

Universidad Nacional de Lanús

Maestría de Salud Mental Comunitaria

Epidemiología en Salud-Salud Mental

Psic.Mirta Clara
Mayo de 2009

Índice

Consideraciones Generales

Presentación

Capítulo I: Introducción a la Epidemiología Social

1. Conceptos: Principios básicos de Epidemiología
2. Historia de la Epidemiología
3. Siglo XX

Guía de apropiación de contenidos del Capítulo 1.

Capítulo II: Herramientas, metodología e instrumentos en Epidemiología

1. El poder del consenso y del acuerdo
2. Epidemiología descriptiva
3. Etapas del método estadístico. Nociones básicas de estadística para ser aplicada en la investigación epidemiológica
4. Metodología en la investigación epidemiológica
5. Recolección de datos
6. Método para resumir datos clasificados en escala cuantitativa
7. Elementos básicos de muestreo
8. Tipos de Investigación

Capítulo III: El neoliberalismo y la generación de la polarización epidemiológica

1. El neoliberalismo y la generación de la polarización epidemiológica
2. Los objetivos de transformación del país
3. Incidencia del neoliberalismo en el desarrollo de APS.
4. Las políticas neoliberales y las consecuencias según sectores de clases

Capítulo IV: La enseñanza de la Epidemiología aplicada a la administración de servicios

1. La enseñanza de la Epidemiología aplicada a la administración de servicios
2. La clínica y la Epidemiología comunitaria

Capítulo V: La Epidemiología y la Sociedad

1. La Epidemiología y la comunidad
2. La historia y el presente de la planificación
3. La estrategia en el sector salud
4. La Salud es un derecho y un deber ineludible del Estado
5. APS
6. Trabajo clínico interdisciplinario con conjuntos poblacionales en sí
7. ¿Cómo enfrentar las catástrofes psico-sociales-sanitarias?

Los contenidos del módulo de Epidemiología Social, se encontrarán acompañados por íconos a modo de referencia: *Información Importante, * Definiciones, * Bibliografía, * Actividades

Consideraciones Generales

Presentación

La Maestría de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), tiende a engarzar un lugar que de cabida a las necesidades acuciantes de nuestra población y sus referentes psicosociales-sanitarios, por un lado, y por el otro, la urgencia de formación de profesionales frente a los avatares del día a día.

En lo que nos es pertinente, nos preguntamos por la ligazón entre el proyecto de nación, su historia y su situación actual y qué profesionales requiere el mismo, con el fin de mejorar la calidad de vida y consolidar la integración social en el territorio nacional como se propone esta Maestría.

El Módulo de Epidemiología en Salud-Salud Mental intenta incidir en una faceta de esta problemática y abrir el debate acerca de las posibilidades de determinar cuáles son o cuáles fueron los orígenes de la desigualdad psico-socio-sanitario en la población, para revertir la situación de empobrecimiento, vulnerabilidad y fragmentación social, en lo cotidiano de la vida de cada uno de nosotros así como en el sistema de salud y de atención, en general.

Consideramos que las necesidades y demandas crecientes y complejas, por parte de conjuntos poblacionales se pueden articular a través de una mejor precisión académica y caracterización científica en la argumentación.

El estudio de la mortalidad, de la enfermedad y de la discapacidad, disímil y diferente, según el sector social, acaparan el mayor desafío en cuanto a sus determinaciones teórico-metodológicas en su abordaje por el impacto que generan en la vida diaria.

Necesitamos encontrar cómo poder plasmar centralmente la Promoción de la vida, el llegar a tiempo, el intervenir ahí en el espacio, lugar y tiempo donde las problemáticas cotidianas les suceden a las personas en nuestro país.

Gran pueblo, grandes maestros, pequeños profesionales, pequeñas mujeres y hombres, jóvenes, niños y adultos mayores entendemos de manera peculiar lo que nos pasa. Todos vamos concibiendo cómo vivir mejor, defendemos la vida de modo diferente en la medida que nos concientizamos sobre cómo se puede llegar a afectar el cuerpo social y colectivo por políticas contrarias al bien común en 30 años, afrontamos la angustia por lo que nos sucede alrededor y creamos pensamientos y acciones consecuentes para el enfrentamiento como el que estamos asumiendo históricamente y en el hoy.

Por esto, el presente Modulo, junto con otros Módulos afines, desarrolla el significado, la función del estudio del proceso de salud-enfermedad y muerte de personas, así como de la atención que brindamos para poder evaluarla, revisarla, transformarla a través de recuperar la propuesta de abordajes interdisciplinarios clínico-comunitarios en la Atención Primaria de la Salud (APS) cercana a los hogares, próxima al lugar de exclusión de miles de habitantes, con el fin de contribuir a hacer legal lo legítimo: el derecho ciudadano.

Objetivos generales

Poder caracterizar modelos teóricos y metodológicos, tradicionales y emergentes en Epidemiología, para estudiar las condiciones sociales de vida de la población y su incidencia con el proceso de salud, enfermedad y atención que articule los niveles micro y macro que permitan la disminución y/o resolución de las problemáticas en función de mejorar la calidad de vida de la población. A su vez, el profesional pueda dar cuenta de

conocimientos mínimos de Epidemiología en el abordaje de la atención clínica-institucional- comunitaria.

Objetivos específicos

* Capítulo I: en lo que desarrollaremos, intentaremos explicar las definiciones en el significado de la epidemiología, problematizar los orígenes, y el devenir disciplinar e interdisciplinar. El acrecentamiento que tuvo con el vínculo con las Ciencias Sociales, estimulando la capacidad para discernir cómo a través de la historia y las diferentes formas de organización social se fueron hallando los condicionantes y/o determinantes en los cambios de la salud, para conocer los usos y perspectivas de la misma en el nivel singular, particular y general de la Nación. Queremos aportar a la visualización de las prioridades, a partir de las necesidades y demandas de los conjuntos poblacionales para el acceso de los mismos a la atención oportuna, seguimiento, rehabilitación y la promoción de la vida .

* En el Capítulo II buscamos aportar a conocer los métodos de investigación en Epidemiología General para un diagnóstico de situación en salud-salud mental que permita conocer procesos que generan las herramientas estadísticas y los instrumentos en Epidemiología Social en el análisis de la aparición de fenómenos o hechos epidemiológicos, su frecuencia, la distribución y los condicionantes y determinantes sociales de los procesos de salud-enfermedad y muerte de la población en función de su disminución y/o resolución. Buscamos adquirir herramientas para la exploración, descripción e interpretación de necesidades y demandas de población en los servicios de atención, elaboración de problemas e hipótesis para guiar la acción consecuente en la relación entre la clínica y la visión y práctica institucional- comunitaria en la perspectiva de una caracterización social que produce problemáticas y procesos de salud-enfermedad y muerte de la población en función de su reversión

* En el Capítulo III pretendemos indagar acerca de las consecuencias de políticas neoliberales en el sujeto colectivo para determinar perfiles de clase diferentes que generan la epidemiología de las Víctimas comprendiendo los escenarios de la epidemiología institucional- comunitaria y diferenciando lo local y lo municipal.

Reflexionar sobre la conceptualización de catástrofe sanitaria en su versión psicosocial y el daño causado en la población con vistas a la formulación de alternativas vitales con el fin de elaborar un diagnóstico clínico-epidemiológico de situación sobre necesidades y demandas en salud, a través de los motivos de consulta y/o diagnóstico en los servicios de atención y en el contexto institucional- comunitario.

*En el Capítulo IV Abordamos una visión y una práctica interdisciplinaria con el equipo de salud, con vistas al diseño de nuevas propuestas organizativas, con el fin de trabajar en la construcción de una red articular para lograr la participación de conjuntos poblacionales, profesionales y técnicos en la evaluación del presente y devenir de la salud del área, distrito y municipio.

Adquirir las herramientas para la atención clínica revisando los textos teóricos en función de nuevas y clásicas problemáticas en el trabajo comunitario.

Abordar una visión y una práctica interdisciplinaria con el equipo de salud, con vistas al diseño de nuevas propuestas organizativas, con el fin de trabajar en la construcción de una red articular para lograr la participación de conjuntos poblacionales, profesionales y técnicos en la evaluación del presente y devenir de la salud del área, distrito y municipio.

*En el Capítulo V intentamos desarrollar la capacidad para la aplicación de los instrumentos de Planificación y Programación Epidemiológica en Salud-Salud Mental con el objetivo de aportar al desarrollo y evaluación al recuperar la Atención Primaria de la Salud en servicios y/o áreas geográficas para la Promoción de la Salud, para la anticipación de enfermedades prevenibles, la atención oportuna, la rehabilitación, así como seguimiento en los grupos de mayor riesgo y daño a través de la concepción de los derechos humanos y las responsabilidades del Estado frente a problemáticas epidemiológicas.

Colaborar en la atención de personas, parejas, familias, grupos o sectores de clase expresados en problemáticas en la salud-salud mental con el fin de disminuir y/o resolver el sufrimiento humano que deviene en procesos de pérdidas de años de vida y de la muerte.

“A este oficio me obligan los dolores...”

Juan Gelman

Introducción a la Epidemiología Social

1. Conceptos: Principios básicos de Epidemiología

1. 1. Etimología

En su etimología, la palabra epidemiología quiere decir epi (sobre o arriba), demos (pueblo) y logo (estudio o dar cuenta). Es decir significaría el estudio de lo que acontece en el pueblo.

Los conceptos más destacados aluden a lo que les pasa a las personas en un espacio y en un tiempo particular. El fin primordial es prever y /o prevenir daños que lo conduzcan a enfermarse o morir.

La epidemiología es el estudio de cómo viven o por qué se afectan o mueren personas y cómo abordar la reversión de la problemática.

La epidemiología estudia el origen, la génesis de los problemas de salud que se presentan a personas, parejas, grupos en un espacio para informarse, saber qué hacer y prevenir el daño.

1. 2. Importancia de niveles de problemas

Importa el nivel singular de lo que a problema a cada persona.

Importa el nivel particular de lo que a problema a grupos sociales o sectores de clase en los conjuntos comunitarios.

Importa el nivel de lo que a problema a la población de un país.

Importa el nivel general de lo que a problema a conjuntos poblacionales de una región, de un continente o de distintos continentes.

La epidemiología es el estudio de las determinaciones y/o condicionamientos en la aparición de problemas en el proceso de salud, que generan enfermedad y /o muerte en la persona o en conjuntos poblacionales. Cómo estos problemas se observan al aparecer el daño, cómo se distribuyen enfermedades según edad, género, sector social, etnia, religión en un espacio y tiempo particular, en un país o formación histórica social económica concreta, diacrónica y sincrónicamente. El fin es la disminución y/o resolución de la afectación de las personas, si los sistemas de atención tienen en cuenta los principios básicos de salud, los derechos humanos y la justicia social

1. 3. Importancia del carácter social del proceso salud enfermedad

En la Declaración de Derechos del Hombre se expresa: “Todo individuo tiene el derecho a la vida, y a la libertad sin distinción de razas, credos, sexo, edad y condición”.¹

La Carta Magna definía la salud como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.²

“Este concepto en su época fue un avance sobre el estrecho criterio organicista y somático pero a la vez es una concepción tautológica al definir la salud como completo bienestar que obliga a definir componentes del Bienestar. La salud dependería del desarrollo armónico de

¹ (26-4-45) Carta de Naciones Unidas

² Fundación de Naciones Unidas 7.4.6. Día Mundial de la Salud. Carta Magna. 7-4-48

los siguientes componentes: la población necesita de recursos en posibilidad de trabajo e ingresos en el marco de la producción, de comunicación y transporte para ello, con ese medio poder alimentarse, vestirse, tener vivienda, hacer uso de la libertad, lo que deviene en acceder a la Educación y la Salud. Es un ideal, es un constructor para la ciencia, imposible de verificar en la realidad”.

1. 4. ¿Estado o procesos de salud enfermedad?

“El estado (del latín status) es una situación en la que una persona está y en especial, es cada uno de los sucesivos modos de ser una persona o cosa sujeta a cambios que influyen en su condición”.³

Según Castellano⁴: “En la vida cotidiana de las personas referimos “procesos”, no el “estado” de ellas. Conceptualizamos que los procesos son generadores de fases sucesivas de un fenómeno de salud-enfermedad, reversible o no, que afectan a personas cuya frecuencia, cuántas veces aparezca, y o intensidad, cómo acontece la problemática que los aqueja, varían en el tiempo y en el espacio en el nivel singular, grupo o nación”.

El sujeto vive en una comunidad donde es necesario poder evaluar cuál fue y es la historia social que la fue constituyendo e identificando, y constituyó e identificó a él en su subjetividad apuntalado por otros, cómo se relacionan o no en su inserción social, debido a que estamos refiriendo sujetos atravesados por el contexto, por su entorno, por relaciones sociales.

El proceso de salud-enfermedad es abordado por las ciencias básicas y sociales desde la Medicina Clínica, Trabajo Social, Antropología, Psicología. Sin embargo, las variaciones individuales de frecuencia y gravedad de los problemas de salud-enfermedad que le suceden por la población, han sido abordadas por la epidemiología, en función de atributos cuanti-cualitativos grupales o sectores de clases.

Dicho de otra manera, importa lo singular de cada uno en el amplio campo comunitario, su vinculación con los grupos humanos, con las instituciones, en el marco del Estado y en el contexto de las Políticas Públicas en Salud.

Importa el desarrollo histórico del sujeto, de lo singular, del actor en un contexto, hoy y aquí. Importa la organización de la atención, los sistemas dispuestos para abordar las problemáticas, qué nivel de relaciones puede hacerse e investigar desde la clínica trascendiendo la mirada hacia la Epidemiología.

Cuando referimos la clínica, lo argumentamos como posición en derredor de todas las profesiones y disciplinas abocadas al sector salud, como el conjunto de teorías y técnicas que cada una ha acumulado en su haber y hacer para el abordaje frente a hechos epidemiológicos.

Ello significa que la Epidemiología encuentra su raíz en la problemática que acontece o puede suceder a individuos, o grupos de niños, jóvenes, adultos mujeres y hombres, ancianos o sectores de clase en lo particular, así como regiones dentro de un mismo país,

³ Diccionario de la Real Academia Española. España. 1956

⁴ Castellanos, P. “Investigación Epidemiológica: usos y perspectivas.” (1983)

como nuestras áreas geopolíticas: el noroeste, el noreste, el sur, o al conjunto de Nación, o conjunto de zonas del continente como el MERCOSUR, en lo general, con el fin de poder

estudiar, analizar, comparar y actuar como corresponde, revisando dónde se ponen los mayores esfuerzos sobre la base de las prioridades de atención de necesidades y demandas de la población.

Texto de lectura

“Para conocer distintos aspectos concernientes a las enfermedades la epidemiología estudia a la población organizándola en grupos. Los grupos se estratifican de acuerdo con variables tales como edad, niveles socioeconómicos, hábitat, diferencias culturales, niveles de acceso a los servicios de salud, percepciones sociales sobre la salud enfermedad. Estas agrupaciones no son aleatorias sino que la conformación de cada grupo reconoce perfiles de salud enfermedad particulares. Al estudiar así la situación se enfoca un conjunto de fenómenos particulares que expresan la compleja trama de la vida, la manera en que viven los hombres y las mujeres determina su forma de enfermar y de morir. Una categoría que puede resumir este concepto es el de condiciones de vida como una mediación entre los procesos más generales de la sociedad y los problemas de salud enfermedad de cada grupo social distintas condiciones de vida, un alto o bajo nivel de ingreso per cápita en la población se traduce en formas de vivir y morir muy distintas”.

1. 5. Los usos de la epidemiología

El qué y el para qué.

Comparación del rol del clínico y el del epidemiólogo en función de la toma de decisiones públicas⁵.

“¿Qué hace el clínico?

Pregunta los síntomas y observa características personales, familiares.

Averigua problemas del sujeto, grupos, familia en el contexto.

Categorías la información y establece un diagnóstico presuntivo.

Prescribe un tratamiento adecuado.

Citación del paciente, grupo, familia en función del seguimiento institucional.

¿Qué hace el epidemiólogo o equipo de trabajo interdisciplinario?

Buscan los signos y síntomas de daños en la población como un todo.

Elaboran un diagnóstico de situación presuntivo en su rol de epidemiólogo o junto con el equipo y/o con la población.

Recomiendan medidas de cuidados para la disminución y/o resolución.

Las acciones epidemiológicas las constituyen por ejemplo: analizan las problemáticas de las necesidades y/o demanda en un servicio de salud.

Efectuar un estudio de una comunidad según necesidades y demandas para la implementación de un Programa en Atención Primaria.

⁵ Según el Instituto Nacional de Epidemiología (1997)

Analizan la relación que hay entre presencia de fábricas de producción contaminantes y la aparición de problemáticas de salud-enfermedad ambiental en la población que atiende en el servicio.

Estudian la distribución de morbi-mortalidad y discapacidad en una población para ayudar a tomar decisiones en políticas públicas”.

Los usos serán:

- “Como instrumento de predicción, a fin de establecer tendencias y efectuar proyecciones.
 - Para identificar problemáticas nuevas.
 - Para completar la situación clínica de enfermedades y recursos.
 - Para identificar grupos más vulnerables.
 - Para identificar condicionantes o determinantes de la enfermedades poblacionales
- Para describir enfermedades en la comunidad, es decir para hacer semiología comunitaria. Para evaluar servicios o programas”.

“El qué epidemiología utilizaremos, revela un objeto de estudio sobre personas afectadas en el cual se medirá estadísticamente la distribución de las enfermedades en cuanto a lugar y tiempo. A la par se podrá estudiar interdisciplinariamente los problemas presentados para investigar determinaciones y/o condicionantes de las enfermedades desde diversas disciplinas sociales”.

“En el para qué, o sea la utilidad de la epidemiología veremos su aplicación para planificar servicios, efectuar vigilancia de las enfermedades y ejecutar programas preventivos y de cuidado permanente que requiere centralmente ‘al sujeto social’, necesario e imprescindible para planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar esas acciones junto con el quehacer profesional y técnico”.

La epidemiología será entonces, un instrumento indispensable, “la inteligencia de la salud pública”.

1. 6. ¿Qué y cómo se puede recorrer el proceso social y el proceso de salud enfermedad con la epidemiología?

La epidemiología podrá recorrer así, desde un nivel singular al más general o viceversa: desde la formación económica social de un país, encuadrará las problemáticas personales, de conjuntos poblacionales como parejas, familias, barrios, zonas con el fin de buscar una matriz de datos que le permita realizar un diagnóstico de salud-enfermedad.

1. 7. Búsqueda de una matriz de datos para construir el perfil de problemas

Según Instituto Nacional de Epidemiología: “Ello se puede hacer porque busca explorar, describir y explicar las relaciones de niveles, el modo diferencial que cada uno de los conjuntos sociales tienen en la producción y en su relación con el resto de los grupos sociales”.⁶

⁶ INE (1997)

“La naturaleza social de la enfermedad se verifica en el caso clínico y en el modo de enfermar y morir de los grupos humanos”.⁷

El engarzamiento entre lo que es un “caso clínico” o “estudios de casos” en el ámbito grupal o sectores de clase, genera la perspectiva de develar una matriz de datos que proporcione un perfil de problemas de un servicio de atención, de un área geográfica, de la Nación con el fin de disminuir y/o resolver problemas, así como una guía para la reformulación de planes preventivos -asistenciales- rehabilitadores que se antepongan a nuevas presentaciones de problemáticas desde un centro asistencial, desde un hospital, desde una municipalidad, desde una provincia o región.

1. 8. Perfiles diferentes a la hora de correr riesgos y morir

“El riesgo es la probabilidad de que uno de los miembros de una población definida desarrolle una enfermedad dada en un período”.⁸

“La epidemiología se estructura en torno al concepto fundamental de “riesgo”. La idea de riesgo es esencial para el desarrollo de una epidemiología de las enfermedades no infecciosas como múltiples problemáticas incluidas las psicológicas psiquiátricas. El riesgo corresponde en el campo de la epidemiología al “concepto matemático de probabilidad” de que los miembros de un grupo específico desarrollen un trastorno en particular durante un período determinado de tiempo. En ese caso la probabilidad se refiere a modelos abstractos de distribución geográfica y no se puede reducir a la suerte del individuo en particular frente a un diagnóstico o pronóstico según el enfoque de la epidemiología clínica”

”Cada conjunto social tiene un perfil patológico propio determinado y/o condicionado por la interrelación de características biológicas, sociales, culturales, económicas, psicológicas y políticas”.⁹

Conceptualizada la epidemiología, en un avance de construcción como una ciencia con un objeto de conocimiento y un cuerpo de técnicas propias, se ha ido instalando en el eje medular de trabajo de distintas disciplinas, de equipos interdisciplinarios, así como de estudios transdisciplinarios.

2. Historia de la Epidemiología

La construcción de la historia y devenir de la epidemiología proviene en sus orígenes de los siguientes asertos:

2. 1. Origen de la salud como derecho y como obligación

“Conceptualmente, el derecho a la salud es un derecho natural y primario. Natural porque tiene su origen en las leyes universales de la naturaleza como de la conservación de la especie, por lo cual adquiere el hombre lo adquiere por el solo hecho de nacer y constituirse

⁷ Ídem

⁸ según Almeida- Filho, N. (1992)

⁹ INE (1997)

en un representante de su especie. Primario porque forma parte de las leyes de convivencia de la sociedad de la que es miembro” . (Alvarado, C.)¹⁰

En sus orígenes, la conservación de la vida y la salud fue una reacción instintiva como en las especies animales. La capacidad para hacer de los instintos de conservación y convivencia fin una costumbre consolidada luego por el uso y después transformada en el derecho y en obligaciones.

Por su origen, el derecho a la salud es también un derecho consuetudinario.

“En la penumbra de la historia, los primeros antecedentes escritos en la ley mosaica, el Leviticus, varios siglos antes de Cristo, contenía lo que fue tal vez el primer código de higiene escrito que establecía una serie de responsabilidades de las personas y de la comunidad sobre higiene personal, conducta en relación con enfermedades contagiosas, desinfección de las viviendas después de las enfermedades, protección de los abastos de agua y alimentos.”¹¹

Algunas de estas medidas fueron adoptadas y perfeccionadas por los griegos y después por los romanos, especialmente estos últimos aumentaron la lista de medidas respecto a los animales peligrosos, malos olores, mercaderías averiadas, edificios en ruinas, higiene y supervisión de tabernas, posadas y casas públicas. Ciertos autores dudan sobre si los griegos aplicaban estas medidas con un real concepto de salud pública o por una exaltación de refinamiento y estética, ya que el trato con los débiles, los enfermos y los inválidos no eran tenidos en cuenta y, en muchos casos eran eliminados.

Según Alvarado¹² en contra a lo anteriormente dicho podría decirse que “los derechos de la comunidad se consideraban muy por encima de los derechos individuales, como lo prueba la condena de Sócrates e imperaba un concepto de principios de eugenesia contrario a nuestro concepto de salud pública aceptado por la sociedad de aquella época”

2. 2. La vieja epidemiología. De lo individual a lo social en los orígenes de la medicina y sus precedentes hipocráticos, de lo mítico a lo social.¹³

La mitología griega refiere que Asclepios fue instruido por Quirón -un enviado de los dioses- para que instruyera a sus dos hijas Panacea e Higía. Devendrá entonces que el concepto y la práctica de la medicina descenderá de Panacea y la práctica de las normas higiénicas de Higía parafraseando a Buck, C, Llopis, R, Nájera, E y Terris, M.

2. 2. 1. Antes de Cristo

Hipócrates perteneció a la escuela de Cos- hace 2400 años-. Su libro “Sobre los aires, las aguas y los lugares” se consideró un primer tratado de epidemiología como medio de incorporar una perspectiva comunitaria a la comprensión de las enfermedades. Empleó dos conceptos: epidémico proveniente de “epidemeion”, que significa “visitar”, o sea enfermedades que visitan a la comunidad según Buck, C, Llopis, A, Najera, E y Terris, M. El otro concepto es endémico proveniente de “endemeion”, o sea enfermedades que residen en ellas, endémicas como medio de incorporar la perspectiva comunitaria a la comprensión de la enfermedad.

¹⁰ Alvarado, C. “Perfiles doctrinarios y ubicación de la salud pública” (1990)

¹¹ Ídem.

¹² Ídem

¹³ Según Crevenna, P, (1988)

Plantea Llopis, R.¹⁴, que “lo que hoy en día constituye la base de investigaciones epidemiológicas: la distribución de enfermedades del hombre en el espacio y el tiempo así como preocupación por la población afectada y búsqueda de posibles causas. Los estudios

en aquella época tuvieron en cuenta la edad, la estación, el clima, la constitución física del individuo y los hábitos de las personas”.

Se enfatizaron las prácticas higiénicas y el deporte como medidas preventivas para el mantenimiento de la salud.

Se vigilará la prostitución. Se propondrá que el saneamiento era importante para evitar las epidemias, solo que el mismo era para el sector de poder. (Nájera, E.: 1990).

En los inicios de la problemática de la salud mental, se buscaron causas o elementos de la naturaleza con poderes sobrenaturales: los magos, los dioses, el rayo, los aires (deidades) para poder dar cuenta de qué le pasaba las personas. Estas causas actuarían sobre las personas.

Emergió así un concepto de violación de normas como origen de trastornos psicológicos. La violación de normas determinaba que se adquiriría padecimiento mental. A la vez, las afecciones físicas fueron pensadas por Hipócrates, Galeno y Avicena a causa de humores. El corazón sería la sede de entidades anímicas por la posesión extracorpórea, si la vida del hombre llegaba a alterarse por llevar una vida desenfrenada o por posesión de agentes sobrenaturales, el individuo perdía la razón. Se concibió que había tres tipos de alma. Una, respiratoria-anima al hombre-; el alma sueño-salía del cuerpo cuando soñaba y podía ser acechado-; el alma sombra que se escapaba cuando el hombre se moría y recién ahí hallaría el Dios ancestral. Con el cristianismo se afianzará la concepción prevalente del alma cristiana.

Su presencia en el arte, en el teatro, en la prosa literaria constituía un personaje habitual, asociada al humor y a las verdades ocultas que se revelaban a través de sus decires. El “loco” estaba libre, disfrutaba del ocio, estaba en contacto con la naturaleza, con los vecinos del pueblo en sus dichos como uno más.

Según Galende: “La locura formará parte de la prosa del mundo”.¹⁵

Texto de lectura

“En la lejana ágora el pueblo se reunía para discutir sus problemas. Desde entonces, una larga historia construyó para la salud el espacio de lo público. De modo que desde el principio el sujeto [el pueblo] y lo público [el ágora] se encontraban indisolublemente unidos. Esa construcción nació privilegiada por la visión prevaleciente en el momento de su fundación, dada la formulación hipocrática sobre “Aires Aguas y Lugares”. Sin embargo, hubo de pasar mucho tiempo antes de que adquiriera las características que hicieron avanzar extraordinariamente los saberes sobre la salud, puesto que en la concepción hipocrática lo público (los aires, aguas y lugares) era tomado en consideración sólo para ajustar las herramientas médicas singulares para el tratamiento de un paciente. Origen

¹⁴ Nájera, E; Terris, M; Buck, C; Llopis, A.: (1990) “El desafío de la epidemiología”

¹⁵ Galende E. (1990)

indudable de una concepción amplia de la enfermedad, pero insuficiente como fundamento para la construcción de un objeto colectivo para las actividades de salud”. (Testa, M.: 2004)

2. 2. 2. Edad Media Siglo XIV al siglo XVII

El Rey era el Estado. Sus intereses, los de la nobleza, el clero, y los comerciantes en ascenso hacia nuevas tierras. Ellos fueron los únicos considerados a tener en cuenta que producirán búsquedas de expansión colonial en espacios nuevos a conquistar para el comercio que eran necesarios para la reproducción del sistema, los países que más visualizaron esta figura fueron España y Portugal.

La economía, Revolución industrial y el proceso de urbanización La ampliación del comercio a escala mundial difundió la enfermedad por el mundo entero. No hubo casi nuevas enfermedades. M. Terris¹⁶ plantea que, la sífilis puede haber provenido de América pero nunca se comprobó. Pues, para dicho autor, las enfermedades se propagaron debido al desarrollo del comercio internacional que asocia a la revolución comercial en los siguientes tiempos, a partir de 1492, fecha considerada como inicio de la era de descubrimientos mundiales y de comercio.

La Revolución Comercial trajo aparejado, por un lado, que a través de los descubrimientos de nuevas tierras, las enfermedades infecciosas se propagaban de continente en continente y en un mismo lugar geográfico cuando se instalaban, y por otro lado, según Nájera, E., la mortalidad por peste negra tanto en Asia como en Europa abarcó ciudades enteras y exterminó un cuarto de la población teniendo como eje el desplazamiento marítimo y el del campo hacia las pequeñas urbes.

La peste negra, si bien no era una nueva enfermedad se convirtió en la gran epidemia aun cuando se discute sobre ese período cuál fue la característica principal. Si bien fueron las enfermedades infecciosas en las que se centro la atención, había otras problemáticas que no fueron abordadas. Las repercusiones económicas de las epidemias por la peste eran de tal magnitud, que los bienes y propiedades, las riquezas de toda la comunidad quedaban para ser distribuidas entre un número mucho menor de personas. A lo cual Llopis, agrega: “Después de cada uno de esos brotes epidémicos se elevaba el nivel de vida general”.¹⁷

Por otro lado, Cuando comenzó el hacinamiento en las ciudades medievales, y siguiendo los lineamientos de Nájera, las epidemias fueron la consecuencia que se produjo en la población durante el proceso de Urbanización. Esos Burgos no tenían saneamiento. En ellos se guardaba el grano para alimento de todo el año en un henil. Las ratas vivían en las casas lo cual posibilitaba que la peste pasara de rata en rata y de una casa en otra casa.

Este proceso afectó a la rata noruega, que reemplazó a la rata negra. La población moría debido a las enfermedades infecciosas pero no se podían combatir las causas. No se había desarrollado la ciencia y la tecnología para ello. El horror generado por las plagas hizo concebir la necesidad de los medios de protección de la comunidad como la segregación y la cuarentena, esta última era desarrollada prevalentemente en la población de los grandes puertos, como modo de preservar la expansión de la colonización.

El derecho y las obligaciones concernientes a la salud pública y privada desaparecieron como expresiones jurídicas y de cultura ciudadana para presentarse como una manifestación de otro derecho primario: el de la defensa propia concertada en el despiadado

¹⁶ Nájera, E; Terris, M; Buck, C; Llopis, A.: (1990) op. cit.

¹⁷ Ídem

aislamiento y segregación de los leprosos y medidas de cuarentena contra la peste adoptadas por las ciudades de Venecia, Ragusa y Marsella en el Siglo XIV. El principio del “noscitur ad sociis” indicaba que el uso de la propiedad privada es ilimitado mientras no se

produzca un daño a terceros. Según Alvarado C.¹⁸, este principio fue la herencia de los juristas medievales aun con plena vigencia en nuestros días.

Por lo cual, podemos decir que, en los comienzos, la proto-epidemiología, centró su atención en las enfermedades como la peste, la tuberculosis y la viruela, las venéreas, la lepra, que asolaron Europa y que generaron una conciencia de exclusión social y encierro.

La crisis económica del modo de acumulación originaria en la producción feudal, arrojó mendigos, pobres y miserables que deambularon por la campiña y se dirigían hacia las ciudades en formación. La asistencia a los pobres, según la Contrarreforma, la asumiría la Iglesia. Ello generó una conciencia social de lo “otro” sin derecho ni bienes, cuya causa no será terrenal, pero cuya responsabilidad pertenecerá a la Iglesia y el Estado. Por Decreto del Rey se creó el Hospital general, lugar del “Gran encierro” con funciones policiales y de caridad, parafraseando a E. Galende.

“Para que las cosas memorables no se desvanezcan en el recuerdo de los que vendrán tras nosotros”....escrito mientras sobrevivía a la peste.

John Clyde (1348)

2. 2. 4. Fines del Siglo XVI

En España, Angelerio escribió un libro sobre las distintas historias de las pestes que tituló Epidemiología. Las acciones que se tomaron a partir del contagio fueron: aislamiento de zonas geográficas afectadas, incipiente concepción de medicina de frontera y vigilancia epidemiológica. Cierre de vías de comunicación.

medicina preventiva: la cuarentena controló la pandemia de peste bubónica, a través de aislar barcos o mercaderías de zonas afectadas.

protección de la nobleza, los reyes, la iglesia y los comerciantes. aislamiento en instituciones por enfermedades.

Arbitrariedades varias.

“Algunas manifestaciones del instinto primario hecho derecho pasaron por encima de los derechos individuales cuando se producían emergencias o razones de necesidad imperiosa o así lo exigían por motivaciones del Apocalipsis que se preveía”. El “poder de policía” que autorizaba a la autoridad competente a imponer clausuras devino así en “el derecho sanitario”.

Por lo cual, se condenaba a morir de inanición a familias enteras impedidas de salir a buscar sustento por cordones sanitarios formados por soldados con armas de fuego porque en una de esas casas se había producido peste bubónica”.¹⁹

¹⁸ Alvarado, C. “Perfiles doctrinarios y ubicación de la salud pública” (1990) op. cit.

¹⁹ Alvarado, C. (1990) op.cit.

**“¿Quién le enseñó todo esto, doctor? La respuesta fue instantánea: El sufrimiento”
Albert Camus: “La peste”.**

2. 2. 5. Renacimiento. Siglo XVI

En el Renacimiento, la pasión pasó a ser el elemento clave para comprender las enfermedades concebidas como causas del espíritu. En España el temor al origen demoníaco de los mismos instituyó el Tribunal de la Inquisición. Este juzgaba como dementes a quienes blasfemaban o decían cosas contrarias a la fe. La residencia de las enfermedades estará en el alma en sentido metafórico. Posteriormente, los españoles concebirán la problemática psicológica como un trastorno físico corporal. Según E. Galende, la locura recién ahí fue una conciencia trágica.

2. 2. 6. Siglo XVII

La estadística se desarrolló en la figura de J. Graunt que, junto a W. Petty, fueron los primeros en examinar los indicadores de mortalidad, lo que dio lugar al nacimiento de “la aritmética política”, o sea, la estadística médica en función de crear información y ponerla a disposición del poder: el Rey, la nobleza y el clero. Fueron induciendo a que el Estado debía prestar atención al conjunto de la población y no sólo a un sector. B. Mac Mahon²⁰ consideraba que J. Graunt fue el precursor del método epidemiológico.

2. 2. 7. Siglo XVIII

El Estado alemán había establecido un sistema de “política y policía médica” que consistió en recolectar y analizar información para verificar cómo se realizaban los tratamientos, cómo se hacían las indagaciones médicas y cuáles eran las reacciones en caso de epidemias. Su propósito final era expedir órdenes de acción.

Una versión dirá que J. Frank, fue el responsable de intentar frenar el desarrollo incipiente de los problemas de Salud como una manera de evitar el desarrollo de una ideología social en ascenso²¹. Otra versión será la de G. Rosen²², que en 1975, caracterizó a J. Frank, como el sistematizador de propuestas basadas en la compulsividad de las medidas de control y vigilancia de las enfermedades, bajo la responsabilidad del Estado, junto con la imposición de reglas de higiene individual para el pueblo.

T. Sydenham, definía: “el esfuerzo de la naturaleza humana para exterminar la materia morbífica (partículas miasmáticas del aire), procurando por todos los medios la salud del enfermo; para ello: a) revisó la conceptualización del Galenismo residual y del Hipocratismo con la teoría miasmática; b) hizo una nueva medicina exenta de hipótesis incomprobadas y exclusivamente atendida a la realidad clínica; c) inició la nosografía moderna, empirista, racionalista. Estudió las cadenas de fenómenos histéricos y rompió con el dogma de que solo era atribuible a la condición femenina. Inglaterra 1624-1689”.

Villalba escribió “Epidemiología española” donde se compilaron las epidemias y brotes de enfermedades registradas en ese país desde el siglo V (AC) hasta el año 1801.

²⁰ Mac Mahon, B y col., 1973

²¹ Esta versión es la de R. Najera

²² Citado por Almeida-Filho, N. (1992)

Aunque la peste era la epidemia más frecuente, da cuenta de otras enfermedades epidémicas como la malaria, cuya raíces residió en la pobreza en zonas arroceras, o sea en el desarrollo socioeconómico de la gente con un único alimento para ingerir.

G. Casal, describió “el mal de la Rosa” que producía Dermatitis debido a la combinación de la pobreza y el régimen alimentario²³. El maíz traído de América Latina, era el pienso para el ganado, y se convirtió en la alimentación del sector pobre de la población que no comía carne ni huevos. Era el artículo más barato del que se disponía a la sazón. Desataba una enfermedad que los italianos denominaron “pelagra”.

Casal la definió clínicamente como la historia natural de la enfermedad que en la etapa final produce demencia.

2. 2. 8. Siglo XIX

Viraje de lo individual a lo social. De lo mítico a lo científico. El surgimiento del capitalismo y la revolución industrial. De lo científico individual a lo científico colectivo.²⁴

La Revolución industrial en Inglaterra y su economía política traen la idea de la fuerza de trabajo. La formación del proletariado urbano, sometido a niveles de explotación y el desgaste consiguiente deterioró sus condiciones de salud según demuestra Engels, F. en “Las condiciones de la clase trabajadora” citado por Almeida Filho, N. (1992), Cabe destacar que éste fue considerado como el primer texto analítico de la epidemiología crítica. Por otro lado, la Revolución Francesa, según E. Nájera²⁵, incorporó los intereses de la comunidad en su conjunto. La industria había avanzado y necesitaba más trabajadores para la reproducción del capital, lo que puso en primer plano la necesidad de desarrollar el Estado y la Salud Pública. Ello atrajo contingentes poblacionales del campo a la ciudad bajo condiciones de trabajo paupérrimas. La aparición del capitalismo industrial que venía desarrollándose lentamente ensanchó la perentoriedad del ingreso de los sectores emergentes a la atención. El proceso de urbanización creciente alrededor de Londres, Manchester, Berlín y París concentró condiciones inhumanas de hambre, viviendas miserables, excretas compartidas, hacinamiento crítico de familias que se asentaban alrededor de las fábricas. Vivían casi todo su día en la industria. Los niños trabajaban desde pequeños, desde el amanecer durante largas horas; si se equivocaban o si se dormían, eran castigados. Otros morían al nacer. Sus madres morían a posteriori en partos sucesivos. Las mujeres en general que parían debían reintegrarse al día siguiente a sus trabajos en las fábricas. Los niños recién nacidos quedaban solos en las casas.

Los hombres morían por sus condiciones laborales en el inicio de la adultez. La esperanza de vida era escasa, había mortalidad temprana para todos los sectores trabajadores y sus familias.

P. Pinel, creó la medicina mental la cual determinaba quién estaba loco, diferenciándolo de otros marginados sociales desocupados, delincuentes, prostitutas, etc. Modificó el criterio de encierro con el objetivo de discriminar la población internada en las iglesias convertidas en cuarteles.

²³ Según Nájera, E.(1990) op.cit.

²⁴ Según Crevenna P, (1988)

²⁵ Nájera, E; Terris, M; Buck, C; Llopis, A.: “El desafío de la epidemiología” (1990) op.cit.

Con la entrada del médico al asilo, la locura fue unida a la problemática de la naturaleza y sus causas, hecha objeto del saber positivo y dominada por el tratamiento, ahora médico. (Galende, E.: 1990).

El poder político siguió tres etapas: Se controló y redujo los internamientos; Realizaron encuestas judiciales para conocer las causas del internamiento: diez de cada cien parisinos estaban encerrados en una población muy pequeña.

Se produjeron leyes específicas. El modelo de atención fue asilar, una fortaleza en lo manicomial.

Las terapias fueron biológicas. Definieron poderes extraordinarios sobre las personas. Fijaron el estatuto del alienado, por lo cual la libertad de la revolución francesa antagónica con el apoderamiento profesional legalizado.

W. Farr, fue responsable de la estadística médica ante el fenómeno de morbi-mortalidad de las personas que recuperaban su libertad a la salida de las cárceles por las condiciones extremas de pauperización. Mostró la diferencia en la mortalidad entre el campo y la ciudad y concibió la idea de la mortalidad mínima en cada parte del país. Su concepción fue la teoría miasmática, que concebía cómo las partículas que existían en el aire desataban enfermedades.

Algunos autores lo consideran el mentor de la epidemiología social al ser un médico clínico, salir del consultorio e ir a buscar cuáles eran las causas en el contexto y así descubrir cómo era la problemática social de la población, observar modos de vida y de trabajo diferentes, comparar hábitat, indagar fuentes de contagio, cortar de raíz el foco de infección y detener la mortalidad.

J. Snow, fue un médico que logró diferenciar cómo vivían los trabajadores, el cólera era una enfermedad que se incrementaba entre personas pobres hacinadas en Londres: dormían y comían en la misma habitación, de como vivía la población rica que no tenía ese problema ya que tenía piezas separadas para comer y dormir pero también morían por el cólera en magnitud menor y distinta-. Observó que en la fábrica de cerveza los obreros ingerían esa bebida por lo cual no morían como otros conjuntos poblacionales y advirtió entonces que el problema debía ser por otro fenómeno. Buscó diversos causales hasta que halló la toma de agua contaminada y pensó, como hipótesis que si cortaba la fuente de provisión de la misma podía resolver el problema debido a la boca de expendio de agua de albañal. Efectivamente fue al lugar, cerró la manivela del agua y cortó lentamente el incremento de la enfermedad y la manera de morir.

2.2.9 Debate teórico que marcó la historia por venir

El debate teórico de la época fue que los defensores de la hipótesis y de la “teoría del contagio monocausal” en la lucha contra las enfermedades infecto contagiosas, eran conservadores y adherentes al régimen feudal. La microbiología había avanzado y pudieron descubrir los agentes biológicos, los gérmenes “socialmente neutros”, los microbios en los laboratorios, lo que produjo parar la mortalidad en masa de la población y combatir las epidemias hacia el enfoque de la prevención hacia el desarrollo de vacunas. Fue la primera revolución epidemiológica. (Koch, R y Pasteur, L.).

Los liberales, radicales, médicos laboristas adherentes al nuevo proceso político revolucionario como R. Virchow (Alemania), I. Villermé, Gillotin, P. y Pinel, (Francia), y Allison, F. (Escocia) atribuían la enfermedad a la pobreza y a otras condiciones sociales, se comprometieron en la defensa de lo público- en especial Villermé, quien fue un precursor de la Salud Pública más que un epidemiólogo. No triunfaron porque no tenían categorías de

análisis ni metodológicas para demostrar que el sistema social aumentaba la enfermedad y la mortalidad de conjuntos poblacionales particulares. Fueron cuestionados por sus posturas políticas sociales públicas que advino en lo que se consideró el origen de la Medicina Social. Sin embargo, trascendieron en la historia de la humanidad I. Villermé y R. Virchow, quienes consideraban que los problemas de salud eran más que el debido saneamiento, que la pobreza y el hambre eran causal de las enfermedades sociales de la época.

R. Koch, definió la necesidad del estudio de causas específicas que producen enfermedades infecciosas. Por lo tanto exigió: la conceptualización sobre las causas y la naturaleza de las enfermedades; la profundización de las técnicas para lograr tratamientos eficaces. Alemania 1843-1910.

2. 2. 10. La Salud Pública

La Salud Pública comenzó a erigirse en algunos países de Europa como control de la fuerza laboral en zonas urbanas y garantizar la reproducción del capitalismo. Según E. Najera, J. Chadwick, observaba que la enfermedad era causa de la pobreza, pero servía a la clase dominante en Inglaterra. Fue J. Chadwick fue quien propició el Protocolo de Enmienda de la Ley de los Pobres de 1834, en la cual se estipulaba que no habría más socorro en el hogar. La gente tenía que ir al asilo, a la odiada Bastilla o bien no recibir ninguna ayuda. Desde mediados del siglo XIX, las enfermedades que figuraban como predominantes eran las infecciosas, en tanto la malnutrición, las condiciones de vida y trabajo, de hacinamiento y de falta de saneamiento en los tugurios, los sueldos bajos no prevalecían en importancia. Según C. Alvarado²⁶: “Del poder de policía” y del principio del “noscitur ad sociis” derivó el derecho del Estado de dictar leyes y ordenanzas sobre la Salud Pública así como de afirmar tratados o convenios internacionales con los mismos fines como los Códigos Sanitarios Internacional. (Paris-1851) y aun el Código Sanitario Panamericano fueron instrumentos legales de una forma de Derecho Administrativo aplicado a la Salud Pública en el que se enumeró, definió y reglamentó el conjunto de derechos del Estado sobre el individuo o las personas jurídicas pero no las de criatura humana como tal, lo que el hombre tiene de derecho de exigir al estado o la comunidad en la que vive.”

Texto de Lectura

“La aparición del Estado moderno, la estructuración de la pujante economía capitalista, la importancia que adquiere la política a partir del siglo pasado, está en relación con el desarrollo de nuestras vidas: la actividad de la salud pública, que bajo nombres y formas diversas en distintos países —higiene pública, policía médica, medicina estatal, medicina social, salud colectiva— determina, junto con la actividad económica, la conformación actual de la sociedad moderna. El Estado moderno es la expresión de la confrontación entre las clases que se constituyen con el capitalismo en tanto que esa confrontación se ordena basándose en el régimen político que la misma instaura. La salud pública es, a la vez, una necesidad del capitalismo para la reproducción de la fuerza de trabajo, un componente de la legitimación del Estado y una expresión de su política.

La transformación de la salud en salud pública es la consolidación del espacio público: el lugar de la política, del diálogo, de la discusión, de la creación del consenso, del

²⁶ C. Alvarado (1990) op.cit.

fortalecimiento de la sociedad civil, de la solidaridad posible. Ese movimiento ocupa el período en que se configura la medicina social, en relación con los avances que desde antes de la Revolución Francesa, se manifiestan —en distinta medida— en todos los países del mundo.

En todos los casos, los episodios históricos transformadores van acompañados por desarrollos intelectuales de gran envergadura. Es por esta vía por donde penetra, en el pensamiento de la salud, el racionalismo que sustenta los grandes avances del período, es decir, es a través de lo colectivo, de lo público, la forma como se transforma y se “cientifica” el pensamiento sobre la salud y la enfermedad”.²⁷

“La medicina mental no logró estabilizar el campo de la enfermedad psíquica. El malestar ligado a la existencia social del enfermo continúa. La relación jurídica que la psiquiatría instituyó entre el enfermo y el aparato jurídico penal aún persiste. La legalización de la violencia del médico sobre el individuo diagnosticado permanece. Las dudas sobre considerar enfermedad a ciertos comportamientos sociales o vivencias subjetivas se mantiene”.²⁸

“La racionalidad iluminista, desencadenada por las grandes transformaciones sociales de comienzos del siglo XIX, adquiere un carácter particular: el de racionalidad técnica, lo que en nuestro terreno estará mejor representado por el predominio de la clínica sobre la epidemiología que le da origen.

Este predominio se conformó basándose en una lucha política, por encima de la necesidad de concretar avances en cuanto a mejores condiciones de vida, que se relacionó más con las posibilidades de la higiene pública —manera práctica como se traduce en ese momento el saber epidemiológico— que con la clínica, cuyas herramientas de intervención aún no habían adquirido el desarrollo que sólo se logrará un siglo después. Esta contradicción político-técnica no alcanzará una síntesis superadora, sino que se resolverá en una solución que va a privilegiar el polo clínico. El resultado de este movimiento es el desarrollo de la clínica, según una dialéctica que permite entender que cada “caso” lo es en la medida en que se lo pueda comparar con el conjunto que conforma el colectivo afectado por la enfermedad. No puede haber clínica bien fundamentada epistemológicamente sin el contraste de una epidemiología sólidamente enraizada en el concepto de lo público, una epidemiología cuyo objeto no sólo es público sino que está justificada por esa condición. Ello generará la base del conservadurismo futuro en las prácticas de salud: el modelo médico hegemónico” (Testa, M.: 2004)

2. 2. 11. Devenir de la epidemiología racionalista

En resumidas cuentas: E. Nájera, M. Terris, C. Back, y R. Llopis, plantean que “la vieja epidemiología” fue y es todo el proceso que llevó al descubrimiento de determinaciones complejas de las enfermedades infectocontagiosas y su tratamiento para frenar la mortalidad de la población. Fueron auténticos investigadores aquellos que cuestionaron verdades establecidas concluyen .Muchos de ellos expusieron sus vidas para identificar los orígenes de las enfermedades y obtener el cuidado atinente.

²⁷ Según Testa, M., 2004

²⁸ Según Galende, E., 1990

La lógica racionalista

La lógica que se impondrá tendrá que ver con el auge del racionalismo teórico técnico y empírico. Las palabras de Descartes de que el criterio de demarcación para constituirse en ciencia por descubrir será: “pienso luego existo”... lo que se conozca como verdad científica tendrá que ser “claro y distinto”. El positivismo partirá del objeto, descubrirá en las normas lógicas estables una sintaxis universal. Los fenómenos se organizarán independientemente de nosotros. La ciencia se limitará a describir los fenómenos siempre más exactos. La evidencia de ello estará dado por los triunfos revolucionarios de Koch cuya muestra fue que el método prevaleciente será el de la observación, la medición, la comprobación de agentes causales, la mostración de un paradigma positivo, objetivo, neutral, sólido, orgánico, biológico, libre de valores. En la argumentación del modelo clínico, se impondrá el racionalismo por encima de la convergencia con el modelo epidemiológico que le daría sentido y devendrá en el modelo médico hegemónico para hacer y pensar científicamente en el nuevo siglo.

3. Siglo XX

“Transición” de la “antigua o vieja epidemiología” a la “nueva epidemiología”. El mosaico epidemiológico.

El descubrimiento de los microorganismos fortaleció la medicina organicista. Lo individual de cada hombre, cuerpo que fue cientifizado y suplantó la intervención colectiva. De las enfermedades infecciosas se pasará a investigar y tratar a las enfermedades no infecciosas. En los principios del Siglo XX, ya había una epidemiología de las enfermedades infecciosas bien establecida y científicamente firme por lo cual se pasó a una aplicación de la misma a todos los problemas de salud. Es el cambio de interés y preocupación que algunos autores citaron como que su desarrollo fue en los primeros decenios del siglo y otros en los decenios de 1940 y 1950.

En América Latina, imperará la medicina del colonialismo para las enfermedades como la Viruela, la Malaria, la Fiebre Amarilla. Las medidas que se tomaron estaban centrada en el conjunto poblacional que trabajaba en los puertos como vía de garantizar el comercio. Según C.Buck, R. Llopis, E. Nájera y M. Terris: “Las nuevas problemáticas que empiezan a investigarse permitirán la constitución de la Epidemiología como método y después como ciencia con el aporte de la sociología, con la ayuda en la conceptualización de la microbiología, los estudios en masa, el tamizaje, con el surgimiento de la antropología y su enraizamiento con la medicina y la psiquiatría.

La Revolución rusa coadyuvó a revisar que la concepción de salud para todos era un derecho promovido y protegido por el Estado. La lógica de la planificación normativa en el nuevo modelo ruso al colocar la salud como eje crucial de la vida de la nación, permitió ver como cada país tenía un desarrollo de cada Estado sin un organismo centralizado donde se discutieran los problemas integrales que tenía otros. Por lo cual, se crean los Ministerios de Salud a nivel nacional junto con otros espacios administrativos. Ello generó la reorganización de servicios de salud en Europa a partir del nuevo modelo de construcción de gestión que está señalado como un indicador de la transición”.

3. 1. Debate entre EEUU e Inglaterra

El periodo se caracteriza por el descubrimiento de problemas específicos y diferenciales de todas las enfermedades entre Inglaterra que dominaba el panorama científico positivista -y el mundo- y EEUU como país emergente.

3. 1. 1. Mirada de Inglaterra

Una cuestión que ligó a diversos autores por aquella época fue la conciencia política. Al ser los profesionales originarios de países dependientes de Inglaterra que llegaban a estudiar en la metrópoli, su visión era particular y precedía a la concepción de enraizamiento entre la medicina y la sociología para colaborar con la población.

M. Greenwood, fue quien aportó a los conceptos epidemiológicos de las muchedumbres, se preocupó por la Tuberculosis y otras enfermedades relacionadas con el Cáncer y escribió acerca de las causas psicológicas de las enfermedades. También construyó los criterios de Prevalencia e Incidencia transferibles de un tipo de enfermedad a otra, aun sin raíz común. J. Ryle, proveniente de la Medicina Clínica, pasó a ser epidemiólogo y expuso un concepto de la medicina social acerca de que en la transición se debía a que en las enfermedades infecciosas como las enfermedades no infecciosas, había causas en la sociedad que generaban

enfermedades. La transición de la vieja a la nueva Epidemiología, entonces debía examinar los problemas en forma global, los aspectos sociales de la mayoría de las enfermedades eran más importantes que los agentes causales. Los niños ocupaban la prioridad en el análisis y fue a partir de esas definiciones que los adultos pasaron a ser objeto de estudio.

3. 1. 2. Mirada de EEUU

Goldberger, en 1914, en la Escuela de Salud Pública (ESP), se ocupó de la pelagra y de las enfermedades ocupacionales.

En 1920, el estado de Massachussets, en respuesta a pedidos de la población creó, el Departamento de Salud del Estado, que investigó la epidemiología de las enfermedades crónicas. Diez años después, fue muy importante la creación del Instituto Nacional de Cáncer, con el fin de investigar la causación de la enfermedad en la población. El uso de estadísticas para la formación de recursos humanos fue un punto clave para el desarrollo conjunto de una base científica para los estudios en masa.

La creación de la Escuela de Higiene de Londres y del Servicio de Salud Pública en Estados Unidos, se desarrolló en facultades de Medicina con dos descubrimientos: por un lado la infección no es lo mismo que la enfermedad; y por otro lado, la alteración leve de la salud no es sinónima de enfermedad, sino que es sólo alteración de la salud. Que no haya ocurrido en otras partes de Europa fue que los servicios estaban dominados por la clínica.

B. Mac Mahon, en 1973 definió la epidemiología como el estudio de la distribución de la enfermedad y de los determinantes de su prevalencia en el hombre. Para ello propuso:

- a) dilucidar los mecanismos causales en la teoría de la multicausalidad,
- b) describir la historia natural de la enfermedad,
- c) adquirir conocimientos que puedan constituir las bases de medidas preventivas,
- d) delimitó que la epidemiología es una ciencia aplicada que requiere de la Clínica Médica, la Anatomía Patológica y la Bioestadística como disciplinas concurrentes.

Inglaterra Siglo XX.

Los hitos fueron:

- Creación de la salud pública como disciplina independiente, con aportes de la estadística y diversas disciplinas.
- Creación de los servicios de Salud Pública con objetivos comunitarios.

- El raciocinio epidemiológico y estadístico primará en el rechazo de la descripción de las enfermedades epidémicas.
- La lucha de los trabajadores logró la expansión de la cobertura de salud inclusiva a todas las enfermedades y de todos los sectores sociales.
- Estudios sobre la epidemiología del cáncer a partir de la década de 1920 –1930.
- Examen de los problemas en forma global.
- Análisis sobre diversas enfermedades que tienen causas comunes.
- Profundización del estudio de las lesiones que afectaban a las personas.
- La importancia del impacto del medio ambiente en la salud poblacional.
- Investigación de que la enfermedad podía estar desarrollándose sin síntomas como el cáncer y la hipertensión.
- El estudio del impacto de las condiciones de trabajo en la salud-salud mental.
- Estimular el estudio sobre el impacto de las condiciones de trabajo en la salud-salud mental.
- Importancia de los cambios culturales abruptos en la generación de problemáticas humanas. El impacto de las migraciones externas e internas, con diversidades culturales, desarraigos y heterogeneidades en la coexistencia.
- Descubrimiento de que la enfermedad se propaga por portadores sanos y no por casos.
- Investigación del impacto de las Guerras mundiales y las consecuencias traumáticas.
- Comienzo de los estudios sobre la validez de los procesos clínicos.
- Posibilidad de evaluar a través de estudios sobre la eficacia de los servicios de salud.
- Promoción de encontrar la enfermedad antes que se produzca la alteración de la salud.

3. 2. El papel de la epidemiología según la “transición en el mosaico epidemiológico”

A la transición en el mosaico, se la define de este modo porque en nuestras sociedades coexisten enfermedades infecciosas y no infecciosas, o sea es una transición en la búsqueda de la erradicación de problemáticas que han sido estudiadas, algunas erradicadas y que son prevenibles por los recursos con los que se cuenta, sin embargo persisten aun cuando se conoce como desarrollar mejores condiciones de vida para las naciones.

Según H. San Martín²⁹: “Los perfiles de vida, enfermedad y muerte de la población en la historia descrita con anterioridad y ahora con respecto al siglo XX, son análogas a las conceptualizadas como “enfermedades de la civilización”, o “enfermedades de la modernidad”³⁰, en cuya determinación está la naturaleza de los procesos de trabajo y de consumo: el problema del poder que genera desigualdad en el modo de vivir y de morir.

C. Guerra de Macedo, decía que: “los métodos o instrumentos para la evaluación, previsión, anticipación de lo que esperaba ante las problemáticas de salud y las acciones que había que tomar, eran limitados”.

²⁹ San Martín H. “Epidemiología”. (1985)

³⁰ Según Laurell, A. C., (1991)

Los instrumentos probaban que los hechos del futuro o del presente podían ser explicados por el pasado. Los fenómenos sociales y en particular los de salud tenían la característica de “la transitoriedad”. Según este autor “Cada momento condiciona un cambio en las relaciones que definen el momento siguiente y cada acción realizada cambia las relaciones observadas en el momento anterior. Los modelos explicativos disponibles no eran capaces de expresar ese comportamiento. El esfuerzo para comprender lo que se estaba viviendo y lo que iríamos a vivir, va más allá de los instrumentos conocidos. Una de las consecuencias de esa característica de transitoriedad era la de la gran importancia que tienen los factores de coyuntura en el contexto de los procesos estructurales de nuestra sociedad para la explicación de las problemáticas y para definir acciones que teníamos que tomar”. El sistema de salud era concebido en el campo de salud. La epidemiología interrelacionaba con los servicios de salud, la investigación y la formación de recursos. Era central la interdisciplinariedad para afrontar los problemas de “la transitoriedad del mosaico epidemiológico” que se enfrentaba.

En el plano operativo³¹:

administración del conocimiento: OPS (Organización Mundial de la Salud). consideraba que no podía resolver sola la problemática a enfrentar.

Requería la movilización eficiente y efectiva de los recursos con que contaba: el conocimiento e inteligencia epidemiológica en lo científico-tecnológico, en los recursos humanos formados, en lo institucional, material, financiero, en lo político y moral la necesidad de puesta en marcha del “consenso” para la cooperación entre los países y así generar puentes de entendimiento.

También el interés de revisión de la Epidemiología como disciplina-síntesis en lo que respecta a:

*su función de inteligencia;

*la evaluación de los programas de salud, de los servicios de salud, de los sistemas de salud y del contexto de salud en cada país, región;

*fuente de explicación;

*anticipación para conocimiento de necesidades;

*modo de identificación de los condiciones de riesgo;

*modo de orientar prioridades y utilización de recursos disponibles;

Todas ellas eran condiciones para convertir a la Epidemiología en instrumento para la planificación y conducción estratégica.

“Leer mucho es uno de los caminos de la originalidad; uno es tanto más original y propio cuanto mejor enterado está de lo que han dicho los demás”.

Miguel de Unamuno. España.1864-1936

3. 3. En conclusión

En lo conceptual M. Terris³², nos advierte acerca de un falso dilema para la epidemiología:

³¹ Guerra de Macedo, C.: “Usos y perspectivas de la epidemiología”. (1983)

³² Nájera, E; Terris, M; Buck, C; Llopis, A.: Op.cit.

“No basta plantear una declaración general en el sentido de que la sociedad es causa de enfermedad... y que si se cambiase el orden social desaparecerían las enfermedades... tiene que investigarse y actuar específicamente”.

La nueva Epidemiología puede abrir las posibilidades desde el bagaje preciso sobre las enfermedades infecciosas hasta preocuparse por cómo se trata y se hace salud institucionalmente.

“Actualmente, las lesiones, las enfermedades ocupacionales, los riesgos ambientales, así como la necesidad de evaluar la validez de los procedimientos clínicos y la eficacia de los servicios de salud son problemas para el campo de la epidemiología”.³³ Empezó a querer argumentarse en la investigación epidemiológica, el nivel de lo general como causa de las enfermedades de la siguiente manera: “la expresión causa de las enfermedades producidas por la sociedad tiene que revisarse para incluir mecanismos específicos y reacciones individuales específicas quizá incluso análogas a las inmunorreacciones de las enfermedades infecciosas”.³⁴

M. Terris, asimismo, recurrió a quién puede demostrar que las modificaciones a nivel global impactan sobre la salud señalando que “lo específico está comenzando a florecer en el campo de la psico-inmunología estudiado por J. Cassel, quien consideraba los efectos de los cambios culturales abruptos en aspectos fisiológicos específicos, como la presión sanguínea y la presencia de lípidos en la sangre. Contemporáneo al trabajo de H. Seyle, sobre Stress y los trabajos fisiológicos de W. Cannon”.

En este terreno L. Syme³⁵, teórico de la epidemiología ecológica, hizo un llamado a profundizar sus propios orígenes conceptuales: “La mayor parte de la investigación y del pensamiento epidemiológico actual, continúan basándose en la concepción de que la enfermedad ocurre principalmente como resultado de agentes patógenos esparcidos por el ambiente. Las circunstancias actuales son radicalmente diferentes a las de la época en que fue formulado”.

“La epidemiología ha dejado en manos de otras disciplinas importantes áreas problemas del hábitat, tales como la ingeniería sanitaria, la toxicología, la bacteriología y la higiene industrial”.

El descubrimiento de lo “psicosocial” trastocó y cuestiono los objetivos tradicionales de la investigación epidemiológica, mimetizada en un modelo de causalidad empobrecido e insuficiente, “la investigación acerca de la resistencia del huésped continúa siendo una preocupación principal de la genética, la inmunología, la endocrinología y la bioquímica, cuando tendría que ser un foco principal de investigación epidemiológica, especialmente por los que pueden interesarse por los factores psico-sociales que pueden afectar esta resistencia”³⁶

Los nuevos problemas en lo conceptual y metodológico a pensar, a partir del primer nivel de atención en APS, son receptados por profesionales de la salud. “Una parte sustancial de lo que trata el médico de Atención Primaria de Salud no es siquiera una condición que se pueda diagnosticar. No quiero decir que se trate de algo imaginario. Es verdaderamente

³³ Ídem

³⁴ Ídem

³⁵ Syme, L. (1990). “La investigación sobre la salud y la enfermedad en la sociedad actual: la necesidad de una epidemiología más relevante”. Op. cit.

³⁶ Ídem

‘mala salud’. Simplemente no encaja en nuestra clasificación de las enfermedades pero sí es muy compatible con la taxonomía psicosocial”³⁷

La nueva epidemiología incorpora al sujeto de esta historia, a lo que acaece frente a los cambios profundos en su vida y la de sus familias “dado que los problemas de Salud Mental, es decir del sufrimiento y la felicidad de los individuos, no son enteramente separables de las condiciones generales de la vida social y cultural, las predicciones que puedan hacerse sobre su futuro inmediato deben incluir tanto la consideración de la situación social como la de las políticas que se van elaborando para su reencauzamiento” (Galende, E.: 1990).

En el mismo sentido Slaby, A R., 1990 enfatizó que se necesita proponer y modificar el concepto de hábitat. En el pensamiento epidemiológico aún se considera el lugar, la localización como el telón de fondo de una escena en la que otros son los elementos. Emergió así la reflexión acerca de qué necesitaría apropiarse la epidemiología en lo interdisciplinario.

“La investigación epidemiológica hace lugar a la metodología cuantitativa y no a aquella metodología cualitativa que permitiría revelar un área particular de la ciudad, la que sólo puede ser “relatada”. Es necesario privilegiar la observación en el lugar en que acaecen los hechos epidemiológicos. La historia de los cursos de las enfermedades muestra que las mejoras en la salud son, frecuentemente, resultado de cambios en el funcionamiento de una sociedad que de intervenciones planificadas”.³⁸

A la par, es un requisito encontrar los modos conceptuales y metodológicos que nos permitan validar y legitimar los costos científicos porque la crisis de la medicina, crisis de la práctica y del proceso de generación de conocimiento mediado por un proceso de inversión económica no redituó en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población ni en la resolución de los nuevos problemas.

El aporte en América Latina

Escogimos a autores que representan en nuestra América, desde diferentes posiciones, una epidemiología emergente que es un hilo continuador en la historia y devenir de la epidemiología que está presente en cada una de las perspectivas teóricas y metodológicas con que se encara la cuestión de la determinación del proceso salud-enfermedad-muerte y atención de la población, desde una mirada social y crítica.

Uno de ellos es H. San Martín, definirá que la epidemiología es una disciplina cuyo objetivo básico será el estudio descriptivo – epidemiología descriptiva – y analítico – epidemiología analítica – de la salud- enfermedad- muerte como fenómeno biológico – ecológico – socioeconómico – político – y psicológico. Ello requerirá: un marco teórico multicausal que fundamente la salud- enfermedad- muerte como un proceso histórico – biológico, y sostener a la ecología, la estadística y el método hipotético deductivo como basamentos principales (Chile).

A. C. Laurell, define a la Epidemiología Crítica como la determinación del proceso de salud-enfermedad de un grupo humano en cuanto modo específico del desarrollo del

³⁷ Back C. (1990). “El Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas”

³⁸ Slaby A. R. (1990)

proceso biológico de desgaste y reproducción con sus momentos particulares y diferenciales de enfermedad; en cuanto grupo humano constituido a partir de las características sociales definidas por una teoría de lo social. Se propone: demostrar que el concepto de salud-enfermedad tiene caracteres históricos; definir el objeto de estudio para profundizar la comprensión del fenómeno y abordar el modo de conceptualización de la causalidad a partir del materialismo histórico y dialéctico. La Medicina Social plantea que la crisis no es sólo un problema técnico sino que también es un problema conceptual. A la vez, las implicancias de las posibilidades en la calidad de vida de la población inciden acrecentando la salud-enfermedad y muerte de la misma. (Laurell, A: C.).

Para P. Castellanos, la epidemiología es la disciplina científica cuyo objeto de estudio es el proceso de salud-enfermedad a nivel colectivo, de grupos humanos; tiene como tareas la descripción, la explicación y la transformación de la problemática en la sociedad y en las diferentes agrupaciones que los hombres constituyen en el seno de ella: clases y grupos sociales. Su corpus teórico es el materialismo histórico y dialéctico, se propone demostrar que la comprensión de la categoría de Reproducción Social, mediador entre lo biológico y lo social permitirá resolver la contradicción entre el proceso de conocimiento (universal y/o particular y/o singular) y la problemática en que se encuentra el nivel del fenómeno (formación económico social, nación, la clase social o grupos sociales y lo individual o pequeños grupos).

N. Almeida Filho³⁹, refiere cuatro términos claves en la ciencia epidemiológica crítica. “La transdisciplinariedad o el transitar por campos disciplinarios distintos, la complejidad del objeto, en la pluralidad de aportes y en la praxis”. El conceptualiza una epidemiología referencial de los escenarios donde vive la población y donde hay que tener en cuenta la previsión. La pluralidad porque hay una brecha concreta entre el objeto concreto y el objeto de conocimiento. En la búsqueda de un proceso de totalización de las situaciones de salud, a ser construidos, es necesario crear una nueva hermenéutica epidemiológica. ello es necesario superar las limitaciones conceptuales, metodológicas y técnicas de la epidemiología. como instrumento de potencialización de la realidad de la salud. Su concepción será el materialismo histórico y dialéctico. (Brasil).

Para Mario Testa las epidemiologías actuales son como la epidemiología de los no lugares, referidas a espacios donde no hay personas concretas sino no personas porque existen en los no lugares. Una epidemiología de la identidad tendría que estar basada en métodos que permitieran aproximarse al sentido que las enfermedades tienen para distintos grupos sociales. La historia [no hay identidad sin historia], la vida cotidiana, lo que le pasa a la gente, o sea, la identidad. También por esta razón, la identidad, individual y colectiva, debe ser parte de la epidemiología a través de la introducción del sujeto, la construcción del sentido, la irremediable integración de la teoría con la práctica, la recuperación de la defensa de la vida, la recomposición de una ética humanista, la realización de un acto de libertad, la decidida intervención en la construcción de la identidad. Su concepción es el del materialismo histórico y dialéctico. (Argentina).

En síntesis, el proceso histórico hacia la construcción de la Epidemiología requirió transitar la teoría miasmática (Sydeham, T.) a la teoría mono-casualista (Koch, B.); de ella a la multi-casualista (Mac Mahon, B.); de la misma a la multi-casualista ecológica (San Martín,

³⁹ Almeida Filho (2000) “La Ciencia Tímida. Ensayos de Reconstrucción de la Epidemiología”.

H.); de ella a la Epidemiología Social (Cassel, J.; Navarro, V.; Troncoso, M.) o la Epidemiología Crítica (Laurell, A.) Epidemiología (Castellanos, P.), Epidemiología Crítica (Almeida Filho, N) Epidemiología de la identidad (Testa, M.)

Según P. Castellano⁴⁰: “Este desarrollo se ha dado por acumulación cuantitativa y fundamentalmente por saltos cualitativos, cuando la acumulación producida por el hacer epidemiológico y el científico en general han obligado a reformular modelos teórico y técnicos. Modelos que preserven el capital adquirido a la vez que se encuentren confluyendo frente a otras disciplinas frente al desafío estructural, grupal y singular”.

Guía de apropiación de contenidos del Capítulo 1.

¿Cuáles serían las contribuciones históricas más destacables en la epidemiología para usted que estén vigentes hasta la actualidad y por qué lo considera así?

Ejemplifique ¿cuál fue la vieja epidemiología y la nueva? ¿Cuáles son los hitos más relevantes para conceptualizar una y otra? ¿Qué deslumbró el siglo XX? ¿Con qué disciplinas se avanzó en el conocimiento poblacional y por qué?

¿Cómo sería la transición epidemiológica? ¿Cuáles son las enfermedades que pudieron ser evitadas y siguen vigentes?

Enumere cuál sería el aporte que le ofrecen las concepciones teóricas que le parecen convenientes para su trabajo e inserción.

Considere los usos de la epidemiología que le parezcan importantes, adecuados para su inserción comunitaria.

Bibliografía

*Almeida-Filho, N. “La Clínica, la Epidemiología y la Epidemiología Clínica”. Cuadernos Médicos Sociales. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario. Nro. 67. Rosario. (1994)

*Almeida-Filho, N. “Fundamentos de la epidemiología”. Cátedra de Salud Pública-Salud Mental. Facultad de Psicología UBA Buenos Aires. (1994)

*Almeida –Filho, N. “La Ciencia Tímida. Ensayos de Reconstrucción de la Epidemiología”. Buenos Aires. (2000).

*Alvarado, C. “Perfiles doctrinarios y ubicación de la salud pública” Parte I. Sonis, A y col. Actividades y técnicas de salud pública. Tomo I Editorial El Ateneo. Argentina. (1990).

*Buck, C; Llopis, A.; Nájera, E. y Terris, M. “El Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas”. OPS. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de OMS. EEUU. (1994).

*Castellanos, P. “Investigación Epidemiológica: usos y perspectivas.” Universidad Central de Caracas. (1983)

*Castellanos, P. “Sobre el Concepto de salud-enfermedad. Un Punto de vista Epidemiológico”. Ponencia IV Congreso Latinoamericano y V Congreso Mundial de Medicina Social. Medellín. (1987)

*Castellanos, P. “Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias”. Oficina Regional OPS. OMS. (1991)

⁴⁰ Castellanos, P. (1987) “Conferencia sobre epidemiología”.

- *Castellanos, P: “investigación epidemiológica: usos y perspectivas”. Editado por la Universidad Central de Venezuela. (1983).
- *Castellanos, P. “Conferencia sobre epidemiología”. Mimeo, editado por la cátedra de Psicología Preventiva, UBA, Buenos Aires. (1987)
- *Galende, E. “Perspectivas en salud mental en Argentina para la próxima década”. Mimeo. FLACSO OPS, Buenos Aires. (1991).
- *Galende, E: “Historia y repetición. Temporalidad subjetiva y actual modernidad”. Paidós, Buenos Aires. (1992).
- *Guerra de Macedo, C.: “Usos y Perspectivas de la Epidemiología”. Seminario OPS. Buenos Aires. (1983)
- *Levi, P. “Si esto es un hombre”. Liberduplex. Madrid. (2001)
- *Laurell, A. C.: reportaje realizado por Baldelli, B. y Clara, M. XIV Curso Monográfico de Medicina Social. Editado por Nivel I. Asociación Argentina de Medicina General. Buenos Aires. (1992).
- *Laurell, A. “El proceso de salud-enfermedad como hecho social”. Editado por Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario. (1986).
- *Nájera, E; Terris, M; Buck, C; Llopis, A.: “El desafío de la epidemiología”. Problemas y lecturas seleccionadas. Publicación científica OPS. (1990).
- *Stolkiner A: “Justificación epistemológica de la salud mental en sus aspectos teóricos y operacionales”. Presentación a concurso cátedra de Salud Pública, Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires. (1985).
- *San Martín, H. “Epidemiología”. Primer curso argentino de Medicina Social, ATE, Buenos Aires, (1985).
- *Syme, L. “La investigación sobre la salud y la enfermedad en la sociedad actual: la necesidad de una epidemiología más relevante”. Revista Anthropos, Madrid-Barcelona. (1991).
- *Testa, M. “Planificación estratégica en el sector salud”. CENDES-Universidad Central de Venezuela, (1981).
- *Testa; M: “Pensamiento estratégico en salud”. Seminario, Cátedra de Psicología Preventiva, UBA, Buenos Aires, (1986).
- *Testa, M: “Pensar en Salud. Tendencias en Planificación. ¿Epistemología crítica? Epidemiología y contradicciones. OPS. Oficina Sanitaria Panamericana. Organización Regional de la Salud. Argentina. (1989)
- *Testa, M. “Pensar en salud”. Publicación N° 21 OPS, Buenos Aires. (1991).
- *Testa, M y col. “Tecnoburocracia Sanitaria. Matriz Teórica metodológica de la Salud Pública en la Argentina”. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1994
- *Testa, M y otros. Políticas en Salud Mental. El hospital. Vista desde el paciente. Lugar Editorial. Argentina 1994.

Capítulo II. Herramientas, metodología e instrumentos en Epidemiología

“No hay anverso sin reverso”.

Los refranes de la abuela.

1. El poder del consenso y del acuerdo

Una gestión que quiera modificarse necesita contar con un indicador: si existe discusión y consenso interno entre los miembros del servicio de atención para la evaluación continua de las acciones que se prestan frente a las necesidades y demandas de la población. El criterio o indicador sirve para evaluar los programas que se están llevando a cabo a tal efecto. Por lo cual los datos que se requieren investigar sobre si disminuye o resuelve problemáticas de salud tienen que acordarse, si no habrá plan, programa o equipo a construir. Según los criterios de Evaluación y Garantía de la calidad en la Atención Primaria de la Salud (APS), en nuestros países los servicios de información están poco desarrollados, y existen dificultades debido a se trabaja intensamente, existe poca conciencia epidemiológica y tiempo para desarrollarla en la formación de sus recursos.

2. Epidemiología descriptiva

Según el Instituto nacional de Epidemiología: “La epidemiología es el estudio de la distribución de la salud-enfermedad de las personas en el espacio y tiempo”. La epidemiología descriptiva es el comienzo del conocimiento de esos fenómenos. El análisis de las condiciones y características de las personas, del lugar y tiempo se produce según fuentes de datos o información tales como: historias clínicas, cuadernos de campo, registros oficiales de morbilidad, encuestas poblacionales, estudios socioeconómicos y censos, etc.

2. 1. Las personas

Las enfermedades que se producen en las personas se distribuyen de manera diferente en la población, en función de atributos inherentes al ser humano como son: edad, sexo, clase social, educación o nivel de instrucción, fecundidad, religión, ocupación, según pueblo originario, otros.

Por ejemplo: Si tomamos la variable edad en las personas, podemos ver una disminución de las defensas inmunológicas en el cuerpo, modificaciones hormonales a lo largo de la vida, exposición acumulada a agresiones del medio ambiente.

Ej.: Si tomamos sexo, vida y mortalidad, la categoría femenina en la mayoría de las especies, tiene mayor expectativa de vida. El género masculino presenta mayor mortalidad en todos los grupos de edad. Si tomamos sexo, vida y morbilidad el género femenino frecuentemente se enferman más y son las que más consultan en los servicios en comparación con los hombres.

Ej.: Si tomamos razones socioeconómicas, laborales, culturales y sexo, en algunas regiones se comprueba alto índice de mortalidad en mujeres en edad fértil según acceso a la salud, hábitos dietéticos, religión, y según pueblo originario.⁴¹

⁴¹ Según INE (1997)

Ej.: Si tomamos sexo, y diagnóstico de depresión se dan índices mas elevados en las mujeres y también índices de intentos de suicidio. Sin embargo, los suicidios consumados son más frecuentes entre los hombres.⁴²

El nivel socioeconómico de las personas, lo que conceptualiza como clase social según el Instituto Nacional de Epidemiología (INE), está determinado por: la ocupación que desempeña, el grado de instrucción, el lugar de residencia, el ingreso familiar. A su vez, es el concepto que se usa para clasificar una población total en subgrupos que difieren entre sí en prestigio, riqueza y poder –como veremos en el capítulo siguiente- Estos indicadores no son fáciles de medir, al constituir su sumatoria se configura un indicador cualitativo “estilo de vida”.

2. 2. El lugar

El lugar o espacio donde viven las personas puede abordarse teniendo en cuenta barreras naturales geográficas o límites políticos. Las características físicas, ambientales, climáticas (tales como temperatura, humedad, precipitaciones, altitud) u otras inciden sobre el proceso de salud.

La frecuencia de enfermedades también puede distribuirse en función de agrupaciones demográficas delimitadas al área urbana, semiurbana o rural. Pueden tomarse municipios, o barrios, o viviendas, o establecimientos fabriles o de servicios.

A lo largo del país se encuentra gran disparidad en la distribución de enfermedades patológicas como por ej.: El bocio endémico que se extiende en varias provincias como Salta, Jujuy, Tucumán, La Rioja, Catamarca, San Juan y áreas de la precordillera según Pascualini, R, 1968. Ej.: En los días de lluvia o niebla se esperan accidentes en la rutas del país.

Ej.: Si tomamos el espacio y el tiempo en los hogares con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) es predecible hallar mayor frecuencia de enfermedad respiratoria, o infecto contagiosas en período estival del verano o del invierno en las personas que habitan en condiciones de precariedad.

2. 3. El tiempo

Las variables de tiempo se consideran en relación con las personas y el lugar o espacio. Se pueden observar variaciones anuales, seculares, estacionales, cíclicas e inesperadas o epidémicas.

Las variaciones seculares en los procesos de morbilidad y más aun en la mortalidad suelen presentarse una tendencia cronológica que puede permanecer estable, aumentar o disminuir en forma paulatina.

Ej.: González García, G. anunció que “Unas 800.000 mujeres abortan por año en Argentina. La problemática es aun más grave de la que venimos señalando, ya que el Ministerio de Salud había asegurado que hay 500.000 víctimas de esta situación cuando en realidad son 800.000 mil añadiendo la necesidad de proteger a las mujeres”.

Ej.: “Cada año mueren casi 11 millones de menores de cinco años de edad. La reducción conseguida hasta ahora es insuficiente. En 16 países, 14 de las cuales se encuentran en África, la mortalidad de menores de cinco años es superior a la registrada en 1990”.⁴³

⁴² Según INE (1997)

Texto de Lectura

La pobreza no bajó lo suficiente

”La CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, ha hecho llegar una advertencia para la Argentina y el resto de los países de la región. Según el organismo, deberán redoblar los esfuerzos para eliminar el flagelo de la pobreza, dado que el progreso en este sentido “es todavía insuficiente”.

La primera de las metas del milenio, establecida para el 2015 por las Naciones Unidas, plantea que hay que reducir a la mitad el porcentaje de la población en extrema pobreza registrada en 1990.

En ese sentido, la CEPAL, dependiente de la ONU (Organización de Naciones Unidas), indicó que las cifras previstas para este año muestran que la región avanzó en un 51% hacia el cumplimiento de este objetivo. Pero al mismo tiempo, advirtió que los niveles de pobreza en la región siguen siendo demasiado elevados y que la Argentina no es la excepción, aunque en nuestro país la pobreza haya bajado 16 puntos porcentuales y en las áreas urbanas durante el 2004 tras la crisis económica y social de fines del 2001.

De acuerdo con los números que maneja la CEPAL, hay unos 213 millones de pobres en estas naciones, lo que representa un preocupante 40,6% de su población y, de ese número, un 16,8% vive en la indigencia. Hace dos años, 226 millones de personas se encontraban por debajo de la línea de pobreza, pero las mejores condiciones económicas en algunos países, las remesas que envían los inmigrantes y el aumento del gasto social determinaron que 13 millones de personas de los 14 países evaluados dejaran de ser pobres, un número que resulta insuficiente para el organismo”.

Actividad I

Luego de haber leído el texto “La pobreza no bajo lo suficiente”, responda las siguientes preguntas:

¿Qué significan las Metas del Milenio para la población de la región?

¿Qué indica el informe sobre la pobreza y por qué motivo? ¿Ud. acuerda?

¿Cuál es la cifra de población en los países que componen la CEPAL?

¿Qué haría Ud. con el fin de reducir la pobreza que esté a su alcance?

¿Cómo analiza qué les pasa a las personas, grupos, familias en el espacio cercano y en el tiempo histórico y actual donde reside?

3. Etapas del método estadístico. Nociones básicas de estadística para ser aplicada en la investigación epidemiológica.

Etapas del método estadístico⁴⁴

Puede definírsela como “la tecnología del método científico, herramienta indispensable en la investigación científica por lo cual a través de ella es posible obtener, elaborar, interpretar y comprender información sobre determinados hechos de salud-enfermedad y

⁴³ Según la OMS y los objetivos de Desarrollo del Milenio. OMS. (2005)

⁴⁴ Según el Instituto Nacional de Epidemiología (1997)

muerte que es de importancia analizar para la disminución y o resolución de las problemáticas planteadas en la población”

La estadística es una disciplina cuya finalidad permite⁴⁵:

La reducción de datos sobre salud-enfermedad y muerte en un proceso de sustitución de la masa de datos originales obtenida por el proceder profesional en el abordaje de aquellas problemáticas, por un pequeño número de características descriptivas para la evaluación del accionar asistencial (estadística descriptiva).

El análisis científico de datos experimentales para conocer determinaciones y/o condicionamientos en el origen y proceso de salud-enfermedad y muerte de los fenómenos observados así como la utilidad de las intervenciones (inferencia estadística).

(Se puede ampliar en la OMS y los objetivos de desarrollo del Milenio. Documento A/ 56/ 326, 2001. Dirección en Internet www.who.int/mdg).

3. 1. El método estadístico⁴⁶

Es un conjunto de procedimientos y normas de trabajo ordenados en forma lógica a través de la cual se aplica la teoría estadística en salud. Es considerada por esto la “herramienta de trabajo” de esta disciplina.

Tiene como propósito estudiar los fenómenos y medirlos para:

Describirlos (en intensidad, variabilidad)

Compararlos

Conocer su probabilidad de ocurrencia.

3. 2. Etapas⁴⁷

Las mismas comprenden:

La planificación que consiste en pensar anticipadamente qué es lo que se desea conocer y decidir, qué pasos se darán para llegar a tal acontecimiento. Por lo cual hay que definir problemas, objetivos, población a estudiar, determinación de propiedad a medir y su unidad de medida, elección de diseño de investigación, determinación del conjunto de datos a investigar, identificación de la fuente de información, definición del método de recolección de los datos, elaboración de los documentos de anotación, confección de un plan para presentación de la información, determinación de los recursos que se logra a través del método científico de investigación.

La ejecución comprende la producción de datos, su análisis e interpretación. Conlleva la recolección de datos, el procesamiento de los mismos y su clasificación, presentación en tablas y gráficos, cálculo de medidas de resumen.

La evaluación genera la comparación entre lo planteado y lo realizado. Son las conclusiones que nos deparará saber sobre los problemas presentados o provisorios que significará volver a repreguntarnos sobre el proceso hecho.

4. Metodología en la investigación epidemiológica

Los pasos en la metodología de investigación epidemiológica indican que:

es necesario conocer el método científico para la comprensión del método epidemiológico;

⁴⁵ Según INE (1997)

⁴⁶ Ídem

⁴⁷ Ídem

es preciso considerar que la ciencia permitirá el conocimiento. Es un sistema (del griego sis: con; títem: poner) o sea, será una composición de verdades.

4. 1. Método Científico

Es un procedimiento para tratar un conjunto de problemas.

Ello permite lograr fines que se proponen en lo singular o en equipos, con el mínimo de esfuerzo, con el mínimo de tiempo, y el máximo de eficacia.

Los pasos principales son:

- enunciar preguntas bien formuladas;
- construir hipótesis o conjeturas, fundadas en la experiencia para contestar a la pregunta.
- derivar consecuencias lógicas de las conjeturas;
- manejar técnicas para someter las conjeturas a su fundamentación;
- problematizar esas técnicas para comprobar su relevancia;
- llevar a cabo la investigación e interpretar sus resultados;
- estimar la pretensión de verdad de las conjeturas y la fidelidad de las técnicas;
- determinar los dominios en los cuales valen las conjeturas y las técnicas y formular nuevos problemas.

5. Recolección de datos

La recolección de datos tiene que ver con este objetivo, no es solo el contar por contar, ya que el medir puede no significar nada para la vida de la gente (según Tognoni, G y col, 1997). Nosotros queremos saber si le sirve lo que pensamos y hacemos como ciudadanos profesionales a la población ciudadana. Una primera pregunta: ¿datos para qué?

El estudio epidemiológico de una enfermedad reclama el conocimiento de su frecuencia en cualquiera de sus manifestaciones (mortalidad, morbilidad, invalidez, secuelas, ausencias, etc.): la frecuencia puede expresarse mediante los denominados indicadores, los cuales se agrupan como se describirá a continuación, según Guerrero R., 1984.

5. 1. Indicadores para la obtención de datos útiles

Indican, indagan, describen, denotan, enseñan, señalan, aconsejan, advierten, anuncian, muestran, cuestionan y guían una actividad o problemáticas en salud que permitan rever acciones del equipo según prioridades.

Los objetivos de la Recolección de datos, tienen que tener relación, correlación uno con el otro, y que se contemplen prioridades diferentes en contextos y tiempos distintos, entre ellos datos:

- para definir prioridades de acción
- para el monitoreo de las actividades de salud
- para evaluar la eficacia de las actividades de salud
- para vigilar y poder intervenir frente a situaciones de crisis
- para averiguar los condicionantes y determinaciones de los problemas y poder buscar soluciones.

5. 2. Indicadores para el diagnóstico de la situación problemática

La información obtenida nos permitirá que los siguientes indicadores colaboren con el diagnóstico de la situación problemática:

1. **Magnitud**, tamaño de cuántas y qué personas en la población requieren de atención. Establecen estimativamente la cantidad de los problemas de salud de la comunidad.
2. **Riesgos**, fragilización o vulnerabilidad de los pacientes. Identifican quiénes requieren de acciones y programas vinculados a dicha problemática.
3. **Trascendencia** de dicho padecimiento en la situación personal, escolar, laboral, social de quién está afectado, o en las nuevas generaciones con incidencia de la problemática del adulto, madre o padre sobre los niños o jóvenes hijos
4. **Costos** específicos de obtención de dinero y gasto que les significan a las personas el atenderse, el trasladarse a centros de salud u hospital de complejidad, medicamentos, insumos varios, el operarse, otros.
5. **Validez** y confiabilidad de entrevistas, sesiones, toma de decisiones en materia de organización de acciones y servicios.

5. 3. Indicadores para el monitoreo de los servicios y programas de salud

El monitoreo es la observación continua del cumplimiento de actividades programáticas por parte del equipo y uso racional de los servicios. La comunidad tiene parte en ella, así como nosotros y los decisores en salud en políticas públicas.

Tiene en vista la relación entre los recursos disponibles con los padecimientos de la población. Conforman las acciones recomendadas para el monitoreo, son la evaluación.

5. 3. 1. Evaluación

Evaluar es indicar, es describir una actividad, reconocer una problemática de salud, es encontrar un juicio de valor acerca de la relación existente entre la situación problema existente, sus procedimientos técnicos y administrativos y los resultados. Son normas que establecemos nosotros, o establecen otros, si es que dejamos espacios vacíos para la creación o aplicación de criterios existentes.

5. 3. 2. Características de los indicadores

Los criterios para su construcción son los siguientes:

Exactos: que presenten mínimas posibilidades de error.

Confiables: que permitan coincidencias entre distintos observadores.

Sencillos: que insuman menor cantidad de problemas en el registro y medida.

Pertinentes: que posibiliten hacer correlaciones con el problema investigado.

Válidos: que midan el fenómeno real.

Sensibles: que logren detectar variaciones en el fenómeno.

5. 3. 3. Índices

Conllevan la construcción de la suma de indicadores específicos sobre lo que se quiere valorar.

Por ej.: “la situación de salud de un país” requiere los siguientes indicadores: esperanza de vida, número de habitantes por profesionales, acceso a agua potable, aporte diario de calorías por habitante, gasto público en salud por habitante, mortalidad infanto-juvenil.

Ej.: El índice de desnutrición se construye con los indicadores que evalúan el peso, la talla, el nivel de desarrollo escolar, el coeficiente escolar, repitencia escolar en los niños.

Preguntas tales como ¿cuál es el peso, la talla, el nivel de desarrollo escolar, el coeficiente intelectual, la repitencia de un niño que haya atendido en el centro asistencial?

5. 4. Indicadores para la evaluación de servicios, programas y trabajo comunitario de salud en la atención

1. Indicadores de servicios o productividad: miden actividades realizadas, nos proporcionan una indicación muy parcial e indirecta de la demanda de servicio por la comunidad. Son más informativos si están en relación con metas anteriormente fijadas por parte de quienes están realizando atención para alcanzar objetivos. Es crucial tener en consideración que existe más población que no asiste y que tiene urgencias y necesidades varias.⁴⁸ Indicadores de cobertura: porcentaje de la población que ingresa al lugar de atención y/o forma parte del servicio por programas. La estructura se verificará a través de una tasa, numerador/denominador poblacional en un espacio y tiempo estimado. Los dos refieren al grupo de población incluido en el programa en cuestión (o población blanco).

2. Indicadores de accesibilidad: porcentaje de población que tiene posibilidades de admisión y disponibilidad de turnos, así como disminución y/o resolución vía un tratamiento y/o necesidad de que se efective seguimiento por su mal-estar.

3. Indicadores de aceptación de servicios: Es el porcentaje de población que disminuye su problemática, resuelve y/o abandona el pedido de atención.

4. Indicadores de calidad: relaciona los objetivos de cada acción en salud-salud mental y las acciones pertinentes o no con las metas que se pretende llegar. Ello requiere de guías y normas. Los indicadores señalan la necesidad de recurrir a un cuaderno de normas y técnicas existentes, que nos oriente y pueda ser consultado en cada unidad de salud –salud mental.

La pregunta es: ¿cómo hacer algo que transforme el sufrimiento de la población, cómo hacer algo bien y posible con los recursos con los que contamos?

5. 4. 1. Indicadores en servicios de atención

Miden actividades realizadas, como hemos señalado. Indican cantidad, magnitud, tamaño de actividad del personal de salud. Requiere registrar y contar problemáticas halladas o en curso de disminución o resolución a través de los instrumentos de trabajo. Ej.: la historia clínica, si es un servicio de atención, o el cuaderno de campo si es un trabajo clínico-comunitario (cuando se está desarrollando o al final del mismo, y la vuelta al servicio para registrarlo en la historia clínica).

Para medir “actividad” utilizaremos las tasas. El número de las mismas se obtiene de las acciones o prestaciones hechas en función de la atención de pacientes. Así es que podemos construir proporciones con uno de los siguientes numeradores: problemas, encuentros, servicios, pacientes, parejas, familias, grupos y uno de los siguientes denominadores: profesional, equipo, servicio, población de estudio, población de pacientes registrados, población de censo, muestra de población seleccionada al azar, otras.

Las fuentes de datos para obtener el denominador requieren consultar por Ej.: Al registro civil para obtener la población de un distrito o área, o los censos que se efectúan a nivel de todo el país cada 5 o 10 años o direcciones ministeriales nacionales, provinciales, municipales y otras.

⁴⁸ Según Tognoni, G y col. (1997).

5. 4. 2. Indicadores de cobertura

Las tasas de cobertura en los servicios y en programas:

La importancia de la tasa de cobertura es quizás el indicador crucial en los servicios y en los programas a construir. Nos indica si estamos brindando un servicio a una minoría o si la mayoría de nuestra población está cubierta en lo que necesita o demanda, si está siendo escuchada, si está disminuyendo o resolviendo sus problemas.

Indicadores de Programas: prevención y tratamiento⁴⁹

Tasa ajustada: dos servicios pueden generar proporciones diferentes por razones no relacionadas con la morbilidad subyacente. Así es que la proporción directa de encuentros por cada cien pacientes variará con la edad y sexo de esa población. Para comparar proporciones de problemas de pacientes presentados entre servicios, es necesario estandarizar por edad y sexo. Las tasas ajustadas se hacen comparativas a pesar de las diferencias de edad y sexo de la población en estudio.

De acuerdo al problema que abordemos y si es una población pequeña puede usarse una multiplicación de cien para que arroje un número significativo, si es mediana puede usarse 1000, si es grande puede usarse 10.000 o 100.000.

Tasa de admisión o encuentro:

Ej.: personas entrevistadas por primera vez que asisten- cada paciente se cuenta solo una vez / total de consultas de cada paciente contado en un mes, a mitad del período o en un año x 100, x 1000.

Tratamiento individual-grupal-familiar

Ej.: Número de personas tratadas individualmente, Número de parejas, Números de grupos familiares, número de grupos de vecinos por un problema específico/total de consultas de esas personas en un mes, a mitad de año, en un año x 100, x 1000.

*Derivaciones a otros centros: número de personas que por su problemática requiere ser abordada en otro servicio / total de población de servicio atendida en un período de tiempo, x 100.

*Internación u ocupación de camas: número de personas hospitalizadas o de referencias durante un estudio/ total de problemáticas similares en la población en un mes, a mitad de período o en un año, x 100, x 1000.

*Fallecidos: número de muertes a causa de una enfermedad registrada / total de casos de esa enfermedad registrados durante el mismo período, en un mes, a mitad de período o en un año x 100.

*Uso de fármacos y/o automedicación. otros.

*Interconsultas: número de consultas específicas efectuadas a profesionales y programas de otros servicios en un centro de atención/ total de consultas en un mes, en un año x 100

*Intersectoriales: número de acciones efectuadas por consulta a servicios de índole a fin para la resolución del problema individual, de pareja, familiar, grupal, institucional o vecinal / total de prestaciones en trabajo comunitario en un mes, a mitad de período, en un año x 100, x 1000.

-

⁴⁹ Según Testa, M.

5. 4. 3. Los indicadores de accesibilidad

Tasa de accesibilidad: Es el porcentaje de la población que tiene efectivamente acceso al servicio o al programa que estemos desarrollando. El criterio es que toda persona tiene derecho a tener ingreso al servicio y ser atendida o seguida para la disminución o resolución de problemáticas.

Tasa de accesibilidad: número de acciones con personas /total de personas x 100

5. 4. 4. Los indicadores de aceptación de servicios⁵⁰

*Abandonos: en la vacunación de niños hay criterios de número de veces en que deben aplicarse dosis, o en el control de embarazadas que requiere ser vista para seguimiento de la calidad de embarazo.

Ej.: Numero de primeras consultas- nro de consultas estimadas a cumplir/ numero de primeras consultas x 100 o x 1000.

*Altas: numero de personas que se considera resuelto su problema/ total de personas en tratamiento x 100.

*Readmisión o encuentro tardío: numero de personas que fueron admitidas, que no continuaron y que reinician el tratamiento/ total de entrevistas de admisión, tratamiento x 100, x 1000.

*Rebote: numero de personas con necesidad de tratamiento que no fueron aceptadas por los servicios /total de entrevistas en el mes, año x 100.

5. 4. 5. Indicador de calidad

Necesitamos una guía de las acciones más importantes que hay que tener y/o realizar en cada servicio o programa. El cuaderno de normas técnicas nos orientará y puede ser consultado en cada unidad de salud. El cuaderno puede ser utilizado en la formación y supervisión del personal.

1. La calidad puesta al servicio de la población

La calidad, según A. Donabedian⁵¹, tiene varios significados, es el modo que designa el mérito o excelencia de un determinado objeto o actividad. En relación con la salud hace referencia a la medida en que los recursos para la atención de salud o los servicios incluidos en ella responden a normas establecidas por la OMS, por ej.: Indicadores de estructura que hemos hecho referencia.

Calidad social: es la aceptabilidad y accesibilidad en la asistencia, en programas preventivos asistenciales por parte de la comunidad, así como la preparación de los recursos profesionales y técnicos señalados anteriormente. Ej.: indicadores de proceso que permiten ver qué es lo que se hace con los procedimientos con los pacientes.

Calidad técnica: significa la aplicación de los conocimientos que se consideren aptos, conformes al “estado del arte” de las investigaciones y prácticas.

⁵⁰ Según Tognoni, G, y otros (1997)

⁵¹ Donabedian A. (2000)

Calidad económica: es la eficiencia en la relación entre insumos y resultados. La eficiencia se evalúa midiendo la relación entre la cantidad de prestaciones y la cantidad de recursos humanos, materiales y económicos invertidos. Por ej. Indicadores de resultados. Tienen que ver con productos, desenlaces e impacto de nuestro accionar. Señalarán la prevalencia e incidencia de problemáticas de la población con afectaciones varias, mortalidad y discapacidad para su análisis y revisión de lo actuado.

Mario Testa, señalará que la calidad devendrá de correlacionar cómo se pensaron los indicadores de servicios tales como: estructura- recursos tecnológicos; administración y gestión, si ello dio lugar a la constitución de la organización y procesos de trabajos y qué impactos generó en la población el accionar en salud, si ello contribuyó a efectuar un proceso de transformación cultural de las condiciones de salud-enfermedad y muerte de la población.

Es una visión de construcción de políticas públicas centradas en un proceso de democratización poblacional y de conjuntos profesionales de diversas disciplinas. El autor, remarcará la necesidad de que haya indicadores de políticas tales como:

- si hay descentralización,
- si existe interdisciplina,
- si se concibe la equidad,
- y si se piensa en la participación plena de la población.

Por **descentralización** entendemos el proceso de transferencia de autoridad a otra jurisdicción menor que antes ejercía el órgano supremo del Estado Nacional. Este proceso tiene características necesarias de un proceso de consultas entre partes interesadas, con voz y voto al hacer legal lo legítimo “de distribuir instrumentos de poder en el ámbito de la comunidad local, adoptando una concepción orgánica del estado que valore las organizaciones comunitarias destinadas a ampliar los intereses del individuo”⁵², con recursos materiales concomitantes y correspondientes a la acción de transferencia.

Por **interdisciplina** entendemos el proceso de abordaje de problemáticas donde se construye, en un espacio y en el tiempo, unidades de criterios teóricos, situados entre las articulaciones desde donde se piensa la diversidad disciplinaria, instituyéndose así una ideología de reciprocidad e igualdad de consideraciones y servicios para el abordaje metodológico en común que significa la integralidad de la interpretación y reversión junto con el sujeto colectivo, en contexto.

Por **equidad** denotamos igualdad de todos frente a la ley, según la propensión a guiar nuestros pareceres por las necesidades o demandas más básicas y urgentes de las personas, lo que permite priorizar a conjuntos poblacionales en situación de riesgo y en relación a los recursos existentes.

Por **participación** se define las situaciones en las cuales el sujeto colectivo “contribuye directa o indirectamente a una situación política, lo que puede darse en la mayor parte de los ciudadanos en forma directa en los contextos políticos pequeños”.⁵³

Ampliar en Sarraceno, B, Levav, I. “La evaluación de servicios de salud mental en la comunidad”. Cap. V. “Temas de salud en la comunidad”. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud nro 19. OPS/OMS. Ginebra Suiza. (1992)

⁵² Bobbio, N y otros. (1997)

⁵³ Ídem

5. 5. Indicador: la participación de conjuntos poblacionales, de profesionales y de técnicos La participación de la gente, pacientes del área geográfica, junto con los administrativos, profesionales, técnicos, organizaciones sociales- en los sistemas de salud, tiene que ver con el poder. **La salud**, dirá Mario Testa, tiene que ver con “**la distribución de poder**”. El proceso de construcción de distribución del poder lo caracterizamos como la posibilidad de autonomización, de resingularización del sujeto colectivo.

Si la gente no puede participar en la toma de decisiones, en la ejecución y en la evaluación de la gestión institucional participativa no tendrá, no tendremos, una posición de fuerzas como sujetos de pleno derecho y así es imposible gobernar un sistema, ver qué capacidad de administración tiene, los recursos técnico -financieros con que se cuenta, y cuál es el espacio de poder disponible. El capital simbólico consiste en armar red de redes, en hacer puja, en ganar un nuevo territorio que es hacer legal lo legítimo, en ensanchar espacios donde están en juego sus derechos y los nuestros. Es tener derechos políticos, voz y voto, aunque seamos diferentes y ocupemos lugares distintos. Se trata de desafiar “un lugar” en el mundo.

5. 6. Vigilancia epidemiológica

Vigilancia epidemiológica: es el proceso de producción de evaluación continua de actividades y resultados.

Ello permitirá la actualización constante en el diagnóstico en salud, según la Evaluación de Calidad. OMS/OPS. Requiere de indicadores tales como: un país tiene políticas de salud, si realiza acciones intersectoriales; si concibe las acciones integralmente, si hay accesibilidad y equidad de la población; si avala la participación comunitaria haciendo revisiones periódicas conjuntamente.

La vigilancia epidemiológica necesitará saber como actúa en base a los siguientes indicadores:

- 1.**Eficiencia:** es cantidad de prestaciones en la práctica, o sea, cantidad de recursos humanos, económicos y materiales con los que se cuenta en un servicio. Es la virtud y la facultad para lograr el efecto deseado. Indica el impacto.
2. **Eficacia:** la pregunta sería ¿puede funcionar este procedimiento? Es la virtud, la fuerza y el poder para obrar sobre el problema que nos ocupa.
3. **Efectividad:** la pregunta que nos hacemos es la siguiente: ¿funciona éste procedimiento en la realidad?, ¿cuáles son los efectos en la población? O sea que logra hacer efectivo un procedimiento por lo cual variará la situación problemática.
4. **Impacto:** mide el efecto global sobre el estado de salud.

5. 7. Indicadores de calidad en los servicios de atención

5. 7. 1. Jerarquización de admisión.

Con respecto a los servicios de atención es necesario “**recalificar la admisión**”: la puerta de entrada según F. Aguerre.⁵⁴

⁵⁴ Aguerre F. (2005)

Ello significa repensar un equipo de admisión interdisciplinario, donde se pueda dilucidar rápidamente en pocas entrevistas la cuestión de necesidad o demanda, motivos de consulta y/ o diagnóstico. Es especialmente importante el contar con un banco de datos sobre derivación, profesionales, horarios, lugar geográfico. El ofrecimiento de una serie de alternativas en la oferta de servicios y en la cobertura hace valer la reorientación de los pasos a seguir como resolución de problemáticas.

5. 7. 2. Categorización de motivos de consulta y/o diagnóstico.

Lo que vamos a sugerir es una construcción artificial. La discusión de qué se puede clasificar lleva horas y días perdidos cuando en realidad más que empezar de cero hay que recurrir a la economía de procedimientos y ver qué se ha hecho en otros lugares comunes a nosotros donde podamos demostrar que estamos interesados científicamente en avanzar.

Categorización de problemas clínicos, psicosociales y ambientales: problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas de alimentación, problemas laborales, problemas económicos, problemas relativos al ambiente social, problemas relativos a la enseñanza, problema de vivienda, problemas ligados a adicciones, problemas de acceso a la interacción con el sistema legal o el crimen, problemas derivados de enfermedades infectocontagiosas.

5. 7. 3. Sistema de atención o tratamientos.

La propuesta de normalización de OPS. en función de la redistribución del porcentaje de tiempo de trabajo de profesionales es la siguiente:

10% destinado a capacitación y supervisión en el cual participará el o los equipos.

30 % destinado a tareas de prevención e identificación de situaciones críticas.

60% destinado a la tarea clínica.

Añadimos:

- Turnos y horas libres para las urgencias y para derivaciones de Juzgados.
- Tiempo de duración de entrevista de 30 a 40 minutos, con excepción de emergencias y tratamiento de familia o grupos.
- Tiempo de los que iniciaron efectivamente tratamiento.

Indicador de bienestar mental según Galende⁵⁵, “referimos si la persona tiene capacidad de vínculo social, realización profesional o laboral, expresividad de afectos, control emocional, adaptabilidad a situaciones de conflicto, capacidad de soportar experiencias de pérdida, rendimiento intelectual y razonabilidad, capacidad de transformación de la realidad, realización sexual con el fin de connotar situación diagnóstica y pronóstico”.

5. 7. 4. Historia clínica

La historia clínica es una fuente de información primaria para el profesional pues la confecciona frente al paciente. Ella pasa a ser una tecnología necesaria como parte de la administración del servicio, tanto para la evaluación interna como para la externa, respecto a otros niveles de derivación, así como jurídicos.

La historia clínica ha sido, hasta la fecha, individual. Podría pensarse en una historia clínica familiar o historia clínica única, que funcione en un nuevo marco para evitar la fragmentación de datos sociodemográficos y el acceso a la siguiente información: aspectos

⁵⁵ Galende E. (1990)

familiares, aspectos sociales, aspectos clínicos, aspectos psicológicos, aspectos psiquiátricos. Aspectos legales, diagnóstico, consulta con otras especialidades, interconsulta, propuesta de tratamiento según el Decreto Nro.1269, Resolución 210 del Ministerio de Salud.

Se llama historia clínica al conjunto organizado de los indicadores mencionados anteriormente que permiten garantizar a cada paciente los medios terapéuticos que le aseguren el mejor resultado, con el menor riesgo y mayor satisfacción.

5. 8. Indicadores para calidad del trabajo interdisciplinario en el trabajo con conjuntos poblacionales comunitarios.

Equipos interdisciplinarios según R. García⁵⁶, lo que debe tenerse en cuenta es que, lo central es la discusión del “problema” a abordar. Los problemas a evaluar son:

- Los marcos teóricos distintos de cada disciplina.
- Que cada una de ellas no es democrática.
- Que los equipos se construyen.
- Que necesitan tiempo.
- Que constituyan una concepción de trabajo similar.
- Que se descentren de su disciplina para volver a centrarse.
- Que piensen en acciones intrainstitucionales o interinstitucionales.
- Que conciban relacionamientos intersectoriales.

5. 8. 1. La evaluación del trabajo del equipo interdisciplinario

La evaluación del trabajo del equipo interdisciplinario estará centrada en los siguientes indicadores de valor:

- 1.La acción del profesional con un paciente es valorado como el menor nivel.
- 2.La acción de equipo de salud en programas internos en el lugar de trabajo será de valor mediano.
3. La acción del equipo de salud con conjuntos poblacionales será evaluado en el máximo valor.

5. 9. Medidas de resumen de tendencia central y dispersión

Tienen importancia porque permiten el cálculo de indicadores absolutos o relativos como tasas, razones y proporciones.

5. 9. 1. Análisis epidemiológico

Son métodos para resumir datos clasificados en escala cuantitativa.⁵⁷ Las medidas de resumen permiten sintetizar la información trabajada por el servicio de atención en salud, facilitando la descripción y las comparaciones en la observación y registro obtenido según las dolencias expresadas por los pacientes.

El tipo de medida de resumen varía según se trate de una variable cualitativa o cuantitativa.

⁵⁶ García R. (1988)

⁵⁷ Según INE (1997).

5. 9. 2. Frecuencias absolutas o relativas, tasas o proporciones, estimaciones de tendencia central.

Frecuencias o cifras absolutas y relativas

La materia prima de la epidemiología son los datos u observaciones individuales sobre los pacientes, pueden condensarse en forma de cifras absolutas, las cuales resultan del simple recuento de aquellos. Cuando se hace el recuento de número de veces que se presenta un hecho de enfermedad y/ o muerte en una población, los números obtenidos se denominan “cifras absolutas”, o también frecuencias absolutas.

Ej.: niños nacidos vivos registrados en una zona y en un período dado. Las cifras absolutas señalan cuántos hechos epidemiológicos en la población existían en una cierta fecha o periodo y, en tal sentido, ayudan a definir la magnitud del problema, lo cual le confiere utilidad para orientar en la acción.⁵⁸ Ej.: saber que en una ciudad dada, ocurrieron 500 nacimientos es una información valiosa para planificar con propiedad un programa de salud materno-infantil en la misma. Sin embargo, las cifras absolutas no son muy útiles para medir y comparar los fenómenos de la salud y enfermedad de una comunidad en función de ciertas variables (personas, tiempo, lugar, etc.) que constituye funciones de la epidemiología (Guerrero: 1984).

Es necesario entonces, conocer el número de habitantes de una población y/o de usuarios de centros de atención para relacionar los casos. Para esto se estima la población en el punto medio del periodo, o sea a mitad de año. Es necesario ponerse de acuerdo y multiplicar el resultado x 100, x 1000, por 10.000, o por 100.000. Cuando se ha realizado la relación entre el número de veces que se ha presentado un hecho epidemiológico, por ej. niños enfermos por desnutrición sobre el total de la población de niños, de la población usuaria del servicio, es una razón que recibe el nombre de “cifras relativas”. Específicamente por la forma en que se han calculado, se denominan “tasas”.

Ej.: de cifras absolutas. Unas 450 millones de personas sufren actualmente de problemáticas en salud mental en el mundo. Cada año se suicidan un millón de personas, prevalentemente mujeres jóvenes. Entre 10 y 20 millones intentan suicidarse, según el Panorama de Salud Mental OMS OPS, 2001.

Ej.: de cifras relativas, en un 62% de los países existen políticas de salud mental para abordar estas problemáticas, citadas en cifras absolutas en el ejemplo anterior, en América Latina mientras que el 38 % de países no ofrece a su población el acceso a la atención de sus sufrimientos según el Panorama de Salud Mental OMS OPS, 2001.

Ej.: Puede reducirse en un 60 % el consumo de drogas ilícitas si hay acceso al tratamiento para las personas que abusan de sustancias ilegales, según el Panorama de Salud Mental OPS OMS, 2001.

1. Tasas

Para medir el riesgo de que ocurra un problema en una población y poder hacer comparaciones válidas se debe relacionar ese problema con la población en la cual aconteció o puede acontecer. Esa relación se conoce con el nombre de tasas, la cual constituye un instrumento, un indicador de comparación en epidemiología. Una tasa relaciona el número de veces que se presenta el problema epidemiológico, en la población

⁵⁸ Según Guerrero, R, 1984.

de un área determinada, durante un periodo de tiempo particular x sobre la población correspondiente a esa área estimada a la mitad del periodo de tiempo. Se multiplica por cien, por mil, por diez mil, por cien mil según el tipo de tasa que se busque indagar. La estructura de una tasa es numerador/ denominador. Los dos se refieren a la población incluida en la atención, en programas, en el área geográfica programática (“población blanco”) en un tiempo estipulado.

Dicho de otra manera, una tasa es una probabilidad de ocurrencia de enfermedad, una proporción en la cual el numerador es el número de veces que ocurre un suceso, evento o fenómeno y el denominador es el número de veces que podría haber ocurrido ese fenómeno de ocurrencia de enfermedad con un criterio de tiempo seleccionado. Como en todas las proporciones, el numerador está incluido en el denominador en ese espacio y tiempo elegido.

(Se puede ampliar en: Estructura Modular 2. Nociones básicas de estadísticas, Módulo 1. “Etapas del método estadístico”. Curso de Epidemiología General. INE. Ministerio de Salud y Acción Social. Argentina. (1997).

Estructura Modular 2. Nociones básicas de estadística. Módulo 2. Medidas de “Resumen. De tendencia central y de dispersión”. Curso de Epidemiología General. INE. Ministerio de Salud y Acción Social. Argentina. (1997).

Se puede ampliar en Modulo de Epidemiología. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Facultades de Medicina. Universidades Nacionales.. Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Argentina. 2005)

En las tasas de ataque que corresponden a epidemias o episodios de breve duración pueden estar limitadas a un grupo pequeño de personas.

Las tasas de mortalidad relacionan las defunciones con la población en general, en tanto que las tasas de letalidad relacionan las muertes con los enfermos por la misma causa.

2. Tasa de uso más frecuentes para medir mortalidad

En las tasas brutas, en el denominador figura el total de la población en un periodo de tiempo.

Tasas bruta de mortalidad general: total de muertes ocurridas en un área determinada durante un año / población del área, estimada a mitad del año considerado por 100.000.

Tasa bruta de mortalidad por una causa determinada: Ej.: muertes por cáncer en un área determinada durante un año / población del área, estimada a mitad del año considerado por cien mil.

3. Tasas específicas

En las tasas específicas, el denominador contiene un subgrupo de la población.

Tasas de mortalidad específica por edad (ej. 60-64 años): muertes por todas las causas en el grupo de 60-64 años de edad ocurridas en el área determinada durante un año / población del área de 60-64 años estimada a mitad del año considerado por mil.

En algunos casos no es posible obtener el dato exacto de la población expuesta a riesgo y se utiliza convencionalmente un dato aproximado.

Tasa de mortalidad materna: muerte por complicaciones del embarazo, parto o puerperio ocurridas en un área determinada durante un año/nacimientos vivos ocurridos en la misma área durante el año considerado por mil.

5.13.3. Tasa de prevalencia y de incidencia

¿Qué genera el uso de las tasas?

La información lógicamente formulada y puesta a desarrollar permitirá construir las tasas sobre la ocurrencia de problemáticas en salud, para poder comparar si determinadas problemáticas están siendo abordadas correctamente o nos exigen ser reflexionadas para descubrir una posible solución.

Todo lo que se puede obtener de un sistema de información.

Incidencia: es el número de nuevos casos en un tiempo determinado.

Tasas de incidencia: mide el número de casos que aparecieron a la fecha, la frecuencia de aparición de enfermedad en un lapso determinado de tiempo, esto es, el número de “casos nuevos” de padecimiento en una población en un periodo estimado. Tabula el número de casos nuevos / números de individuos en el grupo de riesgo de la población en un tiempo determinado.

Recordar, que los casos de enfermedad que se observan y anotan en las unidades de salud no son más que la fracción de los casos totales. Las tasas que se deducen de estas fuentes serían más bien tasas de declaración o de incidencia de casos diagnosticados que son siempre inferiores a la cantidad de enfermos en la población por la misma causa.”⁵⁹ La prevalencia es la probabilidad de tener una enfermedad en un momento dado.

Tasa de prevalencia: mide el número de personas en una población que tienen un problema presente en cierto momento de un tiempo (prevalencia en un punto) o durante un espacio definido de tiempo (período de prevalencia).

Tasa : numerador / denominador por observaciones

1. **Área Maternoinfantil Nupcialidad** / Personas que se casan / Población estimada a mitad del período / x 1.000

2. **Natalidad Nacidos vivos en un año** / Población estimada a mitad del período/ x 1.000

3. **Mortalidad fetal Defunciones fetales**/ Número de nacidos vivos/ x 1.000.

Observaciones : Defunción fetal: muerte del producto de la concepción que ocurre antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre.

4. **Temprana**/ .Defunciones fetales de más de 20 semanas de gestación /Número de nacidos vivos X 1.000

5. **Intermedia**/ Defunciones fetales de niñas de 20 semanas de gestación/ Número de nacidos vivos / x 1.000

6. **Tardía o morbimortalidad**/ Defunciones fetales de niñas de 28 semanas de gestación/ Número de nacidos vivos/ x 1.000

7. **Mortalidad peri natal**/ Suma de defunciones fetales tardías más defunciones de menores de siete días /Número de nacidos vivos/ x 1.000

8. **Mortalidad Infantil**./ Muertes menores de un año Número de nacidos vivos x X 1.000

9. **Mortalidad neonatal**/ Defunciones de menos de 28 días/ Número de nacidos vivos x 1.000

10. **Mortalidad infantil tardía**/ .Defunciones de niños de 28 días, 11 meses /Número de nacidos vivos/ x1.000

⁵⁹ Según Tognoni, G y otros, 1997

11. **Mortalidad Materna**/ Defunciones maternas./ Número de nacidos vivos x 1.000/ 10.000
12. **Mortalidad bruta de mortalidad general**/ Defunciones por todas las causas ocurridas en 1 Año ./Población estimada al centro del período/ x 1.000
14. **Mortalidad específica por edad**/ Defunciones en grupos de edad específico /Población estimada en el mismo grupo de edad al centro del período/ x 1.000
15. **Mortalidad por causa específica** (edad) / Defunciones por una causa determinada en grupo de edad específico /Número de nacidos vivos/ x 100.000
16. **Letalidad**/ Defunciones por causa determinada /Número de enfermos por la misma causa/ x 1000 o 10.000
17. **Morbilidad. Incidencia**/ Casos nuevos en la unidad de tiempo (un año habitualmente) / x 1.000, o 10.000, o 100.000
18. **Prevalencia**/ Número total de casos existentes en un período o fecha determinados /Población estimada para el mismo período o fecha/ x 100, x 10.000, x 100.000
19. **Ataque**/ Total de casos en un brote localizado / Población expuesta al riesgo/ x 100 o x 1.000

5. 13. 4.. Porcentaje

Es una medición que relaciona una parte del total identificado con 100 al cual pertenece un hecho o problema y se expresa en por ciento.

Los porcentajes son de uso muy frecuente para resumir información, figurando junto a las tablas y a las cifras absolutas. Los porcentajes deben sumar exactamente cien y eso debe figurar en la tabla, a la altura del total que se usa como denominador.

Ej.: 70.000 niñas mamás y 1.000.000 de bebés mueren por año en el mundo por la precocidad del embarazo sin control (cifras absolutas). El porcentaje es que “más de una de cada seis de mujeres de 15 a 19 años que se casan, puede tener un hijo en cualquier momento, en los países de mayor riesgo”.⁶⁰

5. 13. 5 . Razón

Una razón señala el tamaño de un número respecto a otro que se toma como unidad (o como cien) Las dos cantidades que se relacionan no están contenidas una dentro de la otra según Guerrero, R, 1984. Relaciona dos categorías distintas del mismo fenómeno o las intensidades de dos fenómenos en un mismo lugar. Ej.: los accidentes automovilísticos, seguidos de muerte. La razón será entre hombres que conducen vehículos y mujeres en un lugar y tiempo determinado. Ej.: las muertes por accidentes de tránsito según sexo en Mar del Plata, año 1977, fueron afectados 51 varones y 21 mujeres, total 72 personas. Si se calculan proporciones se tendrá un porcentaje de 70, 4% en varones y un 29, 6% en mujeres.

Cada cien muertos por accidentes de tránsito, 70 pertenecían al sexo masculino y 20 al sexo femenino. Si se calcula la razón 51 / 21 será 2, 429. Ello significa que “por cada muerte del

⁶⁰ Según el informe de Save the children (salven a los niños) (2002)

sexo femenino en accidentes de tránsito en la ciudad de Mar del Plata, durante el año 1977 murieron más de dos hombres.”⁶¹

Texto de lectura

Según el último informe de UNICEF, 2005:

Más de 70 por ciento de niños y niñas argentinos, casi 3,7 millones, vive bajo la línea de pobreza, en tanto que tres de cada diez son indigentes, 2005.

58,2 por ciento de los niños menores de 2 años está en riesgo nutricional y 26,1 por ciento de los menores de 5, en situación de riesgo crítico, 2005.

La mitad de los menores de 2 años y 20 por ciento que están en edad escolar tienen anemia. 1.940.000 niños menores de 15 años -31 por ciento en promedio nacional- son explotados en la Argentina. Entre 1997 y 2002 se incrementó aproximadamente en 26 puntos el trabajo infantil urbano de menores de 15 años, 2005.

En el ámbito educativo, 422 mil infantes y adolescentes abandonan anualmente sus estudios y un millón de entre 15 y 19 años está fuera de la escuela, 2005.

Uno de cada 10 niños de 5 años no accede a la educación, 10,3 por ciento de adolescentes no empezó la secundaria, un millón de chicos de 15 a 19 años están fuera del sistema educativo y otro millón tiene sobre-edad escolar, 2005.

Actividad II. Analice y responda:

¿Cuántos niños hay en el país?

¿Qué significa la línea de pobreza y la línea de indigencia?

¿Cómo mediría el riesgo nutricional? ¿Cómo medir el riesgo crítico? ¿En qué incide la anemia en un niño menor de 2 años y en edad escolar?

¿Puede trabajar un niño? ¿El niño que cuida a sus hermanos ¿trabaja?

¿Cuáles son los modos de explotación de niñas y niños? ¿Por qué fenómeno se incrementó en 26 puntos, el trabajo infantil en ese período de cinco años?

¿Cuales serían los motivos por los cuales niños y jóvenes abandonan la escuela?

¿Cual es el problema de acceso a la educación?

¿Cuál son las cifras utilizadas, cuál es la razón y que proporciones utiliza el Informe?

¿Qué haría usted frente a este panorama epidemiológico educativo que esté a su alcance?

.

6. Método para resumir datos clasificados en escala cuantitativa

La investigación, a partir de lo que indican las tasas desarrolladas, permite el análisis de los datos epidemiológicos. Ello podrá expresarse también en estimaciones de la tendencia central: el promedio, el modo, la mediana.

La utilización de una u otra medida de tendencia central para el resumen y análisis de un conjunto de datos, depende de la forma que tome la representación gráfica de los que nos proponemos hacer.

Para resumir una serie de datos clasificados en escala cuantitativa disponemos de dos tipos de medidas: medidas de posición o tendencia central y medidas de dispersión.

6. 1. Medidas de tendencia central

⁶¹ Según INE (1997)

Método para resumir datos clasificados en escala cuantitativa, tienen como objetivo medir centro de distribución y las más frecuentes son:

1. Promedio o medio aritmética
2. Mediana
3. Modo

(Se puede ampliar en Estructura Modular 3. “Nociones básicas de estadística”. Módulo 2. “Medidas de Resumen: de tendencia central y de dispersión”. Curso de Epidemiología General.- INE. Ministerio de Salud y Acción Social. Argentina. (1997)

El promedio o media aritmética: es el cociente que se obtiene de dividir la suma de los valores de la variable por el número de ellos. La fórmula es que cada uno de los valores de las variables que se suman, se dividen por el número de observaciones de los hechos observados en pacientes.

Ej.: La media aritmética de las siguientes mediciones de Mantoux: 5, 10, 0, 0, 2, 3. Arroja los valores que se detalla a continuación:

$5 + 10 + 0 + 0 + 2 + 3 = 20$ dividido la Cantidad de Unidades de Valor = 3.3

Unidades de Valor

Es decir, que la media aritmética de las anteriores mediciones en consultas en una guardia, de lunes a sábado con pacientes derivados a análisis de laboratorio será: la suma de los valores de las variables: $5 + 10 + 0 + 0 + 2 + 3 = 20$, dividido x seis observaciones de los valores de la variable.

Por lo cual, será 3,3 veces en que los profesionales del servicio de guardia recurrieron al laboratorio para investigar procesos supuestamente problemas patológicos en esa semana.

La mediana: es el valor que divide a las observaciones en dos partes iguales, se simboliza Mna.

Para calcularla se ordenan los datos siguiendo un orden creciente (de menor a mayor). Si el número de observaciones es impar, la mediana corresponde al valor situado en el medio.

Ej.: Casos de hepatitis notificados en el mes de enero, según INE, en los años 1973-1979.

Año 1973 / Casos de hepatitis: 215

Año 1974/ Casos de hepatitis: 532

Año 1975/ Casos de hepatitis: 556

Año 1976/ Casos de hepatitis: 386

Año 1977 / Casos de hepatitis: 447

Año 1978/ Casos de hepatitis: 623

Año 1979/ Casos de hepatitis: 576

Cálculo de la mediana

$215 + 386 + 447 + 532 + 556 + 576 + 623$

Una vez, ordenados lo numero de manera creciente, se suma la cantidad de número, si este resultado es impar se la suma un número como vemos a continuación, modo que quede un número impar.

Siguiendo nuestro ejemplo, el número de la suma nuestra sería 7, a lo cual, se le suma un número más, quedando como resultado 8, a este resultado se lo divide siempre por 2. Con lo cual, nos da un resultado de 4, es decir, que la mediana ocupa el 4º lugar.

Por lo tanto, la mediana es el 532.

Modo: Es el valor de la variable que se presenta mayor número de veces. Se simboliza Mdo.

7. Elementos básicos de muestreo

El universo es el total de personas u objetos sobre el cual se desea realizar un estudio.

Una muestra es una parte del universo elegida de acuerdo con los criterios establecidos por la teoría de las muestras.

El muestreo permite:

- mejorar la calidad de la información
- reducir el tiempo para la obtención y procesamiento de los datos
- disminuir los costos.

El diseño de una muestra establece:

*número de elementos que la compondrán.

*la forma en que se hará la elección de los elementos.

En el material del Curso de Epidemiología General puede hallar los conceptos de significación estadística para validación de experimentos en las personas con el fin de encontrar por ej. condicionantes o determinantes de explicación multicausal, o resultados operativos de cura y como desarrollarlos.

El muestreo probabilística permite determinar la magnitud del error en tanto que el no probabilístico no lo permite.

7. 1. Utilización de Métodos Básicos de Muestreo en Estudios de Estimación:

Tamaño de la Muestra

Hay que considerar dos conceptos muy relacionados: el error probable y el intervalo de confianza.

Error Probable:

El error probable o probabilidad de error; aunque se cumplan todos los pasos establecidos por la teoría de las muestras existe la posibilidad de que la muestra, elegida no estime con exactitud el valor del universo.

Error probable es el riesgo que se corre de que el resultado obtenido por la investigación a partir de la muestra no estime con exactitud al del universo. Se puede expresar en porcentaje, en general varía de 1 a 5 % y se simboliza "p". Significa que lo que se afirma a partir de la muestra tiene una probabilidad "p" (1 a 5 %) de no ser exacto, o que se esta afirmando algo que tiene una probabilidad de ser cierto de 95 a 99%.

Intervalo de Confianza:

Otra forma de dar el resultado es por medio de dos valores se espera que contenga al verdadero con la probabilidad de error antes mencionado. Por ej.: Lo esperable es que en un 25 y 35 % de los niños menores de edad de la localidad x estén atendidos por gabinetes de psicopedagogía, según informe del secretario de educación municipal.

A las muestras se les asigna de antemano la posibilidad de cuánto puede errar lógicamente.

8. Tipos de Investigación

8. 1. Objetivos Generales y Específicos

El objetivo general es aplicar los conceptos básicos de estadística a la formulación y ejecución en estudios epidemiológicos.

8. 2. Objetivos específicos

Permiten analizar la aplicabilidad de la estadística en la formulación de estudios analíticos experimentales y observacionales. También logran demostrar la utilización de los conceptos de Riesgo relativo y Riesgo atribuible en el análisis epidemiológico. O buscan analizar conceptos acerca de la precisión y validez de los estudios epidemiológicos.

8. 3. Estudios exploratorios

Se realizan cuando no hay bibliografía existente frente a un problema nuevo.

Son aquellos que permiten familiarizarse con un fenómeno nuevo, o se compenetran para obtener nuevos puntos de vista. El fin es desarrollar el problema y de esta manera desarrollar hipótesis. El diseño tiene que ser flexible.

8. 4. Estudios descriptivos

Precisan características en lo singular o en grupos particulares y pueden o no contar con una hipótesis. Determinan frecuencia con que ocurre un problema. Describen situaciones de salud de la población, estiman tendencias, realizan proyecciones y formulan hipótesis nuevas.

(Se puede ampliar en Estructura Modular 2. Nociones básicas de estadísticas, Módulo 3. Elementos de muestreo y significación estadística. Curso de Epidemiología General. INE. Ministerio de Salud y Acción Social. Argentina, 1997.)

8. 5. Estudios analíticos

Comprueban hipótesis sobre causas y efectos entre dos o más variables. Permiten explicar condicionamientos o determinaciones de las enfermedades y verificar la eficacia de diagnósticos, tratamientos y medidas de intervención.

8. 6. Estadística aplicada a la metodología epidemiológica

Riesgo: es la probabilidad de que un hecho ocurra, o sea es la medida de probabilidad estadística de la ocurrencia de un daño en salud.

El riesgo se puede expresar como la tasa de incidencia de un daño. La estimación de los riesgos en una población es un indicador del grado de sus necesidades básicas. Este concepto se ha aplicado en lo que se conoce como estrategias de enfoque de Riesgo, que se utiliza para:

- medir la necesidad de atención de grupos en la población
- determinar prioridades en salud
- orientar la reorganización de los servicios de salud

El riesgo puede ser considerado: absoluto, relativo, atribuible.

El Riesgo Absoluto (R) es la incidencia del daño en la población total.

El Riesgo Relativo (RR) es la relación que existe en el riesgo entre grupos expuestos y no expuestos.

El Riesgo Atribuible es la relación entre el riesgo absoluto en expuestos a un factor de riesgo y el riesgo absoluto en los no expuestos.

La comparación de la incidencia del daño entre los expuestos con la incidencia del daño entre los no expuestos, es una razón entre ambas incidencias. Es una medida de la fuerza de la asociación entre un factor de riesgo y el daño a la salud.

RR = incidencia de los expuestos/ Incidencia de los no expuestos.

El Riesgo Relativo no refleja un riesgo individual en la población, dado que ese aspecto lo refleja la tasa de incidencia. Se usa en los siguientes estudios:

8. 6. 1. Estudios analíticos observacionales

Hay distintos tipos de estudios de cohortes de casos y controles transversales

8.6. 2. Cohortes

Se seleccionan dos grupos: expuestos y no expuestos a un factor problemático y a través de una observación prospectiva, o sea hacia delante, se determina la aparición o no del efecto patológico. Realizados el estudio y recolectado los datos, estos se presentan en un cuadro de doble entrada

Ej.: La investigación sobre el hábito de fumar y el Cáncer de Pulmón según Doll y Hill determinaron que las tasas de mortalidad estandarizadas x mil fueron 0,90 para los fumadores y 0,007 para los no fumadores, por lo tanto el Riesgo Relativo por exposición fue de 12,86 mayor para las personas que fumaron y que contrajeron cáncer de pulmón.

8. 6. 3. Casos y controles y transversales

En ambos estudios se compara la proporción de casos que poseen el factor en estudio, con la proporción correspondiente en el grupo control; si la primera proporción es más alta, puede suponerse una asociación entre la enfermedad y el factor en cuestión. Teniendo en cuenta las características de cada tipo de estudio, podemos efectuar el análisis de los datos obtenidos de la misma manera.

Se estima el RR a través del Odds Ratio llamada también Razón de Productos Cruzados. Se debe partir de dos supuestos:

La frecuencia de la enfermedad en la población es baja, como ocurre en la mayoría de los estudios epidemiológicos.

Los casos y controles estudiados deben ser representativos, respectivamente de los casos y no casos de la población, en lo que respecta a la prevalencia del factor en estudio. El riesgo atribuible (RA) indica la diferencia entre la tasa de incidencia de los expuestos y la tasa de incidencia entre los no expuestos, y originalmente se consideró como la máxima proporción del daño, atribuible a la presencia del factor.

Estructura del Informe de evaluación final

El informe Final tiene que tener un título, autor e indicación de la institución. Prefacio. Índice.

Cuerpo del Informe.

Introducción. Planteamiento y significado del problema. Objeto de la Investigación.

Supuestos teóricos en que se apoyara. Definiciones operacionales utilizadas.

Revisión de la bibliografía relacionada con el tema y de investigaciones ya realizadas.

Esquema de la investigación: Breve reseña al diseño de investigación. Metodología y utilización.

Presentación, análisis e interpretación de los hechos: a. los hechos b. el análisis de los hechos c. la interpretación de los hechos.

Resumen y conclusiones: a. principales hallazgos. b. sugerencias para investigaciones ulteriores.

Sección de referencias 1. bibliografía 2. anexos y apéndices Gráficos e ilustraciones.

Datos estadísticos. Material Suplementario.

Texto de lectura

Distribución porcentual del nivel de instrucción en Casos de Sida y población general en hombres y mujeres.

“Una vez aceptado que el bajo nivel de instrucción opera como factor de riesgo en los casos de Sida, se utilizaron las tablas de contingencia para la comparación con estos casos y la población general. Se aplicó la razón de desventaja u odds Ratio, (RR o razón de productos cruzados) con un intervalo de confianza del 95%, se realizaron pruebas de significación estadísticas (p valor) y se observó la evolución del odds ratio en el indicador bajo nivel de instrucción a través del tiempo.

Al observar la relación existente entre bajo nivel de instrucción de las personas y la probabilidad de padecer sida, surgieron diferentes resultados de acuerdo con el período de la epidemia que estábamos analizando. Se hizo evidente una tendencia hacia la asociación entre bajo nivel de instrucción y caso de sida con el pasar de los años. El fenómeno ofrece variantes significativas entre los casos de hombres y los de mujeres, a pesar de que la evolución de la tendencia es similar en ambos.

En relación con los casos masculinos existía para los primeros años una fuerte asociación negativa (factor de protección) entre el bajo nivel de instrucción y caso de Sida. Esta asociación fue perdiendo fuerza con el transcurso de los años hasta llegar a 1996 con un odds ratio de 1,13 que, a pesar de no tener significancia estadística, nos muestra cual es la tendencia en relación con el descenso del nivel de escolaridad en los nuevos casos de Sida. Dicho de manera inversa, tener un alto nivel de escolaridad (secundario completo o más) era, para los hombres, un factor de riesgo en los primeros años de la epidemia de Sida. Este factor se va diluyendo con el correr del tiempo para dar paso al bajo nivel de instrucción como factor de riesgo, según C. Bloch, P. Cahn, S. Weller”.⁶²

Texto de lectura. Claves de la gripe porcina

“¿Qué es la gripe porcina? Es una infección respiratoria aguda en los cerdos, causada por uno o varios virus de la influenza. Se puede contagiar de forma directa e indirecta. Y tiene una mortalidad relativamente baja: del 1 al 4 por ciento. La gripe porcina es causada por un virus de influenza tipo A. En este caso es del subtipo H1N1, pero también circulan otros subtipos en cerdos (H1N2, H3N1, H3N2). Si bien la mayoría de los virus de gripe porcina suelen infectar sólo a los cerdos, a veces cruzan la barrera entre las especies y se contagian a humanos. El brote se puede dar a lo largo de todo el año, aunque las incidencias son mayores en otoño y en invierno en zonas calurosas. ¿Cuáles son las consecuencias para la salud humana? Generalmente los síntomas son similares a los de la gripe estacional, pero los cuadros clínicos reportados van desde infecciones asintomáticas a neumonías severas que derivan en la muerte. Los casos más suaves o asintomáticos pueden no haber sido

⁶² Bloch, C.; Cahn, P, Weller, S: “El Sida en Argentina. Epidemiología, subjetividad y ética social”. Arkhetypo. Buenos Aires. (1999)

reconocidos, por eso, la verdadera extensión de la enfermedad entre humanos es desconocida”.

“¿Cómo se infectan las personas? Lo más común es que las personas se contagien la gripe porcina de los cerdos, aunque hay casos de humanos que enfermaron sin haber tenido contacto con cerdos o con lugares en los que hay cerdos. También hay casos de transmisión de humano a humano. Esa es, precisamente, la principal diferencia de esta nueva gripe con la de la influenza aviar que generó alarma mundial en 2005 y 2006. En aquél caso no se confirmaron contagios entre humanos, sino siempre de animales a personas”.

“¿Es seguro comer carne de cerdo y productos derivados? Sí. Por ahora no se demostró que la gripe porcina sea transmisible a las personas por comer cerdo correctamente manipulado y preparado u otros productos derivados de los cerdos. El virus de la gripe porcina muere a temperaturas de cocción de 70 grados Celsius. ¿Cuál es el riesgo de pandemia? Lo más probable es que la mayoría de las personas, especialmente aquellas que no hayan estado en contacto regular con cerdos, no sean inmunes a los virus de gripe porcina que pueden prevenir una infección con el virus. Si un virus de gripe porcina establece una transmisión eficiente de humano a humano, puede causar una pandemia”.

“¿Hay una vacuna humana para protegerse del virus? No hay vacunas que contengan el virus de gripe porcina que enferma a las personas. Los virus de influenza mutan muy rápidamente. Por eso es importante desarrollar una vacuna contra la cepa del virus que circula actualmente. Es por eso que la OMS necesita acceder a la mayor cantidad de virus posibles para poder seleccionar el virus más adecuado para desarrollar una vacuna”.

“¿Cuáles son las drogas disponibles para su tratamiento? Actualmente se dispone de medicamentos para el tratamiento de las personas con infecciones por gripe porcina. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos en Atlanta (CDC) recomienda el uso de oseltamivir y zanamivir para el tratamiento o la prevención de la infección por los virus de la influenza porcina. Por otro lado, es poco probable que la vacuna contra la influenza estacional proporcione protección contra los virus H1N1 de la influenza porcina. ¿Hubo brotes de esta gripe en el pasado? En Estados Unidos hubo en 1976 en Nueva Jersey un brote entre soldados. Cuatro de ellos sufrieron una neumonía. Hubo un muerto. La transmisión fue de persona a persona”.⁶³

Bibliografía de Consulta Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE, su sigla en inglés) <http://www.oie.int>⁶⁴

Actividad III. En referencia al texto anterior lea y responda

¿Existen antecedentes del virus de influenza?

La historia de la epidemiología ¿Qué lección nos deja para enfrentar la pandemia?

¿Como se produce la infección del H1N1,?

¿Por qué puede desatarse una pandemia?

⁶³ Clarín, edición matutina. 27 de marzo de 2009

⁶⁴ OMS

- ¿Cómo prepararse para enfrentar la posibilidad de pandemia?
¿Cuál cifra absoluta, relativa, tasas de mortalidad y morbilidad utilizaría?
¿Qué haría usted para informarse, adelantarse a la predicción y promocionar acciones?

Bibliografía

- Bloch, C.; Cahn, P, Weller, S: “El Sida en Argentina. Epidemiología, subjetividad y ética social”. Arkhetypo. Buenos Aires. (1999)
Curso de Epidemiología General. Instituto Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud y Acción Social. Mar del Plata. Argentina. (1997)
Guerrero, R.: “Indicadores epidemiológicos. Introducción a la Epidemiología y a la planificación y programación de acciones en salud”. Unidad III. Facultad de Psicología. UBA./Buenos Aires. (1994)
Gofin, J; Levav, I y Sarraceno, B.: “vigilancia y evaluación en los programas de salud mental comunitaria”. Cáp. IV. “Temas de salud en la comunidad”. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud. Numero 19. OPS/ OMS. Ginebra Suiza. (1992)
La OMS y los objetivos de desarrollo del Milenio. Documento A/ 56/ 326, 2001. Dirección en Internet: www.who.int/ndg OMS Suiza.(2004)
Tognoni, G. Manual de Epidemiología Comunitaria. Cecomet. Dirección de correo: apostol11@vapostolico.org.ec Quito (1997)

Capítulo III. El neoliberalismo y la generación de la polarización epidemiológica

1. El neoliberalismo y la generación de la polarización epidemiológica

1. 1. Contextos explicativos

Para poder explicar las condiciones en que se generó la polarización epidemiológica hay que ligar tres procesos estructurales que componen las categorías históricas de la epidemiología en nuestro país: la historia del estado terrorista, el surgimiento del

narcotráfico, el desarrollo del modelo neoliberal en el proceso democrático con las condiciones estructurales (inequidad, impunidad e intolerancia) con incidencia en lo singular de cada uno, en lo particular de cada lugar y en el marco de lo general como Nación.

Lo que nos preocupa es lo siguiente: ¿cuánto modeló al sujeto, cuanto ha transformado el estado terrorista en muchos de nuestros países y el que devino, el estado neoliberal, la subjetividad, en lo singular de cada uno, en lo grupal en la salud del sujeto colectivo de la Nación?

1. 2. Nuevas subjetividades

Emergen subjetividades e imaginarios sociales constituidos sobre la base de una ética de mercado: los pobres estructurales, los nuevos sujetos pobres, los que están por debajo de la línea de pobreza, en fin, los excluidos, en parte sectores populares partícipes de los movimientos sociales otrora y las nuevas generaciones de niños y jóvenes, “se someten sin coraza” y trasmutan en “víctimas inconscientes del clientelismo partidario”, según Eibenschutz⁶⁵, lo que genera que abandonen la lucha de sus derechos fundamentalísimos. Los procesos de desindustrialización en el cordón fabril y de servicios, afectación a trabajadores, a medianos empresarios, a ejecutivos, a profesionales, a técnicos, a empleados de jerarquías que fueron despedidos compulsivamente, lo que devino abruptamente en “insight” identitarios atravesadores de sectores de clase y en analizadores en el aprehender a ser “libres, independientes, cuentapropistas” que llevaron a experiencias de fracasos frecuentes. Las mujeres tuvieron que salir compelidas, con un sufrimiento suplementario, a conseguir trabajo en condiciones de mayor desestructuración personal y familiar y aceptar renunciadas a un lugar construido social e históricamente junto con sus niños y jóvenes hijos. Los “incluidos”, gerentes de empresas multinacionales, capa dirigencial que incidió sobre la formación y la vida diaria de las nuevas generaciones de jóvenes empleados, no sujetos a las leyes laborales sino a la precarización, la flexibilidad laboral y los contratos basura, moldeados por un mundo de felicidad ilusorio, fueron despedidos apenas cayeron sus registros en las Bolsas financieras en Wall Street, los profesionales “diet” que se reconvirtieron para suscribir teorías ajenas y contrarias al bien común y a su sentir 30 años después y a ser escribas y ejecutores de las políticas de organismos internacionales hoy, que incidieron negativamente sobre nuestras vidas; también existen nuevos modos de trabajar como son los secuestros, producidos por detenidos por causas sociales y /o por policías y personal de agencias de seguridad, seguidos o no de muerte de personas como vínculo siniestro entre personajes de la sociedad civil y miembros de la seguridad del Estado.

2. Los objetivos de transformación del país

Lo urbano, lo semiurbano y lo rural, entonces, en su forma de desarrollo capitalista fue transformado por procesos de reconversión estatal (según la conceptualización de algunos autores), por procesos de ajuste (según otros), o por políticas de modernización social.

Cualquiera de estas denominaciones buscó la salida definitiva del Estado de Bienestar o “welfare state”⁶⁶, propugnado como objetivo en lo general (períodos 1976 – 1983, 1983 – 1989, 1989-1999, 1999-2001, 2002...

⁶⁵ Eibenschutz C. (2002)

⁶⁶ Estado de Bienestar

- Desplazamiento de gran parte del hacer estatal hacia los distintos grupos poblacionales
- Selectividad de la acción estatal
- Tendencia al desmantelamiento del estado benefactor, con vaciamiento de contenido de instituciones de seguridad social
- Privilegio de formas asistencialistas
- Contracción del gasto público.⁶⁷

2. 1. Objetivos y repercusiones en la Salud

Conforme a estos objetivos, pudo percibirse en períodos con connotaciones políticas económicas distintas, que en la política de salud -como ámbito particular de la Política Social- se identificaron diversos procesos vitales:

1. Descentralización autoritaria (con compromiso de niveles en la resolución financiera y técnica)
2. Avance hacia la privatización (apertura de espacios al capital privado)
3. Desarticulación de estructuras sindicales
4. Disminución del gasto en salud⁶⁸
5. Focalización en atención de problemáticas de daño

En fin, retraimiento de la intervención estatal en la producción de bienes y servicios, dejando su regulación a las fuerzas del mercado. Ello puede observarse y verificarse en las problemáticas de vivienda, educación, cultura, seguridad, justicia, infraestructura básica, otras.

3. Incidencia del neoliberalismo en el desarrollo de APS.

Atención Primaria de la Salud

La estrategia de APS fue propuesta en la Declaración de Alma Ata, URSS (ahora es una ciudad rusa, Almaty en Kakakhstan o Kajasjstan) el 6 de Septiembre de 1978, en una Conferencia Internacional de la Salud organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF en Alma Ata, donde 134 países suscribieron la meta de “Salud para Todos en el Año 2000”. Declaraba en sus aspectos más importantes:

- I. Que la salud era un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social en todo el mundo
- II. La grave desigualdad existente en el estado de salud en especial entre países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social, y económicamente inaceptable y motivo de preocupación común para todos.
- III. El desarrollo económico y social basado en el Nuevo Orden Económico Internacional es de importancia para lograr el grado máximo de salud para todos...la promoción y protección del pueblo es indispensable para un desarrollo sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y a alcanzar la paz mundial.
- IV. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

⁶⁷ Incluido el gasto social según López Orellano, O, 1992.

⁶⁸ Según López Orellano, O. (1992)

V. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos...para que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel que les permitiría llevar una vida productiva.

VI. La atención primaria de la salud basada en metodologías y tecnologías, científicamente fundadas y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. Forma parte del sistema nacional de salud, del que constituye la función central como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII. La atención primaria de la salud:

Es a la vez reflejo y consecuencia de condiciones económicas y características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en salud pública...

Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas...

Comprende las actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha. Promoción de alimentos, abastecimiento de agua potable y saneamiento, asistencia materno infantil, inclusión de planificación familiar, inmunización contra enfermedades infecciosas, la prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales, tratamiento de traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales... Entraña la participación de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, agricultura, zootecnia, alimentación, la industria, la educación, la vivienda, obras públicas, las comunicaciones y otros sectores... Requiere la participación en la planificación, organización, funcionamiento y el control de la atención primaria, sacando el mayor partido de recursos disponibles y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de la comunidad para participa... Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento de la atención sanitaria para todos, dando prioridad a los más necesitados... Se basa en personal de salud, médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad así como de personas que practican la medicina tradicional... con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como equipo de salud y atender las necesidades expresas de la comunidad.

VIII. Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud y en coordinación con otros sectores. Será necesario ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos disponibles. IX. todos los países deben cooperar con el espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de la salud...en este contexto el Informe conjunto OMS UNICEF constituye una base sólida.

X. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud en el año 2000 mediante la utilización de

los recursos mundiales una parte considerable se destina a armamentos y conflictos militares la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica en el mundo entero... La Conferencia insta a los Gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de la salud...exhorta a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y letra de la presente Declaración...”

3. 1. La declaración de Alma Ata 25 años después, 2003

“La Declaración remarcaba la necesidad de una estrategia integral de inclusión y equidad que proveería servicios de salud para todos, que eliminaría las causas sociales, económicas y políticas de la salud deficiente. Resaltaba y conectaba la salud con una fuerte participación popular donde el pueblo tenga no solo voto sino voz para las decisiones que tenían que tomar a favor de su bienestar. Las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma-Ata fueron que mientras unos pocos indicadores han mejorado modestamente desde 1978, para los pobres, la salud y la calidad de vida actualmente se hallan deterioradas. Esto se debe a la disminución del acceso a los servicios y a la exclusión por el modelo económico dominante. Se señala los siguientes asaltos a la Salud Colectiva: *atención selectiva, impuesta por los organismos internacionales, focalizada, vertical, tecnocrática, que busca el impacto propagandístico, y ofrece cobertura sólo para acciones de salud de bajo costo, mientras no se hace prácticamente nada para reducir la pobreza, el hambre, o mejorar la calidad de vida.

*programas de ajuste estructural, con reducción del gasto público, incluyendo salud y educación, para “ahorrar” dinero dedicado a cubrir los servicios de la deuda; y los esquemas de “recuperación de costos” colocaron los servicios de salud fuera del alcance de la mayoría de familias.

*políticas de salud bajo control del Banco Mundial: versión de libre mercado de cuidados de salud selectivos, las personas que no pudieran contribuir a la economía (ancianos e incapacitados) fueron clasificados como de “valor” menor y por lo tanto merecían poca o ninguna asistencia pública”.

¿Cómo podemos retomar el camino de Salud para Todos?

“Hoy es aún mas claro que hace 25 años que los principales determinantes de la salud son sociales, económicos y políticos. Recursos existen para proporcionar alimentación adecuada y servicios de salud para todos. Una pequeña fracción de lo que se gasta en armas y en la deuda externa, podría brindar los cuidados de salud y la alimentación necesaria para todos los que hoy no lo tienen. Lo que hace falta es la ‘voluntad política’” concluye la declaración de P. A. Quizpe.⁶⁹

Los Errores.

Los errores en APS es no haber tenido en cuenta el poder del actor principal que es la población así como de sus recursos profesionales y técnicos en la caracterización de sus necesidades epidemiológicas y demandas. Se propuso un modelo de prevención, promoción y atención de problemas que no contempló la voz sufrida de los avatares diarios

⁶⁹ Quizpe P. A. (2003)

así como los profesionales y técnicos en los lugares donde se deciden objetivos, técnicas y presupuestos en salud-salud mental. Como no se concibió una estrategia del valor del espacio público tampoco se pudo pensar en la capacitación para reflexionar sobre ello. Por lo cual la supuesta participación se convirtió en una ilusión y el espacio público aun espera vacío su lugar jerarquizante en la polémica decisora.

La planificación tecnoburocrática de los primeros 20 años en APS produjo el divorcio entre las directivas en manos de expertos internacionales y nacionales y la gente, quienes están directamente implicados y saben de sus sufrimientos y qué les pasa: su malestar en la cultura. Ello generó la diversificación y verticalidad con que bajaron programas e insumos para la concreción de los mismos sin estudiar primero cuáles y cómo son las prioridades epidemiológicas así como la formación de profesionales y técnicos capaces de hallar soluciones eficaces.

Se desarrolló APS sin racionalidad sanitaria al considerarla ofertas de centros de salud primaria de la enfermedad cuando en la población había y hay aun desarticulación de lazos solidarios, descuidadización, exclusión y pérdida de derechos conquistados en el tiempo, fragmentación de las problemáticas sociales y de las políticas sociales que circulan por otros lados. Como consecuencia las personas fueron y son abordadas como beneficiarias por muchas direcciones, niveles de decisión, funcionarios y profesionales del estado no como personas de derechos, con excepciones.

Nunca se pensó el país real. Solo se piensan las políticas en el Gobierno central y en las capitales de las provincias. La necesidad de conocer la problemática citada no tuvo en cuenta a la población del interior de las provincias, salvo cuando hay catástrofes, ej. el Impenetrable.

En los Hospitales y Centros de Salud, en casi todo el país, la mayor carga horaria se orienta a la cura de demandas y no de necesidades como las de adicción por ej, y en algunos casos existen Programas preventivos importantísimos. Solo en minoría se efectúan actividades planificadas participativamente en promoción de la salud. Los análisis sobre la salud de los jóvenes y población en general se han centrado en los aspectos físicos de quien recurre enfermo al hospital o centros de salud. La necesidad de ayuda psicológica compleja fue y es muy densa en su magnitud, trascendencia, y costos para la población y para el sistema de atención lo cual no se previó e hizo lo que se pudo al afrontarlas.

Los problemas en la clínica que brindamos en hospitales y centros de salud: no ha habido eliminación de obstáculos que impiden el acceso, no se tiene en cuenta las dificultades en el transporte y la distancia, los horarios de apertura y listas y tiempo de espera, no se realiza una labor de vigilancia para determinar quién tiene acceso a los tratamientos, quién no lo tiene y por qué. Las listas de espera nos tendría que hacer pensar cuál es la concepción institucional del servicio, qué tipo de oferta ofrecemos y qué demandas se atienden, los dispositivos teórico técnicos así como la concepción de los profesionales psi a cargo del servicio pues las listas de espera violan los derechos humanos de los pacientes según J. Larroca y J. Rodríguez. Cuando atendemos población migrante no entendemos su cultura ni nos damos cuenta de lo que significa el duelo por el país perdido, el mapa identitario cognitivo raigal escindido en afectos, fracturas familiares y la tierra querida. No hay correlación entre la cantidad de psicólogos por habitante y la atención de la salud mental de la población; esta a su vez muestra que no incidimos en su diario vivir. Cuando observamos al interior de provincias, la proporción de psicólogos por habitantes es escasa y dedicada a la clínica. De últimas no se avaló la cobertura pública universal para el

conjunto de sectores empobrecidos e indigentes al prevalecer razones económicas mercantiles en el negocio de la salud-salud mental.

Los Horrores.

“En los cuerpos de nuestra población se advierte la ausencia de las políticas públicas” según M Ruiz.

“La pobreza es algo más que la carencia; es un estado constante de indigencia y miseria extrema cuya ignominia consiste en su poder deshumanizante; la pobreza es abyecta debido a que coloca a los hombres bajo el imperio absoluto de sus cuerpos, esto es, bajo el dictado absoluto de la necesidad, según la conocen todos los hombres a través de sus experiencias más íntimas y al margen de toda especulación” según Hannah Arendt, citado por C. Eibenschutz

La pobreza y los cambios en el modo de vida de la población En la Argentina de 2002, el 58 por ciento de la población estaba bajo la pobreza y el 75 por ciento de los jóvenes eran pobres. Se logró disminuir la pobreza a la mitad en estos tiempos, sea cual fuere la cifra que se tome según B. Klisksberg . A nivel nacional más de cuatro de cada 10 chicos en nuestro país viven en una familia pobre o indigente.

“Los problemas aun irresueltos: se visualizan las brechas en la distribución del ingreso que genera mayor inequidad en las condiciones de vida de la población, la violencia creciente contra los niños, jóvenes y mujeres . Hay insuficiencia de protección de los pueblos originarios junto con la ausencia de reglamentación de un régimen penal juvenil. La internación sine die de niños y jóvenes por no reglamentación de la ley vigente” según el CELS. Informe Anual del Centro de Estudios Legales y Sociales. También la trata de blancas, o de niñas y púberes violadas por sus familiares más cercanos, tíos: esos incestos que generan embarazos no deseados, abortos y afectaciones correlativas. Se suma la falta de aplicación de la Ley de Salud Mental Nro 448 del GCBA, todo ello constituye un diagnóstico catastrófico.

Las madres jóvenes de los sectores más humildes, sus niveles de desprotección durante el embarazo y en el parto son considerablemente superiores al promedio. Según datos del Banco Mundial, en el 20% más pobre de la población, el 43% de las madres no recibe asistencia de personas médicamente entrenadas durante el embarazo, y el 60% no la recibe en el parto según B. Klisksberg. La violencia contra la mujer es un problema generalizado: las estimaciones indican que entre una de cada tres y una de cada cinco mujeres de todo el mundo han sufrido agresiones físicas y sexuales por parte de sus parejas en algún momento de su vida según Informe de OMS,. En algunas regiones en desarrollo, una mujer tiene una probabilidad de 1 sobre 16 de fallecer durante el embarazo o al dar a luz, frente a un riesgo de 1 sobre 2800 en las regiones desarrolladas según Informe de OMS. “El dolor que sufren las víctimas y sus familias y las consecuencias que tiene sobre hijas e hijos, madres y padres, es irreparable, y los sistemas de justicia ofenden nuevamente a las víctimas estigmatizándolas y revictimizándolas, negándoles el acceso a la justicia y a la reparación y resarcimiento del daño ocasionado. Que en consecuencia, hasta tanto no se haga visible

y se comprenda su gravedad, no habrá sanción efectiva” según Declaración de las Mujeres de Paz de Latinoamérica y el Caribe.

El sida y su incidencia en la mortalidad de los jóvenes es de 2,9 por cada 100 mil. Mayor información automáticamente no significa que se usen los recursos necesarios: cuánto más pobre menos acceso a la educación y falta de la obtención de insumos por parte de la población. El 70% de la población está informada sobre la enfermedad y cómo se transmite, pero menos del 10% adopta las medidas para su prevención según B. Kliskberg

Existen problemas cada vez más graves, como el tráfico de personas y la prostitución juvenil, estimulados por el llamado “turismo sexual”. Destruyen miles de vidas jóvenes y generan una mayor vulnerabilidad frente a enfermedades infectocontagiosas clásicas y otras como el sida.

La mortalidad juvenil originada por la violencia. Se estima que de cada 100 fallecimientos de varones jóvenes, 77 son atribuibles a causas violentas de corte epidémico. Ante un fenómeno tan regresivo (y antijuvenil) entre ellos los altísimos niveles de desocupación juvenil, las dificultades educativas y la fragilidad de muchas estructuras familiares bajo el embate de los procesos de pauperización según B. Kliskberg requieren de nosotros mayor investigación y acción.

Recordamos que la pobreza incide directamente en la esperanza de vida. Hay una significativa correlación entre niveles de educación y esperanza de vida. En otras palabras, la mayor escolaridad tiene un significado creciente en términos de prevención de riesgos de salud.

En la explicación caracterizamos que los abuelos de estos niños hoy, fueron echados de las fábricas y los servicios, en la dictadura militar 32 años atrás. Los hijos de aquellos padres, fueron excluidos por falta de conocimiento técnicos por el neoliberalismo privatizador menemista-delarruista. Los nietos de aquellos abuelos, son chicos que pendularmente avanzan y retroceden o mueren al querer asirse al sistema. Hay tres generaciones de argentinos “completamente pérdidas” para el estudio que hoy permite acceder a un trabajo remunerado mensualmente según Daniel Filmus.

Los impactos de aquellas políticas al despedir vastos conjuntos poblacionales trajeron en el tiempo lento pero catastróficamente la precarización en la fuente de ingreso y la caída de la cultura del trabajo en el hogar con lo que ello implica al observar a los abuelos, padres, madres de estos niños y jóvenes, no organizar su vida diaria para salir a trabajar, no trabajar.

La desocupación vivida en términos individuales es un problema de impacto traumático en la construcción identitaria, una hemorragia narcisística debido a que el sistema capitalista ha triunfado ya que ha logrado desligar su responsabilidad (blaming the victims, disparen sobre las víctimas), y culpabiliza a las personas lo cual desata vivencias regresivas en el sujeto de inermidad e implosión. O sea de narcisización de las víctimas deconstituyendo al sujeto. Los hijos de estos papás desocupados están en etapa de constituirse como sujetos

por lo cual nos obliga a repensar clínica- institucional y comunitariamente cómo desnarcisizar a quiénes no encuentran un lugar en el mundo y apuntalarlos.

En suma existen millones de niños y personas que carecen de trabajo y alimentos en el país del boom de la soja. Por cada punto en la inflación que se desata, hay 100 000 personas que pasan a ser mas pobres o bajan a la indigencia.

Es la “trampa de la pobreza” la reproducción de ese destino de desvalimiento en la generación siguiente junto con la mala alimentación, la vida en ambientes expuestos a infecciones por la ausencia de agua y/o baño en familias enteras.

El problema de la Argentina no es el hambre, sino “la injusticia distributiva”, y sus víctimas no son los productores rurales, sino los sectores sociales más empobrecidos según Felipe Aguerre,

4. 1. Las políticas neoliberales y las consecuencias según sectores de clases Perfiles de salud-enfermedad según sectores de clase social.

4. 1. 1. Sector de clase con poder

Los sectores de clase con poder adquisitivo y de consumo creciente se vieron afectados en sus derechos y en sus problemas de salud.

Este sector se fragmentará y se desarraigará de sus lugares elegidos históricamente como hábitat, lugares de vida, de trabajo y de descanso, con el fin de seleccionar espacios de mayor y mejor hábitat ecológico. Comienza así a aparecer una defensa incipiente de leyes ecológicas como cuestión de privilegio, pues yéndose al conurbano, por ejemplo, cerca de los lugares de anclaje, están las históricas villas junto con los nuevos pobres, hacinamientos humanos recientes. A aquél sector le preocupará la contaminación ambiental, la falta de infraestructura, el aglomeramiento de rutas y accesos, pero por sobre todo, la imprevisibilidad de la seguridad pública y privada.

El proceso “macro” afectará sus vidas conciente e inconscientemente. Los hará ubicarse como familias y sujetos “sitiados”. En ese “sitio” los cercan, se cercan y protegen del “mal que está del otro lado”.

“El mal que está del otro lado”

Se desata una percepción persecutoria caracterizada como el mal que está del otro lado Son “los otros”, los “de afuera”, los “que afean el paisaje”, los “drogadictos”, los “delincuentes”, los “futuros infectados de cólera y sida”.

La preocupación de carácter tormentoso los llevará al investimento de la realidad con incremento de consumo ecológico: mayores y mejores espacios verdes, aumento de uso de energía en luz y agua, cercos, rejas, paredones, sistemas de seguridad, puertas y accesos blindados, presencia policial, guardias privadas que protegen sus propiedades, sus hijos y sus vidas.

La exposición al riesgo es o fue mayor pues sus casas fueron diferentes, sus vestimentas distintas, sus autos nuevos, sus trabajos aparecían como seguros, sus ingresos se fantaseaban infinitos, sus “stress” se recuperaban mediante vacaciones, country, viajes por tiempos prolongados, deportes. La exposición al riesgo fue producto de “la ilusión” que provocaban en los que casi nada tienen, que estaban muy cercanos: agentes de seguridad,

empleadas domésticas, etc. Sus perfiles de vida, enfermedad y muerte fueron y son análogos a los conceptualizados como de la “civilización moderna” en cuya determinación está la naturaleza de los procesos de trabajo y de consumo: el problema del poder y del consumo. Justamente por ello, si bien biológicamente la esperanza de vida creció y se prolonga cada vez más, en la magnitud de familias y sujetos de este sector de clase, la vulnerabilidad por las exposiciones a riesgos citadas, hicieron y hacen esperable que fallezcan por enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebro vasculares, o por algún tipo de cáncer, en especial de pulmón. La predicción epidemiológica por observación inferencial en base a nuevas frecuencias indicaba y sigue indicando que la muerte se produciría por accidentes de tránsito combinados con infartos de miocardio según H. San Martín⁷⁰. La compra de autos nuevos con incrementos de velocidad, la impunidad al ignorar las normas urbanas, el apuro por llegar, combinado con tipos de alimentación excedidas en grasas, ingesta de alcohol, de psicofármacos o uso indebido de drogas, se convirtieron y continúan causando en catástrofes en edades adultas tempranas, especialmente en los hombres.

Recalamos que, al interior de un sector de clase, existieron y existen particularidades grupales, singularidades en la manera de vivir, por lo tanto en este análisis sólo aludimos a las generalidades más manifiestas.

Reconocemos la existencia de franjas poblacionales que se ubicaron y ubican en las fisuras del primer sector señalado y el siguiente. Consideramos que la variación que produjeron y siguen produciendo no tiene mayor trascendencia.

4. 1. 2. El sector medio

La descapitalización y pauperización afectó y abarca aun a todo este sector, ambivalente y contradictorio, en grados disímiles, que se encontró desdibujado, perdiendo su ubicación en el mapa social.

La derrota de un proyecto de país, la pérdida de referentes políticos, sindicales, barriales, históricos; la hiperinflación, la corrupción, el costo de la dependencia, lo mostraron inerme, ante la vorágine de medios de información hasta el año 2001.

La transformación generó impactos traumáticos en el modo de vida, en la reproducción social de la familia, en el trabajo, en el quehacer más general.

Familias, parejas y sujetos, se sintieron compelidos a cambiar sin saber muy bien, por qué ni cómo. Aquellos viejos y “sabios mandatos” que aprendieran, que con el trabajo o el estudio y el trabajo, la profesión (M’ hijo, el Doctor – Florencio Sánchez), uno crecía y progresaba, adquiriría bienes y los disfrutaba en familia, podía acceder a una jubilación tranquila..., pasaron a “ser una ilusión” ante el impacto social de las políticas gubernamentales y la revolución tecnológica.

Las necesidades económicas determinaron la sobre ocupación: el trabajo que era profesionalizado por la mañana, fuera desprofesionalizado trabajando por la tarde y noche; que se requirieron dos sueldos en una pareja para pagar una canasta familiar; que existieran “culpas” por ser profesional: por no haberse reciclado a tiempo como profesional, con el desarrollo de tener capacidad de ser un “empresario moderno”, por depender de un sueldo o subsistir de un trabajo independiente que pasaba por períodos cíclicos.

⁷⁰ San Martín H. (1985)

Familias y sujetos fueron asistiendo a las modificaciones de su hábitat: de tener propiedad desde niño, heredada siendo un joven adulto, comprada una vez recibido, adquirida como regalo matrimonial, pasaron a ser inquilinos por efectos de la circular 1050 del Banco Central, por las crisis hiperinflacionarias, por cesantías de algunos de los miembros de la pareja, o por separación. El consumo como categoría de análisis disminuyó en cantidad y calidad. El orden de prioridades estaba encabezado por la comida, el alquiler, los gastos escolares, los gastos en salud y el transporte. Los ahorros se consumieron en vez de multiplicarse lógicamente con el aumento de horas de trabajo.

Fue violento que, en el día, las horas se consumieran trabajando o transportándose de un lugar a otro mal, hacinados en los colectivos o trenes, cuando funcionan: es violento y activa la violencia. La vuelta al hogar fue la búsqueda de “privacidad”⁷¹, que se tradujo en una falta de ganas de volver a salir, en el desconocimiento de los vecinos, en la escasez de amigos, que compartían la misma realidad. La participación se menguó por el descreimiento, por la fragilidad de las relaciones.

Hubo y hay una incipiente conciencia ecológica en defensa del medio ambiente, protestas por accidentes de tránsito, un mayor cuidado del cuerpo a través del deporte y de la alimentación macrobiótica.

En los perfiles de salud, enfermedad y muerte, cuya determinación estaba dada en el proceso de trabajo y de consumo, con especificidades biológicas propias, prevalecieron enfermedades cardiovasculares y cánceres, se incrementó la ingesta de alcohol y el uso de psicofármacos, el abuso de las drogas, con consumo de atención médica y psicológica. La pauperización producida por la descapitalización provocó que hayan pasado de una atención médica en pre-pago o en obras sociales con cobertura masiva, a una atención en hospitales públicos, perdiendo pertenencias a espacios propios y sobrecargando el sistema. Hay que dejar aclarado que, en el interior de este sector social, existieron particularidades de grupo y singularidades.

Existió y existe una franja de sectores de clase trabajadora que en su descomposición social pueden integrarse a este panorama o al siguiente.

4. 1. 3. El nuevo sujeto pobre

Para las familias e individuos que no pudieron sostenerse como sector de clase, que no potencializaron herramientas económicas y/o políticas – en el sentido amplio: preocupación o presión y respaldo en la cosa pública -, así como capital simbólico para poder reciclarse a tiempo y bajo cualquier esfuerzo, se les impuso en la correlación de fuerzas otro centro de decisión, centro gravitante que en el vínculo estado-sociedad, prevaleció el primero omnipotentemente que el de su esfera natural, histórica y propia, por algún tipo de mediación sobre sus micro-sistemas de vida.

La irrupción en escenarios diferentes de familias e individuos, a los que habitábamos o en los que vivimos, que fueron y han sido gradual o radicalmente expropiados por la acumulación de pérdidas, que fueron y han sido expulsados de sus territorios de origen por la desindustrialización, en los trabajos de servicios que realizaban, por pérdida de fuente laboral de algunos de los miembros de la pareja, y por pauperización, por imposibilidad de seguir manteniendo un alquiler aunque se tenga trabajo... fue y es una constante. Toda esta

⁷¹ Según Turabian, J. L., 1990

situación constituyó un agravante panorama ecológico urbano en los modos de vida, de enfermedad y de muerte.

En el espacio micro-municipal urbano, semiurbano coexistieron en terrenos públicos, inquilinatos, casas ocupadas ilegalmente o “casas tomadas”, o “intrusadas” por deshabitación de sus propietarios, baldíos utilizados como espacio para vivienda de sus pobladores, edificios públicos, autopistas, descampados, colectivos abandonados, junto a propiedades privadas en buen o mal estado por abandono de sus dueños. La familia de origen y la familia constituida vivieron bajo un mismo techo y en una sola habitación. “Si dos personas por dormitorio sería el umbral mínimo, mientras que el umbral crítico aceptaría dos personas más una persona en el lugar de estar, superando este umbral estamos en el nivel de hacinamiento”⁷². Así, condicionó una cohabitación que empujó hacia relaciones sexuales tempranas, violaciones familiares e incesto, embarazos jóvenes decreciendo hacia la niñez en la última década. La familia numerosa constituida sin límites en la concepción de hijos, la desvalorización y el no registro del cuerpo por parte de la mujer, con envejecimiento precoz y la “locura gris”, la mujer juntada con hombres más jóvenes, la mujer sola pues el hombre se fue muchas veces trasladado por las circunstancias laborales, los embarazos fueron para el retorno de los hombres, en una “circularidad” sin fin. Los jóvenes “pacían y pacen” sin encontrar sentido a su existencia consumiendo alcohol, “pasteándose o con el paco”, en algunos casos como estrategia de subsistencia familiar mortífera.

Los abuelos, los ancianos, ya no se encontraron poco en esos lugares de la ciudad sino en sus lugares de origen, tal vez hayan fallecido antes de los cuarenta y cinco años por accidentes de trabajo, o han “quedado” en las provincias del interior del país.

La lucha por la sobrevivencia condujo a la sobreexplotación del medio ambiente. Los extremos de privación de agua corriente, o cuando se la dejó correr indefinidamente sin proteger el derecho a la energía, la ausencia de letrinas o el uso compartido de las mismas, la inexistencia de luz eléctrica o el conocido “enganche” en la red vecina, la falta de recolección de residuos, el arrojar los desechos en cualquier lugar, la falta de red de gas, el uso indiscriminado y peligroso del carbón, la ausencia de piletas para el lavado de la ropa, y la utilización de agua de bomba de napas contaminadas, diagnosticó una situación caótica. Las casas se convirtieron, y siguen siéndolo, en cartoneras, plásticos, papelerías, adonde confluyeron roedores y todo tipo de insectos.

Coadyuvaban así al incremento de un perfil de salud-enfermedad y muerte, cuyas problemáticas más recurrentes fueron y son la desnutrición combinada trágicamente con infecciones ambientales, por uso de recursos naturales contaminados, por cohabitación o como consecuencia de procesos de trabajo de alto riesgo, por ejemplo, el reciclaje de basura o la exposición a productos químicos tóxicos.

La muerte advino tempranamente, por accidentes hogareños, por fusilamiento si alguno es sospechado de delincuente, por violencia familiar o vecinal, o como consecuencia de abortos clandestinos.

Dentro mismo de esta clase social, de su sujeto y de sus familias, existieron características propias que agravaron lo anteriormente planteado y que modifican día a día, sus condiciones de existencia.

⁷² Según A. Ibarlucia

Discurso postmoderno: culpabilizar a la víctima (“Blaming The Victim”)

La epidemiología de las víctimas

Se ha operado así una transformación de la sociedad en su conjunto, y en lo particular de conjuntos poblacionales afectados por la caída de fuentes de trabajo y por la caída de la cultura del trabajo que perfiló personas excluidas del sistema social sin identidad, sin papeles de identidad y sin percibir la importancia de conseguir acceso al mundo laboral económico que devendría en independencia personal, familiar.

Existió y continúa potenciándose una polarización residencial, en áreas geográficas donde coexistieron distintos sectores. Lo que nos preocupa, dentro de todo el espectro, es la discriminación y segregación entre familias e individuos de sectores de clase diferentes y al interior de sectores y grupos hasta nuestros días.

Lo que visualizamos es que ya no fue sólo el enfrentamiento del “sujeto blanco” con el “cabecita negra”. Ya no son dos culturas que escondían un conflicto histórico-político, un conflicto social, un conflicto de clase. La imposibilidad de coexistir y convivir no fue y es sólo entre el “sujeto blanco, el morenito, el coreano, el boliviano...”, sino entre los mismos “sujetos blancos”, donde uno ha podido enfrentar las modificaciones de país y frente a su par... el otro no. El otro muestra “lo que me puede pasar... y no estoy dispuesto a tolerarlo”. Lo diferente del punto alcanzado los enfrenta en espejo: no hay nada peor que el del mismo palo. Surge el “racismo aggiornato” como concepción que desea eliminar al otro que es como uno, pero diferente. Se reprodujo, en lo micro, el discurso postmoderno de “blaming the victim” (echarle la culpa a la víctima), se invirtieron las responsabilidades: ya no fue el desarrollo del capitalismo que paga sus deudas ilegítimas vendiendo activos del Estado, cesanteando hombres y mujeres trabajadores. El discurso postmoderno: los de “la casa tomada”, - otrora trabajadores – son “los que no quieren trabajar”. Los profesionales que manejan taxis, fueron y son lo que no tuvieron capacidad de reconvertirse junto con la economía. Los jóvenes son los que no tienen sentidos de proyecto de Nación. Las mujeres decidieron “liberarse” del lastre de las ollas, saliendo a trabajar de domésticas.

4. 2. Catástrofe socio sanitaria

En resumidas cuentas catástrofe es un suceso desgraciado que altera gravemente el orden regular de las cosas según la Enciclopedia Británica. Nosotros conceptualizamos y consideramos que estamos vivenciando una catástrofe urbana en salud, en el orden más general como Nación, en el orden particular de las instituciones y el sector salud, y también en el orden de las singularidades.

Catástrofe social urbana en salud por lo anteriormente dicho, pues conlleva problemas de morbimortalidad en conjuntos poblacionales como ya hemos expuesto, procesos de desestructuración de familias, de parejas y de sujetos, cuyo punto en común es el sufrimiento humano prolongado en la cotidianidad.

4. 3. Predicciones epidemiológicas

Las implicancias de instituciones que atraviesan nuestro modo de vida como los impactos de políticas del FMI aún no han sido suficientemente investigadas, desde lo que nos preocupa. Aún así, puede pronosticarse que “es esperable una acentuación en las diferencias, en las condiciones de vida de los distintos sectores sociales ... con incremento de individualismo, empobrecimiento de los lazos sociales y desintegración cultural ... con devenir mayor de patologías narcisísticas: trastornos de carácter, perversiones,

enfermos funcionales, padecimientos psicosomáticos, adicciones a drogas, incremento de la violencia familiar, suicidios, depresiones y una estabilización o disminución de las patologías clásicas (neurosis, psicosis)⁷³. Otra opinión sobre el panorama epidemiológico dice que “aparece a la par un incremento de enfermedades epidémicas, siendo el caso más grave y dramático la epidemia del cólera, el paludismo, enfermedades nutricionales, y los problemas infecciosos” según A. C. Laurell⁷⁴. En los últimos años se cruzan perfiles patológicos de la modernidad y el atraso. Por un lado, la flexibilización laboral, eje de las políticas neoliberales, empeoró las condiciones de trabajo en general, tanto en lo que se refiere a riesgos físico-químicos en los centros de trabajo como todo aquello que tiene que ver con la organización del trabajo. Esto azuzará la patología moderna, por ejemplo el cáncer, a partir de la exposición continuada a químicos, o las enfermedades cardiovasculares incrementadas por condiciones de stress prolongado”.

Queremos decir que se configuran catástrofes sociales urbanas, semiurbanas y rurales con connotaciones epidémicas, por efectos acumulativos que determinan y/o condicionan en esta etapa y tiempo histórico, el resurgimiento de problemáticas en salud-enfermedad erradicadas hace cien años; otras esperables, crónicas y otras de distinta índole, “mala salud”⁷⁵.

4. 4. Situaciones catástrofes

Planteamos que nos hallamos frente a tres problemáticas humanas diferentes de caracterizaciones catastróficas: En las guerras “se mata para no morir”. Ejemplificamos por ello a la actuación y responsabilización de Bush, Blair, Aznar, Sharon, Putin en el escenario internacional de la tragedia humana como la guerra de Irak entre otras. El acontecimiento que se evidencia a partir del 11 de septiembre en EEUU, y en los atentados en Israel, España, Rusia e Inglaterra producto de la determinación de adultos y/o adolescentes en su mayor escenografía que “es el morir matando”. El miedo a “morir matado” por hambruna, a quién teniendo trabajo puede perderlo; de quién habiéndolo perdido teme no volver a encontrar jamás; a quién empieza a buscar trabajo y no lo va a hallar; a la inestabilidad laboral, los contratos esclavizantes y el accidente de trabajo conducente a la muerte o la discapacidad; a la estigmatización social por ser pobre, cabecita negra, estar desocupado, diferente, excluido y sin derechos es lo que prevalece en el dolor y preocupación de millones de personas en nuestros pueblos.

“La ley de la realidad es la ley del poder. Para que la realidad no sea irreal nos dicen los que mandan, la moral ha de ser inmoral”.

Galeano, E. (2005)

Texto de lectura

Plan Federal de Salud 2004

La desigualdad en cifras absolutas, relativas y perspectivas: “El decil de población más pobre tiene una participación del 2,2% en el total de ingresos, mientras que dicha partición asciende al 30,8% en el decil más rico. Esto supone una brecha de 33,7 veces más ingreso,

⁷³ Según Galende, E, 1990.

⁷⁴ Laurell A. C, 1992

⁷⁵ Buck, C y otros . (1990). op.cit.

brecha que ha venido creciendo significativamente en los últimos 5 años. La incidencia de la pobreza en la población total del país aumentó del 26% al 47,8% desde Octubre de 1998 a Octubre de 2003. El incremento de la indigencia fue aún mayor: del 6,9% de la población en Octubre de 1998 al 27,7% en Octubre de 2003. Si observamos el problema por regiones, la región del Noreste presenta las tasas más altas de pobreza e indigencia y las provincias de Corrientes y Chaco son las que presentan los índices más elevados de todo el país (68,7% y 65,5% respectivamente). De este modo, 17 de las 24 provincias argentinas presentan tasas de pobreza superiores al promedio nacional. Como existe una relación directa entre estas circunstancias y la salud de la población, la amenaza al patrimonio sanitario de los argentinos es contundente. Las desigualdades que los ingresos insuficientes generan en las condiciones de vida dan lugar a diferencias injustas. La distribución de la población pobre en regiones con distinto grado de desarrollo económico exige la implementación de políticas diferenciales en materia alimentaria, sanitaria, educativa y de la seguridad social y de promoción de la sustentabilidad ambiental. Dicho de otro modo: no es lo mismo satisfacer las necesidades de la población en situación de pobreza de Tucumán o Jujuy, que las de los pobres de la provincia de Buenos Aires. Revertir la inequidad equivale a brindar acceso. De nada vale aumentar la inversión en salud si una madre que vive en una zona carenciada no puede llegar a un centro de vacunación, no tiene un adecuado control perinatal para su bebé, o no puede hacer consultas preventivas para sus hijos. Las tasas de mortalidad materna e infantil descendieron entre 1990 y 2001, y la mortalidad materna se estabilizó, desde 1994, en torno a las 4 muertes por cada 10.000 nacidos vivos. Sin embargo, las asimetrías son pronunciadas: las jurisdicciones con mayor ingreso per cápita tienen una tasa de mortalidad infantil de 9,1 por mil nacidos vivos frente a los 26,7 de las jurisdicciones más pobres, según los datos del 2002. Los niños argentinos siguen muriendo por trastornos relacionados con la duración del embarazo, desnutrición, diarrea, dificultades respiratorias del recién nacido y malformaciones congénitas del corazón. Dos tercios de las muertes infantiles son neonatales. En la actualidad, 6 de cada 10 de muertes de recién nacidos pueden evitarse con un buen control del embarazo, una atención adecuada del parto y diagnóstico y tratamiento precoz. En todas las provincias argentinas, por lo menos 1 de cada 2 muertes de niños son evitables. La presencia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes nos recuerda que Argentina no ha dejado atrás los riesgos sanitarios de los países en vías de desarrollo, a pesar de su clara transición epidemiológica hacia un perfil más desarrollado. Algunas de estas enfermedades, como el hantavirus, la leishmaniasis e incluso el dengue, están relacionadas con el deterioro del medio ambiente público y privado. Otras, como la triquinosis y el síndrome urémico hemolítico, con el descuido en los hábitos alimentarios. Pero todas, en general, hablan de una baja en la calidad de vida en ciertas regiones y en determinados sectores de la población. El mosquito vector de dengue -*Aedes aegypti*- está presente en 17 de las 24 provincias. A su vez, 117 municipios del Norte y Noreste son considerados como zonas de alto y muy alto riesgo, tanto por su población de vectores como por ser limítrofes con países donde se han producido brotes de la enfermedad, como Brasil, Paraguay y Bolivia. Problemas como el SIDA, Tuberculosis y Chagas no están ausentes, y a éstos se suma la transición epidemiológica hacia las enfermedades no transmisibles que se debe, en parte, a la mayor preponderancia de ciertos factores de riesgo entre los que se destaca el tabaquismo, hábito que en los hombres de 16 a 64 años supera el 45%. Sin embargo, y a pesar de lo mencionado, durante los últimos veinte años, la salud de los argentinos mejoró notablemente. Ésta es una realidad que surge de la mayoría de los indicadores aceptados en

todo el mundo. En promedio, vivimos más y mejor que antes. La tasa de mortalidad infantil descendió sostenidamente de 25,8 por mil nacidos vivos en 1985 a 16,3 en 2001, con una leve modificación al 16,8 durante el 2002; la tasa de mortalidad materna, por su parte, decreció un 32% entre 1990 y 2002. También la incidencia de muertes por enfermedades infectocontagiosas disminuyó en los últimos quince años. La esperanza de vida también evolucionó favorablemente, pasando de 65,4 años para los hombres y 72,1 años para las mujeres en el período 1975-1980, a 68,4 para los hombres y 75,6 para las mujeres en 2001. El promedio para toda la población es hoy de 71,9 años”.⁷⁶

Aciertos

Los Programas de Médicos Comunitarios y el desarrollo de Centros de la Salud así como de los CIC, Centros Integrales Comunitarios en las ciudades de conglomerado menor urbano y en el interior de las provincias - el estado aun no había llegado a lugares ausentes de visibilización ciudadana como en los años 2005, 2006, 2007- en correlación con la red de referencia y contrarreferencia con hospitales de mediana y alta complejidad aun con **serísimas deficiencias** promocionan el derecho y acceso a la salud a través del desarrollo de los Programas de Salud Reproductiva en conjunción con las Consejerías de HIVSIDA, Programas de Seguridad Alimentaria, el Programa Remediar, el Programa Pro Huerta, otros.... **que logró incidir en que la tasa de mortalidad infantil se redujo de 19/1000 a 12 o 13/1000 en estos años, 2007.**

“El Plan Remediar fue lanzado en 2002 por el ex ministro de Salud, Ginés González García. Hoy tenemos un padrón de 14 millones de beneficiarios según F. Leone y los medicamentos se distribuyen a unos 6000 centros de salud en todo el país, lo cual requiere una logística compleja y eficiente. Los 53 productos de nuestro formulario cubren el 80 por ciento de las patologías en el primer nivel de atención. Y ellos es financiado con presupuesto nacional en vez de hacerlo con créditos del BID”

En educación hubo políticas públicas como la de Alfabetización Cero, los Programas de retención para reintegrar a los chicos y jóvenes al sistema primario-secundario, Programas de sobreedad, Educación especial, en los lugares de fractura del sistema según Adriana Puigrós.

Texto de Lectura

“En primer lugar que la mortalidad infantil viene descendiendo a nivel nacional pero a un ritmo cada vez menor. Durante el 2004 lo hizo en un 12,7%, en el 2005 en un 7,6% terminando en el año 2006 (último dato disponible) en apenas un 3%. Es decir, que en los años de crecimiento continuo y sostenido de la economía en la post-Convertibilidad los efectos favorables que debiera tener sobre una de las problemáticas sociales más crueles, la mortalidad infantil, son cada vez menores según C. Lozano, A Rameri y T. Raffo

En relación con el punto anterior, se verifica en general que, las provincias que en un año incrementaron su índice al siguiente lo bajaron y al subsiguiente lo vuelven a incrementar. Esto dejó como saldo que durante los tres años comprendidos desde el 2003 al 2006, salvo 5 provincias, el resto vieron incrementar su índice de mortalidad infantil en al menos alguno de los años del período. Por lo tanto, no existe una clara tendencia a nivel provincial

⁷⁶ Plan Federal de Salud. Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Argentina 2004

que permita afirmar que estamos frente a una evolución sostenida y favorable de este indicador. La ausencia de una política estable, comprometida e integral para resolver esta problemática puede ser una de las razones de esta situación. Por lo tanto, las evoluciones interanuales consisten en oscilaciones que obedecen a factores coyunturales que en el mejor de los casos logran situaciones más favorables ante tan deteriorado cuadro.

Esta claro que no basta con crecer sostenidamente a tasas altas sino que es necesario asegurar el continuo derrame del mismo a la sociedad en general y prioritariamente al conjunto de la sociedad que más urgente lo necesita, los chicos”

(se puede ampliar en el textos sobre “La geografía de la Infantilización de la Pobreza. Instituto de Estudios y Formación .CTA., Argentina.2008)

Actualmente según informaciones del Ministerio de Salud entre 2006 y 2007 hubo un leve aumento en la tasa de mortalidad que paso del 12, 9 x mil a 13, 3 x mil, 2009. Este incremento no se debería tanto a un deterioro de las condiciones de vida de la población sino a problemas sociales remanentes como ausencia de redistribución de los recursos, de posibilidades de trabajo y vivienda dignas y a deficiencias del sistema sanitario y además programas de apuntalamiento de la población con mayor pobreza e indigencia .

(Se puede ampliar en el Ministerio de Salud y Ambiente www.msal.gov.ar)

Se puede ampliar en Natalidad, Mortalidad General, Infantil y Materna por lugar de Residencia. Secretaría de Políticas, Regulaciones e Institucionales. Sistema estadístico de información en Salud. Boletín nro. 121. Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Argentina, 2009 <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/arboretico.asp>)

Actividad I. En base a los textos presentados responder:

¿Cómo se produce la brecha entre las personas y familias más pobres y las más ricas?

¿Cómo fue incrementándose y en que período?

¿Que provincias y regiones son las más afectadas y por qué?

¿Cómo concibe la desigualdad el Plan Federal de Salud?

¿Cómo se plantea la reversión de la desigualdad? ¿Cómo puede evitarse?

¿Cuáles son las informaciones que refieren enfermedades nuevas y emergentes?

¿Cuál es tasa de mortalidad infantil en el 2004, y cuál es la del 2005, en 2006 , 2007 y 2008?

¿Cuál es la incidencia de muerte por enfermedades infectocontagiosas o tasa de mortalidad por causa específica?

¿Cómo se puede entender que a pesar de este panorama aumenta la esperanza de vida? ¿A que se debería?

“La forma actual del exterminio es el hambre. Y la desigualdad.”

Semprún, J., Julio de 2004.

En síntesis: la epidemiología en salud indaga sobre cuáles son las determinaciones históricas políticas y actuales que den cuenta del proceso de morbilidad-mortalidad-discapacidad que entrañan desigualdades producidas por los fenómenos socioeconómicos

generadores de sufrimiento por no tener acceso al mundo de los alimentos, el trabajo, la vivienda, el agua potable, el transporte, otros.

Ejercitación Final

Ejercicio Práctico de Evaluación Final

Registre y describa las situaciones problemáticas que surgen del texto nacional.

Informe sobre los desafíos a enfrentar como país.

Caracterice de la emergencia sanitaria.

Describa cuál sería el terreno ganado en salud.

Indique cuáles serían los fines para la población, según el Informe de salud.

Describa cuáles serían las brechas entre las estadísticas y la inequidad.

Historice y caracterice el año 1998 en la economía.

Describa las condiciones de vida que ha conocido que relaciona el Informe.

Conceptualice la crisis en los salarios, la desocupación y la pobreza.

Informe cómo es la brecha entre las personas y familias más pobres y las más ricas.

Explique por qué se produce esta brecha de acuerdo a las clases y módulos.

Enumere las regiones del país con panoramas más graves sanitariamente.

Explique según su parecer el por qué están afectadas las provincias y regiones.

Conceptualice la desigualdad de acuerdo al Plan Federal de Salud.

Liste las orientaciones que argumenta el Plan para revertir la situación problema.

Informe sobre las tasas de mortalidad infantil en el 2004 y 2005.

Liste la incidencia de muertes por enfermedades infectocontagiosas.

Elabore la argumentación sobre el crecimiento en la esperanza de vida.

Conceptualice el pronóstico epidemiológico según lo expuesto en el módulo y textos y por lo que piensa usted.

Capítulo IV. La enseñanza de la Epidemiología aplicada a la administración de servicios

1. La enseñanza de la Epidemiología aplicada a la administración de servicios

1. 1. Diagnóstico de situación en la formulación de problemas epidemiológicos

Para un diagnóstico de situación de algunas de las problemáticas mencionadas en el capítulo anterior, es un punto de partida preguntarse entonces, “de qué se trata el problema, por qué es así y no de otra manera, cómo es el problema, cuál es la situación-problema que nos ocupa: cómo podemos mirar el espacio donde habitamos” (Mario Testa: 1985). Para ello se requiere planificar estratégicamente, por lo cual hay que preguntarse lo siguiente⁷⁷: Estado de salud, ¿de qué se enferma la población?

Situación epidemiológica (determinantes del estado de salud de la población)

Servicios de salud (respuesta social a los problemas de salud y situación epidemiológica)

Quien no conoce “la situación-problema” en que vive, en la ciudad o en el ámbito rural, difícilmente pueda actuar sobre ella. La posibilidad de pensar es aprender a formular las preguntas correctamente.

1. 2. Antecedentes para la delimitación espacial del problema

Por los objetivos del Estado de Bienestar, en su momento, por la conformación socio-histórica y política de nuestro país, la ciudad es el contexto de mayor espacio para poder delimitar las problemáticas de los procesos de salud-enfermedad, de la vida y de la muerte de las personas, de las familias, de los movimientos de conjuntos poblacionales e institucionales y por qué no de las nuestras, involucradas en todo sentido. No se plantea aquí una polarización entre la ciudad y el campo, entre la urbe y lo rural. Tenemos claro que viven poblaciones en localidades pequeñas y en las sierras y montañas. También que nos abastecemos de los productos de la tierra con el esfuerzo de los trabajadores agrícolas que tienen problemáticas afines y diferenciales de salud y enfermedad. Los habitantes de nuestro país viven en un 80% en la ciudad. Por eso nos abocamos a ella. Así, de esta manera, intentamos reubicar la mirada de los diversos profesionales y técnicos de la salud, desde las instituciones sanitarias en las que actúan, hacia el contexto: el ámbito en donde se incluyen, donde viven hombres y mujeres que llegan a los servicios sanitarios a demandar soluciones para sus problemas concretos. Nosotros transitamos los mismos espacios sin darnos cuenta de sus problemas, en otras ocasiones los disociamos: unos serán los problemas de la ciudad y o del ámbito rural, y otros los problemas de los servicios sanitarios.

En este intento de reubicar la mirada nos preguntamos, con J. Molina y Vedia.: “¿cuál es la problemática del hábitat?”. Esta pregunta nos lleva a ejercitar el problema en tres niveles de preocupaciones.

El problema general: (nivel estratégico)

⁷⁷ Mario Testa (1989)

¿Cuál es la situación sanitaria que padecen los habitantes de cada municipio? ¿Cuáles son las condiciones mediatas e inmediatas que determinan dicha situación? Y, cuáles son las medidas que deberán adoptarse para transformar estas problemáticas urbanas?

El problema particular:

¿Cómo es el cuadro de problemas de salud-enfermedad que padecen los habitantes: enfermedades cardiovasculares, cancerígenas, infecciosas, accidentes, ocupacionales, el estar sin trabajo, chagásicos, alérgicos?

¿Cuáles son los factores-problemas presentes en lo urbano y lo rural, en las áreas de residencia barrial-municipal y/o en el hábitat (laboral, de tránsito, de descanso) responsables de aquel cuadro de problemas de salud-enfermedad?

¿Cuáles son las medidas que deberán tomarse, y entre quiénes, qué sujetos responsables (a nivel grupal, institucional o de movimientos) se necesitan para corregir y transformar las condiciones en las cuales los habitantes ciudadanos y o en el rural se encuentran en lo local-particular y lo social-general?

Los problemas inmediatos:

Del conjunto de aquellos problemas particulares se desprenden los siguientes problemas inmediatos:

¿Cómo se habita en nuestras ciudades y en el campo?

¿Están a nuestro alcance las áreas administrativas centrales y/o municipales?

¿Cuáles son las normas, la ética con la cual se construye, los criterios de racionalidad, los lugares para todos, para cada familia y para cada uno?

¿Cuál es la relación entre lo global como nación y lo local como municipio en materia de hábitat?

¿Cuál es la escala a nivel familiar y a nivel sujeto en que la gente puede moverse, decidir, tomar iniciativas y participar?

¿Cómo sincronizar canales de comunicación entre la gente, los consejeros vecinales, los distritos escolares, las áreas programáticas en salud, las comisarías y el concejo deliberante?

¿Cuáles son los mecanismos que se han perdido por los cuales las familias y los sujetos sienten que han contribuido al desarrollo de la ciudad que habitan y no están a su alcance ninguno de los servicios?

¿Cuáles son los espacios para debatir y resolver la distribución de alimentos, vestimenta, alojamiento, higiene, calidad de agua?

¿Cuáles son los modos y lugares de trabajo, la distancia al mismo, los transportes disponibles?

¿Qué come una familia, en qué momentos la familia come reunida, dónde, con cuánto tiempo?

¿Cuáles y cómo son los lugares de tránsito: caminos, carreteras, autopistas, en que uno viaja en colectivo, trenes, subterráneos o autos?

¿Dónde sucede la educación? Con qué medios de comunicación formales o informales, se accede o no a la información y elaboración de los hechos cotidianos?

¿Cuál es el sentido de una práctica histórica forjadora de cultura? En qué cultura nos reverenciamos y a qué cultura queremos pertenecer?

¿Cuáles son los tiempos libres y los accesos equitativos a espacios verdes?

¿Cómo puede movilizarse un discapacitado en una ciudad con barreras y o en el campo?
 ¿Cuál es el lugar del deporte? ¿Cuál es el clima en que se compete y por qué?
 ¿Cómo uno puede contar con seguridad y con una regulación de la vida pública y privada?
 ¿Cuál es el impacto de la corrupción imperante y de la ineficiencia de la justicia?
 ¿Cómo se considera a la basura, a los desechos industriales descartable? ¿Cómo se concibe a la contaminación ambiental? ¿Cómo al desgaste de los suelos?
 ¿Cómo se registran los ruidos en la calle o en los trabajos en los lugares de estar?
 ¿Cómo se erradican los olores y los gases tóxicos?
 ¿Cómo se inundan las poblaciones, cómo y por qué?
 ¿Cómo se legisla y cuál es la ética en la construcción edilicia en distintas escalas?
 ¿Existe alguna contraprestación en empresas constructoras para colaborar con la infraestructura de esa zona?
 ¿Cuál es y cómo se encuentra la infraestructura en servicios básicos? ¿Cuál es la interferencia de servicios nacionales y/o provinciales y/o municipales y/o privatizados?
 ¿Cuál es el lugar para los pre-jubilados?
 ¿Cuál es el lugar de los cesanteados y sus familias?
 ¿Cuál es el lugar para los niños?
 ¿Cuál es el lugar para las madres solteras?
 ¿Cuál es el lugar para las mujeres viudas?
 ¿Cuál es el lugar para los jóvenes?
 ¿Cuál es el lugar para los jóvenes internados y/o presos por delitos?
 ¿Cuál es el lugar para los jubilados y los adultos mayores?
 ¿Cuáles son o tendrían que ser los soportes humanos, las redes entre todos, familias y sujetos?
 ¿Hay posibilidades para la estética de la ciudad y la funcionalidad?
 ¿Qué lugar tiene nuestra historia, cada historia de ciudad?
 ¿Cuál es el papel de la memoria?
 “¿Cómo vive, siente, experimenta, padece, resiste, se defiende, se entrega, lucha, entiende, comprende, interpreta, acepta, maldice, teme, rechaza, niega, sufre, goza, incorpora a su vida, se prepara para la muerte, subjetiviza en tanto enfermo la objetividad de la enfermedad, historiza, incorpora a su cultura, a su ideología, a su personalidad, y tantos otros etcétera, una enfermedad el grupo social afectado?”⁷⁸
 Esa es una pregunta clave, tal vez la pregunta de la epidemiología contextualizada históricamente, es decir: hoy en América Latina. Lo que puede estar haciéndonos falta es esto de lo que pasa con la subjetividad colectiva según Mario Testa⁷⁹.
 ¿Qué tendrán que ver los problemas aquí enunciados con el sistema de salud, con la accesibilidad, con la equidad, la calidad, la participación y con nosotros, profesionales, técnicos, y administrativos en cualquiera de los niveles de atención en salud?
 ¿Qué relación existe entre las áreas de políticas sociales, educación, vivienda, seguridad, con nosotros y para nosotros?

⁷⁸ Testa, M. (2004) op.cit.

⁷⁹ Ídem

1. 3. Hipótesis epidemiológicas

Definimos hipótesis como especulación. Es una pregunta metodológica, una proposición condición o principio por la cual, a través del método se permite comprobar respuestas de solución al problema epidemiológico.⁸⁰

Por ej.: pretendemos saber cuántos han sido y cómo son los impactos, cómo han afectado e inciden los procesos de internacionalización de la economía, el neoliberalismo, el drama del endeudamiento ilegítimo externo en la implicancia de las vidas, que se incrusta siniestramente en cada persona, en lo grupal en lo particular y en lo general del país que condiciona y/o determina la salud colectiva.

Para poder trabajar sobre los impactos es que construimos hipótesis:

Ej.: todo proceso de reconversión social generará fragmentación y atomización lo que trae como consecuencia que se produzcan movimientos desiguales y contradictorios: desarraigos, desterritorialización, extrañamiento de los lugares de origen, confluencia de familias y sujetos de diferentes identidades, querer y pertenencias en espacios urbanos distintos, no deseados y necesidades explícitas o implícitas en conjuntos poblacionales o sectores de clase.

Ej.: la reconversión estatal, la salida del Estado benefactor, trajo aparejada despidos masivos y ello conllevó impactos traumáticos que condicionaron y/o determinaron el modo de vida en los sujetos, parejas, familias, grupos, “regiones inviables” en el interior del país, con millones de sujetos excluidos que viven en ellas o en la gran ciudad desinsertados y desamparados.

Ej.: la transformación violenta que compelió a cambiar sin saber muy bien por qué, llevó a desafiar el orden constituido, a demandar la vía pública o institucional y poder desarrollar, instituir estrategias de supervivencia o enfrentamientos conscientes y/o inconscientes, que se pusieron al servicio de la subsistencia, al borde de la vida y/ o de la muerte a miles de sujetos, de manera directa o indirecta, mediata o inmediata.

Ej. :Los comportamientos que se observaron, fueron y son de búsqueda de resolución de la problemática: la producción activa de la familia versus la implosión, la caída del trabajo y la caída de los valores de la cultura del trabajo en la constitución como sujetos, el no posicionamiento ético, el sin sentido de la existencia, la imposibilidad de ver al “otro” como semejante, o el poder empezar a pensar entre otros y con otros, en el vivir para encontrar la importancia de la condición humana y así pasar a construir un nuevo mundo en lo pequeño de lo local, “reinventarse” junto con otros.

2. La clínica y la Epidemiología comunitaria

La clínica y la epidemiología se solidarizan y discriminan a la vez frente a éstos problemas e hipótesis explicitadas, con alcances teóricos y técnicos propios y pertinentes, en la medida que puede entenderse cómo abocarse a la atención de problemáticas vinculadas al sufrimiento y necesidades perentorias en los servicios de atención, así como otros conjuntos poblacionales que no concurren aun con necesidades similares o distintas, que conviven y coexisten en el mismo marco habitario, en el común espacio comunitario y que constituyen nuestra principal preocupación central en el presente trabajo. La clínica tiene su proceder en la mirada, teoría y técnicas que ponen el centro de su accionar en el “caso” -sea una

⁸⁰ Coria K. (1994)

persona, una pareja, una familia, un grupo o una institución. La observación y la investigación acerca de sus padeceres, de su malestar nos interrogan y nos advierten que nuestras formaciones tienen alcances y límites frente a fenómenos nuevos. La epidemiología tiene su proceder en la mirada, teoría y técnicas colectivas, concebida la clínica como parte no excluyente en el seno del campo comunitario, donde se trabaja con leyes propias sin perder de vista nuestra formación clínica. Es el estar ahí, en el lugar, en el espacio y el tiempo en que le suceden los problemas a la gente, en el hábitat, en donde transcurren sus vidas, en la escuela, en el trabajo, en el tiempo libre donde también se genera el mal-disease, el malestar en la cultura. Ello nos permitirá tener una visión integral, pues nos falta aún, una profundización teórica que de cuenta de la afectación “macro” que atraviesa el deseo y cómo hace el sujeto para reconstituirse en su singularidad junto con otros. Cuándo priman pulsiones hacia la vida o cuándo lo destruirán, discapacitando al sujeto, o llevándolo hasta la muerte. La Clínica y la Epidemiología necesitan de nosotros para la discusión de una relación dialéctica que permita la articulación entre las leyes científicas que competen al caso, y las leyes científicas a descubrir y/o a confirmar en lo particular de cada generación, de cada género, de cada grupo humano, de cada cultura⁸¹ de cada barrio, etnia, religión, conjunto social, lo que se nos presenta como colectivos.

2. 1. Problemas que se presentaron en la concepción de la clínica y la epidemiología

Queremos dejar constancia de que algunos autores plantean que la clínica es distinta por naturaleza a la epidemiología en salud. Otros piensan en la epidemiología clínica, a partir de “un caso” infieren y predicen un continuum de problemáticas sin salirse del consultorio. La guía en estas posturas es que cuestiones de mercado en salud-salud mental, atraviesan la atención de la salud de la población y también posiciones que cuestionamos sobre la ubicación de los profesionales que sólo encaran “costos” en su hacer clínico. Otros pensamos que justamente se alimentan mutuamente pues la clínica puede tener como objeto de estudio a la persona, la familia o una organización institucional mientras la epidemiología en salud-salud mental tendrá como objeto de estudio a conjuntos de individuos o familias u organizaciones institucionales en una comunidad, en un país concreto. Pretendemos avanzar en una analogía, recuperando lo propio y específico de cada disciplina y aprehender lo que aporta la filosofía, la historia, la sociología, la economía, la demografía, la antropología, trabajo social, psicología y la estadística, entre otras. En el campo de la salud, por necesitamos y requerimos de todas estas disciplinas anteriormente mencionadas, así como de las políticas de gestión, ambientales así como la ingeniería sanitaria, la toxicología, la bacteriología y la predicción y previsión para afrontar problemáticas infectocontagiosas y/ o las que llevan a la muerte o discapacidad temprana.

2. 1. 1. Texto de Lectura

“La inclusión subordinada de la epidemiología en la concepción epistemológica de la clínica... se concreta como la característica más importante que a partir de ese momento dominará el pensamiento sobre la salud basándose en la concepción de la ciencia que conforma su sustento: la inexistencia del “sujeto”, no sólo desde el punto de vista del quehacer científico (el sujeto de la reflexión), sino motorizando también la eliminación del sujeto como objeto de esa reflexión y como práctica concreta de las actividades de salud. De esa manera la salud pública pasa a formar parte del proyecto burgués cumpliendo una

⁸¹ Según Uribe, V., 1994

función administrativa en las prácticas de salud. La aparición de Freud y los procesos que ello desencadena en torno a la institucionalización del psicoanálisis (las luchas internas y las resistencias externas), será la visión, desde el espacio perdido de lo público. La introducción del psicoanálisis en el campo de la salud cumple el propósito de señalar sus comienzos “marginales” en referencia a las disciplinas que dominan el campo. Su aprendizaje no se hace en los espacios donde se enseña a cuidar la salud o curar la enfermedad... En la Facultades de Medicina se lo incorpora aislándolo —lo mismo ocurre con la psicología tradicional o con la salud pública— formando un “quiste” que no perturba el predominio de la medicina “sólida”, orgánica, biológica, hegemónica. Estos procesos van a conducir, en el largo plazo, a la reintroducción del sujeto en la teoría y en la práctica de la salud colectiva, según M. Testa⁸².

2. 2. Definición y estimación de las necesidades y demandas

Necesidades: aparecen por la existencia de un problema en salud- salud mental en la comunidad y/o en el individuo que pueden no ser registrados por el mismo sujeto, por el profesional o autoridades sanitarias, no ser advertidos por los conjuntos comunitarios (INE).

Necesidades refieren a problemas que tienen o precisan cuidados o tratamientos efectivos. Para otros la necesidad de atención es llamada demanda potencial vs. la demanda efectiva según J. P. Jiménez.

La demanda son las peticiones de quiénes tienen esas necesidades o de sus allegados.

También puede estudiarse como el requerimiento de actividades del equipo de salud por parte

de la población al decir del Instituto Nacional de Epidemiología. En APS la demanda puede abarcar promoción de la salud, prevención o protección en la atención.

La necesidad es algo muy primaria. Está vinculado con lo más urgente para cada uno. Tiene que ver con el hambre, con la sed, con la tenencia de una casa o techo, con el trabajo, con contar con documentos de identidad, poder ir a la escuela, tener acceso a la educación y a la salud, y civilmente poder participar de la vida de un país. La necesidad es lo que mueve a un paciente a pedir una consulta. Es un consultante.

Es entendible que una necesidad personal vertida en el servicio de atención sea muy trascendente para sus vidas, que esa persona o personas sean escuchadas en su dolor, en su angustia y/o en su “queja”. Para ellas es muy importante su “motivo de consulta”. Es “una” manera de participar en el sistema de salud. Participan e informan al sistema de atención de lo que les pasa y de lo que requieren de nosotros. Si la gente siente que puede participar conseguimos lo siguiente: menos solicitan licencia; menos se enferma; consultan menos que la población general al médico; menor uso de hospitalización, menor cantidad de exámenes de laboratorios, menor gasto en salud, menor gasto en pensiones de invalide, mayor elaboración de búsqueda de trabajo cuando lo ha perdido; mayor autonomización laboral para mujeres que se incorporan al trabajo; mayor aumento de ingresos personales y /o familiares por productividad; mejor elaboración de la posibilidad de luchar por sus derechos civiles; mejor posibilidad de no saquear o sumarse al delito, en general (Jiménez, P.: 1999). El objetivo, será que las personas resuelvan su problemática por sus propios

⁸² Según Testa, M., 2004

medios, en sus tiempos, sus necesidades. Es la capacidad de autonomizarse, de resingularizarse.

2. 3. La no demanda -los no concurrentes- los excluidos

La mayor proporción de problemáticas en salud está por fuera de nuestros servicios y no está contemplado desde la clínica en una estrategia de salud mental comunitaria. Ello quiere decir que no siempre la gente que más necesita de los servicios es la que concurre estando en el mismo área geográfica y siendo parte de las familias o amigos de los que sí se asisten. Las familias que requerirían de nuestra atención son las que menos conocemos. Son las que menos llegan y se zangolotean. Por Ej.: Con “actuaciones“ de importancia en grados de violencia y sufrimiento mudo en las plazas, en los colegios, en las manzanas, en los departamentos, hábitat o en las calles con accidentes de tráfico al cruzar las calles, o en sus bicicletas, motos o autos.

“el tránsito está prevenido y teme/ en la madrugada del sacrificio y el miedo/ la gente no quiere morir/ no quiere sufrir/ quiere seguir/ quiere defenderse...”
Francisco Urondo (1963)

2. 4. La percepción de necesidades y la atención

La percepción de las necesidades y lo que efectivamente atendemos, es poder dar cuenta de lo que le sucede en el espacio clínico y en el trabajo con los conjuntos poblacionales. Poder dar cuenta nosotros, como proveedores de conocimientos y prácticas que intentamos disminuir o resolver grados de sufrimiento así como de encontrar cuáles son los recursos con los que cuenta los conjuntos poblacionales que nos enseñe, que nos permita construir juntos el enfrentamiento con la situación problema. Verificamos también la existencia de grupos de alta densidad (manicomios, cárceles, internados por minoridad, cohabitación en casas intrusadas, conventillos, hoteles subsidiados por la gestión municipal, chozas en las sierras etc.) y de alta dispersión (como los que duermen en la calle, en las plazas, en las estaciones de subte, los que viven en campo o sierras y montañas, etc.) parafraseando a Sarraceno, B. Lo que los liga a los sujetos que sufren por enfermedades mentales reclusos en el hospicio, a menores internados por condiciones catastróficas familiares, los ancianos depositados para su definitiva morada representa aproximadamente menos del 1 x 1000 de la población y que requiere complejidad en la atención por sus necesidades perentorias. Estos conjuntos poblacionales están expuestos a violaciones de sus derechos humanos y ciudadanos (Sarraceno, B, 1999). El costo del encierro consumen las tres cuartas partes de los presupuestos de salud mental. Hay una división, un divorcio entre el afuera y el adentro de los dispositivos de salud en la presentación de problemáticas, en cómo transcurren y cómo se manifiestan en la realidad más cercana que cuando nos enteramos o queremos dar cuenta ya es tarde o son escasos los recursos que contamos para disminuir o resolver el conflicto o la crítica situación.

En síntesis: en el siglo XXI existe una “polarización epidemiológica” pues según G. Alleyne⁸³, “la desigualdad tiene un impacto mayor en la salud que la situación económica general de cada país, por las diferencias en las condiciones de vida de los distintos sectores sociales. Explica que las desigualdades en el nivel socioeconómico de una población impactan sobre su perfil sanitario. El grado de salud de la misma está determinado por su

⁸³ Alleyne G. (2000)

nivel socioeconómico que es un reflejo de los recursos disponibles para la inversión social. La polarización epidemiológica dentro de un mismo país donde distintos grupos sociales tienen diferentes problemas y necesidades de salud. Los grupos más pobres deben luchar todavía contra enfermedades parasitarias o infecciosas, mientras que los más adinerados deben enfrentar al aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas asociadas con el envejecimiento. Ambos grupos padecen el incremento del daño producto de factores de causa externa .especialmente los accidentes automovilísticos, la violencia y el abuso de drogas. El aumento de la diabetes, el sida, la tuberculosis y la malaria son enormes desafíos para la región.”

Conteste las siguientes preguntas:

¿Cuántos jóvenes atendemos en relación a niños y mujeres?

¿Cuántos hombres concurren en proporción a las mujeres?

¿Cuál es la magnitud de personas mayores de edad que solicitan asistencia?, y los que llaman a la guardia, a la emergencia por las noches por crisis?

¿Cuál es la incidencia en el ingreso de extranjeros, en el rechazo y violencia con que se los trata el hecho de que no tienen documentos de identidad?

¿Cuál es la proporción de los problemas de violencia en nuestras ciudades con respecto a la disponibilidad de expertos, ya sean trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, antropólogos, sociólogos, terapeutas ocupacionales, médicos y enfermeros generalistas?¿Qué incidencia tiene nuestro accionar en la reversión del sufrimiento en el conjunto de la población?

¿ Cuánta resistencia existe a la desmanicomialización por parte de la población, de los profesionales y técnicos, de los pacientes, aun con la posibilidad de atenderlos en niveles de servicios diferentes, ambulatorios y cerca de sus casas?

¿ Cuánto lugar tienen los problemas de la gente y nuestros servicios?

2. 5. Obstáculos en los servicios para abordar las necesidades y demandas

Hay obstáculos (Saraceno, B.: 1999) que dependen de variables macro, geopolíticasmilitares, económicas y sociales de los estados que están fuera del control y que nos hacen sentir fuera de nuestro alcance para revertirla, cuestión que no es así. Hay obstáculos que refieren un cambio personal, profesional y colectivo que todos tenemos en la concepción y comprensión de la diversidad, de las diferencias en la enfermedad, de las consecuencias y posibles alternativas en APS. Hay obstáculos que se generan al interior de los servicios por la ausencia de planificación racional entre lo clínico-epidemiológico y lo preventivo, entre lo epidemiológico y la vinculación de la clínica y lo comunitario, entre lo epidemiológico y la rehabilitación por discapacidad con que se planifica, cuando se lo hace. Ello nos genera una problemática permanente y creciente en el sentimiento sufriente como “burn out” por lo complejo de las nuevas y viejas problemáticas que se presentan en la demanda de atención vinculadas o impactadas por lo macro. Hay obstáculos al interior de la disciplina médica, pues el rol hegemónico del paradigma sobrepasa los límites de la medicina y actual penetra otros sectores, se apropia del sufrimiento, lo define, lo clasifica, lo fragmenta en topologías y administra respuestas. Hay obstáculos en la psicología, cuando busca el “homo psicológico” y lo escinde para descubrir el saber no sabido mediante un mecanismo de reducción comprensiva de lo que sucede en la historia y en la realidad de las personas, parejas, familias, grupos poblacionales en el contexto actual. Como dicen los que saben: “como las capas de las cebollas... vamos por capas...” O sea ¿por donde vamos a

indagar a la gente clínicamente al que consulta? ¿Como vamos a interpretar aquello por lo que nos está requiriendo...

2. 6. Pirámide de Necesidades y Demandas.

Si dibujáramos una pirámide nos encontraríamos con la punta de la misma, que haría visible la demanda satisfecha de la población, lo mínimo resuelto por nuestros servicios⁸⁴. Por debajo, está la demanda insatisfecha en un espacio más amplio. Por debajo, la necesidad sentida por personas que no llegan a demandar, en un espacio más ensanchado. Por debajo la necesidad no percibida por conjuntos poblacionales en un espacio más extendido. Por debajo grupos de alto riesgo en espacios mas abiertos. Por debajo grupos de riesgo en espacios mas vastos aun. En la base de la pirámide se perciben conjuntos poblacionales que no presentan necesidades y demandas hoy, al decir del Instituto Nacional de Epidemiología.

2. 7. Los casos clínicos en interacción con la epidemiología comunitaria

Pero, ¿cuál es la necesidad y/o la demanda que se nos presenta en nuestros servicios? ¿En qué momento se presenta?¿Cuáles son los recursos con los que contamos como para poder abordar por ej., las siguientes problemáticas?:

*Una pareja de 60 años. El esposo es un industrial, la señora, ama de casa. Acuden en el momento en que están cerrando la fuente de trabajo, después de 35 años de producción en el país. El esposo está sumido en una crisis de insomnio, sudoración, ansiedad que ha llevado a que su médico cardiólogo le recomendara un psiquiatra. Se dirigen a la medicina prepaga y esta le comunica que para concurrir al tratamiento deberá pagar \$50.- No hubiera llegado al hospital público si no fuera porque le está pagando a los trabajadores la indemnización. No tiene más dinero que para comer y pagar impuestos de la venta de sus máquinas.

*Un joven adulto de 30 años. Vive en pareja con una joven del interior de similar edad. Sin trabajo fijo ambos. No les gusta trabajar en cualquier rubro. Tampoco sabe qué le gustaría hacer. Vuelven a vivir con su madre pues no tiene dinero para alquilar y a la vez quieren que cuide al bebé cuando ellos salen. Para no tener que trabajar, por la frustración que tienen, y dado que la madre no acepta los pedidos de ellos, entablan una querrela jurídica contra la mamá por los bienes de herencia del padre que ha fallecido hace años.

*Un joven de 20 años solicita asistencia diciendo que su papá está en la cárcel porque es el jefe de una banda de narcotraficantes. El consume drogas, está sin estudiar y sin trabajo. Hasta ahora ha vivido del dinero que aportaba su papá pero le es imposible seguir el ritmo de vida que tenía. No sabe qué hacer de su vida.

*Una joven de 18 años cuida a su mamá, que está enferma de VIH., y ejerce la prostitución para obtener dinero y drogarse con crack. La hija no le permite salir a la noche a la madre. Sin embargo, cuando se duerme, la madre escapa a la calle. La joven se hace cargo de un hermano menor, de los problemas en la escuela, de la casa. Viven en una casa tomada por

⁸⁴ Según INE, 1997

el clientelismo político del menemismo. Su padre es un izquierdista que no trabaja, que vive al lado de la casa para poder controlar a su ex –mujer. La joven ha tenido un bebé reciente y está sin pareja debido a que su novio bebe y se droga con el compañero de su madre. Este fallece en el momento de la atención por infección de VIH.

*Una mujer de 42 años es ama de casa. Esposa de un gerente de una empresa multinacional que decidió renunciar a su trabajo, no sé sabe muy bien por qué. Están viviendo en una casa de seis cuartos, sin pagar el alquiler, sin poder abonar la luz, el gas, sin teléfono. El problema de ella es que jamás en la vida se le había ocurrido que en algún momento iba a tener que salir a trabajar y que se siente sola por ello. Un médico psiquiatra al que le ha consultado cuando aun tenía su medicina prepaga le había dado el diagnóstico ante el problema: “ataques de pánico”. La medicó con psicofármacos que la afectaron.

2. 8. Problemas clínicos de los no demandantes.

¿Cuáles son los problemas de los no-demandantes descubiertos en nuestro recorrido como equipos de salud, fuera de los servicios en el territorio? Ejemplos:

1. Pareja constituida por un joven de 26 años y ella, que tiene 21 años está embarazada de 8 meses sin control alguno. Viven en un hotel subsidiado por Acción Social municipal. Él relata que ha sido hijo de desaparecidos, que fueron secuestrados sus padres en la vía pública en el interior del país, cuando el joven tenía 3 años de edad y no recuerda nada más que el momento traumático donde los militares se llevaron a sus papás y a una hermanita que estaba en su cochecito. El no sabe cómo se llama. Quedó en un convento de curas y le enseñaron a escribir y a estudiar oficios. Ella salió de la familia compulsivamente porque su madre siempre la negó y su “padre no se ha hecho cargo de varios hijos después de la separación con la esposa. Ha hecho el análisis de ADN genético pero se cree que no es hijo de desaparecido sino que ha sido abandonado por su familia”. (2001-2003)

2. Una mujer de 35 años. Convive con un hombre menor que ella y tiene seis hijos. Junta \$ 60 para dar de comer a sus seis hijos por mes. Con dos pesos por día, compra pan y caldos para sopa. Su padre la golpeaba y la madrastra lo ocultaba. Arma una relación con un hombre con quien tendrá sus dos primeros hijos. Los médicos detectan en el parto que es portadora de enfermedad de Von Reclkinhausen. Ella se separa de su concubino por la violencia que este le infería. Migra con sus hijos a Buenos Aires. El nuevo concubino le pega. Ocupan “una casa tomada”. Viven hacinados en una cama los 8 miembros de la familia. (1991- 2005)

3. Tres mujeres jóvenes presentaron síntomas de diarrea sanguinolenta, entre ellas una pequeña de un año. Concurren al Centro de Salud porque en una visita de equipos comunitarios les habían hablado del trabajo de la “salita”. Las pacientes refieren la ingesta de agua contaminada y el ser frecuente el problema. Ocupan “una casa tomada” caracterizada por la precariedad, hacinamiento de 12 familias, un total de 60 personas, servicios sanitarios que se comparten inadecuados. Se detecta que hay un problema de usurpación ilegal, de abogados “truchos” que les cobran en nombre de la municipalidad. Una pareja autoritaria vive en el hábitat y no les permite subir a la terraza para controlar el tanque y ver el estado del agua que es escasa y sucia. El hombre de la pareja es alcohólico y cuando toma el fin de semana amenaza con violencia a los demás vecinos. (2001-2002)

Una mujer de 25 años cuyo concubino fue muerto por la policía porque robaba. Tiene cuatro hijos, de distintos intentos de pareja. Sus hijos están en Programas de la Dirección del Menor, bajo tutela del Poder Judicial. Se detectó a través de trabajo social que la mamá no advertía la gravedad de los problemas que los chicos tenían por lo cual hubo que internar a uno de ellos de urgencia en el hospital. Vive en un hotel con niveles de hacinamiento crítico. La abuela, la madre y la paciente-y sus hermanas- fueron abandonadas por sus padres y fueron internadas en su momento, en instituciones oficiales. Ellas relegaron y expulsaron de los hogares a sus concubinos e hijos. (2000-2003)

En base al texto responda:

¿Cómo caracteriza conceptualmente cada caso?

¿Qué haría ante los problemas presentados?

¿Trabajaría solo para respetar la intimidad de la pareja o familia?

¿Llamaría a la autoridad de su centro de atención para compartir el caso problema?

¿Consultaría con sus colegas?

¿En qué casos?

En síntesis:

Hay una problemática en la planificación que no contempla necesidades y demandas, que tienen una magnitud creciente, que inciden catastróficamente en algún momento y que complica a los servicios de emergencia cuando llegan las personas en condiciones extremas a la guardia. Por lo cual hay una problemática generacional y de género, de “racismo aggiornado”. Hay una falta de distribución racional de poder entre los servicios y el pueblo en su vínculo intrínseco con la vida y la salud. Hubo una ausencia de perspectivas en las políticas de ajuste. Hay expectativas en el devenir.

“Lo importante no es lo que a uno le pasa, sino lo que uno hace con lo que le pasa”

Serrat, J. (2004)

Bibliografía obligatoria

Alleyne, G.: “La polarización epidemiológica”. 26° conferencia Panamericana de la Salud. OPS. Buenos Aires. (2002)

Eibenschutz, C y Peyri V.: “Procesos Grupales e Institucionales. Estado y Salud. y sus Interrelaciones”. Ponencia “México: País Polarizado, Sociedad, Economía y Salud. Campesinos e indígenas en el Siglo XXI”. XII Congreso de la International Association of Health Policy. Palma de Mallorca. (2002)

Jiménez, J: “Un modelo de análisis del sistema de atención psicoterapéutica. Primer Encuentro Nacional sobre el Ejercicio de la Psicoterapia”. APdeBA. Buenos Aires. (1994)

Saraceno, B: “La ciudadanía como forma de tolerancia”. Revista Actualidad. Psicoanálisis y Cultura. Tres al Cuarto. OMS. Ginebra. (1999)

Testa, M: “Pensar en Salud. Tendencias en Planificación. ¿Epistemología crítica?. Epidemiología y contradicciones”. OPS. Oficina Sanitaria Panamericana. Organización Regional de la Salud. Buenos Aires. (1989)

Tognoni, G y col.: Manual de Epidemiología Comunitaria. Edición Cecomet. Quito. (1997)

Capítulo V. La Epidemiología y la Sociedad

1. La Epidemiología y la comunidad

Evocar el sufrimiento y la enfermedad es más fácil, todos lo hacen. Lo difícil es poder explorar, descubrir cómo hace nuestro pueblo y nosotros mismos para enfrentar las vicisitudes de la época histórica y vivir, según C. Desjours.

1. 1. Recuperando estratégicamente APS.

La Estrategia de Atención Primaria de la Salud es una herramienta en la recuperación de la experiencia de vida de los pueblos, que identifica lo público como lugar en el mundo y el sentido común en la construcción de una red sanitaria que colaborará en anticiparse y prevenir nuevas catástrofes, atender y rehabilitar los efectos del daño que instalaron discapacidades por años potenciales perdidos. Es un lugar más entre el sostén y las redes interinstitucionales, intersectoriales que pueden confluir y construirse junto con conjuntos poblacionales que puede constituir un modo de vivir donde podamos converger con creatividad en la construcción de la participación popular, lo que puede permitirnos avanzar en alternativas de atención y en defensa de la salud. Busca el ejercicio de la solidaridad, la organización, la autonomía y la autogestión comunitaria, equitativa, revaloriza la cultura y es organizadora del dialogo de la población y de nosotros con la gente. Para toda esta transformación del sistema de atención, en correlato a las necesidades y demandas de la población, es urgente poder centrar la mirada en el eje de la accesibilidad, en la equidad y en la constitución como sujetos sociales por parte de los trabajadores de la salud.

Importa lo singular en lo público porque si no es un “no-lugar”, un lugar sin identidad del sujeto individual o colectivo según Mario Testa, importa la ética del acceso para que la “nación de los excluidos sin voz ni voto” pueda incluirse según Sarraceno, B.; importa que la epidemiología sea la herramienta visibilizadora para que el pueblo pueda crecer, comunicarse en su geografía, en las calles, las casas, las distancias, las historias de personas o de vida de ellas perfila lo que pasa con su cuerpo, en la casa, en las relaciones y en lo que viven diariamente en la impotencia de poder modificar algo, los tiempos de cada uno es diferente para la población y significan un paradigma opuesto al que adoptamos naturalmente nosotros como pertenecientes a disciplinas científicas, como lugar de la cotidianidad, según G. Tognoni.⁸⁵

⁸⁵ G. Tognoni (1999)

2. La historia y el presente de la planificación

Para lograr la APS es necesario delimitar en primer lugar el proceso de planificación. Entendemos por tal “un intento, un proyecto, una estructura, escrito en que se apunta a una cosa”.⁸⁶ Si deseamos intervenir en el proceso social de recuperación de APS, debemos utilizar la ciencia aplicada que es la planificación en base a la Epidemiología (Testa, M.: 1989). En la segunda mitad de la década del sesenta y primera del sesenta, se visualizó el fracaso de la planificación normativa como momento de crisis y crítica para el conjunto de la región. Fue un período de conmoción social y política que hizo rever qué era lo que se estaba haciendo, ya que no se había logrado el desarrollo esperado en indicadores de salud para las naciones (Testa, M.: 1989). Una de las cuestiones claves fue que se había trasladado mecánicamente la formulación soviética en el tema a los países capitalistas en desarrollo. – ver el Módulo de Planificación Estratégica y en historia de la epidemiología en este módulo- La Planificación Normativa, estimularía el crecimiento, era la búsqueda de nuevos caminos que permitirían ejercer la acción positiva para la que debía servir (Testa, M.: 1989). Era un reconocimiento a las posibilidades de ejercer funciones a favor de estimular el crecimiento y crear condiciones para el cambio en nuestros países. La crisis de nuestros países en las últimas décadas, si bien supera la explicación en esta argumentación que desarrollamos, en el cómo planificar de ahora en más pasa por el cuestionamiento a la causalidad lineal con que se la encaró, como lo que hemos venido intentando explicar en epidemiología, ya que van de la mano. La teoría de los sistemas fue y es un intento de escapar del problema ya que se operó la concepción de estructuras de país sobre la base de la teoría de sistemas, donde la predicción es un medio que puede ayudar en el diseño de futuros deseables y que diferencia la planificación de políticas y el análisis de la viabilidad de los aspectos operativos de esas políticas, en este caso en salud.

Entre los autores adherentes se encuentra H. Osbekhman quien sostiene que la Planificación Normativa intenta abordar problemas sociales mediante estrategias tecnológicas y señala que ello no es posible en la implementación del plan pues no fue neutra (Testa, M.: 1989).

La planificación propuesta guiaba a la acción si integraba tres niveles jerárquicos de decisión: la función política expresada en un plan normativo (lo que debe hacerse), la función estratégica expresada en fijación de metas (lo que puede hacerse), y la función administrativa en el plano operativo (la solución de problemas).⁸⁷

El plan tiene sentido en la medida en que se proporciona un lenguaje y estructura comunicacional según J. Habermas, en la cual el pueblo debate su historia y su futuro. El metamensaje que nos aporta es que la ciencia social solo es útil en la medida que está en manos del pueblo. En aquella concepción de Planificación no existían las categorías básicas de cualquier análisis de la sociedad, y se convirtió en un privilegio de la fuerza social política dominante que controlaba el estado (Testa, M.: 1989, op. cit.). Lo que existió fueron gobiernos que planificaban sus decisiones en base a los conceptos económicos de la contabilidad nacional, según Mario Testa⁸⁸, citando a Matus. Fue imposible considerar el problema de la viabilidad política ya que para formular un diagnóstico de situación necesitamos reconocer la existencia de oponentes potenciales al Plan. Si existe un solo actor que es el gobierno, sus propuestas tendrán que ser adoptadas por los actores sociales a

⁸⁶ Diccionario de la Real Academia Española, 1953.

⁸⁷ Según Testa, M, 1989 citando a Osbekhan, H.

⁸⁸ Ídem

los cuales no se han tomado en cuenta para su consideración son para el momento en que deban comportarse en base al plan. Otro error fue la separación de la vida social en compartimentos estancos, aislados entre sí. La profundización de la Planificación Normativa y la necesaria reformulación de métodos explicitan la incorporación de lo político, no como marco referencial de la planificación sino como parte de su objetivo específico de trabajo (Testa, M.:1989). Planificación Normativa u “ortodoxa” se convertía así en “el deber ser” en la atención hacia la población, lo que “se debe hacer” con ella como

objeto pasivo, los elementos que permitirían identificar situaciones, modelos y niveles de atención, criterios a emplearse en la formulación de prioridades, elementos y etapas de la programación, el monitoreo y la evaluación (Bertolote, J.: 1992).

3. La estrategia en el sector salud

Existe una necesidad de definición de qué queremos decir por estrategia. La que utilizaremos “es la forma de implementación de una política en salud. Es la forma de hacer las cosas, es el conjunto de medidas destinadas a alcanzar objetivos que revela los contenidos políticos como orientaciones generales en el sector salud”. La salud implica entonces “una propuesta de distribución de poder” (Testa, M.: 1989). La necesidad de conceptualizar una estrategia de APS pone al Estado en el centro del debate. El estado y el gobierno, el poder público y privado, la redistribución de poder frente a la pobreza e indigencia de la mitad de la población y la concentración micro de capitales en un tercio de la misma, el azuzamiento del conflicto social, el modo de evitar o no el riesgo de empobrecimiento institucional social. Es necesario contar con un “Estado-tricota”, capaz de tomar los hilos sueltos de los recursos públicos y de las potencialidades privadas para tejer progresivamente la protección de nuestros riesgos y carencias (Casado, D.).

4. La Salud es un derecho y un deber ineludible del Estado

El conjunto poblacional, los sujetos, los grupos sociales o sectores de clase son quien remuneran y capitalizan al estado.

Desde un “pensamiento estratégico en salud” (Testa, M.: 1989), la modalidad de involucración de conjuntos profesionales, técnicos y administrativos, junto con los grupos sociales, sectores de clase como sujetos activos del proceso de descubrimiento y fundamentación del conocimiento científico en salud, permite el avance en apropiación de recursos por reasignación de los mismos (poder administrativo) poder que genera a la par la capacidad de develar y sostener información suficiente y necesaria (poder técnico local). También logra que los actores se movilicen horizontalmente (entre las partes aunque no sean pares) y verticalmente (hacia el estado y/o gobierno municipal, provincial, nacional) en defensa de sus reivindicaciones como sujetos constructores de una porción de la política en Salud (poder político). Pensamos esta articulación para ligar los movimientos cotidianos de conjuntos institucionales y sectoriales, con los movimientos políticos o el ensamble de estos movimientos con las instituciones donde se está ejerciendo el gobierno de las políticas de salud.

5. APS

La contextualización de la Atención Primaria de Salud está dada por el sistema de salud en que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de dicha atención

en el nivel de organización sectorial. Como se haya logrado conformar la atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelve los problemas de menor dificultad técnica –diagnóstica y terapéutica de la población y se orientan a los niveles sucesivos de la cadena. Ello implica una red de establecimientos interconectados que ordenan la circulación interna de los pacientes en el sistema, también implica un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue disciplinadamente las normas de ingreso y circulación para alcanzar la atención dividida de

acuerdo a la problematización. El tipo de atención que se presta en esos establecimientos no implica una disminución de la calidad de la atención, por el contrario debe tener la calidad necesaria para poder realizar la distribución señalada. APS, entonces, forma parte del Sistema Nacional de Salud, y del desarrollo económico y social de cada provincia y municipio urbano, semiurbano y rural. Es el nivel de contacto inicial para el acceso de la atención de la población donde residan las personas. Contiene elementos de un proceso permanente de promoción de la salud, prevención primaria, atención secundaria, rehabilitación y seguimiento.

5. 1. Requiere de los siguientes caracteres:

De una política nacional de salud pública coherente, con acciones que se integran en el plan nacional de salud pública con el objetivo de lograr:

- posibilidades de acciones preventivas en el momento oportuno
- disposición de calidad asistencial
- equidad para quién más necesitara
- garantizar la participación activa en programas y desarrollo de acciones de organismos estatales y de la población

El sector salud requiere estar descentralizado, con integración de servicios, con jerarquización de cuidados para la cobertura y en búsqueda de acciones efectivas y económicas según necesidades, demandas y recursos con los que se cuenta.

5. 2. Red de referencia y contrarreferencia

1° nivel: postas / patrullas / equipos ambulatorios. Centros de salud (interdisciplinariedad, intersectorialidad)

2° nivel: hospitales generales (especialización en alta complejidad)

3° nivel: hospitales monovalentes (especialización en complejidades)

5. 3. ¿Cómo conocer la situación poblacional?

Para conocer la población se necesita contar con:

- a) datos que describan características demográficas básicas;

Nº de habitantes (para lo cual es imprescindible que se definan los límites geográficos que tiene la población);

distribución por género, edad, estado civil, composición de los hogares, nivel educativo, ocupación, clase, composición étnica, religión.

- b) datos epidemiológicos básicos:

tasa de natalidad, crecimiento de población y expectativas de vida información sobre perfiles de morbilidad y mortalidad referentes a enfermedades y causas de defunción más comunes.

c) datos sobre el sistema de valores y creencias de la población
datos antropológicos-culturales característicos que caracterizan a la comunidad sujeto de la acción y que le confiere identidad propia. En ellos se busca información sobre la organización sociopolítica local, prácticas religiosas y conceptos de salud-enfermedad.

2. Los recursos podrán ser convencionales u oficiales, humanos y materiales. El diagnóstico implica describir las eventuales redes de servicio y apoyo tanto del sector salud, como de otros sectores, acción social y educación. El objetivo de este componente no es sólo conocer la situación, sino evitar duplicaciones de estructuras o de servicios sociales en el nivel operativo.

3. Ecología local.

Este término involucra el conocimiento de las características habitacionales, el saneamiento ambiental, condiciones climáticas, así como la producción económica local como del momento político que vive la localidad que en determinados momentos es clave para la viabilidad y factibilidad de toda la planificación.

5. 4. Programación en base a las necesidades y demandas

“Programación es anunciar por escrito un aviso. Es un anuncio o exposición de las partes de que se han de componer ciertas cosas o de las condiciones a que han de sujetarse”⁸⁹ El programa operacional es un recurso de cálculo que permite conducir nuestras intervenciones sobre la realidad tratando de verificar a tiempo real, las consecuencias directas de nuestra acción a fin de correcciones y ajustes, (M. Rovere: 1993). Trata de previsiones detalladas, de articulación, de evaluación de las previsiones según el citado autor.

5. 5. Programación para prevenir problemáticas de salud-enfermedad

Prevenir es anticipar, llegar antes de, en función de experiencias anteriores (situaciones de daño o enfermedad) como algo posible o probable aparición en caso de no intervenir en situaciones cuyos efectos ya conocemos. Por lo cual, hay que estimar los principales indicadores de salud de la población: tasas de prevalencia e incidencia de las principales causas de enfermedad –muerte de la población. Se requiere esbozar diversas modalidades de instrumentación de los trabajadores de salud en la reorganización del servicio que permita desarrollar la prevención. Ello necesita centrarse en programar escenarios de riesgos en el grupo familiar, en el proceso de desarrollo de la infancia, la adolescencia, la mujer y la tercera edad. Nos insta a aplicar programas de inmunizaciones y seguimientos. Promueve el programa de procreación responsable o salud reproductiva vinculándolo con el programa de HIV/SIDA y ETS (Enfermedades de Trasmisión sexual). Estudia cómo es el proceso de alimentación a través del programa de nutrición. Divisa por medio del programa la detección precoz de enfermedades de morbimortalidad precoz en adultos (hipertensión – ACV – tumorales – etc.) Se adelanta a problemáticas psicológicas psiquiátricas. Evalúa que problemas infectos lógicos pueden reverse por impacto de programas de saneamiento ambiental entre otros.

⁸⁹ Según el Diccionario de la Real Academia Española, 1953.

‘El día que el hombre haya cogido el último fruto, talado el último árbol y pescado el último pez, descubrirá con asombro que el dinero no se come’. Proverbio hindú

5. 6. Medidas a tomar por el sistema de salud

Consideramos que algunas medidas sanitarias a tener en cuenta son:

- Definir cuál y cómo es el primer nivel de atención.
- En esta definición se conjugan:
 - La delimitación exacta de áreas geográficas o áreas programáticas.
 - La accesibilidad del sistema a conjuntos poblacionales.
- Fondos financieros y poder de gestión para lograr una correcta descentralización.
- Que construya un corredor en la red sanitaria con accesibilidad, equidad y eficacia.
- Que cuente con complejidad relativa en su infraestructura, mayor a la que actualmente existe.
- El equipo necesita integrarse junto con administrativos interdisciplinariamente.
- El equipo puede estar centrado en su lugar de trabajo o puede ser móvil de atención ambulatorio o postas sanitarias en los lugares cruciales.
- La forma organizacional que se fije, necesita “descentrar” su mirada, escucha y tipo de tecnología para compartir democráticamente los saberes con otras disciplinas.
- El equipo requiere capacitación en servicio para motivarse y desentrañar las dificultades que se le presentan.
- Análisis permanente a nivel institucional, intrainstitucional e intersectorial. Vincular las necesidades locales con las líneas sanitarias municipales, provinciales y nacionales.
- La necesidad de “tiempo” para constituirse en referentes, en el tránsito de transformarse de “grupos objeto a grupos sujetos” según F. Guattari, reconociéndose a sí mismos y a los conjuntos poblacionales.
- La importancia de incorporar profesionales de formación clínica, docente e investigativa.
- El debate de una concepción sobre la historia de ciudad, lo rural y salud, de poderes y saberes, de verdad y de ética, en su encuentro con los conjuntos poblacionales, institucionales, intrainstitucionales e intersectoriales.
- El determinar el tipo de “seguimiento” que se va a poder efectuar con los grupos de riesgo cuando haya patologías o daños instalados en gravedad, con quiénes y de qué forma (intra e interinstitución /sector).

5. 6. 1. Definir programas de acción

En cada centro de salud /equipo ambulatorio /hospital municipal, a partir de la demanda que hallamos en el proceso referido anteriormente:

- *identificar los principales grupos de riesgo, de daño instalado, así como recursos en salud.
- *jerarquizar los mismos para poder delimitar indicadores de salud-enfermedad y muerte; tasas de incidencia y prevalencia de las diez primeras causas de enfermedad y muerte de la población.
- *elaborar perfiles de salud-enfermedad y muerte peculiares de cada individuo, sector social, grupal, familiar, de acuerdo al tipo de problemas, por la frecuencia de los mismos, por las necesidades objetivas y subjetivas de los integrantes.

*brindar un perfil de salud-enfermedad y muerte, característico de cada área geográfica programática del sistema de salud municipal que genere programas de abordaje en APS., capacitación de recursos así como de los conjuntos poblacionales.

*debatir conceptivamente las relaciones entre las características ecológicas, de contexto, de infraestructura y estructura, de salud y enfermedad, para la elaboración y puesta en marcha de estos programas con disciplinas como trabajo social, economía, arquitectura, sociología, ingeniería, antropología, otras.

*partir de la afluencia y acumulación de información, del cruce de intercambios y desarrollos ya alcanzados para que, delimitados los actores individuales y colectivos, grupales o institucionales, participen con poder económico y de gestión en la planificación puntual de programas o global, en el desarrollo, en la evaluación y reformulación.

5. 6. 2. La red sanitaria

Proponemos la jerarquización de los distintos niveles de atención en una estrategia de organización global del sistema.

Concebimos a los niveles como momentos de un proceso de abordaje en la promoción de la salud, en la prevención, en el tratamiento, en la rehabilitación y en el seguimiento.

Para ello es imprescindible que el hospital y área programática del lugar asistencial: compartan democráticamente el poder de información en registros o historias clínicas; el poder de accesibilidad a los servicios de complejidad, de comunicarse con administrativos, técnicos y profesionales; de los recursos financieros, de gestión, de Jefes de Servicios o referentes del mismo internamente y con los centros de salud o equipos ambulatorios o equipos de urgencia que se identifican en los lugares programáticos.

Que el Hospital y los Centros o Equipos de Salud:

- incorporen que las soluciones en salud... no provienen enteramente del sector. Ni las patologías nacen solas, ni los abordajes emergen puramente de las técnicas ...
- La movilidad del sector en todos los planos, científico, gremial, social, permitirá la construcción de sucesivas concertaciones y/o consensos en el marco barrial o local y de la ciudad.
- adviertan el cúmulo de segregaciones, expulsiones, estigmatizaciones y violencias de todo tipo que se generan en su interior entre el personal con los pacientes.
- Que puedan encontrarse espacios de análisis institucional entre los distintos niveles o escalas para desandar y desarmar los dilemas competitivos y de rivalidad, que son contradicciones secundarias frente al sistema.
- puedan “capitalizar mejor” (de lo que ya lo hacen) los niveles de preocupaciones teóricas y metodológicas, acerca de la reconsideración de “la clínica” frente a patologías modernas, de la investigación y docencia en el trabajo preventivo, de la economía de procedimientos que se instituye al sentarse juntos en un ámbito de referencia y contrarreferencia.
- se requiere también nombramientos en la planta, o sea estabilidad, se necesita que se paguen los sueldos, que se pueda sostener un lugar de gestión y un espacio de interlocución con otros niveles de decisión macro, redes de referencia y contrarreferencia, intersectorialidad en la gestión de políticas públicas

6. Trabajo clínico interdisciplinario con conjuntos poblacionales en sí.

El mismo refiere un caminar y observar en el área geográfica por delimitar o ya demarcada,

en forma “extensiva” cuáles son las viviendas donde podrían alojarse personas, familias y/ o grupos que por su tamaño, por su fragilización, por sus dificultades de acceso requieran visibilizarse. Los informantes calificados - aquellos que pertenecen a lugares de inscripción social, gremial, religiosa u otras-serán necesarios de consultar mientras se está efectuando el relevamiento. Los informantes claves son personas del barrio, tales como diarieros, dueños o empleados de negocios, porteros, otros a los cuáles recurrir para consultarlos si es que considera que hay familias o personas cercanas que tengan problemas de salud.

El paso posterior es el confeccionar un “mapeo” basada en inteligencia epidemiológica de los conjuntos poblacionales asentados en las manzanas relevadas y cuáles son los lugares donde viven personas que se presentan como de riesgo y/o daño, con sufrimiento humano, abiertamente expresado o “mudo”.

El momento siguiente es el estudio de tipo intensivo en los lugares señalados. Es el golpear la puerta, es el entrar y presentarse como un referente de salud del barrio y preguntar: ¿tiene alguna preocupación por su salud?

Muchas veces se ha discutido si la gente se siente avasallada por nuestro ingreso a las viviendas. Podemos afirmar que se produce todo lo contrario. La frase más frecuente: ¡es la primera vez que los profesionales vienen a casa!

Luego de producida la presentación y hecha la pregunta acerca de qué percepción sobre su problemática principal tiene la persona (o personas) a la cual se entrevista, se puede preguntar: ¿Cuál es el problema de salud que se le presenta? Empezamos a hacer preguntas sociodemográficas acerca del tipo de familia. Luego avanzamos con preguntas sanitarias en el siguiente estilo: primero hacemos preguntas por el niño o niños del lugar: ¿cómo están ellos?; segundo a las mujeres del hogar, que siempre se postergan frente a la necesidad de los niños hay que preguntarles por ej. “¿hace mucho que Ud. no tiene una revisada ginecológica?”

o si es un hombre: “¿hace mucho que Ud. fue revisado por algún problema de salud?”. Es importante que un solo profesional del equipo sea el que pregunte, que nadie interfiera, que cuando se acaben las preguntas puede intervenir otro para saber más cuestiones observadas, pero que no fueron preguntadas porque hablaba otro profesional.

Las familias más graves en su negación y falta de cuidados son las que más se resisten por lo cual es preciso ser dúctil, proponer una visita al centro cuando lo requieran e irse. Ha sucedido que al pasar la puerta de entrada de la casa, de la pieza de hotel, de un inquilinato o baldío los miembros del equipo de salud observen a la mujer y/o los chicos con hematomas en los ojos o en otras partes del cuerpo. Es un problema ética el preguntarles ¿qué pasó?. Puede o no haber respuesta, puede o no haber angustia y llanto, puede o no darse la oportunidad de una intervención profesional acerca de la violencia, puede o no ser detectada pero el que lo registre no puede quedar impávido. A posteriori se necesita que sea hablado en el equipo de salud y se discuta ¿cuál es la mejor estrategia de intervención?

A aquellas personas que son identificadas con problemáticas varias pueden ofrecérsele una derivación a través de una hoja de talonario como para que consulte con el profesional que corresponda en el sistema de salud apropiado y cercano por la problemática de accesibilidad.

Luego hay que informar al servicio específico en el que uno está inserto o la mar al que fue derivado la persona sobre que tal familia va a llegar en algún momento para “estar en alerta”.

De acuerdo a la tipificación de problemas que se haya hecho frente a lo que un equipo relevó en forma extensiva e intensiva, se propondrán talleres o espacios de reunión con los habitantes del lugar como para hablar de temas que entre ellos no lo hacen.

Es importante nuevamente saber si ha habido alguna “demanda” de parte de la gente del lugar. Sino la ha habido y al preguntarle nosotros si para ellos no es una preocupación, puede generarse un espacio de confianza que lo afirmen o que narren vicisitudes de lo que están padeciendo. Ej.: Con temas de alcoholismo, violencia hacia niños, maltrato a mujeres, descuido de niños, embarazos adolescentes sin control, etc. Entonces se puede construir una asamblea donde se discutan los problemas que ellos tienen en reuniones puntuales -tres reuniones- donde ellos y nosotros intervenimos con criterio racional, pensado y acordado previamente como para que sean protagonistas de sus propias resoluciones. Los miembros de los equipos ocupan el lugar de bizarras, de apuntalamiento, de ceder un lugar científico de poder hablar y saber cuál sería la solución porque proviene de nosotros y caerá en el olvido apenas nos vayamos. Nada podrá hacerse en la vida comunitaria si el conjunto poblacional que ahí vive, en su totalidad o parcialidad no lo asume. Es crucial entender los fracasos que se suman si ello no se piensa antes. Importa la posición de que se vuelve imprescindible compartir sus saberes, prácticas con sus inteligencias debidas a la experiencia de la vida que tienen contingentes poblacionales y ello requiere desarrollar una paciencia china a través de mayores tiempos.

6. 1. Experiencia de asamblea con conjuntos poblacionales comunitarios

En el desarrollo de una experiencia de un centro de salud polivalente y de acción comunitaria, el trabajo realizado en un primer nivel de atención con los conjuntos poblacionales por ej. En un asentamiento de villa la metodología de asamblea es un tete a tete con el equipo sanitario y muestra que no siempre coincide las necesidades percibidas y urgidas por la gente y los equipos profesionales. Las necesidades y demandas refieren el problema de que los equipos de profesionales en salud los instruyan sobre sus hijos, la dación de la caja de leche porque con ello comen, la limpieza de la basura por aparición de ratas, el temor por la inseguridad en la villa, la educación sexual y el alcoholismo. En paralelo el equipo de salud detecta que el objetivo prioritario es la desnutrición, la ausencia de vacunación, el embarazo sin control, el aborto clandestino, la confusión en el problema de estar con HIV y enfermarse de SIDA, etc.

También puede suceder que en las asambleas barriales en la ciudad, la población de sector medio detecte que el problema de mayor urgencia suelen ser los medicamentos. Consideramos que son menores sus necesidades que los que la población necesita en atender, por ejemplo, la alimentación de familias carenciadas. No puede incrementarse la contradicción entre lo que plantea la población más necesitada, los conjuntos poblacionales pacientes que participan pero tienen cubierta sus NBI y opinan, y nosotros. Tiene que haber un acuerdo en el tiempo inmediato, en el mediano y en el largo plazo para cubrir los intereses diversos, donde cada uno de ellos y nosotros tenemos parciales perspectivas y centralmente no somos pobres ni menos indigentes, lo que no quiere decir que tengamos problemas laborales y económicos diferentes.

En ambos casos actuamos de conexión, de insumo organizador para ayudar a resolver una problemática que aun no estaba pensada, que no sabían cómo hacer y de pronto junto con nosotros como equipos pudieron encontrar un ámbito, un dispositivo estatal en red con habitantes y ciudadanos donde pudimos hacer “insight”. El objetivo seguirá siendo la autonomía y la resingularización del sujeto individual o colectivo.

“Saber adonde se quiere ir está muy bien pero además hay que mostrar que se va”

Zola, E. (1840-1902)

7. ¿Cómo enfrentar las catástrofes psico-sociales-sanitarias?

A partir del concepto de “to coping” ¿cómo son los recursos-indicadores cualitativos-socio-biológicos, psicológicos, jurídicos, éticos políticos, institucionales y comunitarios, etc. dispuestos por los ciudadanos de una nación para desafiar los mecanismos de inducción del poder del capitalismo neoliberal, en forma violenta, para el desarrollo humano en una situación catástrofe sanitaria?

7. 1. Indicadores cualitativos

La estrategia de elaboración de los impactos traumáticos producido por los objetivos del capitalismo y por la instalación del duelo por las pérdidas del patrimonio nacional, por control social de nuestras pequeñas vidas, por el modo de vivir y /o morir de compatriotas, por la manera de violar la Ley...genera identificaciones defensivas personales que nos permiten pensar en alternativas para la atención de la salud de conjuntos poblacionales caracterizables por indicadores cualitativos como los siguientes:

***La pulsión de saber** o la negación del mismo, la búsqueda de información y elaboración de por que se ha llegado a esta situación y como enfrentarla con conjuntos poblacionales nacionales e interamericanos.

***El deseo de ser y legitimar un lugar** o el sin sentido de la vida.

***El sentido del valor de la juricidad humana**, de la conducta, de la condición humana que se enlaza con la pasión por lo justo y equitativo. Se hace necesario cumplir con leyes internacionales que nuestro país firmó como la Declaración Americana de Derechos Humanos y deberes, Declaración Universal de Derechos Humanos, Convención Americana de Derechos Humanos, Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Convención de Eliminación contra la Discriminación de la Mujer, Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños, Declaración de Caracas en Salud Mental para la Reestructuración de la Atención Psiquiatría en A. Latina, Recomendaciones de la Comisión Interamericana de D. H. sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental. El derecho a la verdad, el derecho de los pacientes, el derecho a prevenir la mortalidad materna y evitar los huérfanos, el derecho al acceso de mujeres y niñas a la protección contra el sida, el derecho del respeto por el menor a no estar detenido en comisarías, el rescate de la personalidad jurídica de las personas y la participación en la dirección de los asuntos del país es que construiremos ciudadanía y disminuirémos y/o resolverémos la problemática atinente a la calidad de vida, que es el objetivo a construir en nuestro campo.

***La estimación de la ética social**. Una manera y una medida de determinación singular y/o de conjunto colectivo. Se trata de la accesibilidad en el sistema social para la resingularización de los sujetos en una construcción colectiva. Logra así la desnarcisización de las víctimas, o sea dejar el lugar de víctimas para poder enfrentar la encerrona trágica que los sobrepasó y de la que no pudieron o no supieron cómo hacer para defenderse. Se trata de que los habitantes de nuestra Latinoamérica requieran de una mayor y mejor

información como ciudadanos acerca del derecho que les asiste para la accesibilidad a los servicios.

***El proceso de aprendizaje histórico y diario** sobre la necesidad de defensa de la vida en la cotidianidad. Es de prioridad para ello lo siguiente: constitución de información e inteligencia epidemiológica en el marco de América Latina, en el MERCOSUR y otras regiones. Necesitamos poder comparar e intercambiar las problemáticas así como compartir saberes y haceres para disminuir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad. Aportar a la autonomía de nuestros pueblos latinoamericanos. Poder pujar para que en las agendas de los gobiernos nacionales y municipales se incorpore la problemática de derechos en salud y se logre transformar la atención.

***El reconocimiento del derecho a tener un lugar en el mundo** en lo personal y en conjuntos

poblacionales excluidos del mundanal ruido. Los nietos recuperados por las Abuelas de Plaza de Mayo, las Madres de Familiares de Desaparecidos de América Latina, la organización de los Trabajadores que recuperan sus fuentes de trabajo en fábricas quebradas, los Asambleaístas en los Barrios, las Madres del Dolor, los indígenas de pueblos originarios, los Sin Techo Cooperativistas de la Vivienda, las Mujeres Rurales, los Movimientos Piqueteros, los Trabajadores de recolección de basura o cartoneros, otros, instituyen nuevos lugares en el mundo para poder estar.

***El sentido común:** propicia un nuevo ordenamiento de las relaciones sociales que devuelva la totalidad de sentido de cada comportamiento y que obliga a cada actor (persona, pareja, familia, grupo o sector social) a asumir la parte de responsabilidad social que nos corresponde y compete, contribuyendo así a desmontar el proceso de control social alienante.

En síntesis:

Aun siendo una minoría de profesionales nos hemos ido constituyendo en sujetos desafiantes al plantear y formar nuevas camadas de profesionales en lo siguiente:

El acceso se ha constituido a nivel mundial en el primer problema de salud-salud mental de la población por la falta de identificación de millones de sujetos por lo cual jerarquizamos el aporte a la reidentificación de los mismos, el poder así ingresar al mercado laboral, el poder estudiar, alquilar. Ello nos convoca a estar en el lugar de la vida diaria de la infancia y adolescencia, conocer las casas de ellos, las escuelas, sus plazas, los lugares de juego de los niños, sus tiempos, sus historias de vida o junto con los niños de la calle y sus no lugares de no vida.

La concepción de Protección Integral que defendemos hace a la reflexión en la clínica y al trabajo clínico- institucional-comunitario que nos exige conocer todo el territorio donde ellos viven e instituciones adónde ellos concurren. También áquellas instituciones de internación en que niñ@s, jóvenes y adultos padecen violaciones no sujetas a derecho ante lo cual jerarquizamos la importancia de casas de medio camino, la atención ambulatoria, las guardias y camas de agudos en los hospitales, el proveer de insumos necesarios hasta su disminución o resolución problemática. .

Para reducir la mortalidad Materno-infantil consideramos lo siguiente teniendo el acceso como clave principal a los servicios: un sistema público de salud gratuito, un exhaustivo trabajo en equipos en programas de anticoncepción en lo clínico-institucional-comunitario, la posibilidad de educación sexual en las escuelas contemplando diferencias e insumos para

quien los desee y una ley que no restrinja el acceso a la interrupción voluntaria de embarazo, cuidando de evitar mas mujeres muertas y niños huérfanos evitablemente. Creamos alternativas como las siguientes:.

*Los foros son espacios de construcción democrática para la discusión y consensuación de las implantación y administración de leyes que se instituyen como interlocutores de aquellos que aun no tienen voz ni voto. En estos espacios se cuestionan el paradigma del niño como objeto y reivindica a l@s niñ@s, mujeres y adultos como sujetos de derecho y sujetos de deseos.

*El operar con la Justicia y con Organismos de Derechos Humanos como el CELS, APDH, Abuelas y Madres entre otros con respecto a la vigencia de los DH de la población permitió avanzar en el seguimiento de problemáticas planteadas a través de Observatorios y redes.

*En la cuestión de género defendemos el derecho a la vida frente a la matanza, mutilación, agresiones, violaciones, tortura y esclavización sexual de las mujeres y niñas, así como la educación en la escuela tempranamente sobre sus derechos, el aprender al no sometimiento al dominio masculino, la autonomización en lo singular que cambie su correlación de fuerzas con su par.

*La responsabilidad del Estado de poner fin a la impunidad y de enjuiciar a los culpables de genocidio, crímenes de lesa humanidad y crímenes de guerra así como reidentificar a los niñ@s apropiad@s están presentes en los posicionamientos de las asociaciones profesionales y gremiales nuestras. Hoy son más de 3. 000 000 de personas que no conocen su identidad por causas siniestras, 12 . Es imprescindible reconocer el derecho a la verdad como un derecho “autónomo e inalienable”, que “no admite suspensión y no debe estar sujeto a restricciones” según Resolución de Naciones Unidas

En conclusión: si hubiera una estrategia en APS cabal sabemos hoy cómo hacer para revertir problemáticas y cómo puede solucionarse esa situación, dónde redistribuir los fondos para que sean mas equitativos y eficaces .Lo que ha avanzado la salud mental en su cuerpo teórico y metodología afin permitiría lograr una disminución o resolución de problemáticas de sufrimiento humano en el país y en el Mercosur.

**“Anda con la gente, vive con ella
Aprende de ella. Amala.
Empieza con la que ella sabe
Construye con lo que la gente tiene
Pero de los mejores líderes, cuando el trabajo
esté terminado, la tarea cumplida
la gente va a decir
lo hemos hecho nosotros mismos”
Poema chino. Lao Tse.
700 años A.C.**

Bibliografía

- *Aguirre, F: Entrevista a consultor especializado. Argentina. 2008
- *Almeida-Filho, N.: la Clínica, la Epidemiología y la Epidemiología Clínica. Cuadernos Médicos Sociales. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario. Nro. 67. Rosario. Argentina. 1994
- *Almeida-Filho, N: fundamentos de la epidemiología. Cátedra de Salud Pública-Salud Mental. Facultad de Psicología UBA Argentina. 1994
- *Almeida-Filho, N. la Ciencia Tímida. Ensayos de Reconstrucción de la Epidemiología. Lugar Editorial. Argentina. 2000.
- *Alleyne, G.: la polarización epidemiológica. 26 conferencia Panamericana de la Salud. OPS. Argentina. 2002
- *Alvarado, C: perfiles doctrinarios y ubicación de la salud pública. Parte I. Sonis, A y col. Actividades y técnicas de salud pública. Tomo I Editorial El Ateneo. Argentina. 1990.
- *Annan, K.: declaración de compromiso mundial sobre el Sida. Asamblea Mundial sobre sida. Naciones Unidas. EEUU. 2003
- *Barroca, J. y Rodríguez, J: lista de espera, del sujeto al objeto.-VI Jornadas de Psicología Universitaria Montevideo. abril de 2005.

- *Bienestar, Progreso y Desarrollo en lo Social. 1969 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos Naciones Unidas. Suiza 2002
- *Boletín Epidemiológico. la práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. Análisis y Tendencias. OPS. Vol 11. Nro 3. USA. 1990
- *Boletín Nro 121 "Natalidad, mortalidad general, infantil y materna por lugar de residencia - Argentina - Año 2007" . Sección Publicaciones/Arbol Temático. Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/arbol_tematico.asp
- *Bloch, C.; Cahn, P.; Weller, S.: el Sida en Argentina. Epidemiología, Subjetividad y Ética Social. Editorial Arketipo. Argentina. 1999
- *Boyd Orr, J.: food, health and income. EEUU. 1956
- *Buck, C; Llopis, A.; Nájera, E. y Terris, M: el Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. OPS. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de OMS. EEUU. 1994.
- *Cahn, P, Bloch, C. y Weller, S.: el sida en Argentina. Epidemiología, subjetividad y ética social. Edit. Arketipo. Argentina. 1999
- *Carta Internacional de Derechos Humanos. Declaración de los Derechos del Hombre. Asamblea General Resolución 217. Naciones Unidas. 10 de diciembre de 1948.
- *Clara, M. Manual de Epidemiología Psicológica para la Enseñanza Superior Universitaria. Paper. CONICET. Argentina. 1987.
- *Clara, M. "la salud urbana. Aportes a una aproximación a perfiles de SÄE en el conurbano bonaerense". Mimeo. DONAC, Buenos Aires, Argentina, 1989.
- *Clara, M: lineamientos Generales para La Formulación de Políticas Públicas en Salud. Instituto Nacional de la Administración Pública. Instituto Provincial Administración Pública. Centro Interamericano de Administración para el Desarrollo. Argentina. 1992-1993

- *Clara, M: “modelos de atención: políticas y propuestas”. Jornadas Nacionales de Salud Mental. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Santa Fe. FEPPRA. Rosario. Argentina. 1999.
- *Clara, M. catástrofe psicológica frente a catástrofes neoliberales. Recursos, defensas. Trabajo, exclusión y Pobreza. Facultad de Trabajo Social Universidad Nacional de Entre Ríos. Ponencia. Argentina 2002
- *Clara, M. problemáticas Actuales. XI Jornadas Nacionales del Ejercicio Profesional del Psicólogo FEPPRA. La Plata. Argentina.2002
- *Clara. M.: la psicología sanitaria en la Argentina. Un panorama de las especialidades de la psicología en Argentina. Congreso Interamericano.FEPPRA. Buenos Aires. Argentina 2005
- *Clara, M : derechos Humanos y Salud Mental. Facultad de Psicología. I Congreso Nacional y II Congreso Regional de Psicología y Salud Mental, El estado de la cuestión de una cuestión de estado. Rosario.Argentina. 2006
- *Clara, M: "El paso del tiempo en los niños hoy. Problemas y aportes". Congreso Argentino de salud Mental "Infancias y Adolescencias Sin fronteras: Articulando Experiencias" Colegio de Psicólogos de Salta. Argentina. 2007
- * Clara, M. Errores, horrores y aciertos en APS .Congreso Metropolitano de Psicología. Argentina. 2008
- *Castellanos, P: “investigación epidemiológica: usos y perspectivas”. Editado por la Universidad Central de Venezuela, 1983.
- *Castellanos, P.:“conferencia sobre epidemiología”. Mimeo, editado por la cátedra de Psicología Preventiva, UBA, Buenos Aires, Argentina, 1987.
- *Castellanos, P. sobre el Concepto de salud-enfermedad. Un Punto de vista Epidemiológico. Ponencia IV Congreso Latinoamericano y V Congreso Mundial de Medicina Social. Medellín. Colombia. 1987
- *Castellanos, P. sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. Oficina Regional OPS. OMS.1991
- *Cardoso Oscar: el papel de la auditoría en Salud Mental .Aportes referidos al rol del psicólogo Auditor y su práctica .Fepra. 2007
- *Centro de Estudios Legales y Sociales “Vidas arrasadas. La segregación de las personas en asilos psiquiátricos argentinos”. Siglo XXI Editores .Argentina. 2008
- *Curso de Epidemiología General. Instituto Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud y Acción Social. Mar del Plata.Argentina. (1997)
- *Derecho de Libre Determinación.Declaración sobre la Concesión de la Independencia a los Países y Pueblos Coloniales. 1960 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra.Naciones Unidas. Suiza. 2002
- *Derechos de los Pueblos Indígenas y de las Minorías. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra. Naciones Unidas. Suiza. 1989. 2002
- *Derechos de la Mujer. 1979. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.Naciones Unidas. Suiza. 2002
- *Derechos del niño. 1989 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.Naciones Unidas. Suiza. 2002
- *Derecho de las personas de edad. 1991 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Naciones Unidas. Ginebra. 2002

- *Derechos de las personas con discapacidad. 1971. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra.Naciones Unidas. Suiza. 2002
- *Derechos Humanos en la Administración de Justicia. Protección de las Personas sometidas a Detención en Prisión. 1977. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra.Naciones Unidas. Suiza. 2002
- *Derechos humanos en Argentina. Informe Anual. Centro de Estudios Legales y Sociales. Editorial Siglo XXI. Argentina. 2007
- *Derechos humanos en Argentina. Informe Anual. Centro de Estudios Legales y Sociales. Editorial Siglo XXI. Argentina. 2009
- *Declaración Encuentro de las Mujeres de Paz de Latinoamericana y el Caribe por la Paz y La Justicia. Mayo .Argentina. 2008.
- *Dejours, C.: "trabajo y desgaste mental. Una contribución a la Psicopatología del trabajo". SECYT. Centre de Recherche et documentation sur l'amerique Latine. URA Nro. 111 del CNRS. Editorial Humanitas. Argentina.1990
- *Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicios de Salud Mental. Niveles de Atención. Dirección de Salud Mental. Ministerio de Salud. Argentina. 2009
- *Donabedian, A. The Equality of Medical Care Science 2000. EEUU. 1978
Donabedian, A. the quality of care how can it be assessed. Journal of the American medical association 260.eeuu.1988.
- *Drumond, J.: problems of malnutrition and starvation during the war". USA 1946.Citado por de Castro, J. en Geopolítica del Hambre. Edit.Raigal. Argentina. 1955
- *Eibenschutz, C y Peyri V.: procesos Grupales e Institucionales. Estado y Salud. y sus Interrelaciones. Ponencia "México: País Polarizado, Sociedad, Economía y Salud. Campesinos e indígenas en el Siglo XXI". XII Congreso de la International Association of Health Policy. Palma de Mallorca, España. 2002
- * Eibenschutz, C. Atención Primaria de la Salud. La experiencia en México.España.1988
- *Estrategia Regional y Plan de Acción en Salud Mental. Agencia del Comité Ejecutivo OPS.OMS. Argentina. 2009
- *Galende, E. Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Editorial Paidós . Argentina.1990
- *Galende, E. "perspectivas en salud mental en Argentina para la próxima década". Mimeo. FLACSO OPS, Buenos Aires, Argentina, 1991.
- *Galende, E: "historia y repetición. Temporalidad subjetiva y actual modernidad". Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1992.
- *Guattari, F: "las tres ecologías". Mimeo, París, Francia, 1991.
- *Guerra de Macedo, C.: usos y Perspectivas de la Epidemiología. Seminario OPS. Argentina. 1983
- *Guerrero, R: indicadores epidemiológicos .Introducción a la epidemiología y a la planificación y programación de acciones de salud. Unidad II. Facultad de Psicología .UBA. Argentina. 1994
- *Gofin, J; Levav, I y Sarraceno, B.: "vigilancia y evaluación en los programas de salud mental comunitaria". Cáp. IV. "Temas de salud en la comunidad". Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud. Numero 19. OPS/ OMS. Ginebra Suiza. (1992)
- *Kliksberg,Bernardo:"ocho causas del deterioro de la salud de los jóvenes latinoamericanos".Entrevista Diario Página 12. 2007.Argentina.

- * Informe: “ Detengamos la Epidemia Invisible de Defunciones Maternas. Declaración de OMS ONU. Ginebra. Suiza. 2004
- *Informe: “ Acceso de las mujeres y las niñas a los tratamientos contra el sida y a protección contra la violencia. Declaración OMS. ONU Ginebra. Suiza. 2004
- *Informe: “Argentina obtiene en las Naciones Unidas el reconocimiento del derecho humano a la verdad”. Declaración ONU. Ginebra. Suiza. 2005
- *Jiménez, J: un modelo de análisis del sistema de atención psicoterapéutica. Primer Encuentro Nacional sobre el Ejercicio de la Psicoterapia.APdeBA.Argentina. 1994
- Jornadas Asociación Raíz Natal. “Por el derecho a una Identidad Biológica”. Argentina. 2008
- *Ibarlucía, A: “Hábitat y salud mental”. Editado por Centro de Estudios del Hábitat, Buenos Aires, Argentina, 1967.
- *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS. Ginebra. 2001
- *Curso de Epidemiología General. Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan Jara”. Ministerio de Salud y Acción Social. Mar del Plata. Argentina. 1997
- * La inequidad en la Salud. Hacia un abordaje integral .Compiladores Francoise Barten, Walter Flores y Ana Hardoy. IIED-AI Instituto Internacional de Medio Ambiente y Desarrollo. América Latina. 2008
- *La OMS y los objetivos de desarrollo del Milenio. Documento A/ 56/ 326, 2001. Dirección en Internet: www.who.int/ndg . OMS Suiza.(2004)
- *La Reforma Integral a la Ley de Estupefacientes y la Identificación de Políticas Sociales. Documento Oficial Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes , Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja. Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos. Argentina. 2008
- *La Reforma Integral a la Ley de Estupefacientes y la Identificación de Políticas Sociales. Segundo Documento Oficial Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes , Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja. Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos. Argentina. 2008
- *Leone, F.: “fortalecer la atención primaria”. Entrevista diario Página 12, 2008
- *Levav, I y col.: temas de Salud Mental en la Comunidad. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud Nro. 19. OPS. OMS. EE.UU.1992
- *Levi, P.: ”si esto es un hombre”. Liberduplex. España. 2001
- *Laurell, A. C.: reportaje realizado por Baldelli, B. y Clara, M. XIV Curso Monográfico de Medicina Social. UNAM. México. Editado por Nivel I. Asociación Argentina de Medicina General. Buenos Aires, Argentina, 1992.
- *Laurell, A. “el proceso de salud-enfermedad como hecho social”. Editado por Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario, Argentina, 1986.
- *López Arellano, O: “desmantelamiento o modernización de la política social?” Ponencia, XIV Curso Monográfico de Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 1991.
- *Módulo de Epidemiología. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Plan Federal de Salud. Facultades de Medicina. Universidades Nacionales.. Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Argentina. 2005.
- *Molina y Vedia, J: “los problemas del hábitat”. Diario “La Razón”, Buenos Aires, Argentina, 1986.

- *Nájera, E; Terris, M; Buck, C; Llopis, A.: “el desafío de la epidemiología”. Problemas y lecturas seleccionadas. Publicación científica OPS, 1990.
- *Pacto Internacional de de Derechos Humanos Económicos, Sociales y Culturales.Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 1966. Naciones Unidas. Suiza. 2002
- *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 1966. Naciones Unidas. Suiza. 2002
- *Plan Federal de Salud: Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Argentina. 2004
- *Powers, M.: el estado de las madres del mundo. Save the Children Washington. EEUU. 2004
- *Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a las Víctimas.Ley 26 364. Disposiciones generales .Derechos de las Víctimas .Disposiciones penales y Procesales. Disposiciones finales. Boletín Oficial .Gobierno Nacional. Argentina .2008
- *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. 1991. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Naciones Unidas. Suiza. 2002
- *Puigrós, A: Entrevista “Lo que criticamos cayó por sus resultados”.Página. 12. Argentina. 2007
- *Reid Slaby, A: “Una epidemiología ecológica”. Revista Anthropos, Sociedad Urbana y Salud. Madrid-Barcelona, España, 1991.
- *Resolución 275. Creación Programa de Patología Mentales Severas y Prevalentes. Ministerio de Salud.Argentina. 2009
- * Resultados preliminares de la Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas - ENPrecoSP. Indec. Ministerio de Economía y Producción. Secretaria de Política Económica. Instituto Nacional de Estadística y Censos.2008
- *Ros C.: Epidemiología(una definición posible).Diferencias entre el Método Clínico y el Epidemiológico.Mimeo.UNLA. Argentina. 1998
- *Róvere, M.: planificación estratégica de recursos humanos en salud. Serie desarrollo de recursos humanos Nro. 96 OPS. OMS. USA. 1993
- *Ruiz, Mariel : “Evaluación de Programas de Salud Reproductiva”. Centro de Salud Polivalente y Acción Comunitaria Nro. 15.Ministerio de Salud. GCBA. Mimeo. 2008
- *Saraceno, B: la ciudadanía como forma de tolerancia. Revista Actualidad. Psicoanálisis y Cultura. Tres al Cuarto. España. OM.S. Ginebra. 1999
- *Stolkiner A: “Justificación epistemológica de la salud mental en sus aspectos teóricos y operacionales”. Presentación a concurso cátedra de Salud Pública, Facultad de Psicología, UBA, Argentina.1985.
- *San Martín, H: “Epidemiología”. Primer curso argentino de Medicina Social, ATE, Argentina, 1985.
- *Syme, L: “La investigación sobre la salud y la enfermedad en la sociedad actual: la necesidad de una epidemiología más relevante”. Revista Anthropos, Madrid-Barcelona, España, 1991.
- “Subsanar las desigualdades en una generación”. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.OMS. 2008
- *Testa, M: “Planificación estratégica en el sector salud”. CENDES-Universidad Central de Venezuela, 1981.

- *Testa; M: “pensamiento estratégico en salud”. Seminario, Cátedra de Psicología Preventiva, UBA, Buenos Aires, Argentina, 1986.
- *Testa, M: pensar en Salud. Tendencias en Planificación. ¿Epistemología crítica? Epidemiología y contradicciones. OPS. Oficina Sanitaria Panamericana. Organización Regional de la Salud. Argentina. 1989
- *Testa, M: “pensar en salud”. Publicación N° 21 OPS, Argentina, 1991.
- *Testa, M y col.: “tecnoburocracia Sanitaria. Matriz Teórica Metodológica de la Salud Pública en la Argentina. Lugar Editorial. Argentina. 1994
- *Testa, M y otros. Políticas en Salud Mental. El hospital. Vista desde el paciente. Lugar Editorial. Argentina. 1994
- * Testa, M.: el sujeto en la salud colectiva o de cambalache a el día que me quieras”. Mimeo. Maestría de Epidemiología. UNLA Argentina. 2004
- *Tognoni, G y col. Manual de Epidemiología Comunitaria. Edición Cecomet. Ecuador. 1997
- *Uribe, J y Schwab, N.: informe del estado de salud citado por Stang. S en el diario La Nación. Argