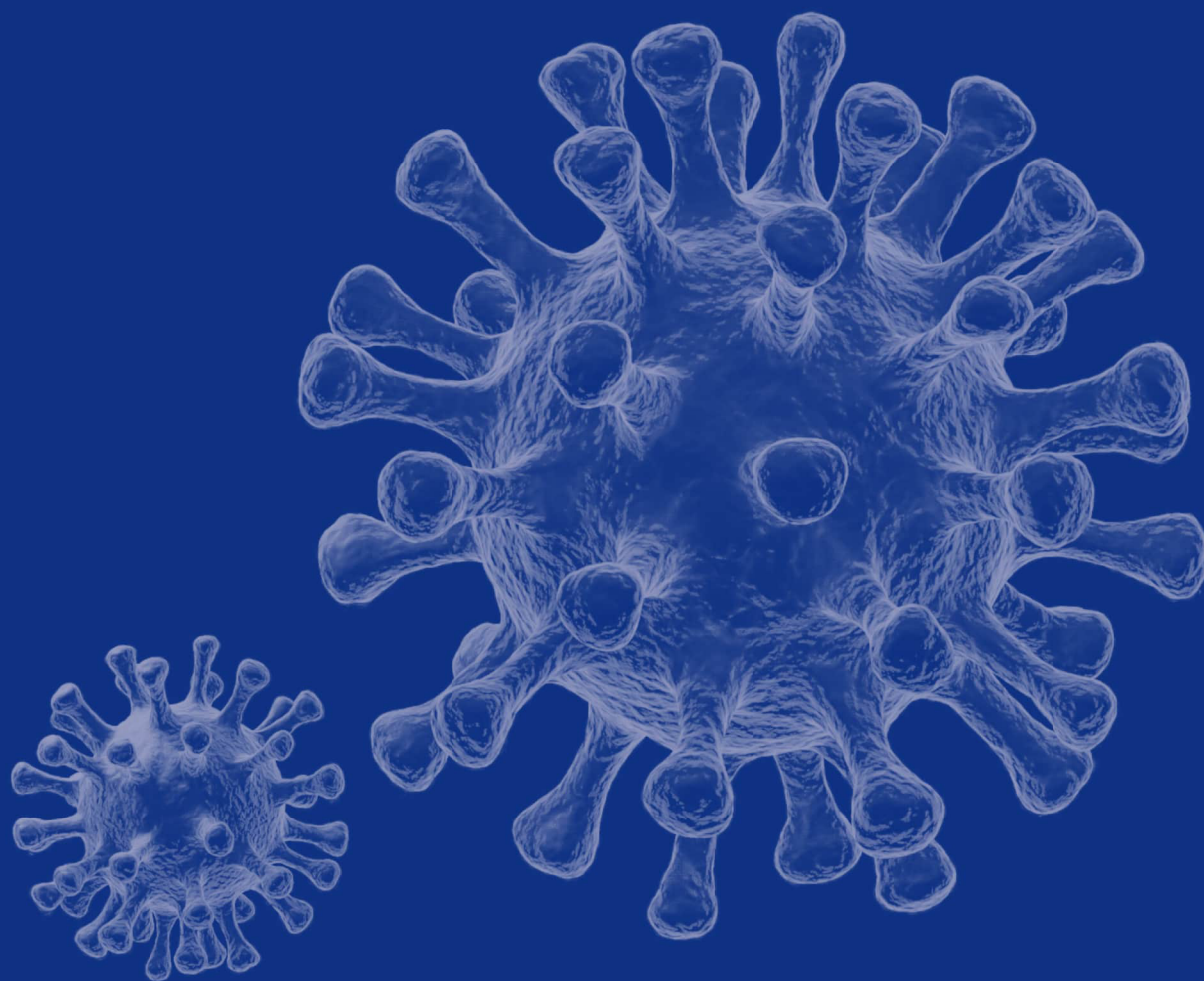


Dra. Gabriela Barreno
Editora

Avances científicos en patologías

y estudios clínicos en salud



Religación
Press



ATIK
editorial

Colección Salud

Avances científicos en patologías

y estudios clínicos en salud

Gabriela Barreno
[Editora]



Religación
Press
Ideas desde el Sur Global



ATIK
editorial

Equipo Editorial

Eduardo Díaz R. Editor Jefe
Roberto Simbaña Q. Director Editorial
Felipe Carrión. Director de Comunicación
Ana Benalcázar. Coordinadora Editorial
Ana Wagner. Asistente Editorial

Consejo Editorial

Jean-Arsène Yao | Dilrabo Keldiyorovna Bakhronova | Fabiana Parra | Mateus Gamba Torres
| Siti Mistima Maat | Nikoleta Zampaki | Silvina Sosa

Religación Press, es parte del fondo editorial del Centro de Investigaciones CICSHAL-RELIGACIÓN.

Diseño, diagramación y portada: Religación Press.
CP 170515, Quito, Ecuador. América del Sur.
Correo electrónico: press@religacion.com
www.religacion.com

Disponible para su descarga gratuita en <https://press.religacion.com>
Este título se publica bajo una licencia de Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)



Avances científicos en patologías y estudios clínicos en salud.

Scientific advances in pathologies and clinical health studies

Avanços científicos em patologias e estudos clínicos de saúde

Derechos de autor: Religación Press© Atik Editorial© Autores© Autoras©

Primera Edición: 2024

Editorial: Religación Press

Materia Dewey: 610 - Ciencias médicas Medicina

Clasificación Thema: MJC - Enfermedades y trastornos

MBD - Profesión médica

MBNH - Salud personal y pública

BISAC: MED000000 MEDICAL / General

MED037000 MEDICAL / Health Risk Assessment

Público objetivo: Profesional / Académico

Colección: Salud

Soporte/Formato: PDF / Digital

Publicación: 2024-03-31

ISBN: 978-9942-642-90-5

APA 7

Barreno, G. (Ed) (2024). *Avances científicos en patologías y estudios clínicos en salud*. Religación Press; Atik Editorial. <https://doi.org/10.46652/ReligacionPress.155>

[Revisión por pares]

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación por académicos externos (doble-ciego). Por lo tanto, la investigación contenida en este libro cuenta con el aval de expertos en el tema quienes han emitido un juicio objetivo del mismo, siguiendo criterios de índole científica para valorar la solidez académica del trabajo.

[Peer Review]

This book was reviewed by an independent external reviewers (double-blind). Therefore, the research contained in this book has the endorsement of experts on the subject, who have issued an objective judgment of it, following scientific criteria to assess the academic soundness of the work.

Sobre la editora

Gabriela Barreno

Médico cirujano general Universidad de las Americas Quito, Ecuador. Ciencias de la salud con enfoque en avances científicos y enfermedades crónicas.

Ministerio de salud publica del Ecuador | Quito | Ecuador

<https://orcid.org/0009-0005-7791-4809>

gabriela.barreno@udla.edu.ec

Resumen

El libro "Avances científicos en patologías y estudios clínicos en salud" fue creado por varios autores de Latinoamérica para ofrecer información precisa y actualizada sobre temas de salud. Presenta casos clínicos reales, actualizaciones patológicas y tablas estadísticas para facilitar la comprensión. Cada capítulo brinda un nuevo aprendizaje de forma descriptiva, narrativa y gráfica, con el objetivo de ser útil en la formación en salud.

Palabras claves: salud, investigación, casos clínicos, patologías, América Latina.

Abstract

The book "Scientific advances in pathologies and clinical studies in health" was created by several authors from Latin America to offer accurate and updated information on health topics. It presents real clinical cases, pathological updates and statistical tables to facilitate understanding. Each chapter provides new learning in a descriptive, narrative and graphic form, with the objective of being useful in health education.

Keywords: health, research, clinical cases, pathologies, Latin America.

Resumo

O livro "Avanços científicos em patologias e estudos clínicos em saúde" foi criado por vários autores da América Latina para fornecer informações precisas e atualizadas sobre temas de saúde. Ele apresenta casos clínicos reais, atualizações patológicas e tabelas estatísticas para facilitar a compreensão. Cada capítulo fornece um novo aprendizado de forma descritiva, narrativa e gráfica, com o objetivo de ser útil na educação em saúde.

Palavras-chave: saúde, pesquisa, casos clínicos, patologias, América Latina.

Contenido

[Peer Review]	6
Sobre la editora	8
Resumen	10
Abstract	10
Resumo	11
Prólogo	17

1

Riesgos biológicos e inocuidad de los alimentos

Luisa Katherine Bustamante Espinoza, Patricia Elizabeth Rodríguez Pañora, José Isidro Yamasqui Padilla	21
---	----

2

Pthirus pubis: una actualización

Gilberto Jaramillo-Rangel, Yareth Gopar-Cuevas, María-de-Lourdes Chávez-Briones, Adriana Ancer-Arellano, Ivett Miranda-Maldonado, Monserrat González-Domínguez, Karol García-Aguilar, Jesús Ancer-Rodríguez, y Marta Ortega-Martínez	40
--	----

3

Paciente cardíaco con asistolia: un reporte de caso

Magaly Luna, María Morgado, y Gloria Pogoyo	55
---	----

4

Atención obstétrica y perinatal en pandemia por Covid-19: experiencias y percepciones de agentes de salud en Córdoba, Argentina

Magdalena Arnao Bergero, y Ana Inés Lázzaro	76
---	----

5

Prevalencia del Síndrome de Burnout en Internos Rotativos de Medicina de un Hospital de Latacunga

Silvio Stalin Tacle Humanante y Juan Carlos Gárate Aguirre

99

6

Sistemas políticos y sistemas de salud en América Latina, en el contexto de gobiernos corporativos y neoliberalismo regional

Ramiro Vélez Rivera, Dora Cardona Rivas y Pedro Enrique Villasana López

124

Avances científicos en patologías

y estudios clínicos en salud

Prólogo: Una visión interdisciplinaria sobre avances científicos en patologías y estudios clínicos en salud

<http://doi.org/10.46652/religacionpress.155.c128>

"Avances científicos en patologías y estudios clínicos en salud", es un libro realizado con la colaboración de varios autores profesionales en el área de la salud, en diferentes regiones de Latinoamérica, cada uno ha revisado, modificando y actualizando detalladamente cada tema, con el fin de brindar una información precisa y segura. este libro imparte a los lectores casos clínicos reales, actualización en temas patológicos con claridad y en forma descriptible clínicamente manteniendo el equilibrio entre la complejidad, la simplificación y entendimiento al momento de la lectura.

El primer capítulo, escrito por Luisa Katherine Bustamante Espinoza, Patricia Elizabeth Rodríguez Pañora, y José Isidro Yamasqui Padilla, aborda las enfermedades transmitidas por alimentos ya que son un problema global que afecta especialmente a personas de bajos recursos, niños, mujeres embarazadas y adultos mayores. Causadas por alimentos insalubres, como carne mal cocinada, frutas contaminadas y mariscos crudos, estas enfermedades afectan a millones de personas y causan cientos de miles de muertes al año. El ritmo de vida acelerado y la urbanización contribuyen a este problema. Este estudio, que se desarrolla en la ciudad de Cañar (Ecuador) evaluó la inocuidad de alimentos vendidos por vendedores ambulantes, encontrando microorganismos como coliformes y salmonella en las muestras analizadas.

Por otra parte, el segundo capítulo, aborda una actualización sobre *Pthirus pubis*, se describen las manifestaciones clínicas y el diagnóstico de las alteraciones en la salud causadas por este parásito. Además, se proporciona una guía de tratamiento farmacológico elaborada con el consenso de varias organizaciones e investigadores, así como las formas para llevar a cabo la prevención del contagio de *Pthirus pubis*.

En "Paciente cardíaco con asistolia: un reporte de caso", el estudio retrospectivo reveló un caso fatal de asistolia por cambios en el músculo cardíaco. A pesar de los esfuerzos de reanimación, el paciente falleció. El análisis respaldó la importancia de recopilar datos de manera legal y preservar la identidad. Aproximadamente, una de cada 100 personas con asistolia muere.

Continuando, Magdalena Arnao Bergero y Ana Inés Lázzaro, reflexionan acerca de los cambios ocurridos en la atención perinatal durante la emergencia sanitaria y cómo fueron vividos por parte del personal médico implicado en la atención de embarazos y partos en pandemia por Covid-19. El objetivo fue realizar un diagnóstico de situación preliminar, buscando ahondar en la comprensión de las condiciones de posibilidad de un modelo de atención obstétrica de carácter mecanicista y de marcada ausencia de derechos.

Hacia el cierre del libro, Silvio Stalin Tacle Humanante y Juan Carlos Gárate Aguirre, presentan un estudio sobre el Síndrome de Burnout y su impacto en el desempeño laboral de los internos de un Hospital de la ciudad de Latacunga; para lo cual se efectuó una investigación metodológica de tipo descriptiva, correlacional. Los datos se recopilaron a través de dos cuestionarios que fueron aplicados a 45 internos rotativos que laboran actualmente, obteniendo como resultado que existe una prevalencia de Burnout del 40%.

Finalmente, se buscó presentar a los lectores y lectoras una reflexión sobre sistemas políticos y sistemas de salud en América Latina. En este sentido, Luisa Katherine Bustamante Espinoza, Patricia Elizabeth Rodríguez Pañora, y José Isidro Yamasqui Padilla, y desde un enfoque crítico–hermenéutico, les autores definen y analizan los antecedentes del corporativismo en Salud Pública en América Latina, y su relación con el neoliberalismo a la luz de los planteamientos de algunas y algunos referentes teóricos. Se analiza el rol del corporativismo en políticas de salud, reformas en sistemas de salud y la participación social en la creación de sistemas alternativos al neoliberalismo.

Cada capítulo representa un nuevo bloque informativo sin continuidad con el anterior, guiando al lector a un nuevo aprendizaje, optando por la técnica descriptiva, narrativa, y grafica para mayor comodidad. A lo largo del escrito se ha añadido tablas estadísticas para mejorar la presentación mediante una visión más contemporánea. En nombre de todos los autores esperamos que este libro se disfrute y sea de utilidad, aprendizaje a lo largo de las carreras en el área de la salud.

Quito, 31 de marzo, 2024
Dra. Gabriela Barreno
Editora

Riesgos biológicos e inocuidad de los alimentos

Luisa Katherine Bustamante Espinoza, Patricia Elizabeth Rodríguez Pañora,
José Isidro Yamasqui Padilla

Resumen

Las enfermedades transmitidas por los alimentos constituyen, a nivel mundial, es uno de los principales problemas más generalizados y de mayor repercusión sobre la salud de las personas, afectando generalmente a la población de bajos recursos, niños, mujeres embarazadas y adultos mayores, según señala la OPS la salmonelosis, las enfermedades gastrointestinales y la infección por *Escherichia coli*, coliformes entre otras, enferman a más de 582 millones de personas en todo el mundo y matan a más de 350 mil cada año. Estas enfermedades se deben a la ingesta de alimentos insalubres como carne animal mal cocinada, frutas y hortalizas contaminadas con heces o pesticidas y mariscos crudos marinos, mencionando como uno de los principales factores la urbanización acelerada y el ritmo de vida rápido, que hace que las personas consuman más comidas preparadas fuera de casa, que pueden no ser manipuladas o preparadas adecuadamente, el presente trabajo permitió evaluar el riesgo y la inocuidad de los alimentos expendidos por vendedores ambulantes de la ciudad de Cañar (Ecuador), basado en un estudio de análisis descriptivo longitudinal, al azar, con un muestreo aleatorio, donde se encontró entre los principales microorganismos presentes en las muestras analizadas los coliformes y salmonella.

Palabras clave:

Riesgos biológico; inocuidad de alimentos; enfermedad; microorganismos; análisis de alimentos.

Bustamante Espinoza, L. K., Rodríguez Pañora, P. E., y Yamasqui Padilla, J. I. (2024). Riesgos biológicos e inocuidad de los alimentos. En G. Barreno (Ed). *Avances científicos en patologías y estudios clínicos en salud*. (pp. 21-38). Religación Press; Atik Editorial <http://doi.org/10.46652/religacionpress.155.c122>



Introducción

Las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA) son un problema de salud pública y una causa importante de morbilidad, que ocasiona una carga económica significativa para las naciones, perjuicios para los consumidores y un impacto al comercio internacional de productos alimenticios (Palomino, 2018).

Más de 250 enfermedades se transmiten a través de los alimentos y su incidencia ha aumentado considerablemente durante las últimas décadas por la globalización del mercado de alimentos y los cambios en los hábitos alimenticios (Maza, 2022).

Los principales agentes involucrados son *Escherichia Coli*, *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, *Listeria Monocytogenes*, *Norovirus*, virus Hepatitis A, *Astrovirus*, *Rotavirus*, y *Virus Cocksackie*. Toxinas producidas por hongos o por microflora marina y los contaminantes orgánicos persistentes pueden también causar serios problemas de salud (Cala, 2022).

Este problema de salud pública cada vez mayor produce un impacto socioeconómico considerable, debido a la presión ejercida sobre los sistemas de atención de salud, la pérdida de productividad y el deterioro del turismo y el comercio. Esas enfermedades contribuyen considerablemente a la carga mundial de morbilidad y mortalidad (Maza, 2022).

La seguridad y la inocuidad de los alimentos son temas de vital importancia en el ámbito de la salud pública. Los riesgos biológicos presentes en los alimentos representan una preocupación constante, ya que pueden tener un impacto significativo en la salud de los consumidores. Estos riesgos biológicos se refieren a la presencia de microorganismos patógenos, como bacterias, virus, parásitos y hongos, que pueden contaminar los alimentos y causar enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) (OPS/OMS, 2023).

La inocuidad alimentaria se define como la garantía de que los alimentos no causarán daño al consumidor cuando se preparen y consuman de acuerdo con el uso a que se destinan, considerada como uno de los mayores desafíos para el mundo en los esfuerzos destinados a mejorar la calidad de vida es la seguridad alimentaria, considerada un elemento central para la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales (Espinoza, 2018).

La presencia de microorganismos patógenos en los alimentos puede ocurrir durante la producción, procesamiento, almacenamiento y manipulación, lo que subraya la importancia de implementar medidas adecuadas de control y prevención.

Según Smith et al. (2020), la incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos ha aumentado en los últimos años, lo que destaca la necesidad de abordar de manera

efectiva los riesgos biológicos en la cadena alimentaria (OPS/OMS, 2020). Además, los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos pueden tener consecuencias graves para la salud pública y generar impactos negativos en la industria alimentaria y la economía.

La gestión de la inocuidad de los alimentos implica la implementación de sistemas de control y monitoreo en todas las etapas de la cadena alimentaria, desde la producción primaria hasta el consumo final. Las buenas prácticas agrícolas, la higiene en la manipulación de alimentos, la implementación de programas de análisis de peligros y puntos críticos de control (HACCP, por sus siglas en inglés) y la capacitación de los trabajadores son fundamentales para minimizar los riesgos biológicos en los alimentos.

En conclusión, el riesgo biológico en los alimentos es una preocupación creciente debido a su potencial impacto en la salud pública. La inocuidad alimentaria requiere la implementación de medidas efectivas de control y prevención en todas las etapas de la cadena alimentaria. La colaboración entre los gobiernos, la industria alimentaria y los consumidores es crucial para garantizar la seguridad de los alimentos y prevenir enfermedades transmitidas por alimentos.

Por los antecedentes anteriormente expuesto se planteó como objetivo general: Evaluar el riesgo y la inocuidad de los alimentos expendidos por vendedores ambulantes en la ciudad de Cañar desde diciembre de 2021 hasta octubre de 2023, con el fin de garantizar la seguridad alimentaria de la población y proponer medidas para mejorar las prácticas de manipulación y venta de alimentos en este sector.

Metodología

Las muestras de alimentos se recolectaron bajo las condiciones y directrices de la Norma Técnica Ecuatoriana NTE INEN 1 529-2:99, Control Microbiológico de los alimentos toma, envío y preparación de muestras para el análisis microbiológico, los siguientes alimentos: chochos, salchipapas (papas fritas), jugo de coco, fritada, granizado, hotdog (pero caliente), chaulafán, helados, espumillas, empanadas fritas, jugo de naranja, jugo de fresa, mango, encebollado, ensalada de frutas, helado de cono, algodón de azúcar, huevos de codorniz, gelatina, michelada sin alcohol, pizza, espumilla, siendo estos de mayor consumo por la población ya que se expende en los exteriores de las distintas unidades educativas y donde existe mayor afluencia de personas de la ciudad de Cañar.

En el estudio se realizó con un análisis descriptivo longitudinal, al azar, con un muestreo aleatorio, los alimentos fueron analizados en el laboratorio 103 de Microbiología de alimentos de la facultad de Bioquímica y Farmacia de la Universidad Católica de Cuenca, bajo la normativa Norma Técnica Ecuatoriana NTE INEN 1 529-2:99.

Para su análisis estadístico se aplicó el statistix 7.0: análisis de varianza 1 vía, Wilcoxon.rank summary test, T pariada y diferencias mínimas de Tukey.

Resultados

Resultado del análisis de los alimentos

El chocho es una legumbre cultivada en las regiones andinas, también es conocido como la soya andina debido a su alto contenido en proteínas y grasas.

Tabla 1. Chochos.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	100	0	300
1/100	130	4	59
1/1000	58	7	17

Fuente: Elaborado por los autores.

Salchipapa

La salchipapa es una comida rápida que consiste en rodajas fritas de salchicha y papas fritas, popular en Hispanoamérica.

Tabla 2. Salchipapa.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	54	0	7
1/100	36	0	1
1/1000	8	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Jugo de coco

El coco es una fruta (drupa) obtenida principalmente de la especie tropical cocotero (Cocos nucifera).

Tabla 3. Jugo de coco.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	24	0	0
1/100	8	0	0
1/1000	0	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Fritada

La fritura, tipo de cocción en la cual el alimento (carne de cerdo) se somete a una inmersión en grasa o aceite a temperaturas de entre 150 y 180 °C

Tabla 4. Fritada.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	0	0	0
1/100	0	0	0
1/1000	0	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Granizado

El granizado o raspado es un refresco o refrigerio compuesto de hielo troceado o rallado con sirope o jarabe de sabores variados (limón, fresa, café, etc.)

Tabla 5. Granizado.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	0	0	0
1/100	0	0	0
1/1000	0	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Chaulafán

El chaulafán es un plato tradicional de la cocina ecuatoriana que tiene su origen en la cocina china, tiene como base el arroz frito, cocido mezclado con huevos revueltos, aceite, algunas verduras y carne.

Tabla 6. Chaulafán.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	0	0	0
1/100	0	0	0
1/1000	0	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Hotdog (perro caliente)

El hot dog, (del inglés, ‘perro caliente’) también llamado perro caliente, perrito caliente o jocho entre otros nombres, es un alimento en forma de bocadillo que se genera con la combinación de una salchicha del tipo Frankfurt (frankfurter) o vienesa (wiener) hervida o frita, servida en un pan con forma alargada que suele acompañarse con algún aderezo, como salsa de tomate, mostaza, cebolla..

Tabla 7. Hotdog (perro caliente).

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	130	0	62
1/100	82	0	11
1/1000	41	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Helado

En su forma más simple, el helado o crema helada es un alimento congelado que por lo general se hace de productos lácteos tales como leche o crema.

Tabla 8. Helado.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	42	0	3
1/100	27	0	0
1/1000	0	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Espumilla (con protección)

Postre que es frecuentemente realizado de forma artesanal, está elaborado con claras de huevo, azúcar y pulpa de fruta. Una de las frutas más utilizadas para preparar espumillas es la guayaba, sin embargo, también se puede preparar con otras frutas como: banano, fresas, moras, naranjilla, maracuyá y más.

Tabla 9. Espumilla (con protección).

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	17	0	0
1/100	6	0	0
1/1000	0	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Empanada

Pasta o masa en forma de medialuna rellena de ingredientes dulces o salados que se fríe en abundante aceite o se cuece al horno.

Tabla 10. Empanada.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	10	0	0
1/100	0	0	0
1/1000	0	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Jugo de naranja

La naranja es una fruta cítrica obtenida del naranjo dulce (*Citrus × sinensis*), del naranjo amargo (*Citrus × aurantium*) y de naranjos de otras variedades o híbridos, de origen asiático.¹ Es un hesperidio carnosos de cáscara más o menos gruesa y endurecida y su pulpa está formada típicamente por once gajos u hollejos llenos de jugo, el cual contiene mucha vitamina C, flavonoides y aceites esenciales.

Tabla 11. Jugo de naranja.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	0	0	0
1/100	0	0	0
1/1000	0	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Jugo de fresa

La fresa o frutilla (*Fragaria*) es un género de plantas rastreras estoloníferas de la familia Rosaceae. agrupa unos 400 taxones descritos, de los cuales solo unos 20 están aceptados. Son cultivadas por su fruto comestible (eterio) llamado de la misma manera: fresa o en algunos países hispanoamericanos, frutilla.

Tabla 12. Jugo de fresa.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	0	0	0
1/100	0	0	0
1/1000	0	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Mango

El mango de la especie *Mangifera indica* es una fruta jugosa (más específicamente una drupa) y tiene numerosas variedades con formas, colores, texturas y sabores muy variables.

Tabla 13. Mango.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	0	0	0
1/100	0	0	0
1/1000	0	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Encebollado de pescado

El encebollado cuyo significado genérico es comida aderezada con mucha cebolla y sazónada con especias, es un caldo de pescado que contiene albacora, yuca, tomate, cebolla colorada, cilantro, ají en polvo, comino y otras especias.

Tabla 14. Encebollado de pescado.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	12	0	0
1/100	136	0	0
1/1000	20	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Ensalada de frutas

Es una mezcla de variadas frutas cortadas en trozos pequeños, aderezada con azúcar (o edulcorante), licor o zumo de frutas, muy típica en algunos países donde se toma como postre. También es llamada macedonia de frutas

Tabla 15. Ensalada de frutas.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	69	0	7
1/100	50	0	2
1/1000	3	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Helado de cono

Es un alimento congelado que por lo general se hace de productos lácteos tales como leche o crema en un cono de galleta

Tabla 16. Helado de cono.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	62	0	500
1/100	34	0	301
1/1000	0	0	29

Fuente: Elaborado por los autores.

Algodón de azúcar

El algodón de azúcar (también llamado nube o nube de algodón) es una golosina muy popular en todo el mundo, formada por hilos de azúcar derretido enredados alrededor de un palo, cono o sin ninguno

Tabla 17. Algodón de azúcar.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	15	0	0
1/100	140	0	0
1/1000	30	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Huevo de codorniz

La codorniz común (*Coturnix coturnix*) es una especie de ave galliforme de la familia Phasianidae ampliamente distribuida por Eurafrasia.

Tabla 18. Huevo de codorniz.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	20	0	0
1/100	130	0	0
1/1000	81	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Gelatina

Es un coloide gel, es decir, una mezcla semisólida a temperatura ambiente, incolora, translúcida, quebradiza e insípida y se combina con varios sabores. Se trata de una proteína compleja, un polímero compuesto de aminoácidos.

Tabla 19. Gelatina.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	6	0	0
1/100	0	0	0
1/1000	0	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Michelada (sin alcohol)

Es una bebida que se prepara mezclando jugo de una fruta específica, jugo de limón, picante (chile en polvo o en copos) y sal, y agregando salsas sazonadoras.

Tabla 20. Michelada (sin alcohol).

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	0	0	0
1/100	0	0	0
1/1000	0	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Pizza

La pizza es una deliciosa receta que implica un pan plano, típicamente redondo, hecho con harina de trigo, levadura, agua y sal (a veces aceite de oliva). Generalmente se cubre con salsa de tomate y mozzarella, y se hornea a alta temperatura en un horno de leña.

Tabla 21. Pizza.

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	29	0	3
1/100	2	0	3
1/1000	0	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Espumilla (sin proteccion, al aire libre)

Tabla 22. Espumilla (sin proteccion, al aire libre).

DILUCIÓN	COLIFORMES	E. COLI	SALMONELLA
1/10	31	0	5
1/100	7	0	0
1/1000	0	0	0

Fuente: Elaborado por los autores.

Discusión

Con base en los resultados obtenidos, se identificó que de un total de 21 muestras de alimentos 2 de ellos presentan mayor contaminación son los que se sirven fríos tales como: chochos y los helados de cono, puesto que, luego de analizar las muestras se conoció el predominio de patógenos como coliformes y salmonella, sin embargo, al analizar la presencia de E. Coli no se encontró en ningún alimento, de acuerdo con la descripción de la escala del semáforo de la inocuidad alimentaria dando como resultado que en este estudio presente un riesgo medio de contaminación.

Todo esto se le atribuye al incorrecto manejo en cuanto a la conservación de los alimentos por lo que se recomienda seguir la normativa mundial de manejo de alimentos de la OPS, con el fin de reducir los riesgos biológicos e inocuidad de los alimentos, debido a que, puede causar enfermedades infecciosas o intoxicaciones por una gran cantidad de patógenos en los alimentos.

Según un estudio realizado por Curay (2019), el mercado de valle de Quito manifiesta que los alimentos más contaminados son los alimentos fríos con una prevalencia del 50% causando gran riesgo de contaminación biológica dado por la falta de técnica en la inocuidad de los alimentos. Por otro lado, en este estudio del 2019 los patógenos más comunes fueron E.coli, coliformes, aerobios y E. aureus.

De igual forma, en un estudio realizado por Ramos (2023), en un mercado de San Martín de Porres da a conocer que el patógeno que se presenta con mayor frecuencia en los alimentos es el coliforme seguida de la salmonella en una menor incidencia.

Cabe recalcar que, el riesgo de inocuidad alimentaria se le otorga al estado de los alimentos, es decir, si están cocidos, fríos o congelados. Es así como Palomino (2018), manifiesta que en primer lugar esta los alimentos semi-cocidos, en segundo lugar, los alimentos fríos y finalmente los alimentos cocidos. Por otro lado, Curay (2019), afirma que lo alimentos con más riesgo biológico son los líquidos y congelados.

Asimismo, Chuquirima (2021), manifiesta que existe una prevalencia de enterobacterias en los jugos y se debe a la mala manipulación de la fruta y la falta de sanitización de los utensilios, sin embargo, en el presente estudio en las muestras de los jugos no se encontró ninguna muestra de patógenos.

Conclusión

A lo largo de este estudio se logró evaluar el riesgo y la inocuidad de los alimentos expedidos por los vendedores ambulantes en la ciudad de Cañar desde diciembre de 2021 hasta octubre de 2023, siendo los que se sirven fríos debido a la presencia de una mayor contaminación; se llegó a la conclusión de que los patógenos más comunes son: los coliformes y la salmonella porque se encontraron en gran prevalencia en los alimentos en estudio. Todo esto se debe a la falta de higiene, por un incorrecto proceso de almacenamiento, por la falta de sanitización de los utensilios y sobre todo por la falta de uso de guantes, mascarilla y cofia de los que preparan los alimentos.

La principal limitación de este estudio fue el tamaño de la muestra puesto que fue reducida, sin embargo, se logró identificar el riesgo y la inocuidad de los alimentos. En cambio, la fortaleza fue la colaboración de los vendedores ambulantes de la ciudad de Cañar, ya que nos permitieron tomar las muestras de sus productos. Vale recalcar que, el diseño de la investigación empleado en este trabajo fue un análisis descriptivo longitudinal con un muestreo aleatorio.

Finalmente, se recomienda controlar los factores de riesgo biológico y sobre todo cumplir las normas establecidas por la OPS con el fin de evitar enfermedades por ETA, además, se puede implementar cursos, charlas o capacitaciones a los vendedores ambulantes para el correcto manejo de los alimentos.

Referencias

- Argote, J. I. (2020). Seguridad y salud en el trabajo en la industria alimentaria: principales riesgos laborales y su prevención. *Interempresas*. <https://acortar.link/tf2Ch>
- Beyer Arteaga, A., Joyo Coronado, G., Rodríguez Quispe, P., Collantes González, R. D., Paz Zagaceta, F. (2019). Inocuidad de los alimentos y riesgo para la salud: el problema del manejo y uso de agroquímicos por pequeños agricultores de la costa central en Perú. *Revista Killkana Técnica*, 3(2), 23-30. https://doi.org/10.26871/killkana_tecnica.v3i2.572
- Cala Delgado, D. L., Guzmán-Sánchez, T. J., Díaz-Gélvez, C. A., Ferro-Villamizaro, S. A., Bernal-Pérez, M. A. (2022). Salmonella sp., Campylobacter sp., Escherichia coli. en el sector avícola, bacterias que colocan en riesgo la seguridad alimentaria. *Spei Domus*, 18(2), 1-34. <https://doi.org/10.16925/2382-4247.2022.02.05>
- Campos Villalta, Y. Y., Curay Carrera, C. O. (2019). *Identificación y propuesta de control sobre riesgos biológicos en alimentos preparados en un mercado del Valle de Quito* [Tesis de maestría, Universidad Internacional SEK]. Repositorio Institucional UISEK. <https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3550>
- Chuquirima Salinas, V. E. (2021). *Detección de escherichia coli, coliformes totales y su susceptibilidad antibiótica en alimentos expendidos en restaurantes y puestos de venta libre alrededor de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Central del Ecuador durante los meses de diciembre - febrero 2019-2020* [Trabajo de titulación, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional UCE. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/23814>
- Cortés Muñoz, M. S., Gallego Beltrán, J. F. (2020). *Inocuidad de los alimentos. Conceptos técnicos*. CGIAR CGSpace.
- Cruz-Carbonell, M. E., Zambrano-Cedeño, J. M., Guerra-Vázquez, L., & Agramonte-Corralles, A. (2022). Acciones de mejora de la inocuidad de los alimentos en el “Gran Hotel” de Camagüey. *Revista Científica Arbitrada de Investigación en Comunicación, Marketing y Empresa REICOMUNICAR*, 5(9), 203-220. <https://doi.org/10.46296/rc.v5i9.0044>
- Cuevas Lantigua, G. (2020). Importancia de la inocuidad de los alimentos en la prevención de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos. *Diario Salud Estudiantil*. <https://acortar.link/olSB31>
- Espinosa Nieto, L., Matos Mosqueda, L., & Crespo Zafra, L. (2018). La gestión de inocuidad alimentaria en la formación del profesional de las ciencias alimentarias (Original). *Roca. Revista científico - Educativa De La Provincia Granma*, 14(4), 111-122. <https://revistas.udg.co.cu/index.php/roca/article/view/542>
- Figueredo Borda, N., Ramírez-Pereira, M., Nurczyk, S., & Diaz-Videla, V. (2019). Modelos y Teorías de Enfermería: Sustento Para los Cuidados Paliativos. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(2), 22-33. <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>

- Garavito Santos, Z. N. (2012). Los accidentes biológicos y caracterización del riesgo en estudiantes de enfermería. *Med UNAB*, 15(1), 32-37. <https://acortar.link/aGUOH1>
- Huaman Cabrejo, R. L. (2019). *Identificación de los factores que limitan la aplicación de la Ley de Inocuidad de los Alimentos en el Mercado Modelo de Piura* [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional UCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/15067>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2014). *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos*. <https://acortar.link/imQSH4>
- Martil Marcos, D. M., Calderón García, S., Carmona Sánchez, A., y Brito Brito, P. R. (2019). Efectividad de una intervención enfermera comunitaria en el ámbito escolar para la mejora de hábitos alimentarios, de actividad física y de sueño-descanso. *Ene Revista de Enfermedad*, 13(2).
- Maza Avila, F. J., Caneda-Bermejo, M. C., & Vivas-Castillo, A. C. (2022). Hábitos alimenticios y sus efectos en la salud de los estudiantes universitarios. Una revisión sistemática de la literatura: Dietary habits and health effects among university students. A systematic review. *Psicogente*, 25(47), 1–31. <https://doi.org/10.17081/psico.25.47.4861>
- Mercedes, S. G. (2021). *Nivel de conocimiento sobre bioseguridad y prácticas frente al riesgo biológico en los licenciados de enfermería de un hospital nacional de Lima– 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Norbert Wiener]. Repositorio Institucional UPNW. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/5211>
- Mendoza Aquino, W. J. (2021). *Nivel de conocimiento y actitudes sobre medidas de bioseguridad con agentes biológicos en internos de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2021* [Tesis, Universidad Nacional de San Cristóbal Huamanga]. Repositorio Institucional UNSCH. <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/4614>
- Menéndez Mendoza, K. M. (2018). *Condiciones higiénicas sanitarias del expendio de alimentos preparados en el mercado municipal de Esmeraldas* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional PUCE. <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/1602>
- Ministerio de Salud Pública República de Cuba. (2022). *Alimentos inocuos, una mejor salud*. <https://acortar.link/2JmPDi>
- OPS/OMS. (2019). *La inocuidad de los alimentos es responsabilidad de todos*. <https://acortar.link/0Qk64q>
- OPS/OMS. (2020). *Inocuidad de los alimentos*. <https://acortar.link/TLR54n>
- OPS/OMS. (2023). *Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)*. <https://acortar.link/93uRVt>

- Palacios Rodríguez, B. M. (2019). *Estado de inocuidad de los alimentos preparados sin tratamiento térmico y su influencia en la salud del consumidor* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión]. Repositorio Institucional UNJFSC. <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/2648>
- Palomino-Camargo, C., González-Muñoz, Y., Pérez-Sira, E., & Hugo Aguilar, V. (2018). Metodología Delphi en la gestión de la inocuidad alimentaria y prevención de enfermedades transmitidas por alimentos. *Revista Peruana de Medicina Experimental Salud Pública*, 35(3), 483–90. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.353.3086>
- Pelet Lafita, E. M., Mata Sierra, C., Aznárez Lahuerta, M., Labarta Pueyo, A., García Lanzón, C., y Martín Bernad, D. (2023). La higiene alimentaria: enfoque desde atención primaria. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(1). <https://acortar.link/8ObWpF>
- Pinto Delgado, J. P. (2020). *Determinación de conocimientos, actitudes y prácticas sobre higiene y manipulación de alimentos de los trabajadores de comedores universitarios de la ciudad de Quito* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional PUCE. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/18252>
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2020). *Día Mundial de la Inocuidad alimentaria*. <https://acortar.link/eO4fVA>
- Rodríguez Quinchía, C. C., y Quevedo Ospina, C. (2019). La importancia del modelamiento en la evaluación de riesgos microbiológicos para la inocuidad alimentaria: contexto y potencial para Colombia. *Revista de investigación e innovación en ciencias de la salud*, 1(2), 1-3. <https://doi.org/10.7440/res64.2018.03>
- Taborda Carmona, E. (2021). Calidad y seguridad alimentaria en hospitales. *Revista Ocronos*, IV(11), 178.
- Vélez-Mejía, M., Caro-Roldán, M. Á., Martínez-Uribe, G., y Orozco-Soto, D.M. (2020). Condiciones de alimentación de trabajadores de un servicio de alimentación comercial. Medellín-Colombia. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 66(258), 3-12. <https://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2020000100002>

Biological risks and food safety **Riscos biológicos e segurança alimentar**

Luisa Katerine Bustamante Espinoza

<https://orcid.org/0000-0002-4096-0503>

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

lkbustamantee@ucacue.edu.ec

Licenciada en enfermería. Diploma superior en desarrollo local y salud. Especialista en docencia universitaria. Magister en gerencia en salud para el desarrollo local. Especialista en gerencia y planificación estratégica en salud. Magister en enfermería quirúrgica.

