



Abordaje a la emergencia sanitaria de origen biológico desde el subsistema primario de salud

Roberto Senovio McDonald Buchanan ¹

Argelio Díaz Ortiz ²

Leyanis Lecourtois Mendoza ³

Leonardo Fernández Fernández ⁴

Yadira Ruiz Juan ⁵

José Oriol Vega Puentes ⁶

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Cuba, rsmcdonaldb@infomed.sld.cu

² Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Guantánamo, Cuba, adortiz@infomed.sld.cu

³ Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Guantánamo, Cuba, llecourtois@infomed.sld.cu

⁴ Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Guantánamo, Cuba, simbaleo52@gmail.com

⁵ Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Guantánamo, Cuba, yruiz@infomed.sld.cu

⁶ Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Guantánamo, Cuba, oriol@infomed.sld.cu

Resumen:

Introducción: se aborda un modelo orientado al desarrollo sistémico, cambio y transformación organizacional del subsistema primario de salud, con salida al perfeccionamiento de la dimensión salubrista del ámbito local ante la gestión de riesgos y la reducción de desastres.

Objetivo: presentar una estrategia transdisciplinaria organizativa de intervención clínica-epidemiológica-sanitarista, que contribuya al mejoramiento de la gestión del subsistema primario de salud, en función del modo de conducción y procedimientos de actuación profesional ante emergencias sanitarias de origen biológico como la provocada por la COVID-19.

Método: se diseñó una investigación experimental de corte transversal, con aplicación del método de dirección científica conjugado con una amplia revisión bibliográfica y los procedimientos de la observación, la entrevista y la encuesta.

Resultados: el proceso de cambio y perfeccionamiento organizacional que se promueve en este trabajo tiene la perspectiva de contribuir un mejor desempeño en la atención de la conservación de la salud física y mental, y la vida de la población ante los efectos de brotes, epidemias y pandemias.

Conclusiones: se asume que, articular el modelo sistémico de transformación organizacional del nivel micro de salud local, se contribuye al fortalecimiento de la capacidad de conducción de los procesos de sostenibilidad y conservación de salud y vida de la población, y propicia una mejor gestión y respuesta del aseguramiento de la primera etapa de tratamiento y evacuación ante emergencias sanitarias de origen biológico.

Palabras clave: subsistema primario de salud, conducción de salud, intervención, emergencia sanitaria de origen biológico.

INTRODUCCIÓN

Ante la necesidad de implementar medidas orientadas al desarrollo sistémico que propicie mejora organizacional del subsistema primario de salud, en la perspectiva del perfeccionamiento de la gestión de salud ante eventos de origen biológico extremos, se sustenta el siguiente problema científico: ¿Cómo articular un proceso de cambio de métodos y transformación organizacional orientada al fortalecimiento del modo de conducción y de actuación profesional del subsistema primario de salud ante emergencias sanitarias de origen biológico?

Se identifica como objeto de la investigación la estrategia de intervención transdisciplinaria organizativa y como campo de acción el proceso de gestión del subsistema primario de salud ante el enfrentamiento a los peligros de origen sanitario o biológico en el escenario de comunidades, agrupaciones poblacionales y, asentamientos y conglomerados humanos.

En consideración a lo antes expuesto, esta investigación tiene el objetivo de presentar una estrategia transdisciplinaria organizativa de intervención clínica-epidemiológica-sanitarista, que contribuya al mejoramiento de la gestión del subsistema primario de salud, en función del modo de conducción y procedimientos de actuación profesional ante emergencias sanitarias de origen biológico como la provocada por la COVID-19.

Los peligros de origen biológico, en su perspectiva antropológica, constituyen un gran desafío para las autoridades, científicos y la población por su capacidad por alterar la dimensión socioeconómica de la sociedad, de tal manera que la Seguridad contra Desastres se prioriza en el contexto de la Seguridad Nacional de Cuba, por lo que una constante del quehacer científico y de los decisores consiste en la búsqueda de alternativas más eficientes, con salida a una mejor atención a la población en conflicto y la consecuente reducción de los índices de mortalidad y morbilidad que pueda provocar la contingencia sanitaria ocasionada por los efectos de cualquier evento de origen biológico.

