frontiers in Public Health, (6), 247. Recuperado de: https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2018.00247. https://www.doi/10.3389/fpubh.2018.00247

Murrell, A., Rakyan V.K., Beck, S. (2005) From genome to epigenome. Human Molecular Genetics, 14, R3-R-10. https://doi.org/10.1093/hmg/ddi110

National Institutes of Health. (2017). NIH establishes new research in social epigenomics to address health disparities. Retrieved from https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-establishes-new-research-social-epigenomics-address-health-disparities

National Institute of Environmental Health Sciences. (2018) 2018-2023 Strategic Plan. Advancing Environmental Health Sciences Improving Health. National Institutes of Health. Recuperado de: https://www.niehs.nih.gov/about/strategicplan/strategicplan20182023_508.pdf

Organización Mundial de la Salud; oficina regional para Europa. (Junio 2017) Declaración de la sexta conferencia ministerial sobre ambiente y salud. Ostrava, República Checa. Recuperado de: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/341944/OstravaDeclaration_SIGNED.pdf

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Recuperado de: http://www.who. int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf

Pashayan, N., Hall, A., Chowdhury, S., Dent, T. Pharoah, P.D.P., Burton, H. (2013) Public health genomics and personalized prevention: lessons from the COGS Project. Journal of Internal Medicine, 274(5), 451-456 https://doi.org/10.1111/joim.12094

Phillips, T. & Shaw, K. (2008) Chromatin Remodeling in Eukaryotes. Nature Education 1(1):209.

Senier, L., Brown, P., Shostak, S., & Hanna, B. (2017). The Socio-Exposome: Advancing Exposure Science and Environmental Justice in a Post-Genomic Era. Environmental sociology, 3(2), 107–121. https://doi.org/10.1080/23251042.2016.1220848

Sitglitz, Joseph E. (8 de febrero 2020) La verdad sobre la economía de Trump. La Nación. Recuperado de https://www.nacion.com/opinion/columnistas/pagina-quince-la-verdad-sobre-la-economia-de/XYB6Q263LVFWLPFJU5MXG7RGGA/story/

Teicher, M. H., Anderson, C. M., Ohashi, K., Khan, A., McGreenery, C. E., Bolger, E. A., Rohan, M. L., & Vitaliano, G. D. (2018). Differential effects of childhood neglect and abuse during sensitive exposure periods on male and female hippocampus. NeuroImage, 169, 443–452. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2017.12.055

Wild C. P. (2005). Complementing the genome with an "exposome": the outstanding challenge of environmental exposure measurement in molecular epidemiology. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology, 14(8), 1847–1850. https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-05-0456

Wild C. P. (2012). The exposome: from concept to utility. International journal of epidemiology, 41(1), 24–32. https://doi.org/10.1093/ije/dyr236

Zhang, Pei & Arora, Manish & Chaleckis, Romanas & Isobe, Tomohiko & Jain, Mohit & Meister, Isabel & Melen, Erik & Perzanowski, Matthew & Torta, Federico & Wenk, Markus & Wheelock, Craig. (2019). Tackling the Complexity of the Exposome: Considerations from the Gunma University Initiative for Advanced Research (GIAR) Exposome Symposium. 9. 106. 10.3390/metabo9060106.

Zhao, Mingzhe & Chen, Lu & Yang, Jiarun & Han, Dong & Fang, Deyu & Qiu, Xiaohui & Yang, Xiuxian & Qiao, Zhengxue & Ma, Jingsong & Wang, Lin & Jiang, Shixiang & Song, Xuejia & Zhou, Jiawei & Zhang, Jian & Chen, Mingqi & Qi, Dong & Yang, Yanjie & Pan, Hui. (2017). BDNF Val66Met polymorphism, Life Stress and Depression: a Meta-analysis of Gene-Environment Interaction. Journal of Affective Disorders. 227. 10.1016/j.jad.2017.10.024.

Zimmern, R. L., & Khoury, M. J. (2012). The impact of genomics on public health practice: the case for change. Public health genomics, 15(3-4), 118–124. https://doi.org/10.1159/000334840

PLANIFICACIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BASADO EN EVIDENCIA CIENTÍFICA

JEANCARLO CÓRDOBA NAVARRETE

TATIANA GAMBOA GAMBOA

Uno de los principales retos de la promoción de la salud es la traducción de los grandes acuerdos tomados en las conferencias internacionales, en acciones a nivel local que permitan materializar esas teorías y conceptos en mejores condiciones de salud para las poblaciones. Estas acciones deben demostrar su impacto positivo, mediante su efectividad y buen uso de los recursos.

En la época en que nos encontramos actualmente, caracterizada por un financiamiento limitado, principalmente en cuanto al acceso a inversión pública, no es permisible asignar recursos a una intervención ineficaz; ya que esto significa una oportunidad desaprovechada de invertir en algo que funcione para mejorar la salud y / o prevenir enfermedades o lesiones. (U.S. Department of Health and Human Services, 2010)

La demanda de evidencia científica en promoción de la salud se presenta en diferentes ámbitos; por ejemplo: los profesionales que trabajan con las comunidades y que necesitan de ella para planificar sus programas, los dirigentes locales para tomar decisiones sobre los programas o proyectos que deben apoyar, o bien, los empleados de gobierno y las organizaciones que brindan servicios de salud para establecer prioridades, crear políticas poblacionales y decidir sobre el buen uso de los recursos. (U.S. Department of Health and Human Services, 2010)

En el caso costarricense, la cantidad de intervenciones que se realizan en promoción de la salud varían en número y en calidad, sin embargo, pocas de estas llegan a convertirse en evidencia que permita a las futuras intervenciones mejorar a través de las experiencias vividas. Esto es demostrado al realizar búsquedas de evidencia científica acerca de experiencias de promoción de la salud costarricenses en las principales bases de datos como MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, SPORTDISCUS, donde se encuentra de poca a nula información acerca de lo que se hace en el país en este campo.

El objetivo de este articulo es señalar la importancia de la planificación de la promoción de la salud basada en evidencia, las condiciones para su reconocimiento, así como los principales retos que esta enfrenta.

DESARROLLO

La evidencia de calidad que demuestre la efectividad de las intervenciones en promoción de la salud, es una base lógica para elegir el curso de una acción, o para justificar la utilización del dinero u otros recursos en el tema. Sin esta evidencia resulta difícil encontrar apoyo político para concretar acciones en promoción de la salud. (Tang, Ehsani, & McQueen, 2003)

Tal y como sucede con las intervenciones clínicas, la planificación de los abordajes en promoción de la salud generalmente se encuentra

en un contexto de recursos limitados. Esta situación influye en dos sentidos. En primera instancia, los tomadores de decisiones se ven retados a invertir en soluciones que hayan sido comprobadas y costo-efectivas (rentables), para asegurarse que se traduzca en algo que funcione para mejorar la salud de las personas y no se convierta en una oportunidad perdida. En segunda instancia, la escasez en los recursos reduce los montos de inversión en mecanismos que generen evidencia de calidad. Por ende nos encontramos con la contradicción de requerir una evidencia robusta en promoción de la salud pero con un presupuesto limitado. (U.S. Department of Health and Human Services, 2010)

Además de los recursos limitados, la compleja interacción entre los factores culturales, sociales, económicos y políticos característicos de la promoción de la salud, pueden ser las causas de la incapacidad de la promoción de la salud para demostrar evidencia de la efectividad de sus intervenciones de los últimos años (Tang et al., 2003). Esta situación ha generado un debilitamiento de su posición en la política, precisamente en los momentos donde los encargados de formular políticas públicas adoptan posiciones a menudo equivocadas. Claro ejemplo son las posiciones políticas a favor de permitir el patrocinio y publicidad de bebidas alcohólicas en eventos deportivos cuando la evidencia ha sido contudente en cuanto a la exposición de niños y adolescentes y sus efectos en la salud de estos. (Speller, Wimbush, & Morgan, 2005)

¿QUE TIPO DE EVIDENCIA SE NECESITA PARA PLANIFICAR ACCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD?

Para definir promoción de la salud basada en evidencia, primero se tiene que definir lo que se entiende por “evidencia científica”. Martinez & Gijon (2017), la define como: “el uso consciente, explícito y juicioso de datos válidos y disponibles procedentes de la investigación científica… los cuales ayudarán a la toma de decisiones y/o a justificar una acción. (Martinez & Gijon-Nogueron, 2017)

En el caso específico de la evidencia, en temas de salud, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, divide lo que podemos considerar, "evidencia" en tres categorías, todas de igual importancia. La primera es la información científica independientemente del contexto. En este tipo la evaluación de la eficacia es basada en el control del ambiente donde se crea, y responde a la pregunta de si una intervención puede funcionar o no. Por ejemplo, la evidencia que se genera a través de ensayos clínicos aleatorizados. (U.S. Department of Health and Human Services, 2010)