Patricia Elizabeth Rodríguez Pañora

<https://orcid.org/0000-0002-2569-2299>

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

perodriguezp@ucacue.edu.ec

Licenciada en Enfermería. Magister en Gestión en Salud. Egresada de la maestría de Salud Pública.

José Isidro Yamasqui Padilla

<https://orcid.org/0000-0002-7372-8831>

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

jiyamasquip@ucacue.edu.ec

Doctor en medicina y cirugía. Máster en medicina forense. Docente de la Universidad Católica De Cuenca. Médico tratante de la agencia nacional de tránsito.

Abstract

Foodborne diseases are, worldwide, one of the most widespread problems with the greatest impact on people's health, generally affecting the low-income population, children, pregnant women and the elderly, according to the PAHO salmonellosis, gastrointestinal diseases and infection by *Escherichia coli*, coliforms among others, sicken more than 582 million people worldwide and kill more than 350 thousand every year. These diseases are due to the ingestion of unhealthy food such as undercooked animal meat, fruits and vegetables contaminated with feces or pesticides, and raw marine shellfish, mentioning accelerated urbanization and the fast pace of life as one of the main factors, which makes people consume more meals prepared outside the home, which may not be handled or prepared properly, the present work allowed us to evaluate the risk and safety of food sold by street vendors in the city of Cañar, based on a longitudinal descriptive analysis study, randomly, with random sampling, where coliforms and salmonella were found among the main microorganisms present in the samples analyzed

Keywords: Biological risks; food safety; disease; microorganisms; Food analysis.

Resumo

As doenças transmitidas por alimentos constituem, em todo o mundo, um dos problemas mais difundidos e com maior impacto na saúde das pessoas, afetando, em geral, a população de baixa renda, crianças, gestantes e idosos. De acordo com a OPAS, a salmonelose, as doenças gastrointestinais e a infecção por *Escherichia coli* e

coliformes, entre outras, adoecem mais de 582 milhões de pessoas em todo o mundo e matam mais de 350.000 a cada ano. Essas doenças são devidas à ingestão de alimentos não saudáveis, como carne animal mal cozida, frutas e vegetais contaminados com fezes ou pesticidas e frutos do mar crus, mencionando como um dos principais fatores a urbanização acelerada e o ritmo de vida acelerado, que faz com que as pessoas consumam mais refeições preparadas fora de casa, que podem não ser adequadamente manipuladas ou preparadas. O presente trabalho nos permitiu avaliar o risco e a segurança dos alimentos vendidos por vendedores ambulantes na cidade de Cañar, com base em um estudo de análise descritiva longitudinal, ao acaso, com amostragem aleatória, em que coliformes e salmonelas foram encontrados entre os principais microrganismos presentes nas amostras analisadas.

Palavras-chave: Riscos biológicos; segurança alimentar; doenças; microrganismos; análise de alimentos.

2

Pthirus pubis: una actualización

Gilberto Jaramillo-Rangel, Yareth Gopar-Cuevas, María-de-Lourdes Chávez-Briones, Adriana Ancer-Arellano, Ivett Miranda-Maldonado, Monserrat González-Domínguez, Karol García-Aguilar, Jesús Ancer-Rodríguez, y Marta Ortega-Martínez

Resumen

El presente capítulo aborda una actualización sobre *Pthirus pubis*, que es un ectoparásito humano y es el agente causal de la *pediculosis pubis* y la phthiriasis palpebral. A lo largo del capítulo se mencionan los antecedentes más importantes. Se describen de manera detallada la morfología, el ciclo biológico y los factores de patogenicidad e inmunidad de este agente causal. También se mencionan los mecanismos de transmisión y los datos epidemiológicos actuales disponibles. Por último, pero no menos importante, se describen las manifestaciones clínicas y el diagnóstico de las alteraciones en la salud causadas por este parásito. Además, proporcionamos una guía de tratamiento farmacológico elaborada con el consenso de varias organizaciones e investigadores, así como las formas para llevar a cabo la prevención del contagio de *Pthirus pubis*.

Palabras clave:

Pediculosis pubis; Piojo del pubis; Ladilla; Ectoparasitosis; Parásito humano.

Jaramillo-Rangel, G., Gopar-Cuevas, Y., Chávez-Briones, M., Ancer-Arellano, A., Miranda-Maldonado, I., González-Domínguez, M., García-Aguilar, K., Ancer-Rodríguez, J., y Ortega-Martínez, M. (2024). *Pthirus pubis*: una actualización. En G. Barreno (Ed). *Avances científicos en patologías y estudios clínicos en salud*. (pp. 40-53). Religación Press; Atik Editorial <http://doi.org/10.46652/religacionpress.155.c123>



Antecedentes

La *pediculosis pubis* es una ectoparasitosis humana cuyo agente causal es *Pthirus pubis* (piojo del pubis o ladilla). Este piojo pertenece al phylum Arthropoda, clase Insecta, orden Psocodea, familia Pthiridae y al género *Pthirus*. Fue descrito por primera vez y nombrado *Pediculus pubis* por Linnaeus en 1758. En 1815, Leach estableció el género *Phthirus* e incluyó en él solo una especie, *Pediculus pubis* (Linnaeus). Dos años más tarde, Leach se refirió a esta especie como *Phthirus pubis* (Linnaeus). No está claro cómo (tal vez por un error tipográfico), pero se eliminó la primera “h” de la palabra griega *Phthirus*. Desde ese momento, el nombre genérico se escribió de las dos formas. Sin embargo, el mismo se fijó en 1958 como *Pthirus*. Así, el nombre binomial del piojo púbico es *Pthirus pubis* (Linnaeus, 1758). Otros nombres que ha recibido esta especie en el pasado son: *Pthirus inguinalis*, *Pediculus ferus*, y *Pthirus chavesi* (Galiczynski Jr y Elston, 2008; Veraldi et al., 2020).

Existe poca información histórica acerca de *P. pubis*. Se ha reportado evidencia de su presencia entre el siglo I y el siglo XVIII en Europa. Estos especímenes europeos fueron adultos que se encontraron en sedimentos, preservados por mineralización parcial (Kenward, 2001). En América, se encontraron huevos de esta especie adheridos al vello púbico de una momia chilena de 2000 años de antigüedad, y adultos en la ropa de una momia peruana fechada hace 1000 años (Rick et al., 2002). Se han reportado brotes que se presentaron en años más recientes, aunque los informes no han sido muy numerosos (Mimouni et al., 2001).

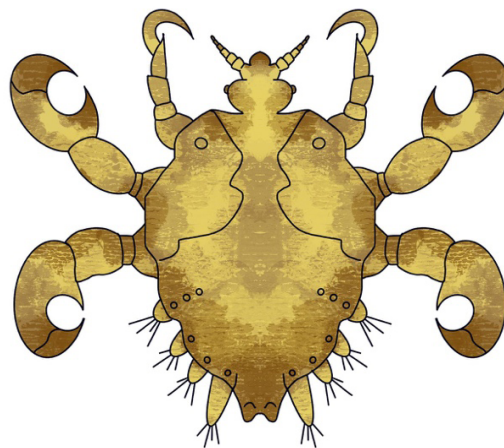
Morfología

El piojo púbico adulto tiene un tamaño de entre 1.5 y 2 mm de longitud, con un cuerpo robusto y discoide, sin alas, y color marrón translúcido. El cuerpo se divide en cabeza, tórax y abdomen. La cabeza es claramente más pequeña que el cuerpo, con ojos simples y antenas largas. La parte anterior tiene piezas bucales pequeñas, que se utilizan para sondear la piel y extraer sangre de los vasos dérmicos. La sangre ingerida fluye a través del tracto digestivo, identificado como estructuras de color marrón rojizo en ambos lados y en el medio del cuerpo. Las aberturas externas del sistema respiratorio, llamadas espiráculos, se ven como varios puntos marrones en la periferia del cuerpo. El aire entra a través de ellos y es entregado a los órganos por tubos de aire, representados como una red de líneas marrones longitudinales y transversales (Jimenez-Cauhe et al., 2020).

Tiene tres pares de patas separadas, unidas a su abdomen anterior. Las patas anteriores son delgadas, con una superficie dentada y con garras finas. Esto permite una excelente

tracción y movilidad incluso en pieles sin pelo. Las patas medias y posteriores son más gruesas y terminan en poderosas garras para un mejor agarre de los tallos del pelo; estas características los hacen menos móviles que otras especies de piojos, pero les permiten infestar regiones donde los pelos son gruesos. Las garras son muy parecidas a las pinzas de un cangrejo; debido a esta característica y a su cuerpo corto y ancho se le dio su apodo en inglés (crab louse). Cuatro pares de tubérculos sobresalen a cada lado del abdomen (Burns y Sims, 1988) (Fig. 1).

Figura 1. Morfología de *Pthirus pubis*.



Fuente: Elaboración propia.

Las ninfas son esencialmente una versión más pequeña de los adultos, lo que las hace muy difíciles de encontrar.

Los huevos o liendres son de forma ovalada o parecida a una pera, de 0.5 a 1 x 0.3 mm de largo. Cuando son vitales, aparecen grisáceos y mate, firmemente adheridos a la base de los pelos, cerca de la piel, donde encuentran la temperatura adecuada para incubar. En su polo superior hay un opérculo, que es cónico y está cubierto por nódulos perforados que permiten la respiración. El color es blanquecino y sus extremos aplanados cuando están vacíos (Anane et al., 2013).

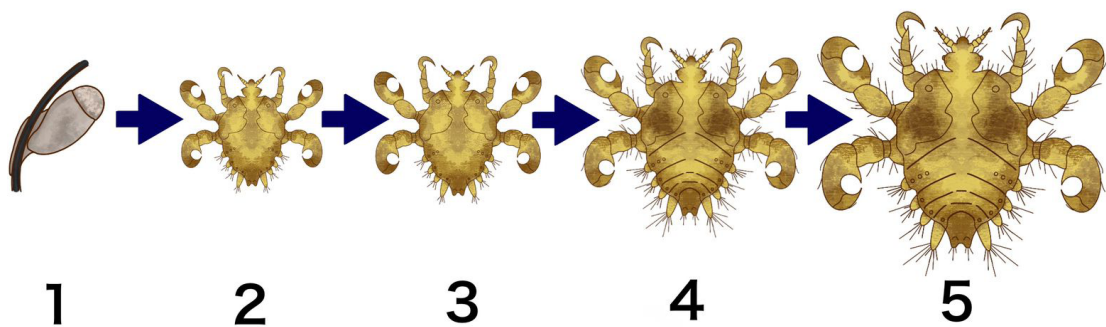
Ciclo biológico

P. pubis es un parásito específico de los seres humanos. Infesta predominantemente los pelos del pubis, las ingles, las nalgas y la región perianal. Aunque su movimiento lento (10 cm/día) limita su propagación, en ocasiones puede colonizar otros sitios con pelo como el abdomen, los muslos, el pecho, la zona axilar, la barba, las cejas, las pestañas y

el margen del cuero cabelludo. Se alimenta de sangre hasta cinco veces al día y los piojos jóvenes necesitan una ingestión de sangre poco después de la eclosión. Muere dentro de 1 a 3 días sin un hospedero (Badri y Hafsi, 2020).

El ciclo de vida del piojo púbico consta de 3 etapas: liendre (huevo), ninfa (piojo inmaduro) y piojo adulto. Cada hembra adulta puede depositar de 15 a 50 huevos durante su vida, los cuales se sujetan firmemente a la base de un pelo y tardan entre 6 y 10 días en eclosionar. Las ninfas pasan por 3 estadios antes de convertirse en adultas. El primer estadio dura de 5 a 6 días, el segundo de 9 a 10 días, y el tercero de 13 a 17 días. Los adultos maduros viven entre 15 y 25 días (Galiczynski Jr y Elston, 2008; Weems y Fasulo, 2020) (Fig. 2).

Figura 2. Ciclo biológico de *Pthirus pubis*.



Nota: Se muestran las diferentes etapas de vida del piojo púbico. (1) Liendre (huevo), (2) Primera ninfa, (3) Segunda ninfa, (4) Tercera ninfa y (5) Adulto.

Fuente: elaboración propia.

Epidemiología y mecanismo de transmisión

La infestación por el piojo púbico puede presentarse en cualquier parte del mundo y ocurre en todas las razas, grupos étnicos y niveles de la sociedad. Sin embargo, es más común en personas de bajo nivel socioeconómico y con frecuencia se asocia con hacinamiento e higiene personal deficiente. Se ha señalado que el segmento de la población con mayor incidencia de piojos públicos es similar al de alta incidencia de gonorrea y sífilis: personas solteras de entre 15 y 25 años (Pierzchalski et al., 2002; Kiran et al., 2012).

Se han llevado a cabo pocos estudios epidemiológicos acerca de *P. pubis* y se desconoce su incidencia exacta, pero se estima que la misma oscila entre el 2% y más del 10% a nivel

mundial. Sin embargo, debido a los casos no declarados que son tratados por médicos de primera línea o tratados por el mismo paciente sin consultar a un médico, y al hecho de que en la mayoría de los países la notificación de casos no es obligatoria, esta incidencia probablemente esté subestimada. Por otra parte, algunos estudios señalan que el número de infestaciones con piojos púbicos podría estar en declive en los últimos años, asociado este hecho a una creciente incidencia de la eliminación del vello púbico en la población (Dholakia et al., 2014; Badri y Hafsi, 2020).

Los piojos púbicos generalmente se transmiten a través del contacto sexual, pero ocasionalmente se pueden transmitir por contacto personal cercano. La infestación por *P. pubis* se considera una enfermedad de transmisión sexual (ETS) y hasta un 30% de las personas infestadas tienen otra ETS. La existencia de una transmisión indirecta, a través de, por ejemplo, ropa o toallas contaminadas con liendres o especímenes adultos, es un tema de debate. Sería extremadamente raro la transmisión al sentarse en un inodoro, porque los piojos púbicos no pueden vivir mucho tiempo lejos de un cuerpo humano y no tienen pies diseñados para sostenerse o caminar sobre superficies lisas. Los animales no contraen ni transmiten piojos púbicos (Varela et al., 2003; Bignell, 2005).

La región extra púbica más frecuentemente infestada por *P. pubis* son las pestañas, causando phthiriasis palpebral. Esta condición puede presentarse en todas las edades, pero es la principal forma de infestación en niños, los cuales carecen del tipo de vello preferido por *P. pubis* en otras partes del cuerpo. En el adulto, el modo de transferencia a las pestañas puede ser a mano después del contacto con la región púbica. Los bebés y niños generalmente se infestan por el paso directo de los piojos del pelo axilar o del pecho de los padres u otro contacto infestado. Sin embargo, la phthiriasis palpebral pediátrica puede representar abuso infantil y es necesario discernir cuidadosamente los orígenes de esta infestación. Un historial completo puede proporcionar información para evaluar si se necesitan más acciones y, en caso de duda, se debe contactar a los servicios sociales para garantizar la seguridad del niño (Ikeda et al., 2003; Ryan, 2014).

Factores de patogenicidad e inmunidad

Para alimentarse, el piojo púbico agarra un pelo con su segunda o tercera pata, inserta algunas partes de la boca en la piel y extrae sangre de forma intermitente durante varias horas. El prurito intenso causado por la saliva del piojo (reacción inmunológica) provoca rascado, inflamación, eccema e infecciones bacterianas secundarias de la piel y los tejidos blandos. Algunas veces, en las zonas mordidas por los piojos, son visibles pequeñas manchas azul grisáceas (maculae ceruleae) de cuadro histológico inespecífico, las cuales se deben al depósito profundo de hemosiderina dérmica secundario a pequeñas

hemorragias provocadas por las picaduras del insecto. En algunos pacientes también se ha descrito la presencia de eritema anular centrífugo, cuyo análisis histopatológico revela acantosis, papilomatosis y edema subepidérmico, así como un infiltrado perivascular moderado compuesto por linfocitos en la dermis superior (Bessis et al., 2003; Kiran et al., 2012). Cuando infestan las pestañas, la saliva de los piojos puede causar irritación que resulta en picazón severa en el borde del párpado. El rascado de las áreas que pican puede aumentar la inflamación. La conjuntiva también puede estar irritada, lo que lleva a una conjuntivitis moderada y, en ocasiones, a queratitis puntiforme superficial. Así, *P. pubis* puede ser causante de blefaritis o blefaroconjuntivitis (Pahuja et al., 2013).

Aunque generalmente se acepta que *P. pubis* no transmite directamente enfermedades (como, por ejemplo, *Pediculus humanus corporis* que puede transmitir tifus, fiebre recurrente y fiebre de las trincheras), existen reportes en la literatura que sugieren que puede transmitir bacterias patógenas o potencialmente patógenas, como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y *Acinetobacter johnsonii* (Ryan, 2014; Mana et al., 2017).

El hecho de que pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) muestren las mismas características clínicas y reaccionen igual al tratamiento durante la infestación por piojos púbicos que los pacientes no infectados con VIH, parece demostrar que el estado inmunológico de las personas no influye en el efecto de la infestación con *P. pubis* (Czelusta et al., 2000; Varela et al., 2003). Por otra parte, los individuos con resultados positivos para HLA-A11, HLA-B5 y HLA-B27 son más susceptibles a la infestación por *P. pubis* (Morsy et al., 1996).

Manifestaciones clínicas y diagnóstico

Los humanos difieren en su sensibilidad a la mordida de *P. pubis*. Por lo general, las personas no presentan ningún síntoma hasta que han tenido piojos púbicos durante aproximadamente 5 días. Algunas personas pueden tener una infestación asintomática prolongada y otras nunca presentan síntomas.

El síntoma predominante de la pediculosis es el prurito en el área cubierta por vello púbico. La comezón suele empeorar por la noche y el paciente puede detectar nodularidad (liendres) al rascarse. Debido al rascado de las picaduras, pueden presentarse máculas y pápulas eritematosas dolorosas con excoriaciones e infección secundaria, pero los hallazgos cutáneos suelen ser menos graves que los observados en pacientes con pediculosis capitis y pediculosis corporis. Cuando hay excoriaciones, el paciente también puede tener adenopatías inguinales asociadas. Como ya se mencionó, también puede presentarse manchas azul grisáceas (maculae ceruleae) y eritema anular centrífugo. Las manchas azul

grisáceas tienen de 0.2 a 3.0 cm de diámetro, con un contorno irregular, son indoloras, no desaparecen con la presión y están en los tejidos más profundos. Aparecen unas horas después de la picadura del piojo y duran varios días. El eritema anular centrífugo se presenta como lesiones anulares eritematosas con bordes elevados, escamosos, y de patrón aproximadamente simétrico. Las infestaciones intensas y prolongadas pueden tomar la forma de manchas oscuras y pigmentadas y piel seca (Bessis et al., 2003; Galiczynski Jr y Elston, 2008; Weems y Fasulo, 2020).

El prurito de los párpados es el síntoma principal de la phthiriasis palpebral. Se presenta con menos frecuencia una sensación arenosa, ardor y dolor. En ocasiones puede observarse eritema y/o edema palpebral, hiperemia blefaroconjuntival, costras hemáticas y máculas petequiales de la piel del párpado (secundarias a la alimentación de sangre por el parásito). La materia fecal se ve como pequeños gránulos de color marrón. La phthiriasis palpebral afecta generalmente a ambos ojos; la afectación unilateral es menos común. Los párpados superiores parecen ser los más afectados. Por lo general, la agudeza visual no se altera. Puede observarse linfadenopatía preauricular, especialmente en caso de infección bacteriana secundaria a excoriaciones palpebrales o mordidas de los parásitos. Si la infestación no se trata, puede complicarse con conjuntivitis folicular, blefaritis o blefaroconjuntivitis, y queratitis marginal (Zvandasara y Lam, 2010; Anane et al., 2013; Mishra et al., 2019; Badri y Hafsi, 2020).

El diagnóstico suele ser clínico y se corrobora encontrando piojos o liendres en el área infestada. Los piojos adultos a menudo son difíciles de ver a simple vista debido a su semitransparencia. La dermatoscopia *in vivo* es útil en estos casos. Sin embargo, se puede realizar una mejor caracterización del parásito recogiendo de la superficie de la piel con una cinta adhesiva transparente. Esta dermatoscopia *ex vivo* es un método simple y conveniente que permite un examen más higiénico y detallado, sin necesidad de otras técnicas (microscopía óptica, confocal o electrónica) o procedimientos (biopsia) más sofisticados. Las liendres y las heces de los piojos pueden adherirse a los pelos o la piel y son más fáciles de ver (Puri et al., 2009; Aksu et al., 2015; Jimenez-Cauhe et al., 2020). En el caso específico de la phthiriasis palpebral, la visualización de piojos y liendres puede apoyarse utilizando un oftalmoscopio o una lámpara de hendidura (Ikeda et al., 2003; Singh et al., 2016).

En cuanto al diagnóstico diferencial, las liendres en el vello púbico pueden confundirse con piedra blanca o tricomycosis púbica. Las excoriaciones extensas pueden sugerir sarna o dermatitis de contacto (irritante o alérgica). Otras condiciones por considerar en este respecto incluyen dermatitis atópica, dermatitis seborreica, tinea cruris, foliculitis y molusco contagioso (Ko y Elston, 2004).

Si no se realiza una exploración cuidadosa, la infestación de los párpados puede confundirse principalmente con demodicosis, conjuntivitis o blefaroconjuntivitis

bacteriana, viral o alérgica, y con dermatitis alérgica de contacto, seborreica, rosácea o atópica. Aunque se han descrito algunos casos clínicos de pediculosis capitis en cejas y pestañas en pacientes con una gran infestación de la cabeza, es muy importante diferenciar entre ambos parásitos (Tabuenca del Barrio et al., 2020).

Tratamiento y prevención

Las opciones de tratamiento varían y no se ha demostrado que un plan de tratamiento único sea óptimo. A continuación, se menciona una guía de tratamiento farmacológico elaborada con el consenso de varias organizaciones e investigadores (ver referencias al final del párrafo). La primera línea de terapia consiste en la aplicación de crema de permetrina al 1% o champú con piretrina y butóxido de piperonilo en el área afectada por 10 minutos. La segunda línea de terapia consiste en la aplicación de loción de fenotrina al 0.2% por 2 horas o loción de malatión al 0.5% por 12 horas en el área afectada. Asimismo, se puede utilizar ivermectina por vía oral a una dosis de 200 µg/kg (400 µg/kg en casos severos). Entre otros tratamientos, también se incluye el uso de ivermectina tópica y la aplicación de loción de benzoato de bencilo al 25%. En cuanto a la phthiriasis palpebral, se recomienda la aplicación de pomada oftálmica inerte con parafina u óxido de mercurio 2 veces al día durante 8 a 10 días. Se puede utilizar también ivermectina por vía oral a una dosis de 200 µg/kg o loción de permetrina al 1% por 10 minutos. La mayoría de los tratamientos deben repetirse después de 7 a 10 días para exterminar los piojos adultos que provengan de los huevos presentes en el tratamiento inicial. La ivermectina oral está contraindicada en niños menores de cinco años y/o que pesen menos de 15 kg, así como en mujeres embarazadas y lactantes. La permetrina es segura durante el embarazo. (Burkhart y Burkhart, 2000; Burkhart y Burkhart, 2004; Do-Pham et al., 2014; Salavastru et al., 2017; Badri y Hafsi, 2020).

Si la infestación persiste, se debe considerar la posibilidad de resistencia a algunas de las terapias enumeradas; en tal caso se debe aplicar un pediculicida diferente. La infestación se considera resuelta si una semana después del final del tratamiento el examen de seguimiento no muestra una infestación activa (presencia de piojos vivos). Debe indicarse a los pacientes que eliminen las liendres muertas adheridas a los pelos (Salavastru et al., 2017).

Especialmente en la *pediculosis pubis*, si se trata al paciente con preparaciones tópicas, se le debe instruir para que trate generosamente todas las zonas vellosas del cuerpo desde el cuello hacia abajo, aunque en un pequeño número de casos también se encuentran afectados los márgenes del cuero cabelludo, especialmente en la nuca. El bigote o la barba también deben tratarse si están infestados (Scott et al., 2011).

También se pueden aplicar, especialmente en la phthiriasis palpebral, varias modalidades terapéuticas físicas, las cuales incluyen eliminación de piojos y liendres de forma manual o con fórceps finos, recorte o depilación de pestañas, crioterapia y la fotocoagulación con láser de argón. Estas modalidades requieren la cooperación del paciente y no son ideales para niños pequeños (Turgut et al., 2009; Ryan, 2014).

El pronóstico de la infestación por piojos púbicos generalmente es bueno. Los medicamentos son muy efectivos para erradicar *P. pubis* cuando se usan de manera apropiada. El fracaso del tratamiento puede ser el resultado de varias causas, incluyendo el incumplimiento, especialmente con el retratamiento en 7-10 días, la aplicación inadecuada del pediculicida, falta de tratamiento de contactos estrechos, erradicación ambiental insuficiente y farmacoresistencia al pediculicida (Bragg y Simon, 2021).

Los piojos púbicos se pueden prevenir al no tener contacto sexual con una persona infestada. Se deben examinar todos los contactos sexuales del paciente y todos los que estén infestados deben recibir tratamiento. Se debe advertir a los pacientes que eviten cualquier relación sexual hasta que ellos y sus parejas sexuales hayan completado el tratamiento y el seguimiento. Hasta el 30% de los pacientes pueden tener una ETS concurrente y deben someterse a exámenes de detección de VIH, sífilis, clamidia, gonorrea, herpes, virus del papiloma humano, tricomoniasis y sarna (Ko y Elston, 2004).

Dado que los piojos púbicos pudieran ocasionalmente propagarse por contacto personal cercano o contacto con artículos como ropa, ropa de cama y toallas que han sido usados por una persona infestada, se debe evitar el contacto cercano y compartir estos artículos. La ropa, las toallas y la ropa de cama que utilice el paciente en los dos o tres días anteriores al inicio del tratamiento deben lavarse a máquina (con agua al menos a 55 °C) y secarse en el ciclo caliente durante 5 a 10 minutos. Los artículos que no se pueden lavar se pueden limpiar en seco o guardar en una bolsa de plástico sellada durante dos semanas (Ma y Vano-Galvan, 2010).

Finalmente, todos los pacientes deben ser remitidos al dermatólogo para una evaluación adicional y se les debe asesorar sobre higiene personal y limpieza de utensilios personales (Mishra et al., 2019).

Referencias

- Aksu, A. E., Erdemir, V. A., Gurel, M. S., Sarikaya, E., & Ozkur, E. (2015). In vivo evaluation of Phthirus pubis with reflectance confocal microscopy. *Parasitology Research*, 114(9), 3559-3561. <http://doi.org/10.1007/s00436-015-4585-x>
- Anane, S., Malek, I., Kamoun, R., & Chtourou, O. (2013). Phthiriasis palpebrarum: diagnosis and treatment. *Journal Francais d'Ophthalmologie*, 36(10), 815-819. <http://doi.org/10.1016/j.jfo.2013.03.018>
- Badri, T., & Hafsi, W. (2020). *Phthiriasis palpebrarum*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459226/>
- Bessis, D., Chraïbi, H., Guillot, B., & Guilhou, J. J. (2003). Erythema annulare centrifugum induced by generalized Phthirus pubis infestation. *The British Journal of Dermatology*, 149(6), 1291. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2003.05706.x>
- Bignell, C. (2005). Lice and scabies. *Medicine*, 33(10), 76-77.
- Bragg, B. N., & Simon, L. V. (2023, Marzo). *Pediculosis*. StatPearls Publishing.
- Burkhart, C. G., & Burkhart, C. N. (2004). Oral ivermectin for Phthirus pubis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 51(6), 1037. <http://doi.org/10.1016/j.jaad.2004.04.041>
- Burkhart, C. N., & Burkhart, C. G. (2000). Oral ivermectin therapy for phthiriasis palpebrum. *Archives of Ophthalmology*, 118(1), 134-135.
- Burns, D. A., & Sims, T. A. (1988). A closer look at Pthirus pubis. *The British Journal of Dermatology*, 118(4), 497-503. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1988.tb02458.x>
- Czelusta, A., Yen-Moore, A., Van der Straten, M., Carrasco, D., & Tyring, S. K. (2000). An overview of sexually transmitted diseases. Part III. Sexually transmitted diseases in HIV-infected patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 43(3), 409-432. <http://doi.org/10.1067/mjd.2000.105158>
- Dholakia, S., Buckler, J., Jeans, J. P., Pillai, A., Eagles, N., & Dholakia, S. (2014). Pubic lice: an endangered species? *Sexually Transmitted Diseases*, 41(6), 388-391. <http://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000142>
- Do-Pham, G., Monsel, G., & Chosidow, O. (2014). Lice. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 33(3), 116-118. <http://doi.org/10.12788/j.sder.0105>
- Galiczynski Jr, E. M., & Elston, D. M. (2008). What's eating you? Pubic lice (Pthirus pubis). *Cutis*, 81(2), 109-114.
- Ikeda, N., Nomoto, H., Hayasaka, S., & Nagaki, Y. (2003). Phthirus pubis infestation of the eyelashes and scalp hairs in a girl. *Pediatric Dermatology*, 20(4), 356-357. <http://doi.org/10.1046/j.1525-1470.2003.20418.x>
- Jimenez-Cauhe, J., Fernandez-Nieto, D., Ortega-Quijano, D., & Ramos-Rodriguez, D. (2020). Characterization of Phthirus pubis with ex vivo dermoscopy. *Sexually Transmitted Diseases*, 47(4), 280-281. <http://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001126>

- Kenward, H. (2001). Pubic lice in Roman and medieval Britain. *Trends in Parasitology*, 17(4), 167-168. [http://doi.org/10.1016/s1471-4922\(01\)01890-6](http://doi.org/10.1016/s1471-4922(01)01890-6)
- Kiran, B., Kareem, S. A., Illamani, V., & Chitralkha, S. (2012). Case of Phthiriasis palpebrarum with blepheroconjunctivitis. *Indian Journal of Medical Microbiology*, 30(3), 354-356. <http://doi.org/10.4103/0255-0857.99504>
- Ko, C. J., & Elston, D. M. (2004). Pediculosis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 50(1), 1-12. [http://doi.org/10.1016/s0190-9622\(03\)02729-4](http://doi.org/10.1016/s0190-9622(03)02729-4)
- Ma, D. L., & Vano-Galvan, S. (2010). Infestation of the eyelashes with Phthirus pubis. *Canadian Medical Association Journal*, 182(4), E187. <http://doi.org/10.1503/cmaj.090793>
- Mana, N., Louni, M., Parola, P., & Bitam, I. (2017). Human head lice and pubic lice reveal the presence of several Acinetobacter species in Algiers, Algeria. *Comparative Immunology, Microbiology and Infectious Diseases*, 53, 33-39. <http://doi.org/10.1016/j.cimid.2017.06.003>
- Mimouni, D., Grotto, I., Haviv, J., Gdalevich, M., Huerta, M., & Shpilberg, O. (2001). Secular trends in the epidemiology of pediculosis capitis and pubis among Israeli soldiers: a 27-year follow-up. *International Journal of Dermatology*, 40(10), 637-639. <http://doi.org/10.1046/j.1365-4362.2001.01275.x>
- Mishra, C., Kim, U., & Dheera, M. S. (2019). Combined treatment modality for phthiriasis palpebrarum. *Indian Journal of Medical Microbiology*, 37(2), 296-297. http://doi.org/10.4103/ijmm.IJMM_19_251
- Morsy, T. A., Alalfy, M. S., Sabry, A. H., Fikry, A. A., & El Sharkawy, I. M. (1996). Abnormal distribution of the histocompatibility antigens (HLA) in lousy patients. *Journal of the Egyptian Society of Parasitology*, 26(1), 227-235.
- Pahuja, S., Puranik, C., Jelliti, B., Khairallah, M., & Sangwan, V. S. (2013). Parasitic infections of the external eye. *Ocular Immunology and Inflammation*, 21(4), 292-299. <http://doi.org/10.3109/09273948.2013.770889>
- Pierzchalski, J. L., Bretl, D. A., & Matson, S. C. (2002). Phthirus pubis as a predictor for chlamydia infections in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(6), 331-334. <http://doi.org/10.1097/00007435-200206000-00004>
- Puri, P. K., House, N. S., Williams, L., & Elston, D. (2009). The histopathology of Phthirus pubis. *Journal of Cutaneous Pathology*, 36(1), 80-81. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0560.2008.01013.x>
- Rick, F. M., Rocha, G. C., Dittmar, K., Coimbra Jr, C. E. A., Reinhard, K., Bouchet, F., Ferreira, L. F., & Araújo, A. (2002). Crab louse infestation in pre-Columbian America. *The Journal of Parasitology*, 88(6), 1266-1267. [http://doi.org/10.1645/0022-3395\(2002\)088\[1266:CLIIPC\]2.0.CO;2](http://doi.org/10.1645/0022-3395(2002)088[1266:CLIIPC]2.0.CO;2)
- Ryan, M. F. (2014). Phthiriasis palpebrarum infection: a concern for child abuse. *The Journal of Emergency Medicine*, 46(6), e159-e162. <http://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.11.090>
- Salavastru, C. M., Chosidow, O., Janier, M., & Tiplica, G. S. (2017). European guideline for the management of pediculosis pubis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 31(9), 1425-1428. <http://doi.org/10.1111/jdv.14420>

- Scott, G. R., Chosidow, O., & IUSTI/WHO. (2011). European guideline for the management of pediculosis pubis, 2010. *International Journal of STD & AIDS*, 22(6), 304-305. <http://doi.org/10.1258/ijsa.2011.011114>
- Singh, A., Tripathy, K., Gupta, N., Kale, P., Verma, N., & Mirdha, B. R. (2016). Phthirus pubis in the eye. *Indian Journal of Medical Microbiology*, 34(3), 405-406. <http://doi.org/10.4103/0255-0857.188384>
- Tabuenca del Barrio, L., Mozo Cuadrado, M., Zubicoa Enériz, A., & Martínez de Espronceda Ezquerro, I. (2020). Itching eyes after itching around the head. *GMS Ophthalmology Cases*, 10, Doc09. <http://doi.org/10.3205/oc000136>
- Turgut, B., Kurt, J., Catak, O., y Demir, T. (2009). Phthiriasis palpebrarum mimicking lid eczema and blepharitis. *Journal of Ophthalmology*, 803951. <http://doi.org/10.1155/2009/803951>
- Varela, J. A., Otero, L., Espinosa, M., Sánchez, C., Junquera, M. L., & Vázquez, F. (2003). Phthirus pubis in a sexually transmitted diseases unit: a study of 14 years. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(4), 292-296. <http://doi.org/10.1097/00007435-200304000-00004>
- Veraldi, S., Nazzaro, G., Esposito, L., Genovese, G., Pontini, P., & Gelmetti, C. (2020). Phthiriasis of the eyelashes. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia*, 155(2), 198-201. <http://doi.org/10.23736/S0392-0488.19.06350-8>
- Weems, H. V., & Fasulo, T. R. (2020). Crab Louse, Pthirus pubis (Linnaeus) (Insecta: Phthiraptera (Anoplura): Pediculidae). *The Institute of Food and Agricultural Sciences. University of Florida*, Documento EENY-103.
- Zvandasara, T., & Lam, F. C. (2010). Conjunctivitis due to Phthirus pubis: a trap for the unwary. *International Journal of STD & AIDS*, 21(7), 519-520. <http://doi.org/10.1258/ijsa.2010.010072>

Pthirus pubis: an update
Pthirus pubis: uma atualização

Gilberto Jaramillo-Rangel

<https://orcid.org/0000-0001-5742-1189>

Universidad Autónoma de Nuevo León | Facultad de Medicina | Departamento de Patología |
Monterrey | México
gilberto.jaramillorn@uanl.edu.mx

Yareth Gopar-Cuevas

<https://orcid.org/0000-0001-6340-289X>

Universidad Autónoma de Nuevo León | Facultad de Medicina | Departamento de Patología |
Monterrey | México
yareth.goparcu@uanl.edu.mx

María-de-Lourdes Chávez-Briones

<https://orcid.org/0000-0001-7416-6378>

Universidad Autónoma de Nuevo León | Facultad de Medicina | Departamento de Patología |
Monterrey | México
mdlourdes.chavezbrn@uanl.edu.mx

Adriana Ancer-Arellano

<https://orcid.org/0009-0002-4630-9444>

Universidad Autónoma de Nuevo León | Facultad de Medicina | Departamento de Patología |
Monterrey | México
adar7035@gmail.com

Ivett Miranda-Maldonado

<https://orcid.org/0000-0001-6554-5093>

Universidad Autónoma de Nuevo León | Facultad de Medicina | Departamento de Patología |
Monterrey | México
ivettmiranda77@gmail.com

Montserrat González-Domínguez

<https://orcid.org/0009-0001-3739-6024>

Universidad Autónoma de Nuevo León | Facultad de Medicina | Departamento de Patología |
Monterrey | México
monserrat.gonzalezdgz@uanl.edu.mx

Karol García-Aguilar

<https://orcid.org/0009-0003-2398-3089>

Universidad Autónoma de Nuevo León | Facultad de Medicina | Departamento de Patología |
Monterrey | México
karol.garciaa@uanl.edu.mx

Jesús Ancer-Rodríguez

<https://orcid.org/0000-0002-1835-315X>

Universidad Autónoma de Nuevo León | Facultad de Medicina | Departamento de Patología |
Monterrey | México
ancerrodriguezj@gmail.com

Marta Ortega-Martínez

<https://orcid.org/0000-0001-6539-8134>

Universidad Autónoma de Nuevo León | Facultad de Medicina | Departamento de Patología |
Monterrey | México
marta.ortegamrt@uanl.edu.mx

Abstract

This chapter approaches an update on *Pthirus pubis*, which is a human ectoparasite and is the causal agent of pediculosis pubis and phthiriasis palpebrarum. Throughout the chapter, the most important background information is mentioned. The morphology, biological cycle, and pathogenicity and immunity factors of this causal agent are described in detail. The transmission mechanisms and current available epidemiological data are also mentioned. Last but not least, the clinical manifestations and diagnosis of the infestation with this parasite are described. In addition, we provide a pharmacological treatment guide based on a consensus of several organizations and researchers, as well as ways to prevent the spread of *Pthirus pubis*.

