



Rev. Costarricense de Salud Pública, 2015, vol. 24: 154-160

Artículo Original

Vigilancia de la salud

Health surveillance

Luis Jiménez Herrera

Licenciado en Farmacia, Magister Scientiae en Salud Pública, Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica, luis.jimenezherrera@ucr.ac.cr

Recibido: 28 de noviembre del 2014 Aceptado: 30 de octubre del 2015

Resumen

La disfunción sexual eréctil (DE) es un problema de salud que afecta la calidad de vida del que la padece, de su pareja y de su entorno. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el grado de severidad de la DE con factores de riesgos conocidos, comorbilidades, parámetros clínicos, bioquímicos y hormonales, atendidos en la consulta de andrología del *Instituto Nacional de Endocrinología (INEN)*. **Método:** Estudio observacional descriptivo, transversal, que incluyó 385 pacientes > 20 años, atendidos entre 2009–2012. Variables estudiadas: clínicas, antropométricas, bioquímicas y hormonales. Estadígrafos: pruebas Chi² y ANOVA. **Resultados:** La media de edad fue 56,85 ±8,2 años. El 82,9 % tenía ≥ 50 años y un 95 % padecía alguna enfermedad crónica. Predominó los grados moderados y severos de DE (45 % y 39 % respectivamente), los diuréticos e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina se asociaron a la DE ($p=0,042$) y ($p=0,012$). El consumo de alcohol fue común (69,9%). El Índice de masa corporal, circunferencia de la cintura, índice cintura/cadera, glucemia, colesterol total y triglicéridos se incrementaron cuando fue mayor el grado de severidad de la DSE. La testosterona total se asoció inversamente con una significación estadística ($p=0,005$). Las comorbilidades más frecuentes fueron: diabetes tipo 2 ($p < 0,004$), hipertensión arterial ($p < 0,007$), obesidad ($p < 0,005$) y enfermedad de Peyronie ($p < 0,017$).

Conclusiones: Se encontró una asociación directamente proporcional entre el grado de severidad de la DE con algunos de sus factores de riesgo y enfermedades crónicas frecuentes. Esta fue inversamente proporcional a los valores de testosterona total.

Palabras claves: disfunción sexual eréctil, enfermedades no transmisibles/factores de riesgo.

Abstract

The *sexual erectile dysfunction* (ED) is a health problem that affects the life quality of which suffers it, of their couple and of their environment. **Objective:** To determine the association among the grade of severity of ED with factors of well-known risks, associates diseases, clinical, biochemical and hormonal parameters, assisted in the consultation of andrology of the National Institute of Endocrinology (INEN). **Method:** An observational descriptive study was performed, transversal, including 385 patients > 20 years, assisted among 2009-2012. Studied variables: clinical, anthropometrics, biochemical and hormonal. Statisticians: Quarter Chi Test and ANOVA. **Results:** The age stocking was 56, 85 ±8,2 years. The 82,9 % have ≥50 years and 95% suffered some chronic illness. It prevailed the moderate and severe grades of ED (45% and 39% respectively), the diuretics and IECAs were associated to ED ($p=0,042$) and ($p=0,012$). The consumption of alcohol

was common (69, 9%). The corporal mass index, circumference of the waist, waist/hip index, glycemic, total cholesterol and triglycerides were increased when it was bigger the grade of severity of ED. The total testosterone was inversely associated with a statistical significance ($p=0,005$). The most frequent associates diseases were: Type 2 Diabetes ($p <0,004$), High Blood Pressure ($p <0,007$), Obesity ($p <0,005$) and Peyronie's Disease ($p <0,017$). **Conclusions:** A directly proportional association between the grade of severity of ED and some risk factors and frequent chronic illnesses was found. This was inversely proportional to the values of total testosterone.

Key words: sexual erectile dysfunction, not transmitted disease, risks factors.

Introducción

La salud es un derecho humano y un bien social construido desde lo individual y con el aporte de lo colectivo en un contexto particular. Existen una serie de factores como el nivel socioeconómico, la participación ciudadana, el acceso a los sistemas de salud, la educación en salud de la población, la organización y el financiamiento del sistema de salud, entre otros; que interactúan y afectan la obtención del estado de salud deseado para las personas, familias y comunidades.