El área geográfica en que está enclavado el archipiélago cubano ha sido afectada por diferentes enfermedades infecto-contagiosas originadas agentes biológicos, entre ellos los virus que provocan dengue hemorrágico, el cólera, la neuropatía epidémica; epizootias como la fiebre Porcina Africana y el Cólera Porcino, y epifitias tales como la Roya de la Caña de Azúcar, el Moho Azul del Tabaco, y el Thrips Palmi, entre otros, los cuales han causado afecciones a la vida de la población, la fauna y la flora. En la actualidad el país se enfrenta a la emergencia sanitaria de la pandemia provocada por el coronavirus SARS-CoV-2, que afecta a todo el orbe, no obstante, el elevado número de víctimas, el progreso de respuesta ha resultado gradualmente favorable por el desempeño de los hombres de ciencia, la voluntad política de las autoridades y la participación popular.

Es política del Sector de Salud el desarrollo de procesos intrínsecos de transformación y actualización en búsqueda del perfeccionamiento y mejor eficiencia de su encargo social ⁽¹⁾. En correspondencia con este postulado y en aras del perfeccionamiento del manejo de una situación de contingencia epidemiológica se propone la implementación de procesos sistémicos que fortalezca estructuralmente al sistema local de salud que se activa y despliega en el escenario de las comunidades, agrupaciones poblacionales, asentamientos y conglomerados humanos, sustentada en un modelo de transformación organizacional, como complemento y refuerzo a los protocolos ya establecidos por el Sector de la Salud para la contingencia sanitaria actual por la SARS-CoV-2.

La fundamentación teórica se sustenta en la asignatura Organización de los Servicios de Salud ante Situaciones Excepcionales de Desastres, de la disciplina Preparación para la Defensa que se imparte en las universidades de Ciencias Médicas ^(2, 3); el Capítulo III de la Doctrina Única de Tratamiento y Eva-

cuación para la Guerra de Todo el Pueblo referente a las medidas higiénicas, sanitarias y antiepidémicas, y las funciones de la Escuadra de Higiene y Epidemiología ⁽⁴⁾; y la literatura científica sobre temas de Medicina de Desastres, de autores nacionales e internacionales ^(5, 6, 7 y 8).

Este trabajo tiene su génesis en la memoria escrita en opción al grado académico de Máster en Salud y Desastres titulada “Reordenamiento organizacional ante situaciones de desastres originados por sismos en el subgrupo de Salud del Consejo de Defensa de Zona Caribe, Guantánamo, 2016” ⁽⁹⁾, presentada y defendida por el autor en la Escuela Nacional de Salud Pública, siendo tutores el Dr. C. y Profesor Titular Reimundo Quesada Romero y el Dr. C. y Profesor e Investigador Titular Juan Francisco González Rodríguez, que fuera galardonada con mención en el Concurso Especial Mejor Tesis en Salud, categoría Tesis de Maestría, del XLII Concurso “Premio Anual de la Salud 2017” y se procede de un proyecto de investigación y desarrollo + innovación del autor a propósito de su tesis en opción al doctorado titulado “Gestión universitaria en salud local para la reducción de riesgos y manejo de desastres” dirigida por también por el Dr. C. y Profesor Titular Reimundo Quesada Romero y el Dr. C. y Profesor Titular Víctor René Navarro Machado.

I. MÉTODO

Se diseñó una investigación experimental de corte transversal, en la que se aborda la transformación organizacional del subsistema primario de salud mediante procesos de intervención realizada en el periodo de mayo de 2020 hasta abril de 2021 en el Consejo Popular Caribe del municipio de Guantánamo, provincia homónima, orientado la articulación de una solución sistémica de la interacción transdisciplinar e instrumentación de premisas de la dirección científica, con salida al perfeccionamiento del manejo de la gestión de salud ante emergencias sanitarias.