Keywords: Pediculosis pubis; Pubic louse; Crab louse; Ectoparasitosis; Human parasite.

Resumo

Este capítulo fornece uma atualização sobre o *Pthirus pubis*, que é um ectoparasita humano e o agente causador da pediculose púbica e da ftiríase palpebral. As informações básicas mais importantes são mencionadas ao longo do capítulo. A morfologia, o ciclo de vida, a patogenicidade e os fatores de imunidade desse agente causador são descritos em detalhes. Os mecanismos de transmissão e os dados epidemiológicos atuais disponíveis também são mencionados. Por último, mas não menos importante, são descritas as manifestações clínicas e o diagnóstico dos distúrbios de saúde causados por esse parasita. Além disso, fornecemos uma diretriz de tratamento farmacológico elaborada com o consenso de várias organizações e pesquisadores, bem como maneiras de realizar a prevenção da infecção por *Pthirus pubis*.

Palavras-chave: Pediculose púbica; Piolho púbico; Piolho do caranguejo; Ectoparasitose; Parasita humano.

Paciente cardiaco con asistolia: un reporte de caso

Magaly Luna, María Morgado, Gloria Pogyo

Resumen

La asistolia, o paro cardíaco, es el cese del corazón de una persona en este momento, el tiempo es muy importante, se debe actuar de inmediato y prescribir el tratamiento adecuado. La asistolia es causada por enfermedades y condiciones que pueden ser específicas del corazón (enfermedad coronaria) o no cardíacas (trauma, hemorragia, asfixia e intoxicación). El objetivo es determinar el manejo de pacientes con asistolia para introducir aspectos nuevos o educativos de la enfermedad. La metodología que se utilizó un método descriptivo retrospectivo con una técnica de recolección de historia clínica que revisó antecedentes patológicos, antecedentes personales, signos y síntomas, causa de la asistolia y tratamiento dado al paciente. Los resultados con base en la revisión de la historia clínica del paciente con asistolia, se encontró que se trataba de una parálisis de funciones sistémicas causada por cambios en el músculo cardíaco, por lo que se realizaron maniobras para reanimar el corazón., pero en el segundo episodio no lo supero, la asistolia continua y el paciente muere. Las conclusiones que este estudio proporcionó todas las bases legales para la recopilación de datos, la identidad preservada en todos los reclamos, respaldado por la verificación científica Scopus, Pubmed para la discusión relevante. Eventualmente, se concluyó que solo una de cada 100 personas que sufren de asistolia morirá.

Palabras clave:

Asistolia; cardio pulmonar interrumpido; Paro cardiorrespiratorio; paro cardiaco; Insuficiencia cardiaca.

Luna, M., Morgado, M., y Pogyo, G. (2024). Paciente cardiaco con asistolia: un reporte de caso. En G. Barreno (Ed). *Avances científicos en patologías y estudios clínicos en salud*. (pp. 55-74). Religación Press; Atik Editorial <http://doi.org/10.46652/religacionpress.155.c124>



Introducción

El paro cardíaco es la suspensión repentina de la función de eyección cardíaca. Estudios retrospectivos previos han demostrado que la mortalidad hospitalaria de los pacientes con asistolia es el 67 % en adultos y el 5 % en niños (Liu, 2019). A pesar de los avances en reanimación, los pacientes que presentan una parada cardíaca en ritmo de asistolia tienen una baja sobre vida y los pronósticos no son alentadores, los periodos largos de reanimación que producen complicaciones permanentes (Fang, 2019).

Según los protocolos internacionales, la reanimación cardiopulmonar durante el evento se enfoca en oxigenar al paciente y realizar la función de bomba, cuyo éxito se basa en el tiempo y la calidad de la técnica propuesta por la American Heart Association. Según las estadísticas, entre 300 000 y 50 000 personas en los países desarrollados experimentan un paro cardíaco y ritmo asistólico. La reanimación cardiopulmonar (RCP) temprana y de alta calidad está estrechamente relacionada con la tasa de supervivencia de los pacientes con asistolia (Mack Sheraton, 2021).

La asistolia, conocida como línea plana, representa el cese de la actividad eléctrica y mecánica del corazón, suele manifestarse un debilitamiento del ritmo ventricular sin perfusión: fibrilación o taquicardia ventriculares sin pulso, la actividad eléctrica sin impulso también puede detenerse y volverse asistólica. Las víctimas con paro cardíaco repentino y ritmo asistólico primario tienen un pronóstico muy malo (10% sobreviven al hospital, 0-2% son dados de alta) (2024).

Entre los factores dentro del paro, encontramos que el paro presenciado, el entorno monitoreado, el paro durante el día y el ritmo desfibrilable se asociaron con una mayor supervivencia, mientras que la intubación traqueal durante el paro y la reanimación prolongada se asociaron con una supervivencia reducida; Las Pautas de RCP cardiovascular de la Asociación Estadounidense del Corazón alientan a las comunidades a reconocer el paro cardíaco en la comunidad, ofrecen talleres sobre RCP, desfibrilación pública, técnicas de llamada móvil al 911 y mejoran los servicios de comunicación de emergencia. Pautas de paro cardíaco hospitalario para identificar y estabilizar a los pacientes hospitalizados en riesgo de paro cardíaco. Esta sección también incluye recomendaciones para informes clínicos, transporte a centros de paro cardíaco dedicados, donación de órganos y medición del desempeño en situaciones de reanimación (BergKM, 2020).

La reanimación cardio pulmonar, conocida como RCP, consiste en comprimir rítmicamente el pecho de la víctima de un paro cardíaco para mantener el flujo de sangre. Puede mantener el flujo de sangre a los órganos vitales de la víctima cuando el corazón no está bombeando. Se ha demostrado que la RCP aumenta la posibilidad de que el corazón

se reinicie y la víctima sobreviva (Peter Wang, 2018). La enfermedad cardíaca sigue siendo la principal causa de muerte en ambos sexos. Aproximadamente la mitad de estas muertes súbitas ocurren en el entorno prehospitalario; Casi las tres cuartas partes de ellos ocurren en el hogar y la mitad de ellos son invisibles. En pacientes adultos, la fibrilación ventricular (FV) es la causa más común de paro cardíaco repentino. El tratamiento definitivo de la FV es la desfibrilación eléctrica, que debería ser eficaz para acabar con la FV, retrasarla reduce la eficacia en casi un 10% por minuto. Entre las víctimas adultas de un paro cardíaco no traumático que reciben RCP en la sala de emergencias, la supervivencia hospitalaria es solo del 10,8 %. En comparación, los pacientes adultos con paro cardíaco intrahospitalario tienen una tasa de supervivencia de hasta el 25,5 % (Goyal, 2023).

El paro cardíaco repentino ocurre cuando el corazón deja de latir o no late lo suficiente para mantener el flujo sanguíneo y la vida (Kevin Patel, 2023). Los factores que mejoran la supervivencia incluyen el reconocimiento de un paro cardíaco con RCP inmediata y el uso de desfibrilación si es necesario. Los pacientes jóvenes y sanos tienen una mayor esperanza de vida que los ancianos y aquellos con más comorbilidades. Las víctimas de un traumatismo penetrante tienen más posibilidades de sobrevivir que una detención por traumatismo cerrado (Kuriachan, 2015).

Recientes ensayos clínicos aleatorizados (ECA) no han mostrado mejoras en la supervivencia de los pacientes con RCP. Sugieren que las compresiones mecánicas parecen estar asociadas con una mayor tasa de lesiones en comparación con la RCP manual. Además, algunos de los informes actualmente disponibles se han centrado en la eficacia. en lugar de la seguridad de la compresión, lo que resultó en tasas de lesiones informadas más bajas que los estudios que se centraron en fracturas de seguridad, lesiones de órganos abdominales y torácicos e incluso lesiones potencialmente mortales en comparación con la compresión manual (Gao, 2021).

Una de las causas de la asistolia es el taponamiento cardíaco, que es un exceso de líquido en los latidos del corazón que comprime el corazón y limita el llenado de las cavidades cardíacas (Sharma, 2023). Los sistemas cardiovascular, respiratorio y cerebrovascular se ven afectados principalmente durante un paro cardíaco. El objetivo de la RCP es restablecer la función de estos sistemas lo antes posible después de un paro cardíaco (Titilope, 2023). El daño cerebral puede ocurrir después de un paro cardíaco debido a los efectos de la isquemia y la reperfusión. En casos severos, puede causar incapacidad permanente. Este riesgo debe tenerse en cuenta cuando decida interrumpir la RCP. Hay reglas muy específicas para completar la RCP antes del hospital, pero no existe una regla correspondiente para la RCP en el hospital (Welbourn, 2018).

En pacientes después de un breve paro circulatorio con una recuperación espontánea, con mayor frecuencia debido a una pausa asistólica causada por una disfunción del nodo sinusal, las convulsiones pueden conducir a una interpretación errónea de la situación como un ataque epiléptico (Tamis-Holland, 2019). El Comité Internacional de Reanimación actualmente recomienda monitorear la temperatura cardíaca y prevenir la fiebre activa ($37,7^{\circ}\text{C}$) en pacientes comatosos durante al menos 72 horas después de un paro cardíaco después de la RCP (Sandroni, 2022).

Más del 80 % de los pacientes ingresados en cuidados intensivos después de la reanimación de un paro cardíaco extrahospitalario (OHCA) están en coma debido a una lesión cerebral hipóxica-isquémica (HIBI), y aproximadamente dos tercios de ellos mueren antes del alta. La mayoría de estas muertes se deben a la interrupción de por vida de la terapia (WLST, por sus siglas en inglés) debido al mal resultado neurológico esperado. Por lo tanto, un neuopronóstico preciso para estos pacientes es importante para brindar la información correcta a sus familias y evitar tanto el WLST inadecuado como el tratamiento a largo plazo de estos pacientes sin una posibilidad de supervivencia neurológicamente significativa (Claudio Sandroni, 2022).

Se presume que un paro es de etiología cardíaca a menos que se sepa o sea probable que haya sido causado por un traumatismo, sumersión, sobredosis de drogas, asfixia, examinación o cualquier otra causa no cardíaca (Chung, 2021). La insuficiencia de la función cardíaca, como el taponamiento cardíaco, los trastornos cardíacos isquémicos, las arritmias o la supuesta causa cardíaca de pacientes con paro inesperado, se definió como la causa del paro cardíaco (Bougouin, 2017).

Solo entre el 5 y el 10 % de los paros cardíacos primarios se producen por otras razones, incluidas otras formas de miocardiopatías (en particular, miocardiopatía hipertrófica y miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho), fallo primario de la conducción eléctrica del corazón: causas arritmogénicas primarias: fibrilación ventricular primaria, fallo del sistema de comunicación eléctrica del corazón, síndrome de brugada, síndrome de qt largo, taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, Síndrome WPW (Wolff-Parkinson-White). Si presenta una asistolia los medios diagnósticos se pueden citar un electrocardiograma, seguidamente una coronariografía recomendada con angioplastia coronaria y finalmente una tomografía computarizada cerebral y torácica, los primeros auxilios brindados al público ayudan a mejorar la supervivencia a las personas que presentan una asistolia (Thibodeau, 2022).

Dentro de la fisiopatología, el momento clave del paro circulatorio es la pérdida de la función mecánica del corazón y la pérdida total del gasto cardíaco, así como de la perfusión

tisular. Inmediatamente, en cuestión de segundos, continua la pérdida del conocimiento y finalmente el paro respiratorio. Los mecanismos de la detención de la función cardíaca incluyen la taquiarritmia ventricular, la parada cardíaca o corazón sin pulso del corazón, se detectan simultáneamente mediante electrocardiografía (Myat, 2018). Un estudio identificó en embarazadas que la hemorragia representó el 38% de los paros cardíacos, la deficiencia cardíaca y los infartos de miocardio representó el 15% (Hassager, 2020).

La hipotermia terapéutica tras un paro cardíaco consiste en aplicar frío con diversos dispositivos que bajan la temperatura del paciente de forma controlada y gradual. Reduce el metabolismo cerebral y reduce el consumo de oxígeno y glucosa por parte de las células cerebrales. Así, modula la respuesta inflamatoria inducida en la fase de reperfusión al estabilizar las reacciones enzimáticas. En esta etapa, se liberan especies reactivas de oxígeno y neurotransmisores, lo que provoca excitotoxicidad, por lo que la hipotermia terapéutica reduce la presión intracraneal mediante la estabilización enzimática y la vasoconstricción (Colls Garrido, 2021).

Ante una asistolia se iniciará inmediatamente con las maniobras de reanimación básica, si no da resultado se continuará con reanimación avanzada garantizando una buena oxigenación cerebral y el resto de los órganos evitando causar daños irreparables (Patel, 2023). Durante la evaluación, el resultado neurológico también afecta sus valores medidos, ya que, en los sobrevivientes de un paro cardíaco inicialmente comatosos, el estado neurológico puede mejorar hasta 6 meses después del evento. Aún no se han establecido los tiempos óptimos para la evaluación del resultado neurológico después de un paro cardíaco. Sin embargo, 3 meses después del paro cardíaco parece equilibrar la oportunidad de observar una mejoría y minimizar las pérdidas durante el seguimiento (Sandroni, 2018).

La asistolia en los niños es causada por varias causas como las respiratorias, las más comunes son neumonía y bronquitis, asma, apnea, aspiración, inhalación de humo y ahogamiento, seguidas de causas infecciosas como sepsis y meningitis; Las causas cardíacas permanentes incluyen malformaciones congénitas, arritmias y cardiomiopatías. Las causas traumáticas incluyen traumatismo cerrado en la cabeza o el pecho, deglución, ahogamiento y abuso infantil. Otras causas incluyen el síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS) y la muerte súbita e inesperada del lactante (SUID) (Vega et al., 2023).

El paro cardíaco ocurre cuando el corazón de alguien deja de latir inesperadamente. Sin ningún tratamiento, la muerte se produce en cuestión de minutos. Los tratamientos que han demostrado su eficacia en el paro cardíaco incluyen la reanimación cardiopulmonar y la aplicación de una descarga eléctrica (desfibrilación). Si estos tratamientos no funcionan, se inyectan medicamentos como adrenalina y vasopresina (generalmente en una vena)

para tratar de reiniciar el corazón. La evidencia científica temprana que condujo a su uso provino en gran parte de pequeños estudios en animales. Si bien algunos estudios en humanos han demostrado que estos medicamentos pueden ayudar a reiniciar el corazón inicialmente, la investigación también sugiere que pueden tener efectos nocivos en el cerebro (Finn, 2019).

El paro cardíaco extrahospitalario (OHCA, por sus siglas en inglés) es un importante problema de salud pública con una prevalencia global promedio de 55 años o más. En China, más de 230 millones de personas padecen enfermedades cardiovasculares y cada año 550.000 personas sufren un paro cardíaco, de las cuales el 1% sobrevive (Yan, 2020). Todos los trabajadores de la salud, incluida la enfermera practicante, deben estar familiarizados con la asistolia y su manejo. En el hospital, suele ser la enfermera quien primero identifica a un paciente en asistolia y hace sonar la alarma (Jordan, 2023). El porcentaje ajustado de personas que sabían los síntomas comunes de un ataque cardíaco aumentaron del 39,6 % en 2008 al 50,2 % en 2017. El porcentaje de adultos utilizaban la llamada al 911 ante un ataque cardíaco aumentó del 91,8 % en 2008 al 94,9% en 2017 (Anetakis, 2022).

Antes de la introducción de las compresiones torácicas cerradas a principios de la década de 1960, el masaje a corazón abierto era un procedimiento común durante un paro cardíaco. El masaje a corazón abierto generalmente se realiza en pacientes con gasto cardíaco inadecuado, dolor torácico después de un traumatismo torácico penetrante, taponamiento pericárdico o paro cardíaco después de una toracotomía reciente. El desarrollo de esta técnica se atribuye al fisiólogo del siglo XIX Mortiz Schiff, quien describió el masaje a corazón abierto después de un paro cardíaco en animales de experimentación. Siguiendo esta descripción, Niehans hizo el primer intento de masaje a corazón abierto en 1880. No fue hasta 1901 que Kristian Ingelsrud logró el primer resultado exitoso de masaje a corazón abierto en un paro cardíaco. El uso del masaje a corazón abierto se volvió más usual después de la década de 1920, y esta técnica colapsó en las enfermedades cardiovasculares en la primera mitad del siglo XX, cuando Lee y Downs informaron 99 casos con una tasa de supervivencia general del 25 % (Niggemeyer, 2007).

Metodología

En el presente artículo científico se expone el tema Asistolia, se realiza la búsqueda con 55 artículos publicados en Pub Med en los últimos 5 años, incluimos datos reales del expediente clínico de un paciente hospitalizado en el Hospital del Río de la Ciudad de Cuenca, perteneciente al País Ecuador. Para la descripción del caso clínico se utilizará la siguiente estructura: Motivo de consulta, Enfermedad actual del paciente al ingreso,

Impresión Diagnóstica (IDX), Antecedentes, Medicamentos de uso habitual del Paciente, Examen Físico, Laboratorios iniciales tomados al paciente, Plan de Manejo Terapéutico. Exámenes Complementarios y Desenlace. Seguidamente, se presentó el caso y se ejecutó el respectivo análisis y se ejecutó la discusión con las fuentes presentadas por orden Vancouver, se protege la confidencialidad del paciente (omite el nombre, y el número de historia clínica; se utiliza el método descriptivo cualitativo por lo que se investiga el caso de asistolia se enuncia los signos y síntomas que presenta la persona que lo padece y finalmente exponemos nuestros resultados y recomendaciones.

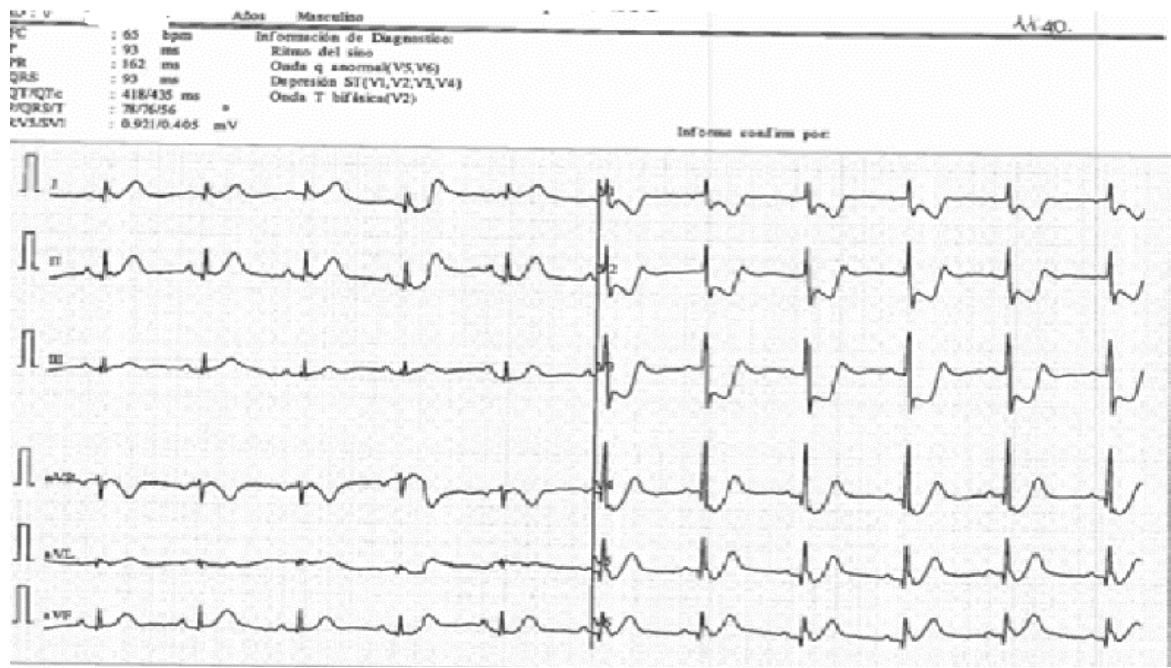
Resultados

Presentación del caso

Paciente masculino de 64 años de edad, que presento IAMCEST (Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST) con arritmia de perfusión fv y parada cardíaca, sin pulso por lo que recibe reanimación cardiopulmonar con 2 descargas de desfibrilación con rosc (retorno de la Circulación espontánea)a los 3 minutos, presenta leve ingurgitación yugular y palidez marcada se realiza exámenes al ingreso TROPONINA 9.59 ; CK 3479.00,CK MB 347.60, no presenta antecedentes personales, cardiacos, es fumador activo, se realiza electrocardiograma es valorado por cardiología se le realiza angiografía coronaria evidenciando enfermedad arterial coronaria significativa de 2 vasos arteria circunfleja 80% en segmento medio, arteria descendente anterior 70% en segmento próximo-medial motivo por el cual se realiza angioplastia coronaria con 1 stent medicado para cada vaso sin complicaciones, inmediatas al procedimiento, se traslada a unidad de cuidados intensivos asintomático cardiovascular y hemodinamicamente estable. Después de dos horas presenta descompensación súbita con hipotensión marcada diaforesis se decide intubación, colocación de catéter venoso central y catéter arterial se comunica a cardiología para descartar oclusión coronaria se realiza cateterismo se observan coronarias perimetables con stunts funcionales se cataloga como choque a descartar anafilaxia vs choque cardiogénico. Hemodinamicamente inestable con nordarenalina+ vasopresina + adrenalina en infusión a dosis altas sin respuesta se coloca dobutamina además en choque refractario se coloca esteroides. Con tan limítrofes estrés 55 y 65 fc: 118x`en ritmo sinusal. Renal diuresis adecuadas, pero altera función renal. Metabólico: hiperglicemias se corrigen, gasometría con acidosis metabólica se coloca bicarbonato con el negativo delta de co2 alto. Normotermia. Neurológico se coloca bajo sedo analgesia con rass de -2 pupilas mióticas, 4 horas más tardes presenta descompensación con hipotensión marcada que no responde a tratamiento farmacológico, seguido de parada cardíaca ya con medidas avanzadas de reanimación altas dosis de vasopresores e inotrópicos sin respuesta. DX

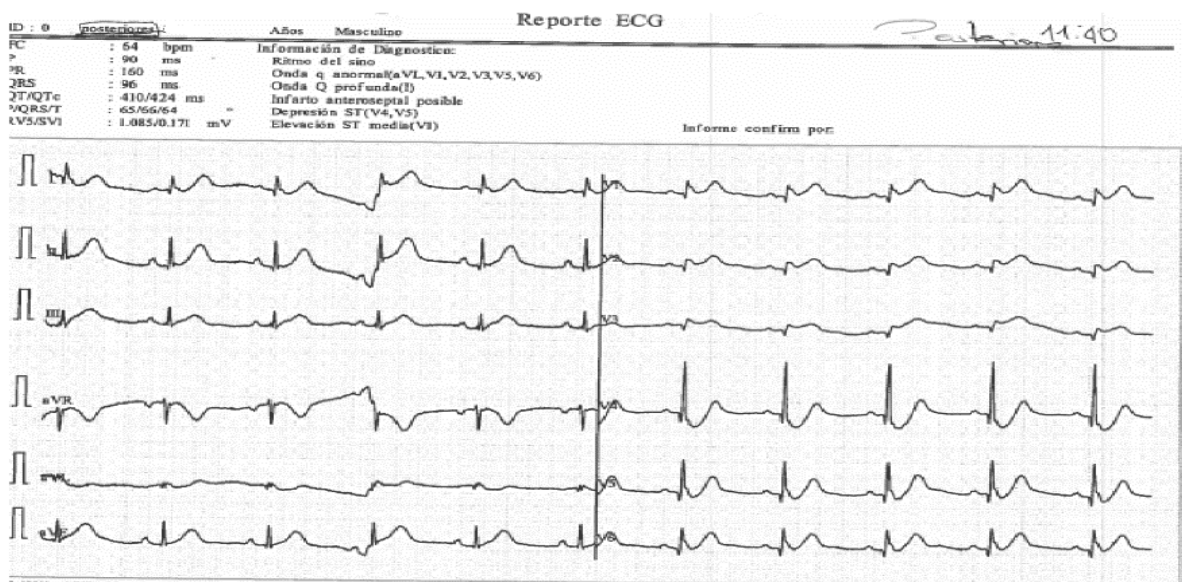
choque cardiogénico infarto agudo de miocardio. se realizan medidas de reanimación cardio pulmonar avanzada, sin repuesta, paciente fallece.

Imagen 1. Electrocardiograma realizado a las 11:40 donde se observa onda q anormal en V5 y V6, y onda T bifásica como se ve en V2.



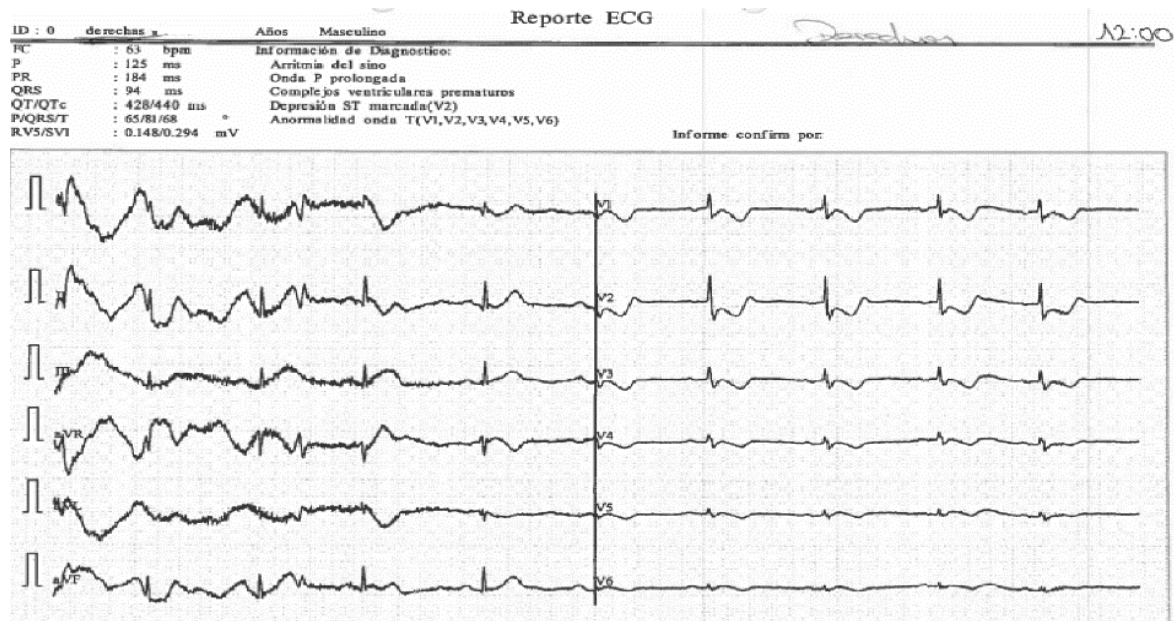
Fuente: Elaborado por los autores.

Imagen 2. Electrocardiograma posterior donde se observa un infarto.



Fuente: Elaborado por los autores.

Imagen 3. Electrocardiograma derecho.



Fuente: Elaborado por los autores.

Discusión

La Asistolia se define como la paralización de las actividades cardíacas evidenciada por la ausencia de la respiración y lo más importante, la circulación se detiene, Dentro de la fisiopatología, el momento clave del paro circulatorio es la pérdida de la función mecánica del corazón y la pérdida total del gasto cardíaco, así como de la perfusión tisular. Inmediatamente, en cuestión de segundos, continua la pérdida del conocimiento y finalmente el paro respiratorio, Los mecanismos de la detención de la función cardíaca incluyen la taquiarritmia ventricular, la parada cardíaca o corazón sin pulso del corazón, se detectan simultáneamente mediante electrocardiografía (Myat, 2018). En el caso expuesto el paciente presenta una primera paralización de actividades tanta cardíaca y pulmonares acompañado y evidenciado por la ausencia del pulso para lo cual se ejecuta la reanimación cardiopulmonar con éxito, se logra estabilizar, pero presenta una segunda parada para lo cual no la supera y fallece a pesar de la resolución quirúrgica no responde al tratamiento.

Las causas del paro cardíaco son primarias (por un mal funcionamiento del corazón) o secundarias (como resultado de un paro respiratorio y anoxia, traumatismo, neurológico) Intervención inmediata: reanimación cardio pulmonar (RCP) y eliminación de la causa es necesario para prevenir la muerte (Smits, 2022). La mayoría de las causas cardíacas

primarias de paro circulatorio están asociadas con enfermedad arterial coronaria o miocardiopatía dilatada (más del 90%) siendo la enfermedad coronaria la causa en el 75-80%. La miocardiopatía dilatante, representan del 10 al 15% de las causas cardíacas primarias de paro circulatorio (Allen, 2022). El presente caso el paciente presenta una enfermedad arterial coronaria significativa de 2 vasos arteria circunfleja 80% en segmento medio, se le realiza reanimación con respuesta favorable en el primer episodio, pero luego de su cirugía presenta una segunda parada cardíaca la cual no supero.

La muerte súbita de un atleta es un evento trágico en medicina deportiva, cardiología, atención primaria y pediatría. La muerte súbita en deportistas de edad avanzada suele deberse a enfermedad arterial coronaria aterosclerótica. La inserción de un desfibrilador automático implantable (ICD) es adecuada para personas con riesgo de paro cardíaco debido a una arritmia fatal. Muchos atletas con enfermedades cardíacas preexistentes a menudo son asintomáticos, y el paro cardíaco es el primer síntoma de la afección médica subyacente. Un examen físico de ejercicio completo, que incluya antecedentes personales, antecedentes familiares, examen físico y evaluación de ECG, puede ser una herramienta de detección útil para atletas asintomáticos de bajo y alto riesgo (A.L.S., 2010). Una de la actividad realizada por nuestro paciente antes del suceso cardíaco es la realización de ejercicio físico acompañado de signos de fatiga y lo más importante el dolor torácico.

La cirugía cardíaca es una especialidad médica que se ocupa del tratamiento quirúrgico de las enfermedades del corazón y de la aorta torácica. La cirugía cardíaca implica altos riesgos quirúrgicos y perioperatorios y requiere de personal especializado y equipamiento de última generación. Además de los síntomas que requieren cirugía cardíaca, en el período perioperatorio se observan diversas patologías características. Estos incluyen respuesta inflamatoria sistémica post-CPA, ataxia miocárdica y síndrome de bajo gasto cardíaco, arritmia, necesidad de transfusiones masivas de sangre, falla multiorgánica con lesión renal, accidente cerebrovascular accidental y disnea (Senst, 2022). En nuestro caso la cirugía es un tratamiento para solucionar la no actividad del corazón, pero no garantizo la viabilidad antes de las 24 horas post cirugía.

La dopamina es un vasoestimulante periférico que se usa para tratar la presión arterial baja, la frecuencia cardíaca baja y el paro cardíaco. Las velocidades de perfusión bajas (0,5 a 2 microgramos/kg por minuto) actúan sobre la vasculatura visceral para producir vasodilatación, incluidos los riñones, lo que da como resultado un aumento del flujo urinario. Las velocidades de perfusión intermedias (de 2 a 10 microgramos/kg/min) estimulan la contractilidad del miocardio y aumentan la conductividad eléctrica en el corazón, lo que conduce a un aumento del gasto cardíaco. Las dosis más altas causan vasoconstricción y aumento de la presión arterial a través de los receptores adrenérgicos alfa-1, beta-1 y beta-2, lo que puede conducir a una mala circulación periférica. Esta

actividad destacará el mecanismo de acción, el perfil de eventos adversos, la farmacología, el seguimiento y las interacciones relevantes de la doxorubicina (Sonne, 2023). Como en el presente caso se produce un daño renal se puede realizar la hipótesis que son causa de los vasopresores administrados luego de encontrarse en condiciones críticas.

Se sospecha un diagnóstico de taponamiento cardíaco con base en la historia clínica y el examen físico. Un ECG es útil, especialmente si muestra bajo voltaje o cambios eléctricos. Este es un hallazgo clásico de ECG de taponamiento cardíaco debido al bamboleo cardíaco dentro del pericardio lleno de líquido. Este es un hallazgo de ECG raro, y el hallazgo de ECG más común de taponamiento cardíaco es la taquicardia sinusal. Si se dispone de una radiografía de tórax anterior con una silueta cardíaca normal para comparar, la radiografía de tórax puede mostrar un corazón agrandado y sugerir fuertemente un derrame pericárdico. El derrame pericárdico también se puede detectar en la TC de tórax (Bolaños, 2016). Se realiza electro cardiogramas tanto al ingreso, y se observa una onda q anormal, se realiza ecocardiograma posterior y reporta el infarto luego se finaliza con el lado derecho después de este resultado se puede diagnosticar problema cardíaco.

El taponamiento cardíaco es una emergencia médica o traumática que ocurre cuando se El taponamiento cardíaco se manifiesta por dolor torácico, palpitaciones y dificultad para respirar, mareos, desmayos y alteración del estado mental. También puede ocurrir durante un paro cardíaco debido a la actividad eléctrica sin pulso. Los hallazgos físicos típicos del taponamiento cardíaco en la tríada de Beck son hipotensión, venas yugulares dilatadas y ruidos cardíacos apagados. La paradoja pulsátil, donde la presión sistólica cae más de 10 mm Hg durante la inspiración, es un hallazgo importante en el examen físico, lo que sugiere que el derrame pericárdico causa taponamiento cardíaco (Stashko, 2023). En nuestro caso se presenta el taponamiento acompañado con la hipotensión, venas yugulares dilatadas y finalmente la ausencia del pulso.

En el caso de un infarto agudo de miocardio, proporcione a los cardiólogos información sobre los vasos afectados, cuantifique la fracción de eyección, guíe la colocación del balón intraarterial y controle el estado del volumen cardíaco para identificar las fuentes de inestabilidad (Azcárate, 2023). A diferencia de los adultos, el paro cardíaco en los niños es raro y es menos probable que provoque un evento cardíaco grave. El inicio temprano de una RCP eficaz y de alta calidad mejora la supervivencia. Los niños que requieren RCP se pueden dividir en varias categorías, que incluyen paro cardíaco sin pulso (que puede deberse a una contracción del corazón), actividad eléctrica sin pulso y taquicardia/fibrilación ventricular sin pulso (Chung, 2014).

Un estudio realizado con 35.065 adultos que sufrieron un paro cardiorrespiratorio extrahospitalario no traumático mostró que cuando el Soporte Vital Avanzado (epinefrina, establecimiento de las vías respiratorias y desfibrilación manual) se inicia de manera temprana, hay una mayor supervivencia de las víctimas, en comparación con el Soporte Vital Básico Soporte (reanimación cardiopulmonar y desfibrilador externo automático) (Pina Faria, 2020).

La muerte cardíaca súbita (SCD, por sus siglas en inglés) es un cese repentino e inesperado de la función cardíaca con colapso hemodinámico, que resulta en la muerte dentro de la primera hora de su inicio. Si el paciente sobrevivía, ese evento se denominaba paro cardíaco súbito (SCA). En general, la mayoría de los estudios informaron que la incidencia de SCD es de 1 o 2 por 100 000 personas por año; sin embargo, Couper et al. informó que la incidencia es de entre 0,75 y 11,9 casos por 100.000 personas por año (Abdelazeem, 2021).

Aproximadamente el 50 % de los eventos de paro cardíaco súbito (SCA) se basan en causas reversibles. Se recomienda el implante de un desfibrilador cardioversor implantable (DCI) de prevención secundaria en los supervivientes de un PCS que experimenten una taquicardia ventricular (TV) hemodinámicamente inestable o una fibrilación ventricular (FV) solo cuando la causa del PCS no se considere reversible (van der Lingen, 2022).

En los últimos cinco años, la supervivencia de un paro cardíaco fuera del hospital (OHCA) en el Reino Unido ha aumentado ligeramente del 7,7 % al 8,3 %. Se han observado mejoras similares en pacientes con paro cardíaco intrahospitalario (IHCA) (35,4-9,7 %). Muchos sobrevivientes sufren de déficits neurológicos persistentes. Estas bajas tasas de supervivencia neurológicamente intactas indican una necesidad médica crítica de mejorar los resultados para estos pacientes (Twohig, 2019). Los paros cardíacos extrahospitalarios (OHCA, por sus siglas en inglés) son una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo, y la carga que representan para los servicios de salud no se conoce por completo. A nivel mundial, la supervivencia de OHCA sigue siendo baja y variable dentro de las regiones, con estimaciones que van desde el 7,6 % en Europa, el 6,8 % en América del Norte, el 3,0 % en Asia y el 9,7 % en Australia (Uny, 2023).

El paro cardíaco sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Estudios previos han demostrado que la edad, la frecuencia cardíaca inicial y el tiempo de retorno a la circulación espontánea (ROSC) están asociados con la supervivencia a corto plazo (Loes Mandigers, 2022). El paro cardíaco intrahospitalario es una preocupación importante para la seguridad del paciente y tiene una alta tasa de mortalidad (más del 50 %). Un análisis post hoc de pacientes críticos intubados documentó un paro cardíaco relacionado con la intubación en la unidad de cuidados intensivos. Se realizó unidad de

cuidados intensivos (UCI) en 49 de los 1.847 procedimientos de intubación (2,7 %). El paro cardíaco relacionado con la intubación se asoció con una alta mortalidad inmediata ya los 28 días (28,5 % y 71,4 %, respectivamente) y se encontró que era un factor de riesgo independiente para la mortalidad a los 28 días (Rolle, 2022).

El paro cardíaco súbito es una de las principales causas de muerte en Europa y en todo el mundo. Se ha demostrado que las compresiones torácicas eficaces y el manejo avanzado de las vías respiratorias mejoran la supervivencia. Los dispositivos de vía aérea supraglótica, como los tubos laríngeos (LT), son una estrategia bien establecida para pacientes con paro cardíaco durante el soporte vital básico (BLS) y el soporte vital avanzado (ALS) (Hinkelbein, 2021). La resucitación cardio pulmonar cabeza arriba (HU-CPR) es un tratamiento experimental para el paro cardíaco súbito (PCS), donde la resucitación cardio pulmonar (CPR) se realiza en una posición en rampa (Tan, 2022).

Los corticosteroides pueden tener un efecto beneficioso sobre el resultado del paro cardíaco (PC); sin embargo, no se sabe si el momento del uso de corticosteroides afecta el resultado (Pyo, 2022). El paro cardio pulmonar (CPA), también conocido como paro cardíaco, es una afección grave y potencialmente mortal. Incluso con una reanimación exitosa, la CPA se asocia con una alta mortalidad (Sahebnaasagh, 2021).

Las compresiones torácicas son una parte esencial de la reanimación cardio pulmonar (RCP) eficaz. La implementación temprana de compresiones torácicas de alta calidad reduce la mortalidad y mejora los resultados neurológicos favorables. Las compresiones torácicas de alta calidad dependen de la frecuencia y la profundidad adecuadas, el retroceso completo del tórax y las interrupciones mínimas durante las compresiones torácicas. Sin embargo, numerosos estudios han demostrado un bajo cumplimiento de los objetivos recomendados y una gran variabilidad en la calidad de la RCP en la práctica clínica (Guang Wei Lv, 2022).

Las causas más frecuentes de parada cardíaca en pacientes posparo cardíaco son la cardiopatía isquémica y la enfermedad arterial coronaria. Estos dos factores están presentes en hasta el 70 % de todos los pacientes que son resucitados y son indicadores clave para la angiografía coronaria inmediata (CAG) después de un paro cardíaco. Las guías de práctica clínica europeas y estadounidenses actuales recomiendan CAG inmediata con intervención coronaria percutánea (ICP) adyuvante en pacientes que presentan infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) después de un paro cardíaco (Meng-Chang Yang, 2020).

La farmacoterapia adecuada durante los procedimientos de reanimación avanzados puede afectar el retorno de la circulación espontánea. Las pautas actuales sobre reanimación cardio pulmonar recomiendan la amiodarona para el paro cardíaco resistente al choque o

cuando no se dispone de lidocaína (54). A pesar de los avances en las técnicas de tratamiento y la terapia médica, el shock cardiogénico (SC) refractario sigue siendo una afección potencialmente mortal con tasas de mortalidad altas. Se debe considerar la oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial (ECMO VA) en pacientes con SC profundo y en el entorno de un paro cardíaco (CA). VA ECMO se puede usar en pacientes con perfiles 1 o 2 del Registro interinstitucional para soporte circulatorio asistido mecánicamente (INTERMACS) como un puente a la decisión, puente a la recuperación, y puente a puente para soporte circulatorio mecánico a largo plazo o trasplante de corazón urgente (Burgos, 2023).

La parada cardíaca es la paralización de todas las actividades del ser humano tanto del corazón, pulmones y cerebro lo evidenciamos por la ausencia del pulso, la dificultad para respirar lo comprobamos por medio de diagnóstico como es el electrocardiograma, pruebas de laboratorio y como en nuestro caso una angiografía en la cual nos reportó la causa de la parada se logra resolver, pero como en todas las post cirugías no se puede garantizar la vida del paciente el paciente no supera las 24 horas post operatoria y presenta una nueva parada de la cual no la supera y por finalmente comprobamos que a pesar de resolver la causa puede regresar una nueva paralización de actividades y a pesar de la medicación administrada, técnicas de reanimación el caso entra al 1% de las personas que no salen de un paro cardiorrespiratorio.

Referencias

- Allen, N. (2022). Cardiomiopatía dilatada. *Mayo Clinic*. <https://acortar.link/hmmWG0>
- Bougouin, W. (2017). Paro cardíaco. *EMC—Tratado de Medicina*.
- Liu, M. S. (2019). *Mechanical chest compression with LUCAS device does not improve clinical outcome in out-of-hospital cardiac arrest patients: A systematic review and meta-analysis*. Medicine.
- Loes Mandigers, A.C. (2022). Revisión sistemática y metanálisis que compara la duración con flujo bajo de la reanimación cardiopulmonar extracorpórea y convencional. *Cirugía torácica cardiovascular Interact*.
- Lopez-Jaramillo, P., Joseph, P., Lopez-Lopez, J. P., Lanas, F., Avezum, A., Diaz, R., Camacho, P. A., Seron, P., Oliveira, G., Orlandini, A., Rangarajan, S., Islam, S., & Yusuf, S. (2022). Risk factors, cardiovascular disease, and mortality in South America: a PURE substudy. *European Heart Journal*, 43(30), 2841–2851, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac113>

- Luo, J., Zhou, Z., Chen, K., Lin, J., Cai, C., & Zeng, Z. (2022). Implantation of a dual-chamber pacemaker in a patient with dextrocardia and sick sinus syndrome: a case report. *The Journal of International Medical Research*, 50(3). <https://doi.org/10.1177/03000605221088551>
- Manterola, C., & Otzen, T. (2014). Estudios Observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology*, 32(2). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>
- Mehrabi-Nasab, E., & Athari, S. (2023). Reporting complete heart block in a patient with polyarteritis nodosa after COVID-19 vaccination. *ESC Heart Failure*, 10(2), 1418-1421. <https://doi.org/10.1002/ehf2.14227>
- Meng-Chang Yang, W. M.-J.-Y. (2020). Angiografía coronaria o no tras paro cardíaco sin elevación del segmento ST. *Medicina (Baltimore)*.
- Ministerio de Salud Pública. (2023, 31 de enero). *Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca retomó la colocación de marcapasos*. <https://www.salud.gob.ec/hospital-vicente-corral-moscoso-de-cuenca-retomo-la-colocacion-de-marcapasos/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020, 29 de septiembre). *MSP previene enfermedades cardiovasculares con estrategias para disminuir los factores de riesgo*. <https://www.salud.gob.ec/msp-previene-enfermedades-cardiovasculares-con-estrategias-para-disminuir-los-factores-de-riesgo/>
- Moreira-Díaz, L., Palenzuela-Ramos, Y., Borges-Damas, L., & Gamboa-Díaz, Y. (2020). Factores de riesgo para el bloqueo auriculoventricular en pacientes con infarto inferior de miocardio. *Revista Científico Estudiantil 16 de Abril. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana*, 59(276), 1-6. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2020/abr20276d.pdf>
- Myat, A. S. (2018). *Out-of-hospital cardiac arrest: current concepts*. Lancet.
- Natsheh, A., Shimony, D., Bogot, N., Nesher, G., & Breuer, G. (2019,). Complete heart block in lupus. *Lupus*, 28(13), 1589–1593. <https://doi.org/10.1177/0961203319881198>
- Leppert, B., & Kelly, C. R. (ed.). (2022). *Netter. Un abordaje integrado de la medicina. De la patogenicia al tratamiento*. Elsevier España.
- Niggemeyer, Á. (2007). Novedades en resucitación cardiopulmonar. *Revista Uruguay de Cardiología*, 110-115.
- Oulego-Erroz, I., Castro-Vecino, P., Ocaña-Alcober, C., Gutiérrez-Marqués, S., Martínez-Badás, J., & Centeno-Jiménez, M. (2021). Bloqueo auriculoventricular completo asociado a infección por virus respiratorio sincitial: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Anales de Pediatría*, 94(6), 417-419. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320302149?pes=vor>
- Pachon, M. J., Ortencio, F., Pachon, M. E., Lobo, T., Santillana, T., Pachon, C., Cunha, M. Z., Pachon, J. C., Zerpa, J. C., & Carneiro Amarante, R. (2022). Treatment of Symptomatic Functional Atrioventricular Block by Cardioneuroablation as an Alternative to Pacemaker Implantation. *JACC. Case reports*, 4(15), 990–995.

- Papadakis, M., McPhee, S., Rabow, M., & McQuaid, K. (2022). Diagnóstico clínico y tratamiento. En T. M. Bashore, C. B. Granger, K. P. Jackson, & M. R. Patel (ed.). *Bloqueo auriculoventricular* (pp. 10-29). McGraw Hill.
- Patel, K. (2023). *Cardiac Arrest*. StatPearls Publishing.
- Pedro Azcárate, J. G. (2023). Ecocardiograma transesofágico en la valoración del taponamiento cardíaco. *Revista de Ecocardiografía Práctica y Otras Técnicas de Imagen Cardíaca*.
- Peregrina-Chávez, A., Ramírez-Galindo, M., Chávez-Martínez, R., Delahanty-Delgado, C., & Vazquez-Alaniz, F. (2018). Full Atrioventricular Block Secondary to Acute Poisoning Mercury: A Case Report. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph15040657>
- Pérez-Villacastín, J., & Borrego-Bernabé, L. (2022). *Electrocardiograma para el Clínico. Experto Universitario en Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca y Enfermedad Coronaria, Sociedad Española de Cardiología*. Editorial Médica Panamericana.
- Peter Wang, S. B. (2018). Compresiones torácicas mecánicas versus manuales para el paro cardíaco. *The Cochrane database of systematic reviews*.
- Pons-Riverola, A., Mañas, P., Claver, E., Meroño, O., Comín-Colet, J., & Anguera, I. (2023). Bloqueo auriculoventricular de tercer grado asociado a la vacuna de ARNm contra el SARS-CoV-2. *Revista Española de Cardiología*, 76(5), 384-386. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9760634/>
- Prochnau, D., Kühnemund, J., & Heyne, J. (2022). Reversible high-grade atrioventricular block with septal myocardial edema in Lyme carditis. *Herzschrittmachertherapie & Elektrophysiologie*, 33(3), 327-329. <https://doi.org/10.1007/s00399-022-00879-3>
- Pyo, Y., & Nyoungh Chung, T. (2022). Effect of corticosteroid administration on cardiac arrest: a systematic review and network meta-analysis of the timing of administration. *Clinical and experimental emergency medicine*, 286-295. <https://doi.org/10.15441/ceem.22.371>
- Salazar, J., Rengijo, D., & Cárdenas, L. (2022). Bloqueo auriculoventricular completo irreversible en una mujer adulta con lupus eritematoso sistémico: Reporte de caso clínico. *Hospital de Especialidades Eugenio Espejo*. <http://hee.gob.ec/?p=22313>
- Sandroni, C. N. (2022). Temperature control after cardiac arrest. *Critical care*, 361.
- Seitler, S., Rafiq, I., & Behar, J. (2022). Long term clinical outcomes in patients requiring cardiac pacing due to congenital complete heart block. *International Journal of Cardiology Congenital Heart Disease*, 9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666668522000209>
- Senst, B. K. (2022). *Cardiac Surgery*. StatPearls Publishing.
- Shan, R., Ning, Y., Ma, Y., Liu, S., Wu, J., Fan, X., Lv, J., Wang, B., Li, S., & Li, L. (2021). Prevalence and risk factors of atrioventricular block among 15 million Chinese health examination participants in 2018: a nation-wide cross-sectional study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12872-021-02105-3>

- Sharif, M., Khan, A., Khaleeqe, M., Haffar, A., Jaiswal, V., Song, D., Abdelghffar, M., Ahmad, S., Almas, T., & Hanif, M. (2021). Complete heart block in patients infected with SARS-CoV-2: A case series from a developing country. *Annals of Medicine and Surgery*, 69. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102828>
- Sharma, N. K. (2023). *Acute Cardiac Tamponade*. StatPearls Publishing.
- Smits, R. L. A., van Dongen, L. H., Blom, M. T., Tan, H. L., van Valkengoed, I. G. M. (2022). Gender-related factors and out-of-hospital cardiac arrest incidence in women and men: analysis of a population-based cohort study in the Netherlands. *J Epidemiol Community Health*, 76(9), 800-808. <https://doi.org/10.1136/jech-2021-218329>
- Sociedad Española de Cardiología y Fundación Española del Corazón. (2023). *Ficha del paciente: Ecocardiograma*. <https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/recursos-didacticos/fichas.html?download=40:ficha-ecocardiograma>
- Sonne, J. G. O. (2023). *Dopamine*. StatPearls Publishing.
- Stashko, E., & Meer, J.M. (2023). Taponamiento cardíaco. *StatPearls*.
- Sullivan, T., Rogalska, A., & Vargas, L. (2020). Atrioventricular Block in Pregnancy: 15.8 Seconds of Asystole. *Cureus*, 12(9). <https://doi.org/10.7759/cureus.10720>
- Sülü, A., Kafalı, H., Kamalı, H., Genç, S., Onan, I., Haydin, S., Guzeltas, A., & Ergul, Y. (2023). Clinical Characteristics and Mid-term Follow-up in Children with Isolated Complete Atrioventricular Block. *Anatolian Journal of Cardiology*, 27(2), 106–112. <https://doi.org/10.14744/AnatolJCardiol.2022.2235>
- Tamis-Holland, J. E. E. (2019). Contemporary Diagnosis and Management of Patients With Myocardial Infarction in the Absence of Obstructive Coronary Artery Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*.
- Tan, Y. K. (2022). The role of head-up cardiopulmonary resuscitation in sudden cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Annals of translational medicine*, 515.
- The American College Of Cardiology Foundation. (2022). Cardiovascular Disease in Tropical Latin America. *Journal Of The American College Of Cardiology*, 80(25). <https://acortar.link/fRzbDr>
- Thibodeau, J. W. (2022). Out-of-hospital cardiac arrest in Africa: a scoping review. *BMJ open*.
- Titilope, O., & Bhardwaj, A. (2023). Prone Cardiopulmonary Resuscitation. *StatPearls Publishing*.
- Twohig, C. J. (2019). A systematic literature review and meta-analysis of the effectiveness of extracorporeal-CPR versus conventional-CPR for adult patients in cardiac arrest. *Journal of the Intensive Care Society*, 347-357.
- Uny, I. A. (2023). Barriers and facilitators to delivering bystander cardiopulmonary resuscitation in deprived communities: a systematic review. *Perspectives in public health*, 43-53.

- van der Lingen, A.C. (2022). Arritmias ventriculares recurrentes y mortalidad en supervivientes de paro cardíaco de causa reversible con y sin desfibrilador automático implantable: una revisión sistemática. *Resuscitation*, 76-90.
- Vega, R. M., Kaur, H., & Sasaki, J. (2023). *Paro cardiopulmonar en niños*. StatPearls.
- Vélez-Páez, J., Montalvo-Villagomez, M., Irigoyen-Mogro, E., & Molina-Vasquez, P. (2020). Bloqueo auriculo-ventricular avanzado y bradicardia extrema como síntomas iniciales de Covid-19: Reporte de un caso. *Revista Bionatura*, 5(2). <https://www.revis-tabionatura.com/files/2020.05.02.9.pdf>
- Wei, J., Peng, H., & Li, H. (2022). Case report of paroxysmal atrioventricular block and ventricular arrest in a young pregnant woman: What is the mechanism? *Annals of non-invasive electrocardiology : the official journal of the International Society for Holter and Noninvasive Electrocardiology, Inc*, 27(2). <https://doi.org/10.1111/anec.12909>
- Welbourn, C., & Efstathiou, N. (2018). How does the length of cardiopulmonary resuscitation affect brain damage in patients surviving cardiac arrest? A systematic review. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 26(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0476-3>
- World Health Organization. (2021, 11 june). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Yan, S. G. (2020). The global survival rate among adult out-of-hospital cardiac arrest patients who received cardiopulmonary resuscitation: a systematic review and meta-analysis. *Critical care (London, England)*, 61.

Cardiac patient with asystole: a case report **Paciente cardíaco com assistolia: relato de caso**

Magaly Luna

<http://orcid.org/0000-0001-9118-0868>

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

magaly.luna.31@est.ucacue.edu.ec

Licenciada en Enfermería, con experiencia hospitalaria, estudiante del Máster en Gestión de Cuidados de la Universidad Católica de Cuenca.

María Morgado

<http://orcid.org/0000-0003-0216-3666>

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

gmorgado@unab.cl

Enfermera Matrona y Licenciada en Enfermería. Magíster en Ciencias Médicas con mención en Infecciones Hospitalarias y Epidemiología Hospitalaria de la Universidad de Valparaíso.

Doctorado en Enfermería de la UNAB. Diplomado en Estadística en Salud, Universidad de Chile. Diplomado en Docencia para la Educación Superior, UNAB. Diplomado en Evaluación del Aprendizaje en Educación Superior, UNAB.

Gloria Pogyo

<http://orcid.org/0000-0002-7865-4050>

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

glpogyom@ucacue.edu.ec

Diplomada en Enfermería por la Universidad de Cuenca. Especialista en Enfermería Clínica por la Universidad de Cuenca. Master en Gestión de Cuidados por la Universidad Católica de Cuenca. Diplomada en Desarrollo del Pensamiento Crítico por la Universidad Católica de Cuenca. Docente en la carrera de Enfermería durante 13 años en la Universidad Católica de Cuenca. Cursando estudios de Doctorado en Enfermería en la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo.

Abstract

Asystole, or cardiac arrest, is the cessation of a person's heart at this time, timing is very important, action must be taken immediately, and appropriate treatment prescribed. Asystole is caused by diseases and conditions that may be specific to the heart (coronary heart disease) or non-cardiac (trauma, hemorrhage, asphyxia, and intoxication). The objective is to determine the management of patients with asystole to introduce new or educational aspects of the disease. The methodology used was a retrospective descriptive method with a clinical history collection technique that reviewed pathological history, personal history, signs and symptoms, cause of asystole and treatment given to the patient. The results based on the review of the clinical history of the patient with asystole, it was found that it was a paralysis of systemic functions caused by changes in the cardiac muscle, so maneuvers were performed to resuscitate the heart, but in the second episode he did not overcome it, the asystole continued, and the patient died. The conclusions that this study provided all the legal basis for data collection, identity preserved in all claims, supported by scientific verification Scopus, Pubmed for relevant discussion. Eventually, it was concluded that only one in 100 people suffering from asystole will die.

Keywords: Asystole; interrupted cardiopulmonary; cardiorespiratory arrest.

Resumo

A assistolia, ou parada cardíaca, é a parada do coração de uma pessoa. Nesse momento, o tempo é muito importante, a ação deve ser tomada imediatamente e o tratamento adequado deve ser prescrito. A assistolia é causada por doenças e condições que podem ser específicas do coração (doença cardíaca coronariana) ou não cardíacas (trauma, hemorragia, asfixia e envenenamento). O objetivo é determinar o manejo de pacientes com assistolia a fim de introduzir aspectos novos ou educacionais da doença. A metodologia utilizada foi um método descritivo retrospectivo com uma técnica de coleta de histórico clínico que analisou o histórico patológico, o histórico pessoal, os sinais e sintomas, a causa da assistolia e o tratamento dado ao paciente. Os resultados, com base na revisão da história clínica do paciente com assistolia, constataram que se tratava de uma paralisia das funções sistêmicas causada por alterações no músculo cardíaco, por isso foram realizadas manobras para ressuscitar o coração, mas no segundo episódio ele não superou, a assistolia continuou e o paciente morreu. As conclusões de que este estudo forneceu toda a base legal para a coleta de dados, identidade preservada em todas as alegações, apoiadas por verificação científica Scopus, Pubmed para discussão relevante. Por fim, concluiu-se que apenas uma em cada 100 pessoas que sofrem de assistolia morrerá.

Palavras-chave: Assistolia; Parada cardiopulmonar; Parada cardiorrespiratória; Parada cardíaca; Insuficiência cardíaca.

Atención obstétrica y perinatal en pandemia por Covid-19: experiencias y percepciones de agentes de salud en Córdoba, Argentina

Magdalena Arnao Bergero, y Ana Inés Lázzaro

Resumen

Durante la pandemia por Coronavirus-19 en Argentina (2020-2021), la atención médica se vio abocada a paliar los efectos del COVID, impactando en todos los servicios de salud, entre ellos el de obstetricia. En este trabajo, buscamos indagar acerca de los cambios ocurridos en la atención perinatal durante la emergencia sanitaria y cómo fueron vividos por parte del personal médico implicado en la atención de embarazos y partos. Se trató de un estudio exploratorio de carácter cualitativo no representativo, basado en entrevistas estructuradas realizadas a profesionales del servicio de ginecología y obstetricia de hospitales de Córdoba. El objetivo fue realizar un diagnóstico de situación preliminar, buscando ahondar en la comprensión de las condiciones de posibilidad de un modelo de atención obstétrica de carácter mecanicista y de marcada ausencia de derechos. Advertimos la profundización de estas tendencias dado el contexto de emergencia sanitaria como así también la necesidad de atender a la multiplicidad de aristas, tales como: estructurales, materiales, simbólicas, subjetivas, vinculares, institucionales, laborales, que se entretajan a la hora de pensar en los facilitadores y obstaculizadores para la garantía de derechos en el embarazo, parto y nacimiento.

Palabras clave:

Derechos sexuales y reproductivos; Embarazos; Pandemia; Personal médico; Servicios de salud.

Arnao Bergero, M., y Lázzaro, A. I. (2024). Atención obstétrica y perinatal en pandemia por Covid-19: experiencias y percepciones de agentes de salud en Córdoba, Argentina. En G. Barrero (Ed). *Avances científicos en patologías y estudios clínicos en salud*. (pp. 76-97). Religación Press; Atik Editorial <http://doi.org/10.46652/religacionpress.155.c125>



Introducción

Durante el año 2020, el mundo se vio paralizado por la pandemia por Covid-19, afectando al sistema sanitario en el mundo, abocado casi en su totalidad a paliar los efectos del Coronavirus. En Argentina, la mayoría de los servicios hospitalarios atravesaron cambios profundos siendo, en algunos casos, suspendidos durante los momentos más críticos de la emergencia sanitaria. En nuestro país las medidas de ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) dieron inicio el 20 de marzo de 2020, a partir de lo cual la atención de embarazos y nacimientos se vio modificada adecuándose a las restricciones que imperaban en la escena sanitaria y social.

Durante la fecha de abril a julio de 2020 llevamos adelante una investigación sobre la situación de las gestaciones y partos con el objetivo de conocer cómo se vieron afectados los servicios de obstetricia y de qué manera esta situación incidió en la atención de embarazos y partos en términos de acceso a derechos y consecuencias subjetivas para las usuarias (Lázzaro & Arnao Bergero, 2021). Se trató de un relevamiento/encuesta online en el cual participaron 370 personas de las principales urbes del país (Buenos Aires, Rosario y Córdoba) que cursaron sus gestaciones o parieron en los primeros meses de la pandemia (abril a julio 2020). Los hallazgos nos llevaron, por un lado, a conocer la situación que se estaba viviendo y que confirmaba lo que venían advirtiendo algunas organizaciones de lucha por los derechos del parto: suspensión de controles y estudios, falta de comunicación e información, suspensión del acompañamiento en los partos como algunas de las medidas adoptadas por la mayoría de las instituciones de salud.

Por otro lado, los resultados advirtieron sobre la alta frecuencia de emociones negativas y malestar por parte de la población encuestada y que analizamos en términos de *marcas subjetivas*, poniendo de relieve el estado de desinformación sobre protocolos de atención como factor clave para dicho malestar y también el recrudecimiento en la vulneración de derechos perinatales (contemplados en marcos legislativos vigentes) como parte de los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas gestantes. En dicho trabajo, dejamos abierta la pregunta de qué hizo posible que el sistema de salud respondiera con *desinformación y desamparo* a las usuarias, sobre todo, si tenemos en cuenta que se trata de un modelo de atención perinatal signado por el control y monitoreo continuo sobre los procesos gestacionales.

Es importante aclarar que gran parte de las vulneraciones de derechos detectadas son previas a la emergencia sanitaria. En efecto, en Argentina contamos desde 2004 con la ley 25.929 de Parto Respetado/Humanizado como así también, la ley 26.485 que enuncia la violencia obstétrica como violencia de género ejercida para con las gestantes por el personal de salud. A pesar del tiempo transcurrido de la promulgación de estos derechos,

su implementación es ampliamente resistida y se da en casos excepcionales (Canevari, 2022) mientras que la violencia obstétrica es una violencia profundamente naturalizada y poco reconocida incluso por quienes la padecen.

Con la necesidad de repensar las estrategias y mecanismos que nos permitan avanzar en la efectivización de las mencionadas leyes, decidimos continuar nuestro relevamiento indagando, esta vez, cuáles fueron los cambios y acontecimientos que se dieron en la atención perinatal en Córdoba durante la emergencia sanitaria, desde la perspectiva de agentes de salud. Es decir, buscando conocer *lo que pasó* a partir de las experiencias y percepciones de las/os profesionales implicadas/os en la atención de embarazos y partos: cómo fueron vividos estos cambios y las condiciones de su actuación.

Estos testimonios, creemos, son fundamentales a la hora entender cómo se organiza la atención obstétrica en clave situada a la vez que permite, desde las vivencias, adentrarse en la compleja trama que suponen las instituciones de salud y cómo se estructuran los mecanismos de atención que habilitan y/u obstaculizan, en este caso, los derechos del parto y nacimiento.

Las razones por las cuales queremos indagar el punto de vista médico en torno a la atención obstétrica son diversas y se encuentran entrelazadas. En primer lugar, porque las experiencias y percepciones de las/os agentes de salud sobre los procesos gestacionales es algo muy poco explorado, a pesar de la cada vez más vasta y prolífica literatura en torno a derechos perinatales, violencia obstétrica, parto respetado y temáticas afines (Quattrocchi et al., 2020; Castro et al., 2022). Aquí referimos a la línea de Roberto Castro (2014), Castro & Erviti (2015) quienes, en clave sociológica, profundizan en la configuración del *campo médico obstétrico* y del *habitus médico autoritario*, basado en lógicas jerárquicas heteropatriarcales. En nuestra provincia, destacamos la tesis de grado en antropología de Lucía Reano (2019), quien llevó adelante una etnografía de la cátedra de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba en la que indaga cómo las/os futuras/os profesionales en el campo obstétrico aprenden a *hacer partos*, incorporando no solo un saber hacer en torno a partos y nacimientos sino un modo específico del ejercicio del rol médico.

Por otro lado, uno de los supuestos más extendidos en la literatura en cuestión es el que define al sistema de salud dentro del paradigma médico hegemónico o biomédico y que dialoga íntimamente con el sistema patriarcal y heteronormativo, especialmente en la asistencia de embarazos y partos y salud (no) reproductiva en general (Sadler, 2004; Montero & Leida, 2017; Borges, 2018; Espinoza Reyes, 2022). Sin embargo, podemos afirmar que, como toda institución, el sistema médico no es un espacio homogéneo, sin tensiones e intersticios. Por esto, consideramos necesario abordar el sistema salud en su complejidad

a la hora de comprender el terreno sobre el cual se asienta la vulneración de derechos, especialmente en territorios como el nuestro, atravesados por diversas desigualdades a lo largo del tejido social. En efecto, la necesidad de ampliar y complejizar estas lecturas va de la mano de la pregunta acerca de cuáles son las *condiciones de posibilidad* de las violencias en general y, en particular, en el sistema médico para contar con herramientas más robustas a la hora de promover cambios en la atención obstétrica.

Metodología

Se trata de un estudio exploratorio de carácter cualitativo no representativo, basado en entrevistas estructuradas (Guber, 2005) realizadas a profesionales médicas/os del servicio de ginecología y obstetricia de la provincia de Córdoba, que estuvieron en sus funciones desde el comienzo de la cuarentena (marzo 2020) hasta la fecha de la entrevista (abril-junio 2022). En tanto se trata de una investigación en curso, presentamos aquí algunos de los hallazgos preliminares.

Para este análisis, uno de los principales aspectos que tuvimos en cuenta sobre la muestra fueron los *lugares de trabajo* de las/os entrevistadas/os, buscando mostrar un panorama de lo acaecido especialmente en el ámbito público de atención, puesto que refiere a la única opción gratuita para las usuarias y en donde tienen lugar la mayoría de los controles de embarazo y partos de la provincia.

Más precisamente, tomamos testimonios de 6 profesionales de 5 grandes hospitales públicos (uno de ellos hospital COVID desde el comienzo y otro que se volvió COVID en 2021, a la vez tres de los profesionales se desempeñan también en Hospitales privados) y un Centro de Atención Municipal de Nivel Secundario (ámbito público), en donde no se atienden partos, pero se hacen controles y seguimientos de embarazos y que también devino en ‘Centro de Testeo COVID’. La metodología de acceso a las/os entrevistadas/os fue por bola de nieve. Si bien se trata de un estudio no representativo, el hecho de presentar testimonios de centros de salud de distinta característica consideramos aporta a la variedad de la trama.

El guión de las entrevistas se estructuró en dos grandes dimensiones: i. ¿qué pasó? ii. ¿cómo lo vivenciaron?, a fines de atender a algunas condiciones materiales/estructurales como a las experiencias subjetivas y vinculares que atravesaron las/os profesionales. Todos los testimonios fueron grabados con su consentimiento para uso con fines científicos y se garantizó el anonimato y confidencialidad de estos. Por tal motivo, no se especifican sus nombres como así tampoco el hospital o clínica donde trabajan para evitar su posible identificación.

El análisis de datos se realizó mediante el análisis de contenido (Bardin, 1996), sistematizando recurrencias y redundancias en las respuestas para la reconstrucción de acontecimientos y líneas de interpretación con relación a los objetivos planteados, pero también a los emergentes que surgieran. A partir de esta técnica se consolidaron tres instancias: a) Observación preliminar: orden y organización del material y emergencia de las primeras líneas de análisis; b) Exploración exhaustiva del material, analizando las respuestas de manera individual y agrupándolas función de las redundancias/regularidades encontradas. c) Tratamiento de datos e interpretaciones pertinentes, identificando aspectos en común que conformaron las dimensiones de análisis, como así también aquellos no ponderados de antemano e interrogantes a seguir indagando.

Resultados

A partir de la agrupación y análisis de los testimonios relevados, estructuramos los hallazgos principales en cuatro grandes dimensiones. Hemos ilustrado las ideas con testimonios de las entrevistas consignadas por el número de esta y si se desempeña en el sistema público, privado o ambos (ej.: Entrevista 3, público-privado), mientras que las palabras o expresiones breves con doble comilla son también tomadas textualmente de las entrevistas, pero sin referencia para no entorpecer la lectura.

“Al principio fue un pandemonium”: cambios en la atención perinatal y protocolos en contexto de pandemia

En esta dimensión buscamos identificar los principales cambios en torno a la atención médica obstétrica que se dieron desde el inicio de la emergencia sanitaria, intentando reconstruir cómo se procedió, cómo se iban introduciendo y /o modificando las pautas de atención, de dónde procedían los lineamientos y cómo repercutían en las dinámicas de trabajo.