La segunda categoría de evidencia, es la de las ciencias sociales, la cual, puede ser igual de rigurosa que la categoría anterior, pero típicamente es más sensible al contexto en el que se desarrolla. Por ejemplo, la evidencia que se puede crear en un programa de educación en un ambiente laboral, puede tener muchas variantes basadas en la duración y la intensidad del programa, las características de los propios empleados, o el apoyo percibido por parte de su patrono. En este caso, la evidencia creada podría ser modificada al cambiar algunas de las variantes anteriormente mencionadas. (U.S. Department of Health and Human Services, 2010)

El tercer tipo de evidencia, es la información anecdótica, la cual es principalmente local, como por ejemplo las restricciones presupuestarias, o bien el posicionamiento ideológico-político. Esta se basa en el conocimiento que surge como parte de las interacciones entre los individuos que participan en el programa o proyecto, tanto como organizadores o bien como participantes. (U.S. Department of Health and Human Services, 2010)

PERO ¿QUÉ ES LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BASADA EN EVIDENCIA?

La promoción de la salud basada en evidencia es aquella que hace uso de la información derivada de investigaciones formales, con metodologías sistemáticas, que identifican las causas y factores que contribuyen al abordaje de necesidades en salud, para los procesos de planificación, implementación y evaluación. Dicha información,

extraída luego de una revisión crítica de los efectos de las intervenciones en experiencias previas, determina aquellas acciones en promoción de la salud que son más efectivas, y se presentan en un contexto y población dados. (Rychetnik & Wise, 2004; Smith, Tang, & Nutbeam, 2006)

Los pasos para el desarrollo de intervenciones efectivas en promoción de la salud, requieren de la suma de varios elementos tales como: una revisión de lo más relevante de la literatura científica, la aplicación de teorías, la recolección de nuevos datos, y la participación de expertos, miembros de la comunidad, y tomadores de decisiones en el proceso de planificación. (Fernandez, Ruiter, Markham, & Kok, 2019)

Dentro del marco de la promoción de la salud, puede ser complejo encontrar evidencia con una metodología rigurosa como sucede en la investigación clínica, por lo que en ocasiones la información que es considerada como evidencia cumple con algunos otros criterios diferentes a las intervenciones estándar de tipo biomédico. (Juneau, Jones, McQueen, & Potvin, 2011)

En ese sentido, es importante resaltar que la promoción de la salud no se ve informada únicamente por un tipo de evidencia, al contrario, esta se permea por todas aquellas que se derivan de una gran cantidad de disciplinas y sus campos de conocimiento; por ejemplo, el estudio epidemiológico de los determinantes de la salud, la evaluación de programas de promoción de la salud, los estudios etnográficos acerca de las influencias sociales y culturales en las necesidades en salud, investigaciones sociológicas acerca de los patrones y las causas de las inequidades, los estudios de ciencias políticas e historia acerca el proceso de creación de políticas públicas y la investigación económica acerca de la costo-efectividad de las intervenciones. (Smith et al., 2006)

Además, también se debe tener en cuenta que, en la práctica, la evidencia "formal, teórica o externa" por sí sola no es una base suficiente para una promoción de la salud efectiva, como sucede en la medicina basada en la evidencia, por ejemplo. La información externa puede comunicar, pero no reemplazar, la experiencia de profesionales individuales que guían la selección y aplicación de

evidencia, ni mucho menos de aquellos que tienen una trayectoria trabajando con las mismas comunidades en las cuales se pretende realizar una intervención. (Smith et al., 2006; Tang et al., 2003)

Dicha experiencia en lo local, es la que determina si la evidencia externa se aplica al grupo objetivo de intervención y, de ser así, cómo se debe utilizar para lograr la efectividad de la misma. En otras palabras, para una intervención efectiva, adicionalmente, se deben tener en cuenta otras áreas críticas, por ejemplo, las necesidades y expectativas de los destinatarios directos del servicio, los intereses de otras partes interesadas clave y la competencia de un profesional en la planificación y evaluación. (Tang et al., 2003)

¿CÓMO SE DETERMINA LA EFECTIVIDAD EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD?

Existen diferentes criterios que pretenden medir la efectividad de la evidencia en la promoción de la salud. Dicha medición ha estado enfocada en el tipo de diseño del estudio de donde se toma la evidencia, o en otras cuestiones metodológicas como la validez de los indicadores, la eficacia de la intervención o el contexto en el que la intervención se realiza. En una gran medida, la calidad de la evidencia se ha determinado usando la estructura jerárquica establecida por aquellos que trabajan en medicina basada en evidencia, lo cual significa una adopción completa del paradigma positivista. (Tang et al., 2003)

Las personas que apoyan este enfoque han puesto énfasis en lograr tres reglas de la investigación científica cuantitativa en las intervenciones de promoción de la salud, a fin de declarar su efectividad; estas son la predictibilidad, repetibilidad, y la falsabilidad o refutabilidad para determinar la fuerza de la evidencia. (Tang et al., 2003)

La predictibilidad se cumple cuando una intervención es implementada apropiadamente y esta producirá un resultado esperado, dado que se conoce cuáles son los elementos claves de esa intervención y la interacción causa-efecto entre estos elementos.

La repetibilidad, o también conocida como replicabilidad se refiere a la aplicación universal de la intervención, independiemente del tiempo y el lugar. En el caso de la falsabilidad o refutabilidad, la intervención debe ser capaz de ser refutada como una intervención efectiva. Una vez que esta es implementada, esta se valida mediante una evaluación rigurosa que demuestra que funciona, sin embargo, se falsifica si se demuestra que es ineficaz o bien perjudicial. (Tang et al., 2003)

Otros autores consideran que los principales componentes de la evidencia necesaria para la utilización en la planificación de acciones en promoción de la salud son la efectividad, el marco teórico sobre el cual se fundamenta la intervención a realizar y la existencia de contenidos y actividades que sean definidos y repetibles que disminuyan la variabilidad durante su aplicación. (Cofiño Fernández, Álvarez Muñoz, Fernández Rodríguez, & Hernández Alba, 2005). Que en otras palabras se resumen en la misma predictibilidad, replicabilidad, y falsabilidad que Tang y colaboradores reconocen.

A modo resumen, Villalbí expone que los tres componentes principales de las acciones en promoción de la salud basada en evidencia son: 1. la fundamentación en un modelo teórico sólido que permita sustentar el porqué de la intervención de una manera razonable, 2. un contenido definido claramente y que sea repetible, ya que con esto se elimina la variablidad, y también elimina el efecto de la creatividad de la persona que desarrolla los contenidos, asegurando también una implementación sistemática y también una posible justificación de los resultados debido al efecto de la intervención, y 3. una eficacia que sea conocida y relevante que permita demostrar la verdadera utilidad de las acciones para que en un futuro estas puedan ampliarse y extenderse. (Villalbí, 2001)

¿CUALES SON LOS PRINCIPALES RETOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BASADA EN EVIDENCIA

A la hora de planificar acciones de promoción de la salud basada en evidencia es importante reconocer cuales son los principales retos a

los que nos enfrentamos a la hora de la planificación, implementación y evaluación.

La promoción de la salud es definida como "un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla.".(Ministerio de Salud Dirección General de Promoción de Salud, 2006) Este proceso, incluye un grupo de actividades estratégicas diseñadas en los niveles individual, interpersonal, comunitario, ambiental o político para influenciar positivamente la salud y calidad de vida de las personas. (Pederson et al., 2010)

Por lo tanto, el primer reto que enfrenta la Promoción de la Salud basada en evidencia, es la particular naturaleza multifacética de los enfoques de salud poblacional. El hecho de focalizar, lograr y medir un cambio en los comportamientos de salud de toda una población es complejo. Estos cambios en una población requieren estrategias multidisciplinarias y multisectoriales en diferentes niveles, por lo que la investigación basada en la comunidad es una fuente importante de nueva información acerca de la efectividad de algunas intervenciones, pero también acerca de como se han implementado en el mundo real. Sin embargo, este mismo tipo de investigación tiene grandes dificultades a la hora de su financiamiento, planificación e implementación, por lo que es muy escasa.

Un segundo reto es la limitación que ofrece la jerarquía tradicional de la evidencia científica. Si bien a la hora de la planificación se deben tomar en cuenta las diferentes teorías que respalden las intervenciones en promoción de la salud mediante experiencias de efectividad conocida y una magnitud de impacto comprendida, a la hora de evaluar nuestras intervenciones el rigor metodológico no es lo único que debemos de tomar en cuenta. Algunos factores del contexto como la aceptación de la comunidad, la integración en las actividades, la participación en múltiples dimensiones de la intervención, y la sostenibilidad de los programas y proyectos son temas también importantes. Tampoco se puede dejar de lado algunas consideraciones más pragmáticas como las preferencias de la comunidad, la viabilidad política y logística o bien las restricciones presupuestarias.

La medición de los resultados es el tercer reto que podemos considerar. Es importante tomar en cuenta que, a la hora de planificar nuestras intervenciones, la salud y los resultados intermedios deben ser medidos en todas las etapas de la implementación y desarrollo de los programas o proyectos y no deben estar limitados únicamente al final. Con esto se podrá generar evidencia que posteriormente amplíe el conocimiento que tenemos acerca de las intervenciones y permitirán mejoras a futuro.

De igual manera, el tiempo es un factor importante por considerar en el tema de la medición de la efectividad, ya que las acciones de promoción de la salud, en algunas circunstancias, únicamente podrán mostrar sus resultados a mediano o largo plazo, por lo tanto, la forma de medir dicha efectividad deberá tomar en cuenta este fenómeno a la hora de su planificación.

Una revisión crítica de diferentes herramientas podría disminuir el efecto de los retos anteriormente presentados. Algunas de estas herramientas se resumen en la tabla 1. El uso de sitios confiables que puedan asegurar la calidad de la información favorecerá la labor de los profesionales y tomadores de decisiones a la hora de la planificación de las intervenciones en Promoción de la Salud.

TABLA 1
Ejemplos de iniciativas de apoyo a la Promoción de la Salud y Salud Pública basadas en Evidencia

Iniciativa	Website	Descripción
Cochrane Collaborations	https://www.cochrane.org/	Este sitio se ha convertido en una fuente ampliamente reconocida de revisiones sistemáticas de evidencia sobre la efectividad de las intervenciones de colaboración de salud (ver sitio web).
Cochrane Health Promotion and Public Health Field	https://www.vichealth.vic.gov.au/	El campo de promoción de la salud y salud pública de la Colaboración Cochrane, que ahora tiene su sede en Promotion and Public Australia, lleva a cabo revisiones de evidencia que incluyen Ensayos Clínicos Aleatorizados y estudios de observación de un rango diverso de intervenciones y programas de salud.
Guide to Community Preventive Services	https://www.thecommunityguide.org/	Esta es una serie de recomendaciones basadas en evidencia sobre intervenciones basadas en la población. Los temas de revisión de la guía incluyen intervenciones dirigidas a comportamientos de riesgo, enfermedades infecciosas y crónicas, lesiones automovilísticas, comportamiento violento y abusivo, y el entorno sociocultural. La guía se actualizará periódicamente a medida que haya nuevas pruebas disponibles.
NHS Center for Reviews and Dissemination	https://www.york.ac.uk/crd/	El Centro de Revisiones y Difusión del NHS, con sede en el Reino Unido, publicó evidencia de revisiones sistemáticas de investigaciones relevantes para implementar la agenda de "Salud Pública más Amplia". Esta enorme base de datos de evidencia incluye áreas temáticas como cáncer, enfermedad coronaria, accidentes, salud mental, educación, atención social y bienestar social, y crimen, drogas y alcohol.
International Union for Health Promotion and Education	https://www.iuhpe.org/index.php/en/publications	La Unión Internacional para la Promoción de la Salud y la Educación publicó un informe para la Comisión de Promoción de la Salud y Educación Europea que evaluó 20 años de evidencia de los impactos sanitarios, sociales, económicos y políticos de la promoción de la salud. Los expertos en investigación y profesionales colaboraron con los encargados de formular políticas legislativas y administrativas para formular recomendaciones de acción basadas en las revisiones de evidencia.

Iniciativa	Website	Descripción
Campbell Colaboration	https://campbellcollaboration.org/	Esta es una iniciativa que tiene como objetivo preparar, mantener y promover revisiones sistemáticas de estudios sobre los efectos de las políticas y prácticas sociales y educativas. Fue nombrado después de un psicólogo estadounidense, Donald Campbell, quien llamó la atención sobre la necesidad de que las sociedades evalúen más rigurosamente los efectos de sus intervenciones sociales y educativas. Los documentos de debate preliminares están disponibles en línea.
EPPI Center-Centro de Coordinación e Información de Evidencia en Políticas y Prácticas de la University College London	https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=53	Brinda revisiones sistemáticas sobre intervenciones en las ciencias sociales y políticas públicas.
University of York, Center for Reviews and Dissemination	https://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/	Base de datos producida por el Centro de Revisiones y Difusión (CDR) de la Universidad de York de Inglaterra que reúne evaluaciones de tecnología de salud
Health Evidence	https://www.healthevidence.org/	Portal para recuperar revisiones sistemáticas, meta-análisis y metasíntesis que evalúan la efectividad de las intervenciones en salud pública. Permite acceso a bases de datos como MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, SPORTDISCUS y resúmenes sociológicos.
Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria	https://www.iecs.org.ar/centro-cochrane-iecs/	El Centro Cochrane Argentino-IECS es un centro asociado de la Red Cochrane Iberoamericana y tiene como objetivo facilitar que la toma de decisiones clínicas y sanitarias se realice en base a la mejor evidencia científica disponible.

Fuente: Modificado de: Rychetnik, L., & Wise, M. (2004). Advocating evidence-based health promotion : reflections and a way forward. Health Promotion International, 19(2). https://doi.org/10.1093/heapro/dah212

CONCLUSIÓN

A fin de alcanzar el máximo beneficio de los recursos que se pretenden invertir en el bienestar de la población, es urgente el promover que las intervenciones en promoción de la salud se basen en evidencia. Para ello se debe garantizar un conocimiento en la recopilación de la mejor evidencia para cada uno de los temas en los cuales se plantean las intervenciones. Dicha recopilación se deberá basar en la revisión crítica de profesionales en promoción de la salud que puedan reconocer las teorías y los efectos que experiencias previas puedan brindar. Además de ello, se deberá de tomar en cuenta el contexto y las situaciones vividas con anterioridad en las comunidades donde se plantean las intervenciones. A su vez, en cuanto se haya planificado, implementado y evaluado la intervención, esta deberá ser convertida en evidencia para el futuro, a fin de crear un ciclo de buen uso de recursos mediante acciones que logren beneficiar a las poblaciones, atender sus necesidades en salud y cerrar brechas.

Para lograr lo anterior se debe poner especial atención en la capacitación de actuales y futuros profesionales en el campo de la Promoción de la Salud con el objetivo de que aprendan a interiorizar el uso de la evidencia en su día a día y lo conviertan en una práctica rigurosa y de importancia relevante.

REFERENCIAS

Cofiño Fernández, R., Álvarez Muñoz, B., Fernández Rodríguez, S., & Hernández Alba, R. (2005). Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Atención Primaria, 35*(9), 478–483. https://doi.org/10.1157/13075472

Fernandez, M. E., Ruiter, R. A. C., Markham, C. M., & Kok, G. (2019). Intervention mapping: Theory-and evidence-based health promotion program planning: Perspective and examples. *Frontiers in Public Health, 7*(AUG). https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00209

Juneau, C. E., Jones, C. M., McQueen, D. V., & Potvin, L. (2011). Evidence-based health promotion: An emerging field. *Global Health Promotion, 18*(1), 79–89. https://doi.org/10.1177/1757975910394035

Martinez, A., & Gijon-Nogueron, G. (2017). La evidencia científica: método de evaluación de resultados clínicos, el camino para la podología. *Revista Española de Podología, 28*(1), 58–60. https://doi.org/10.1016/j.repod.2017.03.001

Ministerio de Salud Dirección General de Promoción de Salud. (2006). *Modelo de abordaje de la promoción de la salud en el Perú: documento técnico.* Lima.

Pederson, A., Ponic, P., Greaves, L., Mills, S., Christilaw, J., Frisby, W., … Young, L. (2010). Igniting an Agenda for Health Promotion for Women: Critical Perspectives, Evidence-based Practice, and Innovative Knowledge Translation. *Canadian Journal of Public Health*, (June), 259–262.

Rychetnik, L., & Wise, M. (2004). Advocating evidence-based health promotion : reflections and a way forward. *Health Promotion International, 19*(2). https://doi.org/10.1093/heapro/dah212

Smith, B. J., Tang, K. C., & Nutbeam, D. (2006). WHO health promotion glossary: New terms. *Health Promotion International, 21*(4), 340–345. https://doi.org/10.1093/heapro/dal033

Speller, V., Wimbush, E., & Morgan, A. (2005). Evidence-based health promotion practice: how to make it work. *Promotion & Education, Suppl 1*, 15–20. https://doi.org/10.1177/10253823050120010106x

Tang, K. C., Ehsani, J. P., & McQueen, D. V. (2003). Evidence based health promotion: Recollections, reflections, and reconsiderations. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57*(11), 841–843. https://doi.org/10.1136/jech.57.11.841

U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *Evidence-Based Clinical and Public Health : Generating and Applying the Evidence.*

Villalbí, J. R. (2001). Promoción de la Salud basada en evidencia. *Revista Española de Salud Pública, 75*(6), 489–490.

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

ESP Escuela de **Salud Pública**