II. RESULTADOS

Se estudió la incidencia de agentes de naturaleza biológica, generadores de perniciosos fenómenos causantes de eventos desastrosos de origen sanitario, que datan desde tiempos remotos. En la edición del 19 de abril de 2021 del periódico *Juventud Rebelde* se publicó un interesante reportaje referente al impacto sobre la humanidad de estos peligrosos fenómenos ⁽¹⁰⁾.

El mencionado diario refiere periodos, áreas geográficas donde han ocurrido estos desastres y los efectos de letalidad antropológica, de lo cual se sintetiza lo siguiente: en el siglo 430 antes de nuestra provocó en Etiopía, Grecia, Egipto y Libia más de 300 000 fallecidos. Siglo VI de nuestra era el virus Yersinia pestis, causante de la Plaga de Justiniano, causó la muerte a más de 10 000 000 de personas. Recidiva del virus Yersinia pestis, esta vez originaria de la Peste bubónica y Peste negra diseminada en el periodo 1347-1351 en Europa, con 200 000 muertes; en el año 1665 en Gran Bretaña (no señala datos de fallecidos) y en el año 1885, en India y China indistintamente, lo cual ocasionó el deceso de un número superior a los 12 500 000 de seres humanos.

Las enfermedades ocasionadas por la viruela (1520), el Cólera (1850), la Fiebre amarilla (desde 1649), Dengue, Sika, Chikunguya, en su momento de aparición, elevaron los indicadores de morbilidad y mortalidad en todo el orbe. En el año 1918, por la enfermedad de la Gripe española, 40 000 000 de personas fallecieron; desde año 1981, a causa del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida más de 25 000 000 han perdido la vida; así como el ÉBOLA en África con su efecto mortal, de tal modo se

asume que los agentes peligros de origen biológico son especies de complejos organismos microscópicos mutantes de variada etiología, con propiedades de variabilidad genética y evolutiva.

La resolución sensata para el enfrentamiento y reducción de estos fenómenos ha de estar sustentada por medidas organizativas donde la multisectorialidad y la transdisciplina sean premisas de su contenido, teniendo en cuenta la perenne probabilidad de aparición de eventos que causen situaciones de emergencias sanitarias de origen biológico con efectos de considerable número de víctimas y afectaciones socioeconómicas.

En el marco de las observaciones precedentes y a tenor de la necesidad de fortalecer la conducción y manejo de brotes, epidemias o pandemias desde el nivel primario de salud, como la provocada por el coronavirus SARS-CoV-2, y hechas las consideraciones que anteceden, se asume que se obtendría mejores resultados en la gestión de reducción de las consecuencias de este evento la articulación de medidas sistémicas de cambio y transformación organizacional del subsistema primario de salud que se activa y despliega en las comunidades, agrupaciones poblacionales, asentamientos y conglomerados humanos.

La movilización y actuación consecuente de las autoridades y la comunidad organizada en apoyo a las acciones de salud son la expresión de la intersectorialidad; constituyendo los factores decisivos en la identificación de las determinantes económicas para sociales para la lucha contra los brotes y enfermedades transmisibles.

Se trata de la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social orientada al desarrollo de acciones destinadas, total o parcialmente, a solucionar problemas de salud, el bienestar y elevar la percepción de la población referente a los resultados que satisfagan sus expectativas de vida, como parte de la respuesta social organizada ⁽¹¹⁾.

Una de las debilidades observadas en la acción intersectorial es la discreta cooperación práctica en el nivel primario inducida en salud, en cuanto a las acciones de las organizaciones de masas en los barrios, no obstante existir conciencia generalizada de su importancia ⁽¹²⁾. Esta deficiencia se manifiesta en jurisdicciones de las comunidades donde la influencia del gobierno local es decisiva para movilizar la participación de las instituciones y organizaciones locales y la población en función de identificar problemas, necesidades, definir prioridades y, formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud ⁽¹³⁾. Influye en este aspecto la no coincidencia del radio de acción de las unidades de salud con la jurisdicción de las organizaciones de masas en la base, lo que no facilita a sus dirigentes y personal de la salud una coordinación estable.

El modelo de conducción propuesto se fundamenta en el protocolo de actuación de la Medicina Desastres, diseñado para la atención médico-sanitaria a víctimas masivas y en masa en los focos de destrucción y/o contaminación y en otros escenarios de conflicto, contingencia o emergencia sanitaria provocadas por el desencadenamiento pernicioso de las fuerzas ciegas de la naturaleza o acciones de origen antrópico o antropogénico, contexto de actuación de la primera etapa de tratamiento y evacuación de lesionados y enfermos, diferente al modelo de actuación para la prestación de los servicios de salud que se brinda en la Medicina Convencional, diseñada esta última para brindar la asistencia médica individual, familiar y comunitaria en situaciones de normalidad.

Se particulariza el modelo en el escenario, área de responsabilidad o actuación de los procesos asistenciales de la primera etapa de tratamiento y evacuación que subsume la asistencia sanitaria y la primera asistencia médica, y específico ante situaciones excepcionales y de desastres ⁽⁴⁾,

Las emergencias sanitarias desencadenan contingencias debido a las complejas problemáticas originadas por la conjunción de simultánea de variados y diferentes problemas de salud, la insuficiencia e insatisfacción del sistema que lo resuelve, la limitación y carencia de recursos y medios de todo tipo, la restricción o incapacidad de la infraestructura sanitaria, situación que configura la necesidad de desdoblamiento de estructuras organizativas de la Medicina Convencional para el manejo más adecuado y eficiente de la situación y asumir la formación recomendada por la Medicina de Desastre.

El cambio de métodos y transformación organizacional que se propone se sustentan en el reordenamiento de la estructura y escalonamiento de la conducción basada en el mando único desde el subgrupo de salud del Consejo de Defensa de Zona en el cual se desdobra el Grupo Básico de Trabajo. El campo del enfrentamiento a la pandemia es apropiado conceptualizarse como Teatro de Operaciones Antiepidémicas y como escenario del primer escalón de respuesta y desgaste la demarcación de los consejos populares (zona de defensa), donde se activan y despliegan los grupos básicos de trabajo de las áreas de salud en composición estructurada de órgano de conducción del subsistema primario de salud pública, responsable de conducir la primera etapa de tratamiento y evacuación en el escenario de las agrupaciones poblacionales, comunidades y, asentamientos y conglomerados humanos, para lo cual es consustancial que la demarcación de su área de responsabilidad coincida con la jurisdicción territorial de los consejos populares y, a su vez, los equipos básicos de salud están tengan su área de actuación en concordancia con la demarcación de las circunscripciones ⁽¹⁴⁾.

El impacto de eventos de origen sanitario o biológico ⁽¹⁴⁾, por sus efectos perniciosos para salud y la vida, dadas sus consecuencias de altos índices de morbilidad y de mortalidad, requiere de la sistematización organizativa y acciones precisas por la compleja contingencia que acaece, dada la particularidad de que se trata de afrontamiento para reducir a un enemigo no humano, microscópico y poco conocido que ha resistido las acciones llevadas a cabo en su contra.

Es consustancial que el radio de acción de los grupos básicos de trabajo coincida con la demarcación de los consejos populares. En tal medida, si el área de responsabilidad de los centros de atención primaria se delimita con las circunscripciones se asegura mayor participación institucional y comunitaria, responsabilidad y control en la solución de los problemas de salud.