Identificamos un primer momento que las/os entrevistada/os refieren como el “más restrictivo” y cuya duración fue variable, según se trate del ámbito público o privado, como así también de cada institución en particular. Como línea general, el primer mes significó la suspensión total de controles. En palabras de un entrevistado, al comienzo fue un “pandemonium”: se sabía poco del contagio, de la evolución del virus, de la protección y por eso “se suspendió todo de improviso” (Entrevista 5, público-privado). Esto es, la decisión de las autoridades sanitarias fue, para todos los sectores y servicios de salud, la de suspender por completo las consultas médicas y, en ello, el seguimiento y controles de embarazos dejando a las gestantes “a la deriva”.

En los relatos, aparece una segmentación temporal que da cuenta de dos grandes momentos (“en un primer momento” “al principio” y “después” “luego de esa primera etapa”) pero cuya duración no se puede especificar de modo homogéneo, ni tampoco las razones que están detrás del inicio y fin de cada una. Aunque no generalizable, como veremos más adelante, el manejo de los tiempos fue cobrando dimensión analítica en tanto advertimos coincidía con las condiciones materiales y simbólicas de cada institución.

Entonces, en esta “primera etapa” lo único que quedó funcionando fueron las guardias, las cuales se vieron sobrecargadas al recibir un gran caudal de pacientes que no necesariamente iban por urgencias o emergencias, pero ante la falta de controles no tenían a dónde acudir. El primer mes, aproximadamente, fue igual para todas las instituciones sean públicas o privadas, pero pasado este tiempo los centros privados fueron flexibilizando las restricciones como también generando “otras opciones” (seguimiento vía WhatsApp o telemedicina, por ejemplo). En el sector público la reapertura demoró más, llegando a prolongarse por varios meses y hasta más de un año en algunos casos.

Otra situación particularmente sensible fue la del acompañamiento en el parto (uno de los principales lineamientos de la ley 25.929 de Parto Respetado). En los hospitales públicos que se volvieron Centros COVID se suspendió toda la atención al embarazo y parto, incluso por la guardia (a menos que “llegaran en el expulsivo o casi” en donde se hacía la salvedad de ingresarlas). En este sentido, en los hospitales COVID, pasados los meses, no hubo flexibilización alguna sino, por el contrario, las pacientes que llegaban a la guardia a parir eran rechazadas debiendo peregrinar a otra institución: “Teníamos que decirle a una mujer que venía que tenía contracciones: te vas a tener que ir a otra maternidad porque acá todavía no nos han autorizado” (Entrevista 6, público-privado). “Se le tenía que decir ‘mamá mirá, estas en trabajo de parto, el hospital en este momento es COVID, no te podemos brindar asistencia ¿sí?’” (Entrevista 5, público-privado)

Según nuestras/os informantes, no hubo ningún memorándum o protocolo que impidiera el acompañamiento de manera específica, aunque la mayoría de las instituciones implementó esta medida. Coinciden, no obstante, en que fue una decisión sensata sobre todo al comienzo de la pandemia, pues había poca información sobre el virus. Pero también, reconocen, demoró mucho tiempo en volver a permitirse el acompañamiento de las pacientes en situaciones de parto. Especialmente en el ámbito público, como decíamos, que se reestableció a fines del 2021, e incluso 2022.

Creo que estuvo bien al principio no permitir el acompañamiento, porque tampoco se sabía, nadie sabía nada. Nosotros no tenemos a nadie que controle el ingreso y egreso de la gente, estamos en una zona muy desprotegida, y siempre circulan millones de personas. O sea, si en ese momento no se hubieran puesto un poco más heavy y hubiera sido una situación de riesgo para todos, además en las salas hay niños, hay bebés, la sala de puerperas (...) Tardó más un año para que digan: “Paciente que se ingresa, paciente que se hisopa”, pero no había para hisopar a todo el mundo. Entonces fue una situación muy difícil de manejar porque había falta de recursos, agarró al sistema de salud completamente desprevenido. (Entrevista 2, público)

Lo dicho da cuenta de que para garantizar el derecho al acompañamiento en pandemia se requería tanto de la infraestructura adecuada como de los recursos materiales para evitar los contagios. Por esto, una de las primeras razones para que la suspensión de acompañamiento continuara en el tiempo, especialmente dentro del ámbito público, estuvieran ligadas a la saturación del sistema, carencias materiales y de infraestructura, desorganización y/o concentración de la atención en COVID.

Sin embargo, al referir a la flexibilización en el acompañamiento también incidieron otros factores. En tanto las últimas decisiones eran tomadas por las/os directoras/es y/o jefas/es de servicio, en algunas instituciones -negociaciones mediante- permitieron cierta flexibilidad mientras que, en otras, no hubo buena predisposición para ello. En algunos casos, dicha apertura fue movilizada por profesionales atentas/os a la ley de parto respetado, a la dimensión psico-afectiva de las gestantes y a la evidencia científica de su importancia. O, por ejemplo, en el caso de un hospital público, debido a la “denuncia de las usuarias” (Entrevista 2, público) se volvió a habilitar el acompañamiento en algunas guardias, pero no en todas. Como puede verse en este caso, las guardias de un mismo hospital mantuvieron criterios de atención disímiles, lo que dificulta la generalización incluso al interior de la institución.

Por otro lado, no sólo incidieron los aspectos infraestructurales y los lineamientos de la dirección sino también el posicionamiento de las/os agentes de salud en la apertura o no al acompañamiento en el parto. En algunos casos, las/os entrevistadas/os refieren a las “tendencias en contra del acompañamiento” que preexistían a la pandemia, las cuales se vieron profundizadas en este contexto de crisis. Una obstetra cuenta que, en las dos instituciones públicas donde trabaja:

[las enfermeras], onda se paraban ahí ‘No, lejos, no podés pasar, no, lejos ahí’ esa situación de maltrato me daba cuenta como si fuera una excusa, aprovechar el momento y poner en práctica esta parte. Esa sensación me dio, por supuesto que no de todos. (Entrevista 3, público-privado)

En definitiva, fueron varios los factores que se entrecruzaron a la hora de hacer valer un protocolo u otro pues pasado el primer mes, como veremos, empezó a darse un “manejo más artesanal” (Entrevista 1, privado) de las pautas de acción y atención.

Dimensión informativa y comunicativa

Otra de las dimensiones de análisis es la relativa a la *información, conocimiento y comunicación* y las distintas situaciones que se suscitaron al respecto.

(Des)conocimiento: “La información no llegó porque no la había”

El desconocimiento sobre el virus, su contagio y evolución de la infección fue lo que marcó la primera etapa, tanto a nivel de protocolos, de reacomodamiento institucional como también en el clima de trabajo y vivencias. Dice una obstetra:

La información nunca era suficiente. (...) Nación mandó al comienzo un protocolo, que después no lo actualizó, pero era muy escasa y errática la información. (...). Nos iban dando lineamientos para seguir, ellos lo bajaron y a ese protocolo cada uno lo aplicaba de acuerdo con su posibilidad. (...). Pero también entiendo que hubo mucho desconocimiento, la información no llegó porque no la había. (Entrevista 1, privado)

El primer protocolo, y que marcó la suspensión total de controles y consultorios vino del Ministerio de Salud de la Nación, pero las actualizaciones fueron realizadas principalmente por el Ministerio de Salud la Provincia de Córdoba y el COE (Centro de Operaciones de Emergencia) como así también cada institución tuvo cierta libertad para armar sus propios criterios de acción, aunque siempre en función a las pautas de anti-contagio que eran supervisadas por el COE.

Si bien respecto a algunas cuestiones hubo una directiva muy concreta, en otras cuestiones no había claridad, lo que habilitaba a la asunción de diferentes medidas según el caso e incluso, como decíamos, contrapuestas en tanto permitieron que “las guardias se ajustaran a su propio criterio (...) hay guardias que son más amigables, entonces dejaban pasar, sin pedir hisopado ni nada y otras que directamente no, nada” (Entrevista 2, público). O como también nos relataban: “Hubo mucho manejo artesanal de los protocolos, de ir guiándose de acuerdo con los protocolos que escuchaban que se aplicaban en otras instituciones” (Entrevista 1, privado), dando cuenta las distintas posibilidades, posturas, negociaciones al interior de la institución, entre otras situaciones emergentes.

(Des)información: “La información era insuficiente” y con “desfasajes”

Una vez pasados esos primeros meses signados por la incógnita y con un poco más de conocimiento (y tranquilidad) respecto al virus, las/os entrevistadas/os refieren a otro tipo de “desinformación”, más ligada a las diferencias de criterios entre un memorándum y otro en cuanto a las medidas a adoptar, o incluso entre los criterios que asumía la propia institución. Cuenta una obstetra:

La mayoría de las veces siempre estuvimos perdidos, porque como cambiaba todo el tiempo una información respecto de la otra. Algunas guardias permitían el ingreso y nosotros teníamos pegados carteles en la sala de médicos que decían que no. Hubo denuncias al respecto [por parte de las usuarias], así que a partir de las denuncias el director de servicio decía ‘Bueno ahora volvemos a abrir’. Se iba y se venía todo el tiempo. (...) Cuando no hay un lineamiento claro, se vuelve difícil. (Entrevista 2, público)

Esta situación de ambigüedad “redundaba en desinformación, tanto en las usuarias como en los profesionales” (Entrevista 2, público) como así también se generaban “desfasajes” que dejaban a las/os agentes de salud sin la claridad necesaria para saber si estaba bien lo que estaban haciendo: “Entonces había un memorándum que decía ‘No se opera nada’ pero vos veías que traumatología operaba, entonces vos decías ¿qué onda, por qué yo no puedo lo hacer? (Entrevista 6, público-privado).

Por otra parte, la mayoría de las/os informantes comenta que el Ministerio de Salud de la Nación, de Provincia, y el COE pusieron su énfasis en la baja de memos o protocolos en relación con la circulación de personas y comportamientos para evitar la saturación del sistema por contagios masivos. En cuanto a las dimensiones más vinculadas a la atención, cuidados, médica, capacitaciones sobre la pandemia, la información fue “errática” e “insuficiente” y si bien hubo distintas instancias de actualización, éstas no contaron con amplia difusión, sino que corría por cuenta de cada profesional (y/o sus redes de contacto) el enterarse y acceder a las mismas:

Muchas de las capacitaciones de las que fui parte las encontré buscando y buscando y me metía “ahhh mirá” y lo difundía más como iniciativa mía, no era una actualización que bajaban para que todo el mundo haga (...) entre nosotros nos íbamos pasando los datos. (Entrevista 4, público)

De esta manera, mientras unas/os refieren a las diferentes instancias de encuentro, otras/os dicen no haber recibido ningún tipo de capacitación o actualización respecto al COVID más que la del protocolo anti-contagio.

Canales de comunicación con las usuarias

Todas/os las/os entrevistadas/os dicen que la comunicación con las pacientes no fue una preocupación ni un tema de conversación explícito en los equipos de salud ni a nivel institucional. Tampoco hubo algún lineamiento, directiva o siquiera referencia por parte de las autoridades sanitarias. Directamente “no se hablaba ni se mencionaba” (Entrevista 2, público). Las pacientes se enteraban de los cambios y reestructuraciones del servicio “por carteles o les decía la secretaria o alguien por detrás de ventanilla” (Entrevista 4, público). “Las pacientes se anoticiaban ahí mismo” (Entrevista 3, público-privado). “El canal era instantáneo” (Entrevista 5, público-privado), pero nunca era claro cómo iba a seguir, entonces la incertidumbre continuaba.

Por otro lado, enterarse “ahí mismo” y no ser informadas con anterioridad predisponía al “colapso de las guardias” por consultas que se podían resolver mediante otros canales o medios, a los “encuentros con el personal de salud” (tensiones), o a que llegaran con contracciones y tener que decirles que se fueran porque no las podían ingresar:

A mí me decían ‘che, no se hace nada, tienen que ir a otro lugar’ (...), se lo decía el médico cuando la paciente llegaba por guardia solicitando atención. Eso fue así. Lo cual, imagínense, además de horrible, es tremendamente desestructurante para las dos partes, te quedas ahí sin poder atender el trabajo de parto y la mujer con su bolsito no sabiendo donde va a ir a parir. (Entrevista 6, público-privado)

Como vimos anteriormente, tampoco el personal de salud estaba al tanto de los cambios sucesivos y muchas veces, no sabían cómo debían actuar de acuerdo a la información disponible, situación que “redundaba en desinformación” para con la población usuaria y lógicamente, en la calidad de la atención: “No hubo un desarrollo continuo y con cierta lógica, primero, que no te enloquezca, porque estos cuerpos la pasaron mal, y por propiedad transitiva, al usuario porque si nosotros no entendemos nada, imagínense el usuario. Una cosa completamente terrible” (Entrevista 6, público-privado).

Según comentan las personas entrevistadas que trabajan en el ámbito privado, este fue relativamente diferente, ya que se publicaba en la página web y también, eventualmente, se estableció el contacto telefónico. En algunos casos, incluso, iniciaron una vía de seguimiento telefónico personalizado para las pacientes COVID: “En el privado si había un aviso por teléfono y más adelante, un acompañamiento. La parte pública es complicada” (Entrevista 3, público-privado).

En suma, en la dimensión informativa se distinguen distintas situaciones. En un comienzo, la información disponible respecto al virus era escasa incluso para el personal

de salud, más las pautas de acción/protocolos a seguir -totalmente restrictivos- eran más claros. Este primer momento de desinformación en términos de desconocimiento impactó de lleno en la atención y en las vivencias del personal de salud. Luego, la información sobre el virus avanzaba aportando conocimiento al respecto, pero los protocolos y criterios de atención se iban diversificando, redundando en otro tipo de desinformación ligado a las pautas de acción. Este desconcierto afectó en la población usuaria quien, además de recibir información contradictoria, tampoco contaba con canales de comunicación de estas, por lo que debían acudir a las instituciones para anoticiarse, generándose situaciones de gran concurrencia al hospital y/o malestar para con el personal de salud.

“Hicimos lo que pudimos con lo que teníamos”: Condiciones materiales y simbólicas

En los relatos analizados aparecen de modo insistente las condiciones materiales como un factor determinante de la atención en el contexto de emergencia sanitaria, pero también de las experiencias asociadas a dicha situación. Las principales cuestiones que se mencionan tienen que ver con el colapso de las guardias, la escasez de recursos disponibles y la imposibilidad de dar la atención adecuada ante el aumento del flujo de personas. Al no haber seguimiento de embarazos ni controles, las guardias se volvieron consultorios y los pocos consultorios habilitados hacían tareas de guardia.

Los equipos, sobre todo para lo que se denominó *ola omicrón* (diciembre 2021), estuvieron diezmados (con guardias de sólo 2 o 3 personas). En este contexto, y en todos los casos analizados, no hubo ningún tipo de refuerzo de personal, reemplazos y tampoco descanso o licencia, ni siquiera la anual: “A todos se nos abolieron las vacaciones (...) Ha sido un año muy largo, de un trabajo muy intenso, de condiciones extenuantes, y ese cansancio si todavía lo noto, todavía no se curó.” (Entrevista 1, privado).

La falta de personal, como así también de insumos materiales básicos (barbijos, batas, o algunos medicamentos) se profundiza en este contexto, especialmente en el sector público que se vio notablemente afectado sin llegar a reponerse a la fecha de la entrevista (casi dos años después). De manera ilustrativa, nos contaba una obstetra:

[Nuestro hospital] quedó muy venido abajo, en esto que te digo de las condiciones en las que uno trabaja, duerme, come. El otro día había una cucaracha en nuestra heladera caminando por nuestra comida, que nos llevamos nosotras porque la del hospital es incomible. Entonces queda cargado como esa cuestión del cansancio en que una pone 24hs (...) el cansancio de que nos hacen trabajar en condiciones lamentables y nadie dice nada, ni mira nada porque obviamente si uno sale a hablar, fuiste, estás fuera del cargo. (Entrevista 2, público)

Una recurrencia en los relatos de quienes trabajan en el sector público refiere a la falta de recursos e insumos para el cuidado no sólo por parte de la institución sino también *de la propia población*:

En la parte pública costó mucho más que entendiesen que... y aparte es otro tipo de paciente, eh, costó más decir, bueno, vamos a permitir que entre un acompañante. En la parte privada ya se adoptó un protocolo que se lo vestía al padre, nos vestíamos nosotros, se vestía la madre, ya sabíamos del cuidado, pasados los dos tres meses que fueron los más complicados, se habilitaron los acompañamientos y ya sabíamos sobre los cuidados, en la parte privada se le daba todo el kit, *en la parte pública no teníamos kit para nosotros a veces* (...) Además no venían con el n95... venía con el barbijo de tela. (Entrevista 5, público-privado, el énfasis es nuestro)

Como decíamos, aparece el entrecruzamiento entre las condiciones materiales de trabajo y los aspectos vivenciales, emocionales que veremos más adelante, tanto a nivel social como (inter)subjetivo (clima de trabajo), en tanto abundan las expresiones acerca del “cansancio”, “agotamiento”, “sobrepasados” “desgastados” de trabajar en condiciones extenuantes y con pocos recursos. En este punto, también se evidencia una diferencia entre el sector público y privado, especialmente, en cuanto a los insumos disponibles, pero también en las estrategias para optimizar el contexto de trabajo.

[En el privado] Se armó toda estrategia entre la telemedicina y qué se podía hacer y qué no, y semana a semana se iba analizando la situación, hablando con las autoridades “te parece que vayamos por acá” ¿Cómo no se va a poder hacer eso en la parte pública? Cuando prevenir es una cosa fundamental en los sectores más vulnerables. Para mí fueron unos años de mucho retroceso, en la parte pública, sobre todo, porque en la parte privada, por lo menos donde yo estoy, se manejó todo de otra forma. (Entrevista 6, público-privado)

Por otra parte, la ausencia de contención en salud mental fue absoluta, las/os entrevistadas/os dicen que no existió ningún espacio de contención y/o apoyo institucional al respecto. Y esto, en ninguno de los dos ámbitos (público o privado) de los casos relevados. “Fue tremendo, tremendo, la parte con el sistema... cero contención, cero consideración con los actuantes del sistema de salud, todo lo contrario, inclusive presentíamos que había maltrato adrede por parte del sistema onda es lo que les tocó” (Entrevista 3, público-privado).

En ese sentido, ante las experiencias compartidas y más allá de los roces y tensiones acrecentadas por el contexto, en algunos casos las guardias se volvieron instancias de “catarsis”, un “espacio constante de descarga” (Entrevista 2, público). Por su parte, algunas/os refieren al rol de Ministerio en tanto “policía”, esto es, para “controlar”, “pesquisar”

“sancionar”, “inspeccionar” si se estaban aplicando o no algunas medidas anti-contagio, como así también la/os “vigilaban” (con cámaras) pero en ningún momento como instancia de contención y/o apoyo a los equipos de salud:

Yo creo que hubo mucho miedo, mucho control y el Ministerio estuvo acompañando poco y empatizando muy poco con los médicos y las instituciones. Sí estuvo mucho ejerciendo su función de policía con mucha inspección (...) o creo que ahí, porque lo he hablado con colegas que trabajan en otras instituciones, y todos tuvimos esa sensación de que te bajan el protocolo, pero después en la diaria faltó esa mesa de diálogo. (Entrevista 1, privado)

“Decíamos que íbamos a la guerra, sentíamos que íbamos a la guerra”. Qué les pasó, con lo que pasó: emociones, percepciones y vivencias

El clima social (de miedo, incertidumbre, angustia) que se estaba viviendo en cuanto al desconocimiento sobre el virus se vio potenciado en las instituciones de salud, las cuales estaban en el foco de la infección “Una paranoia, nosotros no sabíamos a qué bicho nos exponíamos”, (Entrevista 2, público), nos decía una entrevistada. Ciertamente, las/os agentes de salud tenían que ir a trabajar mientras el resto de la sociedad estaba en casa y con una “secuencia de trabajo toda cambiada” (Entrevista 1, privado).

Los protocolos que mantenían por fuera de la institución *se recrudecían* en tanto estaban más expuestas/os al virus (protocolos extensos y complejos para desinfectarse al entrar y salir de sus hogares, estar lejos de la familia, por ejemplo), lo que sumaba al cansancio de trabajar en situaciones extenuantes y sin descanso (vuelve a aparecer aquí el tema de las no licencias) y la tensión vivida en su contexto de trabajo. Algunas de las expresiones que aparece con más frecuencia son: “miedo”, (“pánico”, “terror”, “paranoia”), “cansancio”, “desgaste”, “extenuados”, “ansiedad”, “depresión”, “angustia”, “*burn out*”, “desorganización”, “roces entre compañeros”, “enojo”, “disconformidad”. Es muy significativo que, en algunos casos, refieren un vocabulario bélico: “ir a la guerra”, “estar en trinchera”.

Si bien todas/os refieren a que un gran miedo experimentado los primeros meses, este fue cediendo al tener más conocimiento sobre el virus y al ver que los casos estaban controlados. El miedo fue cediendo, no obstante, el cansancio y la tensión perduraron, en muchos casos, hasta la actualidad.

Mucha angustia y mucho cansancio. Primero mucho miedo. Al principio, cuando no sabías cómo te contagiabas, era angustiante. (...) Entonces el temor de ir a trabajar, después el cansancio, porque era estar todo el tiempo con protocolos nuevos, con una forma de

atender, de ser, y de hacer totalmente distinta. (...) Se han visto muchos más casos de burnt out, de ansiedad, de depresión. Gente que dijo deo esto... tengo muchos colegas que han dejado de hacer esto que hacían para hacer otra cosa, o que han renunciado a trabajos porque realmente se quemaron. Hubo mucho mucho trabajo en una situación de miedo, de desorganización, de no entender, no había médicos, no había enfermeras, no había esto, no había lo otro, muy difícil. (Entrevista 1, privado).

También aparece la sensación de “impotencia”, en cuanto a sus posibilidades de acción muy limitadas y especialmente al no poder ayudar a las pacientes o brindar la atención correspondiente:

Creo que la emoción más importante de todas fue la impotencia ¿sí? porque... que se yo, eso lo ve cada uno, pero yo trato siempre de darles contención, que es un momento lindo (...) creo que desde este lado yo sentí mucha impotencia, que no podíamos hacer otra cosa, que las teníamos solas y no podíamos hacer más, te sentís como de cierta forma atado. (Entrevista 5, público-privado)

A mí particularmente me produjo una sensación de muchísima impotencia y de vergüenza en muchos casos... una persona que llega en esta situación no la puedo ingresar, para mí era una situación muy angustiante. Y no poder dar respuesta, no poder reconfortar a una persona que viene necesitando ayuda porque está en trabajo de parto es espantoso, es la sensación de echarla a la nada, ‘acá no te podés quedar’. Así de duro. A mí me afectó mucho, a mis colegas más cercanos también. Y después empezamos a tener una sensación de inutilidad muy muy intensa, guardados ahí, sin hacer nada, ¡sin hacer nada! Y la gente yendo de un lugar a otro, sin poder acceder. (Entrevista 6, público-privado)

Esto pone en relieve la “falta de una mesa de diálogo” que refería una entrevistada, en donde las/os agentes pudieran no sólo canalizar sus emociones y vivencias sino también sus competencias, visiones y experticia en tanto profesionales de la salud.

Por otra parte, la dimensión emocional, vivencial (inter)subjetiva se encuentra íntimamente ligada a las condiciones laborales que mencionamos en el apartado anterior, ya que el “clima de trabajo” estuvo mayormente signado por el gran “cansancio” y “agotamiento” de trabajar en condiciones “intensas y extenuantes”, sin licencias ni descansos, generando un “clima hostil”:

El clima era de disconformidad. En general los profesionales de la salud vivimos lamentablemente en un sistema en el cual hay disconformidad de cómo se trabaja, de los protocolos con los que se trabaja, en general, y con la pandemia es como que eso explotó al máximo fue un momento en que uno se sintió desprotegido y fue un arreglétela como puedas.(...) Por más que el hospital te diera los medios adecuados no tuvo en cuenta situación que es muy importante como la emocional, como el cansancio, el cansancio

extremo, el agotamiento extremo, extremo, llantos he visto, situaciones fuertes fuertes. (Entrevista 3, público-privado)

Con el correr de los meses, muchos de mis compañeros empezaron a caer en depresión, muchos nos vimos en ese momento muy afectados, al punto de vernos enojados entre nosotros, gritarnos, maltratarnos, contestarnos mal, pelearnos por una pavada, un papel o una cosa irrisoria. (...) Ehhh, mucho, dentro de los que me incluyo, tomamos la decisión de iniciar o continuar tratamiento psicológico. Mucho trastorno de ansiedad, angustia y depresión, esos eran los diagnósticos que teníamos la mayoría. (Entrevista 4, público)

Innegablemente, tanto los aspectos materiales, laborales, psicológicos fomentaban un clima de trabajo plagado de tensión entre colegas que se evidenciaba en desencuentros y “peleas constantes” y “gritos”. Así nos comentaban: “Nosotros terminamos todos peleados, en la primera época más dura. Pero no peleados bien, peleados a los gritos, con personas que hace 10 años que trabajo y que sé cómo trabajan y que saben cómo trabajo.” (Entrevista 6, público-privado).

[El clima de trabajo era] Muy hostil, y si era, hostil y a la vez con un miedo muy grande. Hostilidad, miedo, reactividad emocional, sensaciones encontradas, incluso decíamos que no nos estábamos conociendo a nosotros mismos. (Entrevista 4, público)

Obviamente había roces con tus compañeros, roce con el servicio, roce con este y aquel, mucha tensión. (Entrevista 2, público)

Las cuestiones vinculares no fueron contempladas desde lo institucional, por lo que este clima se fue desarrollando y madurando durante un largo periodo quedando, en algunos casos, “secuelas irreversibles” a nivel grupal y en otros se recompuso en el último periodo “sin llegar a ser como antes” (Entrevista 6, público-privado).

Discusión

En base a lo que hemos podido observar a través de los testimonios aquí analizados, es notable la íntima relación con nuestro estudio previo centrado en el punto de vista de las usuarias del servicio de obstetricia en pandemia, cuyos principales resultados refieren a la “angustia e incertidumbre”, “desinformación”, “falta de contención”, “desatención”, sensación de “desamparo y abandono” (Lázzaro & Arnao Bergero, 2021). Muchas de estas sensaciones, aparecen también por parte de nuestras/os entrevistadas/os, lo que pone en relieve cómo las condiciones macro incidieron tanto en las pacientes como en el personal de salud.

Dicho de otro modo, advertimos con sorpresa que podíamos espejar las experiencias, percepciones y vivencias de las usuarias por un lado y las/os agentes de salud por otro sabiendo, no obstante, que las *marcas subjetivas* son diferentes en cada caso. Pero creemos que este reflejo no es azaroso, y que es una punta de ovillo significativa para comprender las condiciones de posibilidad de la garantía o de la vulneración de derechos. En otras palabras, empezar a develar la compleja trama que anuda estructuras macro y micro que configuran el sistema de salud, condiciones materiales y simbólicas y cómo se ponen en juego en los diferentes sectores y niveles de atención, relaciones de poder, derechos a la salud, derechos laborales, entre otros.

Una vez pasado el “pánico” y “paranoia” iniciales y con más conocimiento sobre el COVID, tuvieron lugar ciertas resistencias/puntos de fuga por parte de algunas/os profesionales quienes buscaron generar “flexibilidad” dentro de un contexto limitante: por ejemplo, reabriendo la posibilidad de consultas (con limitaciones), abriendo el acompañamiento al momento del parto, según iban negociando con los directivos. En otras palabras, poniendo en relieve los márgenes de acción de las/os mismas/os. Acá observamos algunas diferencias entre los sectores de salud, ya que las/os profesionales del sector público se veían fuertemente condicionados por cuestiones estructurales (condicionamientos institucionales: materiales, laborales y jerarquías). En estos casos especialmente, las experiencias de aflojar las restricciones se reflejaron como esfuerzos individuales: desobediencias, espacios peleados, estrategias de atención, en diálogo tenso con la institución en algunos casos y en ausencia de este en otros. Como también observa Burijovich:

El trabajo de las y los trabajadores de la salud se ha visto transformado de manera sustancial. Esta transformación no ocurre libre de tensiones y contradicciones al interior de los propios equipos de salud, de estos en su relación con las/os usuarios y con las instancias superiores de gestión y toma de decisión (...) Se tomaron decisiones sin comunicar ni lograr consensos con los/as trabajadores/as. En algunos casos, se señala el caos y la improvisación. (Burijovich, 2021, párr. 10-12)

En lo privado estas medidas dependían de las adaptaciones de la institución (telemedicina, habilitación de controles bajo protocolo) y, en un caso puntual, con una medida del servicio solicitada a dirección y que fue contemplada. Esto contrasta con las posibilidades de diálogo, articulación y acción de las/os profesionales en el sector público.

En este contexto, la situación general de las/os trabajadoras/es fue el incremento de las condiciones adversas de trabajo en el plano material (falta de licencias, saturación de las guardias, atención exclusiva a COVID y no a su especialidad) como así también subjetivo (agotamiento excesivo, angustia, desgaste). Al respecto, las/os informantes

insisten en cómo las condiciones infraestructurales, laborales y gremiales tuvieron un enorme impacto en el clima de trabajo, incrementando la tensión en los equipos, pero también a nivel subjetivo y emocional.

Otra dimensión de lo ocurrido es la falta de contención a los equipos de salud, inexistentes previo a la emergencia sanitaria, pero en ningún caso puestos en funcionamiento en dicho contexto. Sin duda, algo que influyó tanto en el sector público como el privado, refiere al “cansancio” y “agotamiento” de trabajar en una “situación extrema”, “intensa”, “extenuante”, puesto que no tuvieron vacaciones ni licencias para descanso en más de un año de pandemia. Este agotamiento afectó, decíamos, el clima de trabajo, el cual estuvo cargado de tensiones que llevaban a conflictos entre el personal y que no fueron contenidos o abordados a nivel institucional. Pero también, incidió directamente en la calidad de la atención ofrecida, pues no es posible, dicen los testimonios, brindar una atención buena y respetuosa en esas condiciones materiales y humanas.

Sin justificar ningún tipo de violencia, pero también la calidad de medicina que uno puede brindar en una condición así, entonces pienso eso, ¿en qué condiciones se nos exige lo que se nos exige? Porque es muy fácil hablar del médico, de la falta de empatía, la falta de tiempo, cuando también el sistema de salud, y voy a decir lo que pienso, es perverso y es una mierda con el médico, porque tenés que laburar en mil lugares para tener un sueldo, te pagan dos mangos las consultas. (..) Entonces, que yo brinde información, la empatía, la tolerancia y ta ta ta y yo estoy re a favor de eso, pero ¿cómo acompañás al equipo médico para que logre eso? (Entrevista 1, privado)

Todo esto nos muestra cómo las reestructuraciones en cuanto a la flexibilidad en pos de la garantía de derechos se vinculan tanto a los límites y/o posibilidades a nivel de recursos materiales como a los aspectos simbólicos y vinculares. De tal manera, lo que pasó entrelaza de distintas maneras lo relativo a la información y conocimiento disponible, con los criterios y protocolos asumidos para la atención (con sus respectivas flexibilidades, aperturas, y márgenes de acción y negociación), con los recursos/condiciones materiales y simbólicas, posturas ideológicas-sanitarias de las/os profesionales y de la institución, la estructura de mandos (relaciones de poder) intra y extra hospitalaria y en ello, con la falta de una “mesa de diálogo” respecto a cómo proseguir y qué hacer con la población desatendida.

Conocemos, en base a la literatura existente, algunas de las cuestiones que definen al paradigma biomédico en tanto jerárquico, asimétrico, intervencionista, mecanicista, patologizante, hereronormativo, con sesgo de género, clase, entre otras. (Brigidi & Birosta, 2020) pero ¿qué otras razones operan detrás de los procesos de atención al parto que

también tienen un peso significativo en su predeterminación, concepción y desenlace? Falta seguir ahondando, por ejemplo, en las representaciones, percepciones y vivencias que sustentan dichos paradigmas de atención por parte de las/os agentes implicadas/os ¿Qué logran advertir de dicha complejidad? ¿Hay preguntas, perplejidades, malestares que aparezcan como línea de fuga a una mirada homogénea sobre el sistema de salud? Estas son las preguntas que se ponen en relieve a partir de lo relevado y consideramos fundamental seguir indagando para dar cuenta de los distintos factores que se entrelazan y estructuran “campo médico obstétrico” (Castro, 2014). Al respecto señala Burijovich:

La pandemia cambió nuestra realidad y el sector salud se vio especialmente sobreexigido. Muchas de las prácticas de los/as trabajadores también se transformaron. Desde la gestión pública, el concepto de prácticas se refiere a normas, reglas, procedimientos, metodologías, habilidades que permiten la ejecución de una determinada actividad. Desde las ciencias sociales, este concepto se transforma e incorpora un orden simbólico al interior del cual encontramos concepciones, representaciones, paradigmas en disputa y un marco legal-institucional que establece las reglas de juego. (Burijovich, 2022, párr. 7)

Estas reglas de juego que aparecen en los relatos se ven íntimamente ligadas a las posibilidades en términos materiales y estructurales, pero también (y a la vez) de cómo estas condiciones moldean las subjetividades y relaciones de y entre la/os agentes de salud y de estos con la/os usuaria/os.

Conclusión

Nuestra intención fue conocer los cambios acaecidos en la atención obstétrica perinatal en pandemia desde el punto de vista de agentes de salud, esto es, atendiendo a sus experiencias y percepciones. A partir de este acercamiento, buscamos esbozar un diagnóstico preliminar sobre las condiciones materiales y simbólicas que configuran el modelo de atención imperante, advirtiendo la multiplicidad de capas y aristas (estructurales, institucionales, subjetivas, relacionales, de poder, laborales) que se entretajan y establecen las condiciones de posibilidad de la garantía de derechos perinatales como parte de los derechos sexuales y (no) reproductivos y, en esto mismo, de aquellos factores que habilitan y/o legitiman la reproducción de la violencia obstétrica en tanto violencia de género ejercida por el personal de salud en la atención al embarazo, parto y posparto.

Dada la vacancia de estudios empíricos en torno las vivencias y percepciones médicas en la atención perinatal en nuestra provincia, este relevamiento estuvo focalizado en profesionales médicas/os por lo que es una aproximación parcial y acotada del campo médico obstétrico, no obstante, nos permite detectar algunas líneas de indagación y

análisis a seguir trabajando y profundizando en estudios ulteriores. Nos preguntamos, por ejemplo, sobre las experiencias y percepciones del personal de salud en distintos cargos y posiciones (enfermeras, camilleros, por ejemplo) y su posible comparación. Asimismo, reafirmamos la necesidad de seguir indagando en la identificación de los obstáculos para la erradicación de la violencia obstétrica tanto como los facilitadores para la plena implementación de los derechos parto en el contexto de las instituciones de salud.

En tanto las situaciones de excepcionalidad permiten exhibir con claridad lo que es y lo que falta (y, por eso, son especiales para acceder al universo que se quiere analizar) entonces también, permiten prepararse para futuras crisis. Esto es, suponen la posibilidad de establecer ciertas directrices y prevenir escenarios similares con mejores herramientas.

Si, como suponemos, ningún escenario institucional es homogéneo, analizar líneas de fuga, tensiones, intentos otros, malestares, preguntas puede dar pistas para pensar que otros modos que se vislumbran como posibles, ¿qué obstáculos se presentan para su fertilidad? ¿Qué fortalezas? Las preguntas que se habilitan desde estos hallazgos de campo cobran sentido en el horizonte del deseo de transformación al que vienen aparejadas esta y otras investigaciones asociadas: el situar la salud sexual y reproductiva en un marco de garantía de derechos, en el reconocimiento de la soberanía de los cuerpos y de un modelo de atención que concibe a las personas como partícipes y protagonistas de sus procesos gestacionales.

Referencias

- Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M. E., Martínez Ros, M. T., Castaño Molina, M. A., Nicolás Viguera, M. D. & Álvarez Munárriz, L. (2017). Análisis etnográfico del intervencionismo en la atención perinatal. *Index de Enfermería*, 26(4), 270-274.
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Akal.
- Borges, M. T. (2018). A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence. *Duke Law Journal*, 67(4), 827-862.
- Brigidi, S., & Birosta, J. (2020). La sensibilización en género en Enfermería. *Index de Enfermería*, 29(1-2), 69-73.
- Burijovich, J. (2021, 12 de julio). Episodios de una pandemia inconmensurable: desde lejos no se ve. *La tinta, periodismo hasta mancharse*. <https://acortar.link/qJTkd>
- Burijovich, J. (2022, 21 de marzo). Hoy por mí ... ¿y mañana? Episodios de una pandemia inconmensurable. *La tinta, periodismo hasta mancharse*. <https://acortar.link/afOp5L>
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.

- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. UNAM, CRiM.
- Castro, R., y Frías, S. M. (Eds.). (2022). *Violencia obstétrica y ciencias sociales. Estudios críticos en América Latina*. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/book/27>
- Canevari, C. (2022). La autonomía profesional como amenaza a la garantía de derechos de las mujeres en maternidades públicas. En R. Castro, y S. M. Frías (Eds.), *Violencia obstétrica y ciencias sociales. Estudios críticos en América Latina* (pp. 175-210). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Espinoza Reyes, E. (2022). La pirámide de la violencia obstétrica: dimensiones culturales y estructurales. En R. Castro, y S. M. Frías (Eds.), *Violencia obstétrica y ciencias sociales. Estudios críticos en América Latina* (pp.103- 140). Universidad Nacional Autónoma de México
- Guber, R. (2005). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.
- Lazzaro, A. I., Arnao Bergero, M. A. (2021). Gestar y parir en pandemia: vulneración de derechos y marcas subjetivas en la atención obstétrica/perinatal en contexto de COVID-19 en Argentina. *Universitat de Barcelona; Musas*, 6(2), 29-46. <http://dx.doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num2.2>
- Montero, C., y Leída, C. (2017). El parto y el nacimiento en la modernidad. Una visión con perspectiva de género desde la enfermería obstétrica. *Comunidad y Salud*, 15(1), 42-52.
- Quattrocchi, P., y Magnone, N. (Eds.) (2020). *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Universidad Nacional de Lanús. <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/7>
- Reano, L. (2018). *Hacer partos: Una etnografía sobre la formación en obstetricia en una cátedra universitaria de Medicina, Córdoba* [Tesis Licenciatura, Universidad Nacional de Córdoba]. Repositorio Digital UNC <http://hdl.handle.net/11086/11039>
- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En M. Sadler, M. E. Acuña, y A. Obach (Eds.), *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género* (pp. 15-66). Colección Género, Cultura y Sociedad.

Obstetric and perinatal care in the Covid-19 pandemic: Experiences and perceptions of health agents in Córdoba, Argentina
Cuidados obstétricos e perinatais em uma pandemia de Covid-19: experiências e percepções dos profissionais de saúde em Córdoba, Argentina

Magdalena Arnao Bergero

<https://orcid.org/0000-0002-4126-5051>

Universidad Nacional de Córdoba–Argentina

magdalena.arnao@unc.edu.ar

Dra. y Lic. en Filosofía (UNC), Especialista en Políticas Públicas y Justicia de Género (Clacso/Flacso), Maestranda en Metodología de la Investigación (UNLA), Docente e Investigadora de la Fac. de Psicología (UNC). Pertenece al Observatorio de Salud Mental y DDHH Cba., Dirige un equipo de investigación sobre Estudios sociales del cuerpo.

Ana Inés Lázzaro

<https://orcid.org/0000-0002-3967-4593>

Universidad Nacional de Córdoba–Argentina

ana.ines.lazzaro@mi.unc.edu.ar

Lic. en Comunicación Social (UNC) y Dra. en Estudios Sociales en América Latina (CEA-UNC). Becaria posdoctoral radicada en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECSCONICET) y docente en la carrera de Sociología (FCS-UNC).

Abstract

During the Coronavirus-19 pandemic in Argentina (2020/2021), medical care was forced to alleviate the effects of Covid, impacting all health services, including obstetrics. In this work, we seek to know about the changes occurred in perinatal care during the health emergency and how they were experienced by medical personnel involved in the care of pregnancy and deliveries. It was an exploratory study, with a qualitative non-representative approach based on structured interviews with professionals from the gynecology and obstetrics service of Córdoba hospitals. The objective was to carry out a first diagnosis of situation, seeking to understand the conditions of the possibility of a model of obstetric care characterized by the absence of women rights. We note the deepening of this trend given the context of health emergency and need to attend to the multiplicity of factors: structural, material, symbolic, subjective, related, institutional, labor. that are interwoven when thinking about the facilitators and obstacles for the guarantee of rights in pregnancy, childbirth, and birth.

Keywords: Health services; Pregnancy; Pandemic; Medical personnel; Sexual and reproductive rights.

Resumo

Durante a pandemia de Coronavírus-19 na Argentina (2020-2021), a assistência médica se concentrou em mitigar os efeitos da COVID, impactando todos os serviços de saúde, inclusive a obstetrícia. Neste artigo, procuramos investigar as mudanças que ocorreram na assistência perinatal durante a emergência de saúde e como elas foram vivenciadas pela equipe médica envolvida na assistência à gravidez e ao parto. Este foi um estudo qualitativo exploratório e não representativo, baseado em entrevistas estruturadas

com profissionais do serviço de ginecologia e obstetrícia de hospitais de Córdoba. O objetivo foi realizar um diagnóstico preliminar da situação, buscando aprofundar nossa compreensão das condições de possibilidade de um modelo mecanicista de atenção obstétrica com marcada ausência de direitos. Constatamos o aprofundamento dessas tendências no contexto da emergência sanitária, bem como a necessidade de abordar a multiplicidade de aspectos, tais como questões estruturais, materiais, simbólicas, subjetivas, relacionais, institucionais e laborais, que se entrelaçam quando se pensa nos facilitadores e obstáculos à garantia de direitos na gravidez, no parto e no nascimento.

Palavras-chave: Direitos sexuais e reprodutivos; Gravidez; Pandemia; Pessoal médico; Serviços de saúde.

Prevalencia del Síndrome de Burnout en Internos Rotativos de Medicina de un Hospital de Latacunga

Silvio Stalin Tacle Humanante, Juan Carlos Gárate Aguirre

Resumen

El burnout de los médicos se considera una epidemia y tiene efectos negativos en la atención médica y la seguridad del paciente; por lo que, el presente estudio tiene como objetivo determinar Síndrome de Burnout y su impacto en el desempeño laboral de los internos de un Hospital de la ciudad de Latacunga; para lo cual se efectuó una investigación metodológica de tipo descriptiva, correlacional. Los datos se recopilaron a través de dos cuestionarios que fueron aplicados a 45 internos rotativos que laboran actualmente, obteniendo como resultado que existe una prevalencia de Burnout del 40%. Además, en general el desempeño laboral es promedio y finalmente, los resultados de los análisis correlacionales indican que existe una relación positiva entre todas las dimensiones del desempeño y el Burnout; esto implica que a medida que se mejora los índices de burnout se obtendrá un mejor desempeño laboral en los trabajadores.

Palabras clave:

Burnout; desempeño laboral; internos; medicina.

Tacle Humanante, S. S., y Gárate Aguirre, J. C. (2024). Prevalencia del Síndrome de Burnout en Internos Rotativos de Medicina de un Hospital de Latacunga. En G. Barreno (Ed). *Avances científicos en patologías y estudios clínicos en salud*. (pp. 99-122). Religación Press; Atik Editorial <http://doi.org/10.46652/religacionpress.155.c126>



Introducción

El concepto de burnout ha evolucionado a lo largo del tiempo, y se reconoce que involucra una combinación de factores laborales y personales. La exposición continua a altos niveles de estrés laboral, como una carga de trabajo excesiva, falta de control sobre el trabajo, escasez de recompensas y reconocimiento, conflictos interpersonales y falta de valores compartidos en el entorno laboral, puede desencadenar el desarrollo del burnout (Rodrigues et al., 2018). Numerosos estudios han investigado este síndrome desde principios de la década de 1970, con el objetivo de comprender el proceso de deterioro físico y mental experimentado por profesionales que se desempeñan en diversas áreas, como la atención de la salud, la enseñanza y los servicios legales de emergencia, que son consideradas profesiones con alta demanda emocional, donde se requiere un contacto constante con personas y se enfrentan a situaciones difíciles y estresantes (Sayih et al., 2021).

En general, el síndrome de burnout es una respuesta individual al estrés laboral crónico que se desarrolla progresiva y eventualmente puede cronificarse, causando alteraciones en la salud (Montero, 2016). Desde el punto de vista psicológico, este síndrome provoca daños a nivel cognitivo, emocional y actitudinal, lo que se traduce en un comportamiento negativo hacia el trabajo, los compañeros, los usuarios y el propio rol profesional; sin embargo, no es un problema personal, sino una consecuencia de ciertas características de la actividad laboral (Bouza et al., 2020). Según Hellin (2020), el término posteriormente fue retomado e introducido en el ámbito psicológico por Freudenberg en el año 1974, donde describió el burnout como un estado de agotamiento, fatiga y frustración debido a una actividad profesional que no produce las expectativas esperadas. Inicialmente, este autor lo acotó como algo exclusivamente relacionado con los trabajadores voluntarios en un centro asistencial donde acudían todo tipo de personas con trastornos mentales y problemas sociales.

Poco después, Maslach (1986), como se citó en Xiao et al. (2022), introdujo el burnout en la literatura científica y lo definió como un proceso gradual de fatiga, cinismo y compromiso reducido entre los profesionales de la asistencia social. Años más tarde y tras varios estudios empíricos, se reformuló el concepto y se elaboró una definición más rigurosa y operativa del burnout como un síndrome psicológico caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentido de eficacia profesional que puede presentarse en los cuidadores. El punto de inflexión entre las diferentes definiciones de burnout radica en la concepción de este fenómeno como un síndrome clínico. La noción de síndrome implica la presencia de un conjunto de síntomas y signos que coexisten y definen clínicamente un estado particular, diferenciándolo de otras condiciones o experiencias

relacionadas con el trabajo. Esta perspectiva reconoce que el burnout no se limita a meros sentimientos de agotamiento o estrés, sino que involucra una serie de manifestaciones físicas, cognitivas y emocionales interrelacionadas (Lubbadeh, 2020).

Actualmente, se sostiene que el burnout es un fenómeno multidimensional y se han propuesto al menos tres modelos para describirlo. El primer modelo describe el núcleo del burnout basado en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización e ineficacia en la actividad. El segundo modelo reduce el burnout a una dimensión: el agotamiento físico y mental. El tercer modelo se basa en premisas de la psicología social de la cognición y asume que el elemento crítico para el desarrollo del burnout es la incapacidad de hacer frente de manera constructiva a los problemas, contratiempos y fracasos. Por lo tanto, el burnout no puede atribuirse únicamente al estrés laboral, sino que también está influenciado por la capacidad de adaptación de los individuos al entorno en el que se encuentran expuestos a factores estresantes (Moczydlowska, 2018). Según Maslach et al. (1986), el síndrome de burnout es un proceso compuesto por tres dominios, que pueden caracterizarse como una baja realización personal, alto burnout emocional y alta despersonalización.

El agotamiento emocional se define como la sensación de estar agotado y agotado de los recursos emocionales (Nápoles, 2021), mientras que The National Academy of Medicine (2018), señala que, el agotamiento emocional se considera a menudo como un elemento fundamental y puede ser precursor del empeoramiento de las otras dos características. El agotamiento emocional es el resultado de trabajar o formarse a un nivel extremadamente exigente, lo que lleva a una sobrecarga emocional, agotamiento y fatiga. Finalmente, para Emre (2020), se refiere a la sensación de estar emocionalmente agotado y sin recursos debido a la sobrecarga y demandas excesivas del trabajo. Los individuos experimentan una sensación de cansancio, falta de energía y agotamiento emocional que puede dificultar su capacidad para funcionar adecuadamente en el trabajo y en otras áreas de su vida. Para Alahmari et al. (2022), se refiere a una situación de burnout, sensación de tensión e incapacidad para ser empático con los demás.

La despersonalización/cinismo se refiere a una respuesta negativa, insensible o excesivamente distante hacia varios aspectos del trabajo. Ocurre cuando una persona crea distancia entre sí misma y los demás al ignorar activamente las cualidades que los hacen únicos y atractivos (Nápoles, 2021). Esta dimensión según el The National Academy of Medicine (2018), es una especie de endurecimiento causado por el trabajo, donde se pierde la compasión. Puede ser una defensa contra un agotamiento emocional adicional. Emre (2020), esta dimensión se manifiesta como una actitud distante, indiferente o incluso cínica hacia el trabajo y las personas con las que se interactúa en el entorno laboral. Las personas que experimentan despersonalización pueden desarrollar una falta de conexión

emocional con los demás, tratándolos de manera impersonal o incluso mostrando actitudes de cinismo y sarcasmo. Márquez et al. (2021), lo refiere como el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos cínicos hacia sus pacientes y destinatarios de su trabajo.

El logro personal se reduce cuando hay sentimientos de incompetencia y falta de logros y productividad en el trabajo, por lo que, a medida que los recursos emocionales de los empleados se agotaban, sentían que ya no podían entregarse a nivel psicológicos (Nápoles, 2021). Según el The National Academy of Medicine (2018), la reducción del logro personal se refiere a la disminución de la sensación de competencia y eficacia, a menudo asociada con una visión negativa creciente de las propias habilidades. La persona comienza a dudar del valor de lo que hace y se cuestiona si realmente marca alguna diferencia. Esta dimensión puede dar lugar a la consideración de abandonar la formación o el trabajo. Para Emre (2020), esta dimensión se refiere a la evaluación negativa que las personas hacen de su propio rendimiento laboral y la disminución de la sensación de competencia y logro. Mientras que Xiao et al. (2022), se refiere a la tendencia hacia el proveedor que evalúa negativamente su trabajo, independientemente de los resultados del paciente. Tal evaluación afecta especialmente a su capacidad para realizar su trabajo y la relación con las personas a las que atiende.

Varios estudios indican que el burnout y la depresión están altamente correlacionados, y el riesgo de depresión aumenta con la gravedad del burnout. Sin embargo, se ha observado que el burnout y la depresión pueden ser distinguibles por los síntomas predominantes que los caracterizan, así como por sus respectivas asociaciones con los factores estresantes de la vida. Además, un estudio reciente realizado en trabajadores de cuidados intensivos encontró una correlación más fuerte entre el burnout y trastorno de estrés postraumático y ansiedad que con la depresión, lo que respalda la idea de una distinción entre estas condiciones. Estos hallazgos sugieren que es importante considerar el burnout y la depresión como entidades separadas, con características distintivas y consecuencias específicas. Comprender estas diferencias puede ser crucial para un diagnóstico y tratamiento adecuados, así como para la implementación de intervenciones preventivas y de apoyo específicas para cada condición (Simionato & Simpson, 2018).

En general, se cree que el burnout está asociado intrínsecamente a factores laborales y, en segundo lugar, a factores personales. Se ha prestado más atención a la influencia de variables laborales que a las personales. Sin embargo, teorías más recientes argumentan que tanto las características laborales como las personales deben estudiarse de manera simultánea dentro del entorno organizacional. Los factores laborales, también conocidos como factores de riesgo organizacional, se agrupan en seis áreas críticas del contexto laboral. Estas áreas incluyen la carga de trabajo, el control sobre el trabajo, las recompensas,

la comunidad laboral, la equidad y los valores. El desequilibrio o la falta de adecuación en estas áreas puede generar situaciones de burnout. Es importante tener en cuenta tanto los factores laborales como los personales al analizar las causas del burnout en el trabajo (Lubbadeh, 2020).

El burnout se manifiesta en los individuos a nivel físico y psicológico. Se han observado los siguientes síntomas físicos del burnout: agotamiento, insomnio, uso de alcohol/drogas, pérdida o aumento de peso, presión arterial alta, migrañas y aumento del colesterol. Los síntomas psicológicos incluyen: desapego, aburrimiento, cinismo, irritabilidad, disfunción mental, sensación de impotencia, paranoia, desorientación, impaciencia, mal humor, rigidez, desconfianza en los demás y preocupación. Los efectos psicológicos específicos del burnout se alinean con las tres dimensiones del burnout mencionadas anteriormente: agotamiento emocional, despersonalización/cinismo y logro personal. La despersonalización provoca un cambio negativo en las respuestas hacia los demás, con actitudes negativas o inapropiadas, y se retiran adoptando una postura distante en un intento de preservación emocional. Una respuesta negativa hacia uno mismo y hacia los logros personales genera baja moral, retraimiento, productividad reducida e incapacidad para hacer frente (Nápoles, 2021).

Por otro lado, el burnout, tiene consecuencias biológicas significativas, dado que se ha encontrado que está relacionado con un envejecimiento acelerado a nivel celular. Los individuos que experimentan burnout muestran acortamiento de los telómeros, que son las estructuras protectoras en los extremos de los cromosomas. El acortamiento de los telómeros se considera un marcador de envejecimiento celular y se ha relacionado con un mayor riesgo de enfermedades relacionadas con la edad, además de un aumento del riesgo de mortalidad por todas las causas, mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, como enfermedad coronaria y diabetes tipo 2, y cambios en los niveles de lípidos y peso corporal; por otro lado, el burnout se asocia con una mayor carga alostática, alteraciones en la función inmunológica y niveles de inflamación sistémica. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar el burnout como un problema de salud grave y promover entornos laborales saludables para proteger la salud física de los individuos (Bayes et al., 2021).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) clasifica el síndrome de burnout como un fenómeno ocupacional en la Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª revisión (ICD-11). Es una preocupación global y estrés laboral comúnmente experimentado en los profesionales de la salud debido a que su trabajo involucra demandas constantes e interacciones intensas con personas que tienen necesidades físicas y emocionales; además, las investigaciones confirman que este síndrome puede afectar de forma más frecuente a los profesionales cuya labor requiere un contacto constante con las personas, y en general se asocia con las actividades laborales que tienen un fundamento humanista y que en

consecuencia requieren de alta dosis de dedicación e implicación, así como también afecta a profesionales que laboran largas jornadas lo que además puede conllevar daños físicos e incluso enfermedades mentales (Lauracio & Lauracio, 2020).

El desarrollo del burnout entre los profesionales de la salud ha sido estudiado frecuentemente en los últimos años, dado que la gran cantidad de factores estresantes en el ambiente hospitalario aumenta el riesgo de presentar síndrome de burnout. Monsalve et al. (2018), menciona que las relaciones y el contacto continuado con los pacientes y sus familias pueden resultar difíciles, lo que favorece el desarrollo de estrés crónico que puede provocar desgaste profesional en el personal sanitario. Por su parte Ahmed et al. (2020), menciona que el burnout en los médicos se considera una epidemia y tiene efectos negativos en la atención médica y la seguridad del paciente. Se ha estimado que uno de cada tres médicos sufrirá burnout en algún momento dado (Hert, 2020). A lo largo de la década anterior, se han realizado muchos estudios sobre la prevalencia, así como, los factores de riesgo del síndrome de burnout entre el personal médico (Youssef et al., 2022). El alcance del burnout puede variar según el entorno de práctica, la especialidad y el entorno de trabajo (Ramírez et al., 2020).

El síndrome, tanto entre los médicos en ejercicio como en formación, ha alcanzado niveles epidémicos, con una prevalencia aproximada del 50% (Rodrigues et al., 2018). En los contextos médicos, las consecuencias del burnout son potencialmente graves no solo para el profesional sino para el entorno como los pacientes (Quiroz et al., 2021). Así como para las instituciones de salud, dado que este síndrome se asocia con un mayor riesgo de errores médicos, lo que afecta la seguridad del paciente (Vergara & Moreno, 2021). Mientras que Dugani et al. (2018), realizó una revisión sistemática sobre este tema y encontró que, el burnout en los contextos de salud, afectan a los proveedores de atención primaria de la salud (principalmente enfermeras, pero también médicos y farmacéuticos), lo que deriva en altos niveles de estrés laboral, una intensa presión y carga de trabajo elevadas, así como falta de apoyo organizacional. Así mismo, West et al. (2017), señalan que este síndrome también afecta la satisfacción del paciente, generando en muchos casos angustia personal, además se ha asociado con una atención del paciente deficientes tanto para los internos como para numerosas especialidades médicas.

Por otro lado, Dimou et al. (2017), menciona que, para conseguir un aumento de un punto en la calificación de burnout emocional, hay un aumento del 5% en la probabilidad de informar un error. Incluso en ausencia de errores médicos, el burnout culmina en la disminución de la calidad de la atención médica porque tanto residentes como médicos practicantes con síntomas del síndrome, informan una reducción en la compasión en el trabajo, conversaciones sucintas con los pacientes y otras experiencias de atención del paciente subóptimas. Dentro de las especialidades médicas, Chaudhari et al. (2021),

menciona que los internos están expuestos a un entorno estresante porque además de estudiar para pruebas y evaluaciones, deben completar la formación en diferentes áreas, como cirugía, ortopedia, ginecología, medicina, todas las UCI, pediatría y salas de urgencias; además, comienzan a asumir responsabilidades con los pacientes, incluida la atención de aquellos que se encuentran hospitalizados y los ambulatorios, ayudar o realizar cirugías, tomar muestras de sangre y escribir notas para el registro médico. Durante esto, los internos enfrentan situaciones estresantes y exigentes, horarios de alimentación irregulares, privación del sueño, entre otros.

El estudio de Aguagüiña & Villarroel (2020), investigó los niveles de burnout y ansiedad en profesionales de la salud que trabajan en atención primaria en el centro de salud tipo C Quero. Utilizando un diseño descriptivo prospectivo y corte transversal, se aplicó una entrevista con 29 preguntas basadas en el cuestionario “Maslach Burnout Inventory” a 20 trabajadores de la salud. Se identificaron tres categorías principales: despersonalización, baja realización personal y agotamiento emocional, que representan las dimensiones del burnout. Los resultados revelaron altos niveles de despersonalización en los profesionales de la salud, lo que es un factor significativo en el desarrollo del burnout, afectando tanto su bienestar emocional como su desempeño laboral. Además, se encontraron factores predisponentes a esta patología en el personal de salud. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar y prevenir el burnout en este grupo de profesionales.

Conjuntamente se tiene el estudio de Rea et al. (2023), cuyo objetivo fue determinar la presencia del síndrome de burnout en el personal de salud del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del Hospital del Día Central Loja durante la pandemia de COVID-19, y correlacionar sus niveles con variables sociodemográficas y laborales. El estudio se llevó a cabo utilizando métodos cuantitativos, un diseño transversal y descriptivo, para la recolección de datos se aplicó el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Se encuestó a 100 profesionales de la salud. Los resultados indicaron que el 51% de los profesionales de la salud presentaban síntomas de burnout. Se encontró una relación positiva baja entre la edad y el cansancio emocional y la despersonalización. Además, se observó una correlación fuerte entre el estado civil y el cansancio emocional, y una correlación moderada con la despersonalización. En resumen, este estudio revela la alta prevalencia de burnout en el personal de salud del Centro Clínico Quirúrgico de Loja durante la pandemia.

Por otro lado, se tiene el estudio de Intriago (2019), cuyo objetivo fue investigar las causas del síndrome de burnout en el personal de un centro hospitalario. Se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para evaluar el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal en 65 profesionales de la salud que trabajaban en diferentes áreas del centro. Los resultados revelaron que alrededor del 15% de los participantes presentaban síntomas claros de burnout, además, se observó una mayor

prevalencia de este síndrome en las mujeres que participaron en el estudio. Estos hallazgos proporcionaron una comprensión más profunda de las causas del burnout en el ámbito hospitalario. En resumen, este estudio arrojó resultados significativos sobre las causas del síndrome de burnout en el personal hospitalario. Los hallazgos proporcionan información valiosa para la implementación de estrategias de prevención y apoyo al personal de salud, con el objetivo de mejorar su bienestar y brindar una atención de calidad a los pacientes.

En la investigación desarrollada por Vivanco et al. (2018), que tuvo como objetivo determinar el síndrome de burnout en profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas, para lo cual se utilizaron métodos exploratorios y correlacionales. Obteniendo como resultado que, en general, no se encontró la presencia del síndrome de Burnout en los médicos y enfermeras que participaron en el estudio. Sin embargo, se identificaron niveles significativos de agotamiento emocional en un 20.7% de los médicos y en un 16.7% de las enfermeras. Además, se observó que los médicos presentaron una baja realización personal en un 62.1%, mientras que las enfermeras mostraron una baja realización personal en un 100%. Estos resultados son importantes porque destacan la necesidad de diseñar e implementar programas de prevención del síndrome de Burnout en estas instituciones de salud.

El estudio de Borgoño & Muñoz (2021), se centró en investigar la frecuencia del síndrome de Burnout en el personal de salud de un Centro de Salud en Guayaquil. La investigación se llevó a cabo utilizando un enfoque descriptivo, cuantitativo, prospectivo y de diseño transversal, y se seleccionó una muestra de 30 profesionales de la salud, se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI). En relación con los criterios de evaluación del síndrome de Burnout, el componente con el índice más alto de porcentaje fue el agotamiento emocional, que varió entre el 50% y el 70%. La despersonalización presentó una diferencia porcentual de aproximadamente el 47%, mientras que la realización personal mostró una variación de entre el 7% y el 3%. Estos hallazgos resaltan la importancia de estudiar y abordar el síndrome de Burnout en el personal de salud, con el objetivo de prevenir los factores que contribuyen a su desarrollo y evitar la aparición de casos graves que afecten la salud de los trabajadores.

Finalmente se tiene el estudio de Figueroa et al. (2021), cuyo objetivo principal fue identificar los elementos asociados al desarrollo del síndrome de burnout en el grupo de enfermeros del Distrito 09D08 Salud, a través de encuestas aplicadas a los profesionales, con el fin de prevenir la aparición de estrés laboral en el área. La metodología utilizada fue de tipo transversal, descriptiva y correlacional, basada en los datos recopilados. La muestra consistió en todo el personal de enfermería de la Oficina Técnica 9 del Distrito 09D08, a quienes se les administró la encuesta “Maslach Burnout Inventory”, que midió los factores y la frecuencia de desarrollo del burnout. Los datos obtenidos del estudio indican que el

cansancio emocional es el factor de riesgo principal para el personal, debido a las largas jornadas de trabajo a las que están expuestos. Las conclusiones revelan que los enfermeros presentan factores de riesgo dentro de su profesión, los cuales pueden desencadenar el síndrome de burnout y afectar su estado físico y emocional.

Patel et al. (2019), menciona que es necesario implementar esfuerzos más organizados y efectivos con el objetivo de proteger el bienestar físico y mental de los internos, mejorar sus condiciones de trabajo y crear conciencia sobre el burnout y cómo manejarlo, con el fin de contextualizar la problemática, enfocados en la sostenibilidad de la fuerza laboral en los entornos de salud y los sistemas de atención médica, especialmente en aquellos con recursos limitados como son los hospitales. Con base en lo expuesto previamente, se puede definir el burnout como un síndrome que responde a una respuesta que genera el individuo ante niveles de estrés que se presenta de forma progresiva y mantenida en el entorno laboral, y que genera un deterioro del bienestar, asociado con términos como cansancio que afecta el comportamiento a nivel psicológico y físico del trabajador, y que se vinculan con una actitud negativa (Maslach et al., 1986; Rodrigues et al., 2018; Sayih et al., 2021).

Metodología

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo descriptiva, definida según Guevara et al. (2020), como aquella que tiene como fin determinar las características del fenómeno que se está analizando; además es transversal, dado que la misma se efectúa en un momento específico y explícito de tiempo (Vega et al., 2021). Finalmente es correlacional, dado que el objetivo de la presente investigación es determinar la relación existente entre dos variables (Arispe et al., 2020).

Este estudio se llevó a cabo en un Hospital de la ciudad de Latacunga, en donde la población estuvo compuesta por 45 internos rotativos que laboran en la institución, mientras que la muestra correspondió a internos que tengan como mínimo un año de experiencia laboral y que desearon participar en el estudio, efectuado durante el mes de diciembre del año 2022.

Para la recolección de datos, se utilizó tres instrumentos, todos cuestionarios autoadministrados que fueron puestos a disposición de los internos, durante el periodo de diciembre del año 2022; en el primero se efectuó una encuesta que incluye preguntas sobre datos demográficos (edad, sexo, estado civil y especialidad médica del interno).

Para la medición del burnout se utilizó la versión en español del Maslach Burnout Inventory (MBI) que consta de 22 ítems reagrupados en 3 subescalas: burnout emocional

(EE; nueve ítems), despersonalización (DP; cinco ítems) y realización personal (PA; ocho ítems). Cada ítem se responderá en una escala tipo Likert de 7 puntos que van desde “nunca” (= 0) hasta “diariamente” (= 6). Los resultados del inventario consisten en tres puntajes separados, uno para cada factor o subescalas. El MBI es un cuestionario ha sido confiable y válido, que se considera el “estándar de oro” para evaluar el burnout (Maslach et al., 1986).

Finalmente, para medir el desempeño se utilizó el cuestionario de autoevaluación del desempeño laboral diseñado por Valdivia (2014), cuyo coeficiente de Kuder Richardson fue de 0.728 denota un alto grado de confiabilidad y consistencia interna. Este instrumento consta de 21 ítems agrupados con respuestas dicotómicas, que incluyen calidad y técnica de atención, capacitación y educación continua, productividad y habilidades; y tiene como objetivo medir el comportamiento o acciones de los trabajadores que son relevantes para lograr los objetivos organizacionales y que pueden influir en el éxito de la empresa.

El análisis estadístico fue de tipo descriptivo con base en el cual se determinó la frecuencia y porcentaje de respuestas aportadas por los entrevistados en los diversos instrumentos aplicados; por otro lado, se utilizó la estadística inferencial para determinar el grado de correlación entre las variables objeto de estudio, apoyados en el software estadístico Infostat en su última versión.

Resultados

A continuación, se muestran los resultados correspondientes a las características de los encuestados:

Tabla 1. Características de los encuestados.

Variables	f	%
Edad		
24	7	15,56%
25	12	26,67%
26	15	33,33%
27	6	13,33%
28	5	11,11%
Total general	45	100,00%
Género		
Femenino	26	57,78%
Masculino	19	42,22%
Total general	45	100,00%

Variables	f	%
Estado civil		
Casado (a)	5	11,11%
Soltero (a)	35	77,78%
Unión libre	5	11,11%
Total general	45	100,00%
Especialidad medica		
Cirugía	8	17,78%
Ginecología y Obstetricia	8	17,78%
Medicina comunitaria	7	15,56%
Medicina Interna	8	17,78%
Pediatría	7	15,56%
Traumatología	7	15,56%
Total general	45	100,00%

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados muestran que el 60% del personal poseen una edad de entre 25 y 26 años, el 57,78% son del género femenino y el 77,78% son solteros. Las principales especialidades médicas se encuentran en promedio repartidas entre las siguientes: el 17,78% cirugía, ginecología y obstetricia y medicina interna respectivamente, mientras que el 15,56% pertenecen a medicina comunitaria, pediatría y traumatología respectivamente.

Resultados de Burnout

Para analizar el síndrome del burnout en los trabajadores, se aplicó la encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) (Anexo 1), obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 2. Dimensiones del burnout.

Variables	f	%
Burnout emocional (AE)		
Alto	26	57,78%
Medio	14	31,11%
Bajo	5	11,11%
Total	45	100,00%
Despersonalización (D)		
Alto	39	86,67%
Medio	4	8,89%

Variables	f	%
Bajo	2	4,44%
Total	45	100,00%
Realización personal (RP)		
Alto	1	2,22%
Medio	5	11,11%
Bajo	39	86,67%
Total	45	100,00%

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados muestran que el 57,78% de trabajadores encuestados poseen un alto AE, mientras que el 86,67% presentan despersonalización y el 86,67% bajo RP. Para determinar la prevalencia del burnout, se contabilizó los encuestados que cumplieran con las tres características previamente establecidas: alto AE, alta D y baja RP, obteniendo lo siguiente:

Tabla 3. Prevalencia del Burnout.

Variables	f	%
Poseen burnout (alto AE y alta D y además baja RP)	18	40
Total, encuestados	45	100

Fuente: Bloom, 2020.

Por lo que, según lo indicado en la Tabla 3, se obtuvo una prevalencia de burnout del 40% en Internos Rotativos de Medicina de un Hospital de Latacunga. A continuación, se detallan las características de los encuestados que calificaron con síndrome de burnout:

Tabla 4. Se Características de los encuestados con síndrome de Burnout.

Variables	Burnout		Sin burnout		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sexo						
Femenino	11	61,11%	15	55,56%	26	57,78%
Masculino	7	38,89%	12	44,44%	19	42,22%
Total	18	100,00%	27	100,00%	45	100,00%
Edad						
24	1	5,56%	6	22,22%	7	15,56%
25	7	38,89%	5	18,52%	12	26,67%
26	6	33,33%	9	33,33%	15	33,33%
27	3	16,67%	3	11,11%	6	13,33%
28	1	5,56%	4	14,81%	5	11,11%
Total	18	100,00%	27	100,00%	45	100,00%

Variables	Burnout		Sin burnout		Total	
	f	%	f	%	f	%
Estado civil						
Casado (a)	2	11,11%	3	11,11%	5	11,11%
Soltero (a)	13	72,22%	22	81,48%	35	77,78%
Unión libre	3	16,67%	2	7,41%	5	11,11%
Total	18	100,00%	27	100,00%	45	100,00%
Especialidad medica						
Cirugía	8	44,44%	0	0,00%	8	17,78%
Ginecología y Obstetricia	8	44,44%	0	0,00%	8	17,78%
Medicina Interna	1	5,56%	7	25,93%	8	17,78%
Pediatría	1	5,56%	6	22,22%	7	15,56%
Medicina comunitaria	0	0,00%	7	25,93%	7	15,56%
Traumatología	0	0,00%	7	25,93%	7	15,56%
Total	18	100,00%	27	100,00%	45	100,00%

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados muestran que, el 61,11% de las mujeres presentan burnout mientras que solo el 38,89% de los hombres mostraron este síndrome, además el 38,89% de las mujeres poseen una edad de 25 años mientras que en el caso de los hombres el 33,33% poseen una edad de 26 años, en relación al estado civil, el 72,22% de las mujeres y el 81,48% de los hombres se encuentran solteros y con respecto a la especialidad en las mujeres el 44,44% pertenecen a Cirugía y Ginecología y Obstetricia respectivamente; mientras que en los hombres el 25,93% pertenecen a la especialidad de medicina comunitaria, traumatología y medicina interna respectivamente, observándose en este sentido diferencia en comparación con los trabajadores que no presentaron el síndrome, cuyas especialidades médicas fueron medicina interna, pediatría, medicina comunitaria y traumatología.

Resultados del desempeño laboral

Con respecto al desempeño laboral, su medición se efectuó a través del Cuestionario de Desempeño Laboral Individual (IWPQ) (Anexo 2) obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 5. Dimensiones del desempeño laboral.

Opciones	Desempeño de tareas		Desempeño contextual		Comportamiento laboral contraproducente	
	F	%	F	%	F	%
Nunca	0	0,00%	0	0,00%	3	6,67%
Raramente	7	15,56%	18	40,00%	8	17,78%
Algunas veces	26	57,78%	19	42,22%	30	66,67%
Regularmente	11	24,44%	8	17,78%	3	6,67%
A menudo	1	2,22%	0	0,00%	1	2,22%
	45	100,00%	45	100,00%	45	100,00%

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados muestran que en cuanto al desempeño de tareas lo cual se relaciona con poseer un comportamiento favorecedor para producción y desarrollo de sus actividades realizadas en beneficio del hospital, el 57,78% indica que algunas veces, mientras que el 24,44% indicó que regularmente y el 15,56% raramente presentan este comportamiento. Así mismo, con el desempeño contextual que se relaciona con poseer un comportamiento óptimo para entornos sociales y para el entorno psicológico, se observa que el 42,22% de los encuestados indicaron algunas veces, mientras que el 40,0% indica que raramente posee este tipo de comportamiento. Finalmente, en relación con el comportamiento laboral contraproducente que corresponde a poseer un nivel de comportamiento voluntario perjudicial, ejecución incorrecta y el uso indebido de privilegios, el 66,67% de los trabajadores manifestó que algunas veces, mientras que el 17,78% señalaron que raramente poseen este comportamiento laboral.

Análisis correlacional

Para efectuar el análisis correlacional y determinar diferencias significativas entre las variables, en primar instancia se verificó la normalidad de datos a partir de la constatación de hipótesis de normalidad con base en la prueba de Shapiro-Wilk, dado que la muestra es menor de 50 datos; obteniendo un valor de p menor de 0,05 para las variables analizadas refiriendo que no poseen una distribución normal, por lo tanto se procedió a seleccionar la prueba no paramétrica correspondiente al Rho de Spearman a partir de la cual, fue posible establecer grado de correlación de las variables. A continuación, se muestran los resultados correspondientes a los análisis correlaciones entre las características de los encuestados y las dimensiones del desempeño laboral:

Tabla 6. Resultados del análisis correlacional entre las características de los encuestados vs Burnout.

	Rho de Spearman	Edad	Sexo	Estado civil	Especialidad medica
AE	Coeficiente de correlación	11,83	1,18	2,26	44,97
	Sig. (bilateral)	0,1588	0,5545	0,6880	<0,0001
	N	45	45	45	45
D	Coeficiente de correlación	13,0	0,57	1,85	15,33
	Sig. (bilateral)	0,1118	0,7536	0,7640	0,1205
	N	45	45	45	45
RP	Coeficiente de correlación	9,87	1,02	1,31	13,87
	Sig. (bilateral)	0,2740	0,5994	0,8600	0,1789
	N	45	45	45	45

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de los análisis estadísticos muestran una relación fuerte entre la dimensión AE del burnout y la especialidad médica del encuestado, dado que el p valor es menor de 0,05. A continuación se muestran los resultados de las características de los encuestados con las dimensiones del desempeño laboral:

Tabla 7. Resultados del análisis correlacional entre las características de los encuestados vs desempeño laboral.

	Rho de Spearman	Edad	Sexo	Estado civil	Especialidad médica
Desempeño de tareas	Coeficiente de correlación	35,12	11,13	27,82	73,59
	Sig. (bilateral)	0,9169	0,5176	0,2677	0,1117
	N	45	45	45	45
Comportamiento laboral contraproducente	Coeficiente de correlación	51,55	12,31	33,77	91,62
	Sig. (bilateral)	0,6439	0,5815	0,2085	0,0425
	N	45	45	45	45

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de los análisis estadísticos muestran una relación fuerte entre la especialidad médica del encuestado y la dimensión desempeño contextual, así como en el comportamiento laboral contraproducente. A continuación, se muestran los resultados de las dimensiones del desempeño laboral vs el Burnout:

Tabla 8. Resultados del análisis correlacional entre el burnout vs desempeño laboral trata de una tabla.

	Rho de Spearman	Desempeño de tareas	Desempeño contextual	Comportamiento laboral contraproducente
AE	Coeficiente de correlación	30,98	12,15	49,56
	Sig. (bilateral)	0,1544	0,0162	0,0072
	N	45	45	45
D	Coeficiente de correlación	56,30	17,76	56,69
	Sig. (bilateral)	0,0002	0,0014	0,0011
	N	45	45	45
RP	Coeficiente de correlación	63,15	20,43	63,08
	Sig. (bilateral)	<0,0001	0,0004	0,0002
	N	45	45	45

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de los análisis correlacionales efectuado entre las variables indican que existe una relación positiva entre todas las dimensiones a excepción del desempeño de tareas y la AE del burnout (con un valor de p correspondiente a 0,1544), esto significa que a medida que se mejora los índices de burnout se obtendrá un mejor desempeño laboral en los trabajadores.

Discusión

La prevalencia del burnout en nuestro estudio mostró valores superiores que los reportados por Miranda et al. (2020), en el cual se evaluó el síndrome de burnout en internos tanto en hospitales públicos como privados, obtenido como resultado una prevalencia del burnout en un 29%, señalando que la despersonalización fue más alta en los internos de segundo semestre que trabajaban en hospitales públicos. Sin embargo, la prevalencia no difirió entre hospitales públicos y privados; los hallazgos del presente estudio, correspondió a una prevalencia de burnout del 40% en un entorno de salud pública.

Por otro lado, aunque en nuestro estudio el género femenino representó el 57,78% de la totalidad de los encuestados y el 61,11% de las mujeres presentaron burnout en comparación con el 38,89% de los hombres; no se encontró asociación positiva de este factor con el burnout; mientras que, Matsue et al. (2020), informaron lo contrario, señalando que, en el género femenino, la exposición a una mayor carga de trabajo y el deseo de reconocimiento se asociaron significativamente con el burnout entre los trabajadores de la salud.

Así mismo, los hallazgos del presente estudio revelan que un factor importante asociado tanto con el burnout como con el desempeño laboral es la especialidad médica del encuestado, obteniendo que, los trabajadores que sufrían burnout son médicos especialistas de los cuales el 44,44% pertenecen a Cirugía y Ginecología y Obstetricia respectivamente; mientras que en aquellos que no presentaban el síndrome, el 25,93% pertenecían a las especialidades de medicina interna, pediatría, medicina comunitaria y traumatología respectivamente; estos resultados son concordantes con la investigación desarrollada por Hert (2020), en la concluyó que efectivamente la especialidad médica influye en el burnout mostrando diferentes prevalencias, por ejemplo 54% urología, 49% nefrología 41% para anestesiología y 43% para cuidados intensivos.

Con relación al síndrome de burnout, en comparación con el estudio de Nikpou et al. (2022), nuestros resultados fueron menores, dado que la prevalencia determinada fue del 40% en comparación con el 85,5% establecido según el estudio indicado en el personal sanitario. Asimismo, el 55,3% del personal presentó burnout emocional (EE) alto, el 90,5 % despersonalización (DP) alta y el 98,9 % desempeño personal (AP) bajo. De igual manera se determinó que, hubo una correlación directa significativa entre el burnout ocupacional en cuanto a la edad, género, estado civil, tipo de empleo, problemas financieros, historial de enfermedades, grado educativo, lugar de trabajo y experiencia laboral ($P < 0.05$), Resultados diferentes a los obtenidos en el presente estudio, en los cuales solo la especialidad médica presento correlación estadística ($p < 0,0001$) con AE.

Así mismo, en un estudio medico efectuado a 100 profesionales de la salud mental del Centro Psiquiátrico Raazy, Teherán, Irán; mostró que el 45,6% de la muestra presenta desgaste laboral en un nivel alto; el 42,5% de los sujetos tenían burnout emocional en un nivel alto y el 65,5% había experimentado despersonalización a un alto nivel; sin embargo, solo el 21% experimentó sentimientos de fracaso en el logro individual a un nivel alto. Hubo una correlación significativa entre el burnout laboral y la incapacidad para el desempeño laboral (Ashtar et al., 2009). Estos resultados son similares a los obtenidos en la presente investigación, dado que del análisis correlacional efectuado entre las variables de burnout y desempeño se obtuvo que existe una relación positiva entre todas las dimensiones a excepción del desempeño de tareas y la AE del burnout (con un valor de p correspondiente a 0,1544).

Conjuntamente, en el estudio de Dyrbye et al. (2019), efectuado a enfermeras se concluyó que aquellas que tenían síntomas de burnout también tenían más probabilidades de tener un rendimiento laboral reducido, independientemente de la fatiga y otros factores, indicando que, el desempeño laboral deficiente puede tener un mayor impacto negativo en la atención al paciente e incluso ser más costoso para las instituciones de salud que el ausentismo. Estos hallazgos también se validaron en el presente estudio, dado que se

determinó, con base en los análisis correlaciones, que a medida que se mejora los índices de burnout se obtendrá un mejor desempeño laboral en los trabajadores.

Finalmente, estos resultados son significativos en los contextos médicos, dado que se ha determinado que el burnout se asocia con un aumento de eventos adversos que reducen la seguridad del paciente (Al-Bsheish et al., 2022). Además, se ha señalado que existe una alta prevalencia de burnout entre los internos (50%) y que esta se asociación significativa entre el burnout relacionado con el paciente y la participación en comportamientos poco éticos Ali et al., (2021), aunque en el presente estudio no se evaluó los eventos desencadenes o consecuencias derivadas del padecimiento del burnout entre los profesionales encuestados, efectivamente al reducir su desempeño laboral existe una alta probabilidad que los trabajadores comentan errores importantes o incumplan sus principios éticos.

Conclusión

Los resultados muestran que el 57,78% de los trabajadores encuestados poseen un alto AE, mientras que el 86,67% presentan despersonalización y el 86,67% bajo RP; así mismo, se determinó que 18 de 45 encuestados poseen un alto AE y alta D y además baja RP, obteniendo una prevalencia de burnout del 40%. Los resultados muestran además, que en relación al desempeño de tareas, el 57,78% indica que algunas veces poseen un comportamiento favorecedor para producción y las actividades realizadas en beneficio de la empresa, mientras que el 24,44% indicó que regularmente y el 15,56% raramente; por otro lado, en relación al desempeño contextual se observa que el 42,22% de encuestados indicaron que algunas veces poseen un comportamiento óptimo para entorno social y para el entorno psicológico, mientras que el 40,0% indica que raramente; finalmente en relación al comportamiento laboral contraproducente, el 66,67% de trabajadores indican que algunas veces poseen un nivel de comportamiento voluntario perjudicial, ejecución incorrecta y el uso indebido de privilegios, mientras que el 17,78% señalaron que raramente.

Los resultados de los análisis correlacionales efectuado entre las variables indican que existe una relación positiva entre todas las dimensiones a excepción del desempeño de tareas y la AE del burnout; esto implica que a medida que se mejora los índices de burnout se obtendrá un mejor desempeño laboral en los trabajadores.

Así mismo, se espera que los hallazgos del presente estudio brinden a los tomadores de decisiones en el contexto de la prestación de servicios de atención médica en el Ecuador, una descripción general de los factores que contribuyen al burnout y la satisfacción laboral, los cuales deben ser considerados para mejorar las condiciones de trabajo de los medios en

general y de los internos en particular, así como de otros profesionales de la salud, dado que son una piedra angular vital relacionado con la calidad de la atención en los sistema de salud.

Finalmente, en el presente estudio únicamente se exploró un número limitado de características personales y profesionales asociadas con el burnout y el desempeño laboral; por lo que, es probable que existan factores adicionales que tengan una influencia relevante en los resultados, por lo que, la investigación futura debería explorar factores adicionales que puedan afectar el desempeño laboral, utilizando diseños de estudios longitudinales y explorar más a fondo la prevalencia del burnout en otras especialidades médicas, incluyendo contexto privados y diferentes tipos de atención de salud ofrecidas.

Referencias

- Aguagüña, S., & Villarroel, J. (2020). Síndrome de Burnout en personal de salud de atención primaria en el Centro de Salud Tipo C Quero. *Revista Dominio de las Ciencias*, 6(4), 322-338. <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
- Ahmed, A., AL-Omar, F., AL-Khaleel, A., & AL-Khalaf, A. (2020). Prevalence of burnout syndrome and its related risk factors among physicians working in primary health care centers of the Ministry of Health, Al Ahsa region, Saudi Arabia, 2018–2019. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(2), 571-579. <https://acortar.link/b1vUa3>
- Alahmari, M., Moaleem, M., Hamd, B., Abdulaziz, A., & Talaj, A. (2022). Prevalence of Burnout in Healthcare Specialties: A Systematic Review Using Copenhagen and Maslach Burnout Inventories. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 28, e938798. <https://doi.org/10.12659/MSM.938798>
- Al-Bsheish, J., Albaker W., Alsaad, I., Alkhalifa, E., Alnufaili, S., & Almajed, N. (2022). Hospital Work Conditions and the Mediation Role of Burnout: Residents and Practicing Physicians Reporting Adverse Events. *Risk Manag Healthc Policy*, 16, 1-13. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S392523>
- Ali, S., Marwa, K., AlRasheedi, M., AlSuheel, A., Nabila, M., & Khan, M. (2021). The prevalence of burnout among interns in Riyadh, Saudi Arabia, and its relation to engaging in unethical behaviors. *Middle East Current Psychiatry*, 28(60), 1-9. <https://mecp.springeropen.com/articles/10.1186/s43045-021-00138-0>
- Arispe, M., Yangali, J., Guerrero, M., Lozada, O., Acuña, L., & Arellano, C. (2020). *Investigación Científica Una aproximación para los estudios de posgrado*. Universidad Internacional del Ecuador.
- Ashtar, Z., Farhady, Y., & Khodae, M. (2009). Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health staff. *African journal of psychiatry*, 12(1), 71–74. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v12i1.30282>

- Bayes, A., Tavella, G., & Parker, G. (2021). The biology of burnout: Causes and consequences. *The world journal of biological psychiatry. The official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 22(9), 686–698. <https://doi.org/10.1080/15622975.2021.1907713>
- Borgoño, E., & Muñoz, J. (2021). *Frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud de un Centro de Salud de Guayaquil* [Tesis de Pregrado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio Institucional UCSG. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/16629>
- Bouza, E., Gil, P., & Palomo, E. (2020). Work-related burnout syndrome in physicians in Spain. *Revista clínica española*, 220(6), 359–363. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.02.002>
- Chaudhari, S., Zipare, A., & Shaikh, S. (2021). Prevalence of burnout syndrome among medical interns in dr. Ulhas Patil Medical College And Hospital, Jalgaon. *International Journal of Creative Research Thoughts (IJCRT)*, 9(7), 408–412. <https://ijcrt.org/papers/IJCRT2107695.pdf>
- Dimou, F., Eckelbarger, D., & Riall, T. (2017). Surgeon burnout: A systematic review. *Journal of the American College of Surgeons*, 222(6), 1230–1239. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.03.022>
- Dugani, S., Afari, H., Hirschhorn, L., H., R., Veillard, J., & Martin, G. (2018). Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Gates Open Res*, 4(2), 1-9.
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, D., Johnson, O., Johnson, A., Satele, D., & West, P. (2019). A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC Nursing*, 18(57). <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0382-7>
- Emre, Y. (2020). A theoretical review of burnout syndrome and perspectives on burnout models. *Bussecon Review of Social Sciences*, 2(4), 26-35. <https://www.bussecon.com/ojs/index.php/brss/article/view/235/94>
- Figuerola, G., Muñoz, L., Marcelo, G., & Vargas, C. (2021). Análisis de factores asociados al Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de la Oficina Técnica 9 del Distrito 09D08. *Centro Sur*, 4(3). <https://centrosureditorial.com/index.php/revista/article/view/271>
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Guevara, G., Verdesoto, A., & Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *RECIMUNDO*, 4(3), 163-173. <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/860>
- Hert, S. D. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth*, 13, 171–183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>

- Hellin, R. (2020). *Prevalencia del Síndrome De Burnout y variables asociadas en trabajadores de la Región de Murcia* [Tesis de maestría, Universitat Oberta de Catalunya]. Repositorio Institucional UOC <http://hdl.handle.net/10609/146969>
- Intriago, S. (2019). Síndrome del “Burnout” en personal de salud de un centro hospitalario de la dirección distrital Junín-Bolívar. *Revista San Gregorio*, 35, 1-10.
- Lauracio, C., & Lauracio, T. (2020). Burnout syndrome and job performance in health persone. *Revista Innova Educación*, 2(4), 543-554. <https://doi.org/10.35622/jrie.2020.04.003>
- Lubbadeh, T. (2020). Job Burnout: A General Literature Review. *International Review of Management and Marketing*, 10(3), 7-15. <https://doi.org/10.32479/irmm.9398>
- Márquez, I., Mosquera, M., Ochoa, C., Pacavita, D., Palencia, F., & Riaño, M. (2021). Revisión de los Instrumentos de Medición del Síndrome De Burnout- Documento de Trabajo (Instruments for Measuring Burnout Syndrome: A Review-Working Paper). *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3841093>
- Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M., Schaufeli, W., & Schwab, R. (1986). Maslach burnout inventory. *Consulting psychologists press*.
- Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., & Mori, N. (2020). Prevalence of health care worker burnout during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. *JAMA Netw Open*, 3(7), 1-9. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020>
- Miranda, R., JBarbosa, F., Sander, M., Buenrostro, A., & Mares, R. (2020). Burnout syndrome prevalence during internship in public and private hospitals: a survey study in Mexico. *Medical Education Online*, 24(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1593785>
- Moczydlowska, O. (2018). Organisational reasons of job. *Economics and Management*, 8(2), 7-12. <https://doi.org/10.1515/emj-2016-0011>
- Monsalve, C., Costas, C., Gómez, J., García, L., Aguayo, R., & Cañadas, G. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 19(59), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z>
- Montero, J. (2016). El síndrome de burnout y sus diferentes manifestaciones clínicas: Una propuesta para la intervención. *Anestesia Analgesia Reanimación*, 29(1), 1-16.
- Nápoles, J. (2021). Burnout: A Review of the Literature. *Update: Applications of Research in Music Education*, 40(2), 1-8. <https://doi.org/10.1177/87551233211037669>
- Nikpou, H., Imannezhad, S., Soleimani, M., Rajabzadeh, Z., & Jafari, M. (2022). Prevalence of Burnout Syndrome and its Related Factors among Healthcare Staffs: A Systematic Review. *Health Providers*, 41(3), 107-117. <https://doi.org/10.22034/HP.2022.349479.1016>

- OMS. (2020). *Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases*. https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
- Patel, R., Sekhri, S., Neerja, N., Imran, S., & Hossain, S. (2019). A Review on Strategies to Manage Physician Burnout. *Cureus*, 11(7), 1-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6682395/>
- Quiroz, G., Vergara, M., Yáñez, M., Pelayo, P., Moreno, R., & Mejía, M. (2021). Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante pandemia de COVID-19. *Salud Jalisco*, 8(Esp.), 20-3.
- Ramírez, M., Garicano, L., González, J., Jiménez, E., Sánchez, M., & Campo, M. (2020). Síndrome de burnout en médicos residentes de los hospitales del área sureste de la Comunidad de Madrid. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 28(1), 57-65.
- Rea, J., Morillo, J., & Flores, D. (2023). El burnout en los profesionales de la salud del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Central Loja durante la pandemia: factores sociodemográficos y laborales. *Revista de Investigación Talentos*, 10(1), 1-14. <https://doi.org/10.33789/talentos.10.1.177>
- Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, Souza T, Gonçalves AK. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12;13(11), e0206840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>
- Sayih, A., Menberu, M., Niguse, W., Kerie, S., & Ayele, G. (2021). Prevalence and Associated Factors of Burnout syndrome among Nurses in Public Hospitals, Southwest Ethiopia. *Ethiop J Health Sci.*, 31(3), 543–552.
- Simionato, G., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 1–26. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>
- The National Academy of Medicine. (2018). *Burnout- resident well-being*. Marshfield Clinic.
- Vega, A., Maguiña, J., Soto, A., Lama, J., & Correa, L. (2021). Estudios transversales. *Rev. Fac. Med. Hum.*, 21(1), 179-185. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n1/2308-0531-rfmh-21-01-179.pdf>
- Vergara, J., & Moreno, M. (2021). Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital General Riobamba. *Dominio de las Ciencias*, 7(4), 848-868. <http://doi.org/10.23857/dc.v7i6.2368>
- Vivanco, M., Sánchez, C., Maldonado, R., & Nora, E. (2018). Síndrome de burnout en profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas. *REVISTA BOLETÍN REDIFE*, 7(11), 179-189. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6729070>
- West, C., Novotny, P., Sloan, J., Kolars, J., Habermann, T., & Shanafelt, T. (2017). Association of Perceived Medical Errors A Prospective Longitudinal Study. *JAMA*, 296(9), 1071–8. <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071>

- Xiao, Y., Dong, D., Zhang, H., Chen, P., & Li, X. (2022). Burnout and Well-Being Among Medical Professionals in China: A National Cross-Sectional Study. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://www.sciencegate.app/keyword/90946>
- Youssef, D., Youssef, J., Abou, L., Kawtharani, M., & Hassan, H. (2022). revalence and correlates of burnout among physicians in a developing country facing multi-layered crises: a cross-sectional study. *Scientific Reports*, 12(12615). <https://www.nature.com/articles/s41598-022-16095-5>

Prevalence of Burnout Syndrome in Rotating Medical Interns at a Hospital in Latacunga

Prevalência da síndrome de Burnout em estagiários de medicina em um hospital em Latacunga

Silvio Stalin Tacle Humanante

<https://orcid.org/0000-0002-8567-6792>

Universidad Católica de Cuenca – Ecuador

silvio.tacle@est.ucacue.edu.ec

Juan Carlos Gárate Aguirre

<https://orcid.org/0000-0002-9761-2673>

Universidad Católica de Cuenca – Ecuador

jgaratea@ucacue.edu.ec

Abstract

Medical burnout is considered an epidemic and has negative effects on medical care and patient safety, therefore, the present study aims to determine Burnout Syndrome and its impact on the work performance of hospital inmates from the city of Latacunga; for which a descriptive methodological investigation was carried out and the data was collected through two questionnaires that were applied to 45 rotating interns currently working, obtaining as a result that there is a prevalence of burnout of 40%. In addition, in general job performance is average and finally, the results of the correlational analyzes indicate that there is a positive relationship between all performance dimensions and burnout; This implies that as burnout rates improve, better job performance will be obtained in workers.

Keywords: Burnout; job performance; interns; medicine.

Resumo

O burnout entre os médicos é considerado uma epidemia e tem efeitos negativos sobre a assistência médica e a segurança do paciente; portanto, o presente estudo tem como objetivo determinar a Síndrome de Burnout e seu impacto sobre o desempenho no trabalho de estagiários em um hospital na cidade de Latacunga; para isso, foi realizada uma pesquisa metodológica descritiva e correlacional. Os dados foram coletados por meio de dois questionários que foram aplicados a 45 estagiários rotativos que estão trabalhando atualmente, obtendo como resultado que há uma prevalência de 40% de burnout. Além disso, o desempenho geral no trabalho é médio e, por fim, os resultados das análises correlacionais indicam que há uma relação positiva entre todas as dimensões do desempenho e o burnout; isso implica que, à medida que os índices de burnout melhoram, o desempenho dos trabalhadores no trabalho também melhora.

Palavras-chave: Burnout; desempenho no trabalho; estagiários; medicina.

6

Sistemas políticos y sistemas de salud en América Latina, en el contexto de gobiernos corporativos y neoliberalismo regional

Ramiro Vélez Rivera, Dora Cardona Rivas, Pedro Enrique Villasana López

Resumen

Este trabajo tiene el propósito de colaborar en la comprensión de los procesos relacionados con las políticas públicas que se fundamentan en las relaciones de mercado y que dan lugar a Sistemas de Salud que desconocen a la Salud como un Derecho Fundamental consagrado en las constituciones y normativas de los países. Para ello, desde un enfoque crítico–hermenéutico, este documento define y analiza los antecedentes del corporativismo en Salud Pública en América Latina, y su relación con el neoliberalismo a la luz de los planteamientos de algunas y algunos referentes teóricos. Se logran evidenciar algunas aristas del papel desempeñado por el corporativismo en la concepción y diseño de las políticas de salud, la organización y reformas a los sistemas de salud, así como mostrar condiciones de posibilidad para la participación social en la construcción de sistemas de salud alternos a la lógica del neoliberalismo.

Palabras clave:

Políticas públicas; corporativismo; salud pública; neoliberalismo; sistemas de salud.

Vélez Rivera, R., Cardona Rivas, D., y Villasana López, P. E. (2024). Sistemas políticos y sistemas de salud en América Latina, en el contexto de gobiernos corporativos y neoliberalismo regional. En G. Barreno (Ed). *Avances científicos en patologías y estudios clínicos en salud*. (pp. 124-145). Religación Press; Atik Editorial <http://doi.org/10.46652/religacionpress.155.c127>



Introducción

El corporativismo, es la estrategia diseñada y aplicada por las élites en los Estados de América Latina, para controlar las decisiones de los gobiernos, su prioridad es la privatización de los sistemas de planeación y de decisión para profundizar el poder de los gremios. Los efectos del corporativismo están enfocados a consolidar la relación de las élites con el sector público, a facilitar el ingreso de los gremios privados en las organizaciones públicas y a diseñar las políticas que orientan los temas estratégicos del Estado. Este proceso se puede constatar en América Latina desde mediados del siglo XX hasta el día de hoy, con diferentes matices, pero mostrando regularidades (Villasana, 2022a) que permiten preguntar: ¿existe algún nivel de coordinación continental que pueda ayudar a comprender estas regularidades? Y ¿podemos pensar en la existencia y ejercicio de un gobierno supra regional, a pesar de la “independencia” de los diferentes países?

El esfuerzo por comprender este fenómeno, que además parece replicarse en otras regiones del planeta, requiere una aproximación simultánea a los niveles general y particular de las diversas realidades; que pueda exponer la lógica transnacional que homogeniza estas diversidades nacionales, poniéndolas a su servicio; y éste debe ser el marco para este trabajo. En este documento se realizan consideraciones que sustentan la dependencia de los estados del corporativismo en general, y en aspectos atinentes a la salud pública, los sistemas de salud y su relación con el neoliberalismo. Esto nos hace preguntar ¿cuál es la dinámica de esta lógica corporativa homogeneizadora? Y ¿cuáles han sido los dispositivos aplicados para articular y lograr sus intereses y propósitos?

El objetivo de este trabajo es generar procesos críticos que promuevan discusión y transformaciones orientadas al fortalecimiento del sector público, y alianzas público-privadas compatibles con la comprensión y responsabilidad del Estado con los bienes públicos como la salud por parte de académicos, profesionales de la salud pública, epidemiología y administración pública, poblaciones interesadas y ciudadanos. Intentaremos analizar e interpretar el corporativismo en los sistemas políticos en América Latina, algunos de sus efectos e impactos, así como las relaciones gobierno – corporativismo, y el cómo se expresan en las políticas públicas y los sistemas de salud, para finalmente poner estas manifestaciones del fenómeno en el marco del neoliberalismo y colaborar en su comprensión.

En cuanto al método que seguiremos, se realiza una revisión documental no sistemática de carácter crítico – hermenéutico, de un conjunto de referentes que se han ocupado de la materia, y al mismo tiempo, de un conjunto de políticas públicas que parecen haber facilitado el desarrollo del fenómeno en nuestra América Latina, y que permiten preguntar:

A manera de hipótesis: en materia de sistemas políticos y de salud pública en América Latina, ¿podemos hablar de gobierno corporativo al servicio del neoliberalismo regional?

El corporativismo en los sistemas políticos de América Latina

Corporativismo: componentes y efectos

Los sistemas políticos en América Latina, están articulados al corporativismo a partir de las redes gremiales que condicionan el contenido y funcionamiento de las instituciones y a partir de los gobiernos que tienen el control político y técnico de los niveles que estructuran el sistema político; en este contexto analizar los componentes y los efectos del corporativismo, permite explicar su funcionamiento en los casos especializados de la salud pública y la organización gubernamental, para contrastar el corporativismo derivado de redes de poder gremial, con otros niveles de corporativismo; a este respecto Audelo lo distingue como:

...una forma particular de intermediación de intereses, un modelo institucionalizado de elaboración de políticas públicas, una nueva forma de organización de la economía, un sistema específico de relaciones industriales, un sistema de control capitalista sobre la clase obrera. Lo que aquí nos interesa analizar es el corporativismo visto como una manera específica de intermediación de intereses, teniendo como telón de fondo, a la democracia y las relaciones entre sociedad civil y el Estado. (Audelo, 2005, p. 2)

El corporativismo se refiere a la acción de poder que tienen actores gremiales, privados e internacionales, para diseñar políticas, aplicar modelos y controlar el sector público, el Estado y los gobiernos, con el propósito de poner en juego cálculos políticos que determinan la dirección de los gobiernos y de las decisiones que toman en las áreas estratégicas del Estado y del sistema político regional.

Para consolidar los niveles de poder, el corporativismo pone en juego el diseño institucional, la acción de las élites y los sistemas de coalición de los parlamentos, que, a su vez, representan componentes de su estructura técnica, política y regional, en la línea de las coaliciones. Aguiar afirma que, “la polarización de la política nacional en torno de las posiciones opuestas de clase, comunismo e integralismo, proporcionó al gobierno la oportunidad de forzar un equilibrio a través de un sistema autoritario en coalición con el ejército” (Aguiar, 1968, p. 317).

En el caso del diseño institucional, hacemos referencia a la decisión que tienen los gremios para determinar el contenido y las metodologías que tienen las instituciones para

informar a la sociedad cuales son los marcos de acción política, ideológica y jurídica que deberán considerar para relacionarse con el Estado y con los actores del sistema político interno e internacional; en América Latina el diseño institucional condiciona la estabilidad de la democracia y los juegos de la legitimidad política de las cámaras y de la justicia. Para el corporativismo el diseño institucional es el componente que le facilita alcanzar la panorámica y el control de la totalidad de la esfera pública y el control de los detalles de las decisiones que implican los sectores estratégicos de la política, el sector público y el sistema político en América Latina.

La acción de las élites, es el componente del corporativismo que facilita el relacionamiento de los gremios privados con el sector público, luego sus proyecciones se enfocan a consolidar diagramas de poder sectorial en los que los cuerpos técnicos de las élites combinan su decisión privada de controlar los gobiernos de la región con la dimensión pública de promover reformas que sirven de campo de acción para que las élites regionales controlen el poder gubernamental y el poder de los mercados político (Perfecto, 2006). En consecuencia, las élites representan para el corporativismo regional el componente de su estructura técnica y política, que controla las opciones sociales e institucionales que circulan en el sistema político, en el Estado y en el sector público.

Las coaliciones parlamentarias en América Latina, contextualizan la acción del corporativismo, considerando que los congresos y los parlamentarios en la región condicionan sus decisiones a la capacidad de lobbies y al impulso de los favorecimientos que estimulan la aprobación de políticas prioritarias para el corporativismo y no para el Estado; estas coaliciones se traducen en redes de poder que de un lado consolidan la dimensión privada del corporativismo y de otro lado confirman la influencia que tiene el corporativismo sobre los gobiernos al momento de diseñar la agenda y las políticas que terminan por incidir en el funcionamiento de las áreas y los temas fundamentales de la sociedad regional, que incluyen la salud pública, la justicia, la ciencia, la educación y los recursos naturales (Betancur, 2013). La tendencia a la consolidación de las coaliciones parlamentarias permite al corporativismo definir la agenda de los gobiernos para gobernar los bienes públicos por intermedio de políticas y cálculos de poder privado.

El poder del corporativismo en América Latina, reside en la capacidad de control de los sistemas de decisión pública por medio de Control Empresarial Operacional (CEOS) que aplican su calidad de experto en el sector público en cada país de la región y consecuentemente el incremento de su poder está asociado al juego de relacionamientos que inciden en los gobiernos, en la democracia, en la administración de justicia y en el diseño de las políticas del sector salud; sobre este punto Stoessel analiza el caso de la relación entre empresa, corporativismo y gobierno en Ecuador.

El asesoramiento a los empresarios por parte de grandes consorcios económicos y think tanks los sitúa indefectiblemente en una mejor situación para enfrentar cualquier negociación. Incluso medidas que perjudicaron a las cámaras empresariales desde los inicios del gobierno de Rafael Correa como la inconstitucionalidad de volver compulsiva la afiliación de las empresas a las cámaras, no afectaron el cúmulo de capitales (económicos y sociales) de las federaciones empresariales para posicionarse en las negociaciones (Stoessel, 2020, pp. 151-152).

Los efectos del corporativismo están asociados al diseño de modelos técnicos que justifican la relación del poder privado con las organizaciones públicas, luego el Corporativismo se consolida en el modelo basado en gremios. El diseño y aplicación de modelos, permite al corporativismo en la región, desarrollar políticas y programas que de un lado ponen en disputa los modelos tecnocráticos con los fines del Estado y de otro lado propician la corporativización de las decisiones de política, basada en la activación de los métodos ceocráticos, en los que los técnicos centralizan el poder y se enfocan a la ejecución de tecnologías basadas en la eficacia del sector público y de los gobiernos.

Las demandas ciudadanas sustituidas por la oferta institucional y la transacción de cálculos tecnocráticos, es el efecto del corporativismo que explica la baja intensidad pública de las organizaciones territoriales y locales, en cada país de la región y simultáneamente explica el carácter dominante de los cálculos tecnocráticos en las áreas de la salud, la ciencia y la disposición de los recursos naturales, que se definen por las políticas corporativas.

Gobierno y corporativismo en América Latina

El corporativismo en América Latina está asociado a gobiernos que priorizan la dimensión técnica del poder y solo residualmente a planos sociales del sistema político, lo que explica que la acción del corporativismo en cada país de la región se focalice en los modelos que facilitan a los gobiernos diseñar ofertas institucionales basadas en indicadores de eficacia y cobertura, que en el caso de la salud pública relaciona su calidad con el impacto de los indicadores gubernamentales del sector.

En este contexto, el vínculo del corporativismo con los gobiernos está definido por estos factores, que se despliegan por la región con el compromiso de profundizar los modelos y las redes de control tecnocrático sobre los planos fundamentales de la salud pública, la educación, la ciencia y los derechos. Las redes que establecen los gobiernos con los organismos multilaterales en la región es el factor decisivo para que el corporativismo se consolide en cada país considerando que las prácticas tecnocráticas de los gobiernos alcanzan su aplicación luego de su integración con las agendas multilaterales, en la relación del gobierno, el corporativismo y el poder multilateral; observemos lo que indica Luna:

En el terreno de las relaciones entre el gobierno y los empresarios, estos han demandado relaciones técnicas y no políticas. La demanda de una racionalidad técnica ha tenido al menos dos direcciones: por una parte, la condena a las políticas gubernamentales calificadas como populistas y en general referidas a políticas de carácter social; por otra parte, y en términos positivos, se define un modo de relación en la toma de decisiones bajo la fórmula de planeación. (Luna, 1985, p. 31)

La acción de los regímenes políticos en la región para implementar sistemas de coalición para diseñar y controlar la inversión pública, en cada país, es el factor que permite a los gobiernos priorizar las áreas en las que el corporativismo despliega sus técnicas privadas para la regulación del sector público lo que explica que en el sistema político regional se evidencien planos territoriales marginalizados por la agenda corporativa, en materia de derechos.

La práctica del corporativismo basada en la segmentación de la democracia, para interactuar selectivamente con algunos actores, es el factor que facilita a la acción y la agenda corporativa, escalar a condición de prioridad política, solo los temas que circularán en los tipos de democracia que definen los gremios corporativos en la región, de acuerdo a intereses particulares ya sea electorales, parlamentarios, económicos o de los partidos para informar que solo las agendas que circulan en estos ámbitos son válidas para que la sociedad se relacione con el Estado y con el gobierno, en cada país de la región.

Efectos del Corporativismo en las políticas de salud pública

Explicar los diseños y aplicativos de las políticas de salud pública en América Latina, implica examinar los niveles del corporativismo que Esta tendencia política adoptada por los gobiernos y los métodos de los regímenes políticos de la región propenden por la mediación entre la ciudadanía y los prestadores de los servicios en salud, y desdibujan los acuerdos estatales en materia de los derechos en salud y los derechos civiles sobre los cuales se desarrolla la actividad social en salud pública.

En estos países la tradición republicana es un factor que estructura las prácticas coloniales de ciudadanía, Estado, institución y democracia, justificando el carácter centralizado de los Estados y la concentración de las decisiones administrativas, y restringiendo las opciones políticas de los actores alternativos y territoriales. Las instituciones políticas y constitucionales revelan un sistema político convencional orientado a desplegar por la totalidad de su territorio reglas para el funcionamiento de la democracia normativa. Dichas instituciones registran los tipos de vínculos de la ciudadanía con la sociedad y con el Estado, y aplican legislaciones orientadas a propiciar relaciones de la sociedad con lo público a partir de los mecanismos de representación electoral.

Un factor adicional que caracteriza tal sistema político son las reformas constitucionales dirigidas a legalizar los regímenes económicos, administrativos y políticos, cuya prioridad es profundizar en la dimensión fiscal y burocrática del gobierno, con el propósito de regularizar la administración pública. Estas reformas constitucionales parciales y definitivas proceden de la década de los noventa y cuyos efectos persisten en la organización estatal de la región, están enfocadas a destacar el sistema presidencial y sus métodos de concentración del poder en el diseño de las políticas y su financiación.

Los efectos de estas reformas están asociados a la profundización de la democracia normativa, con el objetivo de garantizar ciudadanías convencionales que invocan derechos y enmarcan la respuesta estatal en jurisprudencias y legislaciones sin contenido social. Igualmente, promueven la segmentación continua de la esfera pública, debilitando los movimientos sociales y los actores del poder territorial que no son visibles en los procesos de diseño y aplicación de políticas en los temas sensibles de la democracia deliberativa; sobre este punto Cavarozzi, indica que:

Además, las organizaciones sectoriales y los grupos sociales han visto reducir su capacidad de involucrar a sus miembros. Tanto el compromiso de los individuos con relación a las organizaciones como la adhesión a «proyectos» colectivos se han reducido sistemáticamente; este fenómeno puede caracterizarse como de erosión intraorganizacional. Además, se han desorganizado los patrones de interacción entre actores colectivos, en la medida que las reglas, formales e informales, que las gobernaron han ido perdiendo efectividad. (Cavarozzi, 1991, p. 93)

En el contexto de los factores que caracterizan los sistemas políticos en América Latina y en el escenario de sus efectos, afirmaremos que las acciones del corporativismo están enfocadas a su profundización con el propósito de garantizar que los gobiernos y las agendas corporativas controlen los sistemas políticos y correlativamente registren control de los niveles fiscales, de la administración de justicia, parlamentario y de la salud pública.

El corporativismo no solo revela el estrecho vínculo de las políticas de salud pública con las prioridades de los gremios privados, sino también la influencia del corporativismo sobre los sistemas políticos de la región, la cual se materializa en las agendas, los métodos y los actores del corporativismo y termina por gremializar la salud, el Estado y las metodologías constitucionales y sociales en cada país. En tal sentido es importante caracteriza los sistemas políticos y explicar su dependencia de las prácticas corporativas que los gobiernos aplican en cada país.

Corporativismo y sistemas de salud

Las reconfiguraciones del Estado en el periodo de las últimas cuatro décadas (en particular en la década de 1980) revelan que las iniciativas de reforma obedecieron a la asistencia técnica de la Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos (USAID), los análisis de los problemas administrativos por parte del ONU y su expresión en la crisis fiscal, administrativa y burocrática, la legitimidad política del Estado y la acción de la CEPAL, señalando la necesidad de construir sistemas estatales eficientes en contra de los Estados intervencionistas y centralistas (Ramírez-Baracaldo, 2011; Ramírez, 2000), de cuño europeo en los planes de desarrollo llevando a la reconfiguración de los Estados impulsada por el complejo político liberal.

Hacia 1989 se gestan políticas de ajuste estructural, con diez temas de política económica, generadas desde el Consenso de Washington (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, gobierno de Estados Unidos, el comité de la Reserva Federal, y un selecto grupo de intelectuales y tecnócratas de diversas partes del mundo) y que en lo institucional modeló: a) las instituciones políticas y la organización del Estado, b) las instituciones fiscales, tributarias y de descentralización, c) las instituciones de las políticas económicas sectoriales, y d) las instituciones de las políticas sociales (salud, pensiones, sociales, etc.) (Basile, 2021).

Desde entonces la tendencia es al achicamiento del Estado y su rol, las privatizaciones y la total apertura de las economías, el fortalecimiento de los actores privados, la total desregulación de la economía y de las leyes sociales y laborales (Franco-Giraldo, 2014). Las etapas siguientes se caracterizan por la influencia de las coyunturas económica, política y social favorables a los recortes de gastos públicos, a la contención de costos, a cambios en la estructura de poder sectorial y a la reorganización de servicios de salud bajo una perspectiva economicista, pragmática y restrictiva, dando lugar a modelos que fueron divulgados como nuevos paradigmas de reestructuración de los sistemas de servicios de salud los cuales entregan las pensiones a la capitalización individual de los bancos (caso Chile, República Dominicana o El Salvador), la salud al complejo médico industrial farmacéutico-financiero y las protecciones sociales a las aseguradoras de riesgo. Este proceso cuestionó el derecho a la salud como un derecho humano o un beneficio social, orientó la reforma a la provisión de cuidados médicos individuales, sin tener en consideración el sistema de salud como un todo y las necesidades de salud de la población, ni relacionar el proceso de reforma sectorial con estrategias multisectoriales para la salud, aplicando a la salud los concepto de mercado y de utilidad formulados por la economía que condujo el aumento de los niveles de desigualdad en las dos últimas décadas (Vargas, 2002).

Escribe Erhman (s.f., p. 13) que el resultado de las reformas fue derivar hacia la sociedad funciones hasta entonces ejercidas por parte del Estado, con la consiguiente entrega de recursos económicos hacia las organizaciones sociales y empresariales, esto es, a grupos distintos del gobierno y los partidos políticos, que pretenden o influyen en la política pública, actuando de manera silenciosa o en supuesta representación de la sociedad civil (Gómez Lobo, 1996; citado por Gómez, 2005). El protagonismo de las organizaciones/grupos se ve fortalecido por el desprestigio de los partidos políticos tradicionales y la irrupción de agentes de los empresarios, los gremios y los conglomerados económicos en tanto son formaciones nacidas del debate por los bienes públicos entre diferentes actores, y las influencias multilaterales externas.

Lo anterior obedeció a la perspectiva adoptada en la nueva protección social (Sistema de pensiones y capitalización individual, Sistema de aseguramiento en Salud y Prestaciones sociales y Prestaciones sociales según perfil de riesgo, focalización y vulnerabilidad, denominados Triqueta de falacias de la nueva protección y seguridad social) y la nueva gestión pública donde quedaron enmarcados los sistemas de salud y sus reformas (Almeida, 2002). El Estado delimitó una nueva institucionalidad y gobernanza donde no hay fronteras entre la esfera de lo público y lo privado. La esfera de lo público, que es mucho más allá de lo estatal, es el espacio de los asuntos comunes, colectivos y universales para la vida.

En este contexto la lucha por el control de la salud en América Latina dio lugar a sistemas fragmentados que emergen del debate por la apropiación de los bienes públicos entre diferentes actores y las agencias multilaterales externas, propiciando que los sistemas de salud fueran organizados con incentivos de mercado, sin que pueda esperarse que los actores obren por fuera de estas reglas, porque su cumplimiento es lo que concreta la supervivencia de tales organizaciones (Goyeneche, 2020). Los sistemas de salud y el Estado acumulan cambios institucionales y organizacionales promovidos por organismos internacionales, actores económico-financieros y el complejo político liberal para lograr el desarrollo del capitalismo o la expansión de mercados de coberturas financieras y bienes privados, a través de un proceso de colonialidad sanitaria, como ilustra Basile (2020).

Basile señala que las reformas de los sistemas sanitarios en Latinoamérica y Caribe tuvieron y tienen que ver con la expansión de una teoría dominante definida como pluralismo estructurado de Londoño y Frenk, que fue fundada en Chile con el desmantelamiento del Servicio Nacional de Salud en el año 1981 y la expansión del aseguramiento con la creación de las aseguradoras privadas que pertenecen en su mayoría al sistema financiero y posteriormente mejorado en el caso de Colombia en 1993. En México, en 2004 se lanza el Sistema de Protección Social en Salud con la creación del Seguro Popular de Salud (SPS) que debilitó y fragilizó la salud pública con subsidio a la demanda y fragmentación

en paquetes mínimos de servicios; en 2001 en República Dominicana se creó el sistema dominicano de seguridad social (Ley 87-01, 2001), Para el Sistema de salud de Honduras, Paraguay y Haití se propuso llevar el ejemplo del seguro integral de salud para pobres, la expansión de coberturas para pobres con la atención primaria de salud (APS); en Argentina entre 2002-2015, el Banco Mundial apoyo la implantación del convenio CUS (Cobertura Universal de Salud) y la unificación de los subsectores del sistema sanitario en un “Sistema Nacional Integrado de Salud- SNIS” (Banco Mundial, 2016).

El proceso de incorporación de la CUS para poner en vigencia las reformas de mercados (des) regulados en los sistemas de salud incluye, según Basile, la refrendación a través de reuniones que se dan desde el año 2012 en Beijing a través de la inclusión de la CUS impulsada por el Banco Mundial en China, por la Fundación Rockefeller en Bellagio (Italia), por el Foro Económico Mundial de Davos (2013) que propone promover la CUS y finalmente el 24 de septiembre del 2013 en la asamblea general de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud(OMS) lanzando el reporte de “Cobertura Universal de Salud”. En América Latina y Caribe, luego de una serie de consultas regionales junto al BM y Rockefeller, todas las representaciones, incluyendo Argentina, Brasil, Cuba, Ecuador, Uruguay, El Salvador, Bolivia y Venezuela, aprobaron sin observaciones la iniciativa CUS (OPS CD53/R14, 2014). Recientemente, en septiembre del 2019 en la Reunión de Alto Nivel sobre CUS organizado por la Universal Health Coverage Partnership (UHC2030), se volvió a relanzar un pacto global que había sido refrendado en 2013 con la participación protagónica del Core Action Group, donde están las corporaciones farmacéuticas, los grupos proveedores de insumos y tecnologías médicas, las aseguradoras, y otras corporaciones privadas.

Continua Basile señalando que a través de esta dinámica geopolítica de poder de los actores, corporaciones y organismos internacionales del Norte global se transforma la universalización de derechos sociales y bienes públicos por una universalización de modalidades de cobertura sanitaria que por principio tiene la diferenciación (desigualdad) y la expansión de mercados de coberturas en la direccionalidad de la financiarización y creación de nichos de privatización en los sistemas de salud (Basile, 2021).

Las iniciativas CUS apoyadas en la expansión de sistemas de aseguramiento o seguros:

- Buscaron la fragmentación, no por un error de diseño, sino para dividir a prestadores de servicios, aseguradoras e intermediarios, a los usuarios/poblaciones, para crear competencia y nichos de mercados.
- Segmentaron las sociedades entre asegurados “pobres”, asegurados “medio-ricos”.

- Permitieron al sector privado y financiero en la región (bancos y aseguradoras) comprender que la expansión de las coberturas financieras tenía un límite para su crecimiento: un máximo del 15 al 20% de la población total en la región. Por obvias razones de ingresos y desigualdad distributiva no podría crecer más allá un mercado de seguros privados de pago de bolsillo. Para expandir los mercados de coberturas necesitaban desregular y administrar fondos del Estado (financiamiento público y coberturas diferenciales público-privadas), incluso para quedarse con coberturas mixtas para el mercado de trabajo informal.
- Produjeron el debilitamiento de la soberanía sanitaria pública, implosionando cualquier fortalecimiento de la capacidad estatal como garante de derechos y proveedor de bienes públicos. África luego de décadas de cooperación “al desarrollo”, lo único que desarrolló fue más dependencia a una industria de la ayuda al “desarrollo” según De la Flor, 2008, citada por Basile (2020).

Señala Brown (2017), citada por Basile que:

...a través de las leyes, marcos regulatorios, estructuras, que expanden la razón jurídico institucional neoliberal, se pone por encima de los intereses y necesidades colectivas, comunes y universales sociales, económicas y ciudadanas. Las corporaciones y los mercados se toman el derecho a decidir, al igual que la sociedad, en una competencia donde prima el que más poder tiene. (Basile, 2021, p. 6)

Y es aquí el escenario en el que el poder de las agremiaciones y demás implicadas en los servicios de atención a la salud se hace sentir más particularmente porque alude directamente a dramas humanos de alta sensibilidad (Cortés, 2003) impulsando sistemas que son procesos mediadores de la determinación de la salud de las sociedades. Y es que lo esencial del corporativismo consiste en que o bien el Estado manipula a las organizaciones en función de los intereses estatales, o bien las organizaciones manipulan al Estado en función de sus intereses particulares (Ospina-Peralta, s.f.), que a la larga sustentan el poder del capital. Se trata, según Philippe Schmitter (1998) como un sistema de “representaciones de intereses”, donde la legitimidad y el funcionamiento estatal dependen de las organizaciones corporativas y cuando no hay una distinción entre intereses privados de una minoría e intereses públicos de la gran mayoría, no solo se cae en corrupción, sino en una situación en la cual el interés público es subsumido por intereses de unos pocos, lo que se denomina un Estado corporativo. Es decir, todo lo contrario, a lo que se propone una democracia puesto que el manejo de lo público es muy diferente a defender los intereses de los empresarios interesados ganancias y volumen de ventas. Pero ante la debilidad de la participación ciudadana y la democracia en los países subdesarrollados el vacío es ocupado por los grupos económicos y de presión, las asociaciones de profesionales

y los sindicatos. Erhman destaca la contradicción evidente entre la lógica de los intereses económicos de las grandes empresas nacionales y transnacionales, y la lógica representativa de las instituciones democráticas.

A este respecto Laurell (2013), citada por Basile, señala que la mayoría de los países en esta corriente de reformas desfinanciaron sistemáticamente sus sistemas y servicios de atención sanitaria y programas de salud pública, con la consiguiente ausencia de respuesta del Estado a las necesidades colectivas de la población. A renglón seguido la ausencia de capacidades/servicios de salud estatales se realiza una operación de transferencia de fondos públicos a pagar una compleja trama de actores privados lucrativos y financieros que no favorecen la soberanía sanitaria (Basile, 2019). Se trata de:

...una nueva arquitectura de Estado sin reflexión sobre la cuestión social y las necesidades para la vida en sociedad como salud, educación, trabajo digno, pensiones, otros. Un proceso de instrumentalización y funcionalización del Estado a la mercantilización y financiarización de la vida. (Basile, 2021, p. 6)

Desde donde se generan nichos de mercado de bienes y servicios privados bajo dinámicas de mercantilización (bienes y servicios) y financiarización (coberturas y pólizas de seguros). Según Lozada (2000), la mayoría de los actores gremiales/empresariales tienen como objetivo buscar decisiones oficiales favorables a los intereses de sus afiliados; de allí que su preocupación central es política, en cuanto como agente económico depende en gran medida de cómo el Estado interprete los problemas públicos y sus soluciones, adicionalmente, de cómo sea el trato del gobierno hacia el gremio para su capacidad de supervivencia. Se evidencia aquí el auge del ejercicio de un gobierno corporativo (GC) que se define como la forma en que los actores gremiales y empresariales protegen sus intereses, con el fin de que las decisiones tomadas por el Estado no afecten sus intereses particulares, la toma de decisiones y su desempeño financiero.

En esta perspectiva Schmitter señala que:

...las características supuestamente distintivas del Estado: su asociación con una nación en particular y el espíritu de nacionalismo; su capacidad para la defensa de un territorio específico; su pretexto de encarnar los intereses comunes y universales de la ciudadanía; su pretensión de centralidad en todos los cálculos políticos; su dotación por un estrato especial de la población... han desaparecido, se han debilitado o perdido su exclusividad. El Estado moderno ha disminuido en su dominio de estas propiedades, o se ha visto obligado a compartirlas con otras instituciones dentro (y fuera) de su propia sociedad. (Schmitter, 1998, p. 5)

Se trata del corporativismo como factor institucionalizado de formación de políticas antes que sólo una forma de articulación; Los actores o grupos se posicionan en dominios de tal modo que el gobierno no puede modificar su regulación sin su consentimiento o ayuda.

Corporativismo y neoliberalismo.

América Latina en los últimos cincuenta años ha servido como “campo de prueba” para los experimentos del colonialismo extractivista por reinventarse en el marco de la crisis civilizatoria en pleno desarrollo; lo que en algún momento caracterizamos como “resiliencia neoliberal en América Latina”, neocolonialismo puro y duro (Villasana, 2018). El neoliberalismo, que puede distinguirse claramente desde sus postulados centrales como tendencia estratégica hegemónica, por cierto, muy alejada del liberalismo clásico que pretende impostar, ha resultado una herramienta muy útil para la profundización y diversificación del extractivismo en tiempos de escasez. Para ello, la conformación de instancias corporativas supranacionales ha sido clave; junto al sostenimiento de la ilusión de las fronteras, naciones y gobiernos, y la fantasía del ejercicio de la soberanía y del llamado *juego democrático*.

Desde mediados de los setenta del siglo XX, evidenciamos como una inspiradora marea neoliberal empapaba con su creatividad a los gobiernos de América Latina, que a diferentes ritmos y con diversos mecanismos, matices y estrategias seguían disciplinadamente la receta neoliberal con cierta sincronía. Examinaremos las regularidades y similitudes entre Chile, Colombia, y también Venezuela, haciendo abstracción de la retórica “ideológica”, y enfocándonos en la estrategia corporativa de generar ganancias.

Esto podemos ilustrarlo aproximándonos a las experiencias de Chile, que resultaría el alumno más destacado de la Escuela de Chicago con la colaboración del gobierno cívico-militar, que se encargó a sangre y fuego de cumplir la tarea desde su asalto al poder en 1973, adelantándose a lo que decretaría el Consenso de Washington en 1980; esto hizo posible la instauración progresiva del modelo desde mediados de los 70 con un conjunto de leyes y decretos que se consolidó con la Constitución de 1980, especialmente en el campo de la salud como espacio de negocios, siendo afinado y perfeccionado por sucesivos gobiernos, de centro-derecha o centroizquierda, que han colaborado indistintamente en la consolidación de un modelo de Mercado extractivista y neocolonial, con una fachada injustamente denominada neoliberal (Villasana, 2022a).

En la última década, el Estado chileno ha instaurado e institucionalizado los “Fondos Concursables” como estrategia para promover y fortalecer las Organizaciones

de la Sociedad Civil (OSC), estableciéndose una relación de competencia entre las organizaciones en su vinculación con el Estado (De la Maza, 2021), competencia que en muchos casos deviene en una relación clientelar; donde las OSC más institucionalizadas y de mayor alcance son las que tienen acceso a los recursos (Villasana, 2022b) consolidando el “paradigma emergente” y el rol de las instituciones privadas sin fines de lucro, nacionales y transnacionales, como sustituto del Estado en algunas funciones sociales (Cereceda, 2014); esto, sumado a los otros mecanismos de tercerización ya establecidos, como compras y subsidios a la demanda en clínicas y prestadores privados, hicieron que la mayor parte del gasto público en salud derivara al sector privado (Goyenechea, 2013). El sistema de licitaciones permite al Estado externalizar mediante “concursos” la política social, transfiriendo fondos a entidades privadas, favoreciendo la instalación de la competencia, la subcontratación y el lucro a expensas de la política social en Chile (Varas, 2018), naturalizando en el imaginario colectivo una fuerte carga de individualismo inspirado en la eficiencia, calidad, pertinencia y oportunidad de las prestaciones otorgadas, desde un modelo de “consumidor/competidor” por un bien que ofrece tanto el Estado como el Mercado. Competencia que contradice la lógica de la solidaridad y el enfoque de derechos; posicionando a la salud como un bien por el cual hay que competir, y que solo los más capaces pueden obtener; una lógica que perpetúa la desigualdad.

De igual manera en el caso de Colombia, la Constitución de 1991 pavimentó el camino para privilegiar los intereses transnacional y empresarial por encima del bienestar social, impulsando un modelo económico capitalista cuyo fin es la acumulación desproporcionada de riquezas. A través de la reserva de capitales, el neoliberalismo llevó los derechos sociales, como la salud, a formar parte de los intereses mercantiles, produciendo “equilibrios económicos”, sin tomar en consideración las asimetrías promovidas en estos procesos (Huertas, 2021). Es importante destacar que ambas constituciones, la de Chile 1980 y la de Colombia 1991, establecen casi con las mismas palabras *el papel subsidiario del Estado respecto a la salud*, limitando su papel a “garantizar el acceso” a los servicios de atención, y dejando este acceso al “libre” juego de la oferta y demanda, pero bajo el control de monopolios y corporaciones transnacionales que operan cómodamente en ambos países bajo la figura de Isapres o EPS; similitudes que revelan el carácter del poder corporativo transnacional. En Colombia La Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993, facilitaron el achicamiento del Estado y las privatizaciones, particularmente en el campo de la salud, tal y como había ocurrido en Chile con la Constitución de 1980. El Estado pasó imperceptiblemente de ser un proveedor a un comprador de servicios a los particulares (Ramírez, 2013) con consignas de estabilización a corto plazo, apertura económica, globalización, austeridad del gasto público y ajuste estructural, los gobiernos fueron obligados a pagar las deudas contraídas con usureros multinacionales a expensas del bienestar de millones de habitantes sumidos en la miseria (Guzmán, s.f.).

El presidente Álvaro Uribe Vélez argumentó claramente que para Colombia a partir de 1992-93, el derecho a la salud es un derecho prestacional de segunda generación y no fundamental. La Ley Estatutaria definió los servicios de salud como servicios públicos restringidos al ámbito de la disponibilidad financiera; y en tal sentido, el derecho a la salud tendría un estatus diferente a los derechos civiles y políticos, no sujetos a la restricción financiera (Ramírez, 2013).

La reforma neoliberal condujo a radicales cambios de manera similar y homogénea en varios países. El Índice de Reformas Económicas que en 1980 era de 0.55 en América Latina, para el 2000 era de 0.83. Es decir, el 83% de los países habían satisfecho los criterios de reforma establecidos en dicho período. La globalización estaba en marcha, y la mayoría de los países incorporados al “concierto neoliberal” (Castellanos, 2004; Villasana, 2010).

Esta tendencia pareció frenarse en el caso de Venezuela con la llegada al poder de la Revolución Bolivariana y la promulgación de la Constitución de 1999. Pero, paradójicamente, el incremento del gasto público en salud durante los primeros años de la Revolución Bolivariana transitó, intencionalmente o no, a un esquema basado en la intermediación financiera, mediante el cual se transfirieron recursos públicos a empresas privadas de aseguramiento y al complejo médico industrial privado, para garantizar la cobertura de atención a un grupo reducido de la población, los funcionarios públicos y sus familiares. Estimaciones no oficiales calculan el crecimiento del Sector Privado de salud en 400% entre 2000 y 2010 a expensas del cuantioso financiamiento público, llevándonos a preguntar acerca de la conformación en ese momento de un ¿Sistema Público Nacional de Salud, o una Privatización Revolucionaria y Socialista de la Salud? (Villasana, 2011). En veinte años se construyeron en Venezuela 50 establecimientos públicos y alrededor de 400 clínicas privadas (Ministerio de Salud, 2006). Se configuró una relación parasitaria de convivencia promiscua entre la receta neoliberal y la Revolución que declaraba reivindicar el Estado de Bienestar, la Justicia Social y el Derecho a la Salud dibujados en la Constitución de 1999. En diez años (2000-2010) la fuga de capitales en Venezuela fue equivalente al 43% del PIB; 42 veces más alta que en Colombia. La exportación y privatización de capitales en Venezuela fue más alta que la de 30 países (sumados) en América (Sutherland, 2013). El neoliberalismo en salud crecía y se desarrollaba en Venezuela, transitando disimuladamente por un carril paralelo a la conformación del “revolucionario Sistema Público Nacional de Salud”, manteniéndola en sintonía con el principal objetivo del modelo corporativo transnacional, la generación de ganancias, al igual que en Chile y Colombia.

Con algunos matices, en los tres países los recursos del Estado sirvieron para enriquecer las arcas de las intermediadoras en Colombia, Chile y Venezuela (EPS, ISAPRES, y aseguradoras privadas respectivamente), compartiendo prácticas corporativas

como la selección adversa, exclusión, monopolio y corrupción en diversas modalidades. En Venezuela, los abundantes recursos alcanzaron para el crecimiento del sector público y privado; la inversión social del periodo “revolucionario” (1999-2012) se incrementó en 770% respecto al periodo 1984-1998 y el gasto social como proporción del PIB aumentó del 8% en 1998 a alrededor del 20% en 2007, facilitando una relación parasitaria Estado – sector privado e intermediario (Laurell, 2017; Villasana, 2022a) no muy diferente a los casos de Colombia y Chile.

A manera de conclusiones:

A la luz de las múltiples evidencias, resulta manifiesto el ejercicio del poder por parte de un gobierno supranacional. Teniendo presente que la política la entendemos como el conjunto de procesos que conducen a decidir qué hacer con la vida de los seres humanos en sociedad, lo que conocemos como sistemas políticos se expresa de facto, en América Latina y en el mundo, en un espacio de fronteras líquidas, independiente de la ilusión de los Estados y naciones.

Los gobiernos en América Latina de manera cómplice se han enfocado a la consolidación de los modelos y las acciones corporativas, asociadas a agendas y políticas que destacan tecnocracias que en cada país de la región relacionan el sistema político con el campo de acción de los expertos y en ningún caso como el ámbito de interacción de los movimientos sociales con los derechos y con la capacidad política para incidir en las dinámicas sobre salud pública.

Productos del modelo corporativista son los sistemas de salud y seguridad social en América Latina que, aunque sustentan sus lineamientos en el Derecho Fundamental de la Salud, estos han quedado supeditados a la compra de servicios de salud a organizaciones privadas cuya sostenibilidad financiera se requiere garantizar. Se trata del papel del Estado reducido a mantener la mercantilización de la solución de las problemáticas de la sociedad

Al transparentar las finalidades que el *modelo corporativo neoliberal hegemónico en salud* persigue en América Latina, se evidencia hasta qué punto ha sido *exitoso*, independientemente del Derecho a la Salud y la exclusión, enfermedad, miseria y muerte que haya provocado. El *modelo* ha sabido aprovechar legislaciones cómplices, y también convivir, neutralizar y aprovechar legislaciones de corte progresista, que sin embargo han dejado espacios vacíos para la corrupción, discrecionalidad y la maniobra, con la colaboración aliados nacionales e internacionales. Las escandalosas ganancias del complejo médico industrial y las intermediarias son los resultados que contradictoriamente refrendan la identificación de una tendencia exitosa del modelo neoliberal, en la que Venezuela va

de la mano con Chile, Colombia, y la mayoría de los países de la región, al margen de retóricas progresistas, revolucionarias, y sobre todo de la Soberanía de los pueblos.

Reflexiones para continuar los debates

Destacar la influencia del corporativismo sobre las instituciones, los gobiernos y las organizaciones públicas de los sistemas políticos en América Latina, facilita la construcción de un debate continuo sobre los objetivos y los efectos que tiene el corporativismo en los temas estratégicos de la sociedad en cada país de la región, para mostrar que la salud pública y colectiva pasa por las franquicias del corporativismo lo que deriva en la dominación de la esfera de los costos por su prestación y en el gradual desconocimiento a los ciudadanos de los derechos a la salud.

En la línea del debate sobre la influencia del corporativismo en los sistemas políticos en América Latina, es determinante identificar los referentes de poder que definen los gobiernos de la región, para tomar decisiones, que de un lado consolidan su vínculo con los gremios y de otro lado fragilizan la capacidad política de los actores sociales representados en las organizaciones sociales y en las ciudadanías alternativas, para participar e incidir en las agendas que contienen los temas estratégicos de la salud pública y colectiva.

Referencias

- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), 905-925.
- Audelo, J. M. (2005). *Sobre el concepto de corporativismo: una revisión en el contexto político mexicano actual*. Universidad Autónoma de México. Instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM.
- Aguiar, N., y dos Santos, M. (1968). Corporativismo y clase trabajadora. Desarrollo Económico, América Latina. *Instituto de Desarrollo Económico Y Social. JSTOR*, 8(30/31), 313-348. <https://doi.org/10.2307/3466013>.
- Banco Mundial. (2016). *Soporte efectivo a la Cobertura Universal de Salud*. <https://www.bancomundial.org/es/topic/universalhealthcoverage>
- Basile, G. (2019). *La salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR SALUD. ¿Soberanía o dependencia sanitaria?* Ediciones Biblioteca CLACSO.
- Basile, G. (2020). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y El Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En T. Ojeda, y M. Villarreal (eds.), *Pensamiento crítico latinoamericano sobre el desarrollo*. Instituto Universitario de desarrollo y Cooperación.

- Basile, G. (2021). *Refundación de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe: Apuntes para repensar y descolonizar las Teorías y Políticas*. Ediciones GT Salud Internacional CLACSO.
- Betancur, N. (2013). Gobernanza y diseño institucional. Marco conceptual y análisis de caso Regulación y gobierno del sistema educativo en Uruguay. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, 9(1), 119-143.
- Brown, W. (2017). *El pueblo sin atributos: La secreta revolución del neoliberalismo*. Malpaso Ediciones SL.
- Castellanos, P. (2004). *Reflexiones sobre Políticas Públicas de Protección Social, Derechos Humanos y Participación Social en el Estado Democrático Contemporáneo en América Latina*. Mimeografiado.
- Cavarozzi, M. (1991). Más allá de las transiciones a la democracia en América Latina. *Revista de Estudios Políticos*, (74), 85-111.
- Cereceda, L., y Jiménez, M. (2014). *Tercer Sector, Salud y Cáncer. El desafío de la sociedad civil, en el contexto de las alianzas*. Nodo Alianzas Público Privadas y Sociedad Civil, Foro Nacional de Cáncer. <https://acortar.link/ygUUpN>
- Cortés, T. (2003). El corporativismo (médicos y otros) y la ética social. *Avance Centro de Estudios Sociales*. <https://acortar.link/ULb99F>
- Ehrman-Fiori, R. (s.f.). *El cabildeo en México: teoría y práctica*. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Franco-Giraldo, A. (2014). Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 95-107.
- Goyenechea, M., & Sinclair, D. (2013). La privatización de la salud en Chile. *Políticas públicas*, 6(1), 35-51.
- Gómez, A. (2005). Influencia de los grupos de interés y asociación en las reformas y los sistemas de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4(9), 62-80.
- Goyeneche, M., y Ruiz, F. (2020). *Multinacionales en América Latina. Una caracterización a partir del sector salud en Brasil, México, Colombia, Perú, Paraguay y Chile*. Fundación Nodo XXI. PSI. Internacional de Servicios Públicos.
- Guzmán, F. (s.f.). Neoliberalismo y Salud en Colombia. *Federación Médica Colombiana: Heraldito Médico*, XXII(227).
- Huertas, C., Maguiña, O., Durand, L. (2021). Multiculturalidad y modelos económicos en América Latina. *Revista de Filosofía*, 38(99), 631-644.
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO.
- Laurell, A. C. (2017). La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. *Saúde Pública*, 33(2). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043916>

- Lozada, R. (2000). *Los gremios empresariales en Colombia en los inicios del siglo XXI*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Luna, M. (1985). Transformaciones del corporativismo empresarial y tecnocratización de la política. *Revista Mexicana de Sociología*, 47(1), 125-137.
- Ministerio De Salud. (2006). *Número de establecimientos de salud registrados*. Dirección de Salud Poblacional y Dirección de Contraloría Sanitaria.
- Ospina, P. (2011). Corporativismo, Estado y revolución ciudadana. El Ecuador de Rafael Correa. In C. Büschges, O. Kaltmeier & S. Thies (Ed.), *Culturas políticas en la región andina* (pp. 85-116). Vervuert Verlagsgesellschaft. <https://doi.org/10.31819/9783954871513-005>
- Perfecto, M. A. (2006). El corporativismo en España: desde los orígenes a la década de 1930. Pasado y Memoria. *Revista de Historia Contemporánea*, 5, 185-218.
- Ramírez-Baracaldo, R., y Kernecker, T. (2011). *Las reformas estatales y políticas en América Latina. Una comparación entre las opiniones de los políticos y los ciudadanos*. [Boletín]. PNUD & Instituto de Iberoamérica. Universidad de Salamanca.
- Ramírez, M. F. (2000). Reforma del Estado en América Latina: ¿Del desmantelamiento a la reconstrucción? El caso argentino. *Estudios Políticos*, 17, 209-225
- Ramírez, J. (2013). Corporativismo y legitimidad en el sistema de salud. En M.E., Osorio E. (Coordinadora). *Informe Anual 2013. Perspectiva del Sistema de Salud Colombiano*. Tendencias de la salud en Colombia.
- Schmitter, P. (1998). *¿Continúa el siglo del corporativismo? El fin del siglo del corporativismo*. Nueva Sociedad
- Stoessel, S. (2020). Corporativismo y representación política en Ecuador: el Consejo Nacional de Trabajo y Salarios. *Universitas*, 32, 151-152.
- Sutherland, M. (2013). Fuga de Capitales en Venezuela y América Latina, fraudes, devaluación y la estatización del comercio exterior. *Aporrea.org*. <https://www.aporrea.org/tiburon/a178809.html>
- Varas, A., Carrasco, A., Gutiérrez, D., & Bascuñán, A. (2018). La explotación en el “área social”, Una lectura de la precariedad laboral del tercer sector en Chile desde El capital de Marx. *Izquierdas*, (39), 273-298. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50492018000200273>
- Vargas, I., Vásquez, H. L., y Jané, E. (2002). Equidad y reforma a los Sistemas de Salud en Latinoamérica. *Cad. Saude Publica*, 18(4), 927-937.
- Villasana, P. (2018). *Resiliencia Neoliberal en América Latina. ¿Cuestión Genética o Fraude Continuo? En De los Estados Larvales a las Mariposas. Escenarios de la Razón Neoliberal en América Latina*. Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano
- Villasana, P., Álvarez, E., y Ortiz, N. (2022b). *Sociedad Civil y cáncer en Chile: de la caridad a las políticas públicas*. Fundación Foro Nacional de Cáncer.

- Villasana, P. (2010). De Alma Ata a Barrio Adentro. Una aproximación al sentido histórico de las metamorfosis del discurso de la participación en salud en Venezuela. En M. Malo, y J. Levy (Comp.), *De la participación en salud a la construcción del poder popular. Experiencias para el debate*. Ediciones del Instituto de Altos Estudios en Salud Arnoldo Gabaldón
- Villasana, P. (2011). *La seguridad social en Venezuela. Paradojas, retos y perspectivas. Conferencia Diálogo Académico. Instituto de Salud Pública Universidad Católica del Ecuador. IDESAL*.
- Villasana, P., Monteverde, A., y Vergara, F. (2022a). Derecho a la Salud y neoliberalismo en Venezuela y América Latina: Crónica incompleta de una narrativa en disputa (1960 – 2021). *Revista de Filosofía*, 39(1), 378-397.

§

Political systems and health care systems in Latin America in the context of corporate governments and regional neoliberalism
Sistemas políticos e sistemas de saúde na América Latina, no contexto do governo corporativo e do neoliberalismo regional

Ramiro Vélez Rivera

<https://orcid.org/0000-0002-6469-3382>

Universidad de Antioquia – Colombia

ramirovelezr@yahoo.es

Licenciado en Ciencias de la Educación. Magister en Ciencia Política, Doctor en Ciencias Humanas y Sociales. Docente universitario, Universidad de Antioquia.

Dora Cardona Rivas

<https://orcid.org/0000-0002-5378-3518>

Universidad Autónoma de Manizales – Colombia

cardonarivas2022@gmail.com

Licenciada en Bacteriología y Laboratorio clínico. Magister en Desarrollo Educativo y Social. Doctora en Ciencias Sociales. Docente universitaria. Universidad Autónoma de Manizales.

Pedro Enrique Villasana López

<https://orcid.org/0000-0001-8713-8202>

Universidad de Los Lagos – Chile

pedro.villasana@ulagos.cl

Médico, Magíster en Sistemología Interpretativa, Doctorado en Ciencias Médicas. Académico Investigador del Departamento de Salud Universidad de Los Lagos, Chile.

Abstract

This work has the purpose of collaborating in the understanding of the processes related to public policies that are based on market relations and that give rise to Health Systems that ignore Health as a Fundamental Right enshrined in the constitutions and regulations of countries. To do this, from a critical–hermeneutical approach, this document defines and analyzes the background of corporatism in Public Health in Latin America, and its relationship with neoliberalism considering the approaches of some and some theoretical references. It is possible to demonstrate some aspects of the role played by corporatism in the conception and design of health policies, the organization, and reforms of health systems, as well as showing conditions of possibility for social participation in the construction of alternative health systems. to the logic of neoliberalism.

Keywords: Public policies; corporatism; public health; neoliberalism; health systems.

Resumo

O objetivo deste documento é colaborar para a compreensão dos processos relacionados às políticas públicas que se baseiam nas relações de mercado e que dão origem a Sistemas de Saúde que desconsideram a Saúde como um Direito Fundamental consagrado nas constituições e regulamentações dos países. Para tanto,

a partir de uma abordagem crítico-hermenêutica, este documento define e analisa o histórico do corporativismo na Saúde Pública na América Latina e sua relação com o neoliberalismo à luz das abordagens de alguns referenciais teóricos. São apresentados alguns aspectos do papel desempenhado pelo corporativismo na concepção e no desenho das políticas de saúde, na organização e na reforma dos sistemas de saúde, bem como as condições de possibilidade da participação social na construção de sistemas de saúde alternativos à lógica do neoliberalismo.

Palavras-chave: Políticas públicas; corporativismo; saúde pública; neoliberalismo; sistemas de saúde.



Religación **Press**

Ideas desde el Sur Global



Religación
Press



ATIK
editorial