Además de comprender cómo se valora la situación del estado salud-enfermedad de una población mediante la detección, prevención y control de aquellos eventos que afectan ese estado, las personas que laboran con el sector salud deben de aplicar herramientas útiles para la toma de decisiones; las cuales pueden favorecer la puesta en marcha de políticas, programas o proyectos y actividades que promueven el bienestar de la población.

Una de esas herramientas utilizadas es la constituida por el proceso de vigilancia de la salud, el cual es un sistema que permite

monitorizar los principales elementos que afectan a una población mediante dos subsistemas: la vigilancia epidemiológica y el análisis situacional integral de la salud, este último es conocido como el ASIS.

La vigilancia epidemiológica es un proceso sistemático de colección, análisis, interpretación, realización de acciones, divulgación de los eventos y otras actividades. En Costa Rica se dispone de un reglamento específico en el que se definen aspectos generales de aspectos conceptuales y metodológicos para la realización de este asunto (1).

El ASIS es el proceso mediante el cual se analiza la situación integral de la salud poblacional mediante una serie de momentos que buscan el fomento de la participación social. Sin embargo, no existe una metodología específica que conduzca este proceso. La Organización Panamericana de la salud (2,3) ha proporcionado directrices generales que orientan los diferentes momentos a realizar durante la construcción de este proceso.

Para ambos procesos, existen documentos como guías para la realización de estos (4,5), como los que tiene disponible la Escuela de salud pública de la Universidad de Costa Rica en un trabajo en conjunto con el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social han editado materiales educativos que contribuyen a que las personas fomenten el aprendizaje y la aplicación de estos procesos.

Debido a la complejidad de factores que pueden estar involucrados durante la realización de esos procesos, se hace necesario conocer en particular: 1. La cantidad y ocupaciones de los miembros de la COLOVE, 2. Cuáles son las principales actividades que se realizan en materia de vigilancia epidemiológica, 3.

Cuál es la opinión de las personas trabajadoras en salud respecto a la utilidad del ASIS y 4. Cuáles son las situaciones desafiantes que enfrentan y las necesidades que tienen estas personas para mejorar la realización de su valiosa labor.

Metodología

Se entrevistó y se obtuvo información de informantes clave en el segundo semestre (agosto-octubre) del 2014, de personas miembros del Equipo Local de Vigilancia de la Caja Costarricense de Seguro Social CCSS y del Ministerio de Salud MINSA o de las instancias correspondientes según el caso en cada una de las Áreas de Salud visitadas, las cuales fueron seleccionadas por conveniencia. Los datos de los lugares y nombres de las personas informantes clave se mantienen en anonimato bajo el principio de confidencialidad.

Resultados

Participaron un total de 58 informantes claves, la mayoría personas trabajan con la Caja Costarricense de Seguro Social (93%).

Subsistema de Vigilancia epidemiológica

a. Total de lugares visitados

Se visitaron veintidós Áreas de salud de la Gran Área Metropolitana y cinco de otras regiones de la geografía nacional.

b. Composición de la Comisión local de vigilancia epidemiológica

La mayoría de los equipos están compuestos por un número diverso de personas de la CCSS y el MINSA de distintas disciplinas u ocupaciones, a saber: 40 Medicina, 38 Enfermería, 19 Trabajo social, 18 Farmacia, 17 Microbiología, 17 Registros médicos y estadísticas, 7 Asistentes Técnicos de Atención Primaria, 2 Odontología, 2

Psicología y 1 Auxiliar de enfermería. De todas esas personas destaca que solo hay una persona especialista en epidemiología.

c. Principales actividades educativas y preventivas que se realizan en la comunidad

Las principales actividades que realizan las personas de los equipos locales de vigilancia epidemiológica en el ámbito comunitario son:

-Programas específicos: “Escuela para padres”, “Escuelita de Diabéticos”, tuberculosis, influenza, dengue: eliminación de criaderos, recolección de basura no tradicional, “lazos de amistad” en personas adultas mayores.

-Campañas: contra el dengue, baile, ejercicios, vacunación y desparasitación, medidas de higiene, actividades deportivas.

-Ferias de salud y ambientales.

-Atención Integral en la niñez, adolescencia, a la mujer, a la mujer embarazada, a la persona adulta mayor.

-Clínica de aire para asmáticos, personas con EPOC y bronquitis, anticoagulados.

-Capacitación a personas cuidadoras de Adultos Mayores y a personal médico para que realicen un correcto diagnóstico y reportes de los eventos.

-Talleres para abordar diferentes temas, como: salud mental, nutrición, diversos cánceres.

-Charlas: Dengue, Chikungunya, Ebola, contra el sobrepeso y la obesidad, lavado de manos, técnica del estornudo, diarreas, enfermedades respiratorias.

-Boletines, posters y pancartas informativas.



Personas con disfunción eréctil atendidos en la consulta de Andrología, Instituto de Endocrinología de Cuba, 2009-2012

-Visita a centros educativos para realizar control nutricional e intervenciones sobre obesidad

-Visitas domiciliarias

-Información de medicamentos sobre el correcto almacenamiento, tiras de papel con mensajes sobre temas de importancia epidemiológica que distribuyen en las bolsas de medicamentos

-Estudiantes que realizan diferentes actividades como parte de su Trabajo Comunal Universitario.

d. Dificultades, problemas, limitaciones o necesidades que enfrentan

Las personas de los equipos locales de vigilancia epidemiológica consideran que enfrentan los siguientes desafíos en la consecución de su trabajo:

-Falta de recurso humano y financiero, tiempo, apoyo por parte de las entidades directoras, carencia de espacio físico y de una normativa general sobre las tareas a realizar en los puestos de Vigilancia Epidemiológica

-Existe una comunicación poco asertiva

-Hay recargo de funciones

-Ausentismo del personal a su trabajo

-Equipo de cómputo obsoleto

-Carencia de un sistema de información digital estandarizado que evite la duplicación de los datos de la Caja Costarricense de Seguro Social y del Ministerio de Salud

-Necesidad de motivación a la población en temas educativos variados que mejoren la participación social

-Diversificar las técnicas de reportes

-Sub registro de datos en especial en la práctica privada

-Cambio constante de la población lo que dificulta la localización del domicilio y teléfono

-Necesidad de más capacitación de los miembros de la COVELO

-Inseguridad ciudadana

Subsistema ASIS

Los informantes clave consideran que

a. El ASIS es útil porque permite:

-Identificar necesidades, debilidades y problemas de salud en un área de salud

-Caracterizar poblaciones de interés epidemiológico

-Orientar el uso de los recursos financieros según las prioridades locales

-Diseñar Planes estratégicos locales para construir soluciones conjuntas y dar seguimiento

b. Tienen dificultades, problemas, limitaciones o necesidades durante la construcción del ASIS por:

-carencia de una metodología clara para la realización del ASIS

-que a veces la metodología y el formato de los instrumentos no son adecuados

-que la información que se solicita en algunos casos para cada dimensión es amplia, repetitiva y no es muy aplicable

-Falta de métodos estadísticos de recolección de datos

-hay requerimiento de la participación de un equipo multidisciplinario

-que la información se actualiza mediante procesos bianuales o más de ese tiempo

-que no todas las Áreas de Salud son homogéneas lo que dificulta el acceso a la información

-que se requiere más colaboración de la comunidad en todas las etapas

-que hay dificultad de ir casa por casa realizando las encuestas ya que las personas que no quieren participar

-falta de coordinación entre los miembros del equipo de salud

-que se requiere más tiempo y recursos para la realización del ASIS

-carecer de la facilidad de transporte y disponibilidad de los miembros para la recolección de datos.

-sobrecarga de trabajo

-que el Ministerio de Salud y la CCSS hacen cada uno el mismo ASIS.

Análisis y discusión

De los resultados obtenidos mediante la opinión de las personas entrevistadas de las COLOVE visitadas, se encuentran varias particularidades. La conformación de los miembros en cada lugar no es homogénea, son tan disimiles en cantidad de personas como en las profesiones u ocupaciones de sus integrantes.

Lo anterior, no responde a las necesidades del contexto de las situaciones comunitarias en que la mayoría de las veces existen diversos factores involucrados que generan complejos procesos y que en ocasiones pueden trascender hasta las fronteras de un territorio (6) y esto debe ser considerado al momento de seleccionar a las personas que integran la COLOVE, de manera que ellas tengan una adecuada preparación

académica y de experiencia que asegure la capacidad de respuesta.

Asimismo, sumado a esa heterogeneidad en la composición de la fuerza de trabajo de las COLOVE, también estas personas enfrentan un conjunto de dificultades cuando realizan su importante labor. Así se destacó la carencia de elementos tangibles e intangibles, como lo son los recursos humanos y financieros, de equipo e infraestructura, logísticos de transporte y otros; o como el conocimiento y la pericia con relación a la epidemiología. A pesar de esas y otras limitaciones o desafíos a las que se enfrentan estas personas, se dispone de datos relevantes sobre el acontecer de las poblaciones en el contexto comunitario.

De la misma forma y debido a los vertiginosos cambios en los medios de transporte o de movilidad que utilizan las personas, una mayor cantidad de estas se desplazan largas distancias de un lugar a otro en un relativo corto plazo de tiempo, lo que implica que con más facilidad los vectores y las personas asintomáticas infectadas o enfermas trasladan agentes causantes de enfermedades alrededor del globo terráqueo.

Esto impone un reto a las autoridades sanitarias cuando deberían colocar en una balanza el costo en la renovación de los sistemas de vigilancia mediante mejores tecnologías de información y comunicación respecto a la rapidez de las actuaciones en respuesta a los asuntos que tienen relación con la seguridad sanitaria. Modernizar también implica cambios en otros escenarios como es la formación del capital humano, en la forma de realizar las actividades, en la clarificación de los procedimientos, la diversificación en las metodologías de evaluación y seguimiento, entre otros aspectos (7,8).

Sin embargo, cuando se considera que la crisis económica por la que atraviesan distintos países, se puede convertir en un



duelo que posponga la implementación del uso de sistemas de vigilancia tecnológicamente modernos. A pesar de todo esto, de acuerdo a los hallazgos de este trabajo, se evidencia que los equipos de trabajo en vigilancia de la salud demandan condiciones mínimas necesarias que les permita trabajar de forma eficiente y efectiva, de modo que la información se colecte oportunamente, se procese y se divulgue para tomar de decisiones que permitan actuar cuando se requiere (9, 10,11).

Uno de los aspectos ligados con la demanda de recursos en cuanto a la cantidad y calidad de ellos, lo constituye el reporte de los eventos que afectan el proceso de salud enfermedad de las poblaciones y que a la vez, se relaciona precisamente también con la capacitación en conocimientos, habilidades, destrezas y competencias del capital humano encargado del sistema de vigilancia.

De modo que los métodos y las técnicas de reporte deben ser tan diversos como contextos existen, incluyendo actividades en el sector pública y privado, facilitando de esta manera que las personas tanto del sector salud como de la sociedad civil utilicen esos medios para vigilar, informar y alertar sobre todos los aspectos que alteran o atentan contra el bienestar o los ambientes/ espacios en los que se desenvuelven las personas.

Se postula en ese sentido, contar con la presencia de un sistema que disponga con recursos, una determinada organización y la tecnología acorde con los tiempos actuales (12); con la intención de minimizar los efectos que el entorno y los comportamientos de las personas producen en sus estilos de vida y su salud (13).

De ahí que un complemento para esa labor debería estar constituido por el ASIS, el cual se convierte en una oportunidad para involucrar a la población en estos

procesos y así incentivar la búsqueda de soluciones para sus problemas (14). Lamentablemente el personal en salud también concuerda en que aunque reconoce la utilidad de esta herramienta, al mismo tiempo, hay ausencia de elementos necesarios para su elaboración, igualmente se requieren criterios unificados y claros para su adecuada construcción.

Finalmente, en ocasiones hay presencia de metodologías bajo diversos enfoques y modelos que duplican los datos y por ende los esfuerzos a la postre pueden ocasionar que como consecuencia las necesidades poblacionales se aborden de manera incierta o los resultados no sean los esperados.

Conclusiones

Las Áreas de salud incluidas en este estudio presentan similitudes pero a la vez varias diferencias en algunos aspectos. En todas existen cantidades desiguales de personas en cuanto a la cantidad en número de sus miembros, así como en las diversas ocupaciones o profesiones. También realizan muy parecidas y diversas actividades en materia de prevención y educación hacia la población de interés epidemiológico. Aunque consideran que realizan vigilancia de los eventos que afectan el proceso de salud-enfermedad de las personas en las distintas poblaciones y de que el ASIS es una útil herramienta para tomar decisiones, del mismo modo tienen carencia de recursos, en su organización y otros aspectos logísticos, los cuales son igualmente limitados e incomparables en cada Área. Además para la obtención de los resultados que persiguen, el personal enfrenta heterogéneos retos: mejorar su formación con relación a su situación laboral, incentivar la participación social y comunitaria, mantener información actualizada a pesar de las múltiples carencias y de la demora de las

tecnologías de la información y la comunicación.

Agradecimientos

A todas las personas informantes claves de las Áreas de salud que muy gentilmente colaboraron en este estudio.

Al personal administrativo y estudiantes de la Facultad de Farmacia por su valiosa contribución.

Referencias

1. Ministerio de salud de Costa Rica MINSA. Reglamento de Vigilancia de la Salud N° 37306-S. Gaceta 203. Alcance 160; 2012. Disponible en http://www.imprentanacional.go.cr/pub/2012/10/.../ALCA160_22_10_2012.p Consultado 12 agosto 2014.
2. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico 1999; 20 (3):1-16.
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Funciones esenciales. Washington: OPS/OMS; 2001.
4. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud de la Caja Costarricense de Seguro social CENDEISSS Vigilancia de la salud e investigación epidemiológica de campo. Módulo 5; 2003. Disponible en: <http://www.cendeiss.sa.cr/posgrados/modulos/modulo5gestion.pdf> Consultado 12 agosto 2014.
5. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud de la Caja Costarricense de Seguro social CENDEISSS. Análisis de situación de salud con enfoque de espacio-población para el nivel local. Módulo 6, 2004. Disponible en <http://www.cendeiss.sa.cr/modulos/modulo6gestion.pdf> Consultado 12 agosto 2014.
6. Calain P. Exploring the international arena of global public health surveillance. Health Policy and Planning; 2007, 22: 2-12. ISSN 1460-2237.
7. Ammenwertha E., Gräberb S., Herrmann G., Bürkled T., König J. Evaluation of health information systems problems and challenges. International Journal of Medical Informatics; 2003, 71: 125-135. ISSN: 1386-5056
8. Ammenwertha E., Brenderb J., Nykänenc P., Prokoschd H., Rigbye M., Talmon J. Visions and strategies to improve evaluation of health information systems Reflections and lessons based on the HIS-EVAL workshop in Innsbruck. International Journal of Medical Informatics, 2004, 73: 479-491. ISSN: 1386-5056.
9. Sonesson C., Bock D. A review and discussion of prospective statistical surveillance in public health. J. R. Statist. Soc. A; 2003, 166, Part 1: 5-21. ISSN: 1467-9876.
10. Baker M.G., Fidler D.P. Global Public Health Surveillance under New International Health Regulations. Emerging Infectious Diseases; 2006, 12 (7): 1058-1065. ISSN: 1080-6059.
11. Chaudhry B., Wang J., Wu S., Maglione M., Mojica W., Roth E. et al. Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. Annals of Internal Medicine; 2006, 144 (10): 742-752. ISSN: 1539-3704.
12. Mohd Y., Papazafeiropoulou A., Paul R.J., Stergioulasb L.K. Investigating evaluation frameworks for health information systems. International journal of medical informatics; 2008, 77: 377-385. ISSN: 1386-5056
13. Henning K.J. What is Syndromic Surveillance? Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 53, Supplement: Syndromic Surveillance, Reports from a National Conference; 2003 (2004): 7-11.
14. Ávila F., Gómez W., Hernández T. Situación de salud, una herramienta para la gerencia en los posgrados. Rev Cubana Salud Pública; 2009, 35 (1). ISSN 0864-3466