Para el proceso la conducción y procedimientos en la reducción de la emergencia sanitaria, se adopta una en la estructura organizativa multidisciplinaria ad hoc que intervienen apropiadamente con los métodos y procedimientos inherentes a sus correspondientes perfiles como sigue a continuación:

- la intervención clínica, por el Equipo Básico de Salud desdoblado como puesto médico con una estructura reducida que comprende las secciones de recepción - clasificación, curaciones, evacuación, ingreso domiciliario y aislamiento. Cumple los procedimientos de la primera asistencia médica y asegura la continuidad del programa del médico y la enfermera de la familia.
- la intervención antiepidémica, por la Escuadra de Higiene y Epidemiología, órgano que se establece en la mencionada Doctrina. Se organiza la cantidad necesaria en correspondencia con la estratificación en cuadrantes de los círculos de riesgo por segmentos poblacionales con vulnerabilidades significativas, que puede comprender varias manzanas en áreas urbanas o una extensión territorial deslindada en las áreas suburbanas y rurales dentro de los límites de las circunscripciones. Tomando en cuenta los criterios sustentados en la situación de salud, asignar como área de actuación de las EHE los cuadrantes de riesgos estratificados.
- A estas escuadras se le asignan tareas y misiones de asegurar la conservación de las condiciones higiénico – epidemiológicas, control de focos y mantiene la vigilancia y control de la situación

sanitaria-higiénico-epidemiológica. Interactúa en estrecha cooperación intrasectorial con el puesto médico (equipo básico de salud) y con los grupos de intervención comunitaria organizados en la comunidad del área de responsabilidad asignada.

- la intervención sanitaria; grupo multidisciplinario y multiperfil Ad Hoc. Asegura procedimientos de atención prehospitalaria, asistencia sanitaria, apoyo psico-social, comunicación e información institucional y a las personas en conflicto o de interés sanitario, y proceso de otros perfiles y especialidades de salud según corresponda con las necesidades que dimanen de la situación de salud.
- Adjunto al Grupo Básico de Trabajo se agrega un equipo de trabajo multiperfil integrado por profesionales de Medicina Natural y Tradicional, Psicología, Estadística Médica, Gestión de Información de Salud y otros que resulten indispensables para acercar el talento de respuesta inmediata a los problemas de salud que resulten en el desarrollo de las operaciones antiepidémicas.

De tal manera se fortalece el subsistema primario de salud, al organizarse un equipo multidisciplinario con plena capacidad para la conducción del subsistema primario de salud en complejo escenarios de afectación epidemiológica en la demarcación de los órganos de base del Poder Popular y coherente con las perspectivas de la dimensión de salud inherente al desarrollo de la localidad.

La fuente de personal para el completamiento de estas estructuras organizativas procede del potencial humano de las instituciones asistenciales y docentes de salud, de otras entidades y población con preparación sanitarista que, a los efectos del enfrentamiento, se movilizan, asignándolos preferentemente a las unidades primarias de atención de salud radicadas en su entorno residencial. En cuanto a los estudiantes de las carreras de Ciencias Médicas, tener en cuenta que los que de cuarto año de Medicina ya tienen preparación para actuar como enfermeros (sanitario mayor) y en tareas de prevención y control antiepidémico, entre otras; y los que han terminado el quinto año de la carrera de Medicina están preparados para desempeñarse como médicos en las comunidades ante estas situaciones de emergencias sanitarias ⁽²⁾. El resto de los estudiantes pueden actuar como sanitarios.

Beneficios de la iniciativa:

- Perfeccionamiento estructural del primer escalón de respuesta a la emergencia sanitaria con una mejor organización, lo cual permite mayor agilidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud en los escenarios de conflicto epidemiológico de agrupaciones poblacionales y, conglomerados y asentamientos humanos.
- Se eleva la capacidad de resolución y respuesta a la situación epidemiológica y favorece mejor desempeño y efectividad de la gestión de los subgrupos de salud de los que aseguran la primera etapa de tratamiento y evacuación de lesionados y enfermos ante situaciones excepcionales y de desastres.

III. CONCLUSIONES

A modo de conclusión, se asume que, como resultado del proceso de cambio y perfeccionamiento organizacional que se promueve en este trabajo, el subsistema primario de salud de Cuba se coloca en una posición de competitividad avanzada en el cumplimiento de su encargo social para con la conservación de la salud física y mental, y la vida de la población.

Asimismo, la iniciativa complementa y refuerza los protocolos establecidos por el sector de la salud para el enfrentamiento a brotes, epidemias y pandemias, particularizadas en la COVID-19; le dispensa una estrategia organizacional de perspectivas transformadoras ante situaciones de emergencias sanitarias de origen biológico probable a desencadenarse en el futuro y puede servir de arquetipo para articularse en otros escenarios del territorio nacional y en otros países, con las debidas adecuaciones en correspondencia a las características de cada cual.

IV. REFERENCIAS

1. Morales Ojeda R, Mas Bermejo P, Castell-Florit Serrate P, Arocha Mariño C, Valdivia Onega NC, Druyet Castillo D, et al. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42:25. [citado 2 mayo 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.25>.
2. Palomino Castell JL, González Rodríguez JF, Quesada Romero R, Padrón Novales BH, Peralta Olán AI, Aldana Vilas L et al: Programa de Estudio de la Disciplina Preparación para la Defensa de las Carreras de Ciencias Médicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015.
3. Urbino López-Chávez AL, Rigau Rojas MA, Chao Rojas FL, Deuloféu N, González Mendoza Z, Calixto Buzón C, et al. Preparación para la Defensa. t 1. Organización, higiene y epidemiología y protección contra las armas en situaciones de contingencias. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Doctrina de Tratamiento y Evacuación para la Guerra de todo el Pueblo. Resolución 486 del Ministro de Salud Pública de Cuba de 19 de diciembre de 2019 [publisher unknown] (19 dic 2019).
5. Bello Gutiérrez B, Cruz Álvarez NM, Álvarez Sáez M, Chao Rojas FL, García Gómez V, Arias González A, et al. Medicina de Desastres. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
6. Bello Gutiérrez B, Cruz Álvarez NM, Álvarez Sáez M, Chao Rojas FL, García Gómez V. Los desastres y fundamentos de la protección contra los mismos. En: Medicina de Desastres. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
7. Navarro Machado VR. Situaciones de desastres. Manual para la organización de la atención médica de urgencia. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.p. 328.
8. Navarro Machado VR, Falcón Hernández A, Valdés Gómez ML, Santana Vásquez G, Fernández López O, Villar Korneluk OM, et al. Situaciones de desastres. Manual para la preparación comunitaria La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.p. 328.
9. McDonald Buchanan RS. Reordenamiento y transformación organizacional del subgrupo de salud del Consejo de Defensa de Zona Caribe, del municipio de Guantánamo, ante situaciones de desastres originados por sismos de gran intensidad. 2014-2016 [memoria escrita en opción al título de máster en Salud y Desastres]: La Habana: Fondo bibliográfico de la Escuela Nacional de Salud Pública; 2017. 77 p.
10. Morales Agüero J, Castro Medel O. De Pandemias, remedios y esperanzas. Juventud Rebelde. La Habana. 19 de abril de 2020: Pág. 5.
11. Castell-Florit Serrate P, La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 17-22.

12. Castell-Florit Serrate P, Carnota Lauzan O, Mirabal Jean-Claude M, Santana Espinosa C, Cabrera González T, Hadad J. Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 51-5.
13. Sanabria Ramos G. Participación social en el campo de la salud. *Re Cubana Salud Pública* [Internet]. 2004 [Citado 20 may 2022];30(3): [aprox.9p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_3_04/spu05304.htm.
14. McDonald Buchanan RS, Vega Puentes JO, Rousseaux Lamothe S, Portuondo Hernández Y, Díaz Ortiz A. Propuesta de conducción y táctica para el enfrentamiento a contingencias de origen biológico. En III Convención Internacional de Salud Pública. CS 2018. Actas del Congreso. Palacio de Convenciones de La Habana, Ponencia presentada en III Convención Internacional de Salud Pública del 23 al 27 de abril de 2018; La Habana; 2018. p. 729-4114-1-PB. c2018.
15. Navarro Machado VR. Situaciones de emergencias y desastres. Manual para la preparación comunitaria. Adentro: Acciones de higiene y epidemiología. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana; 2009. p. 102-8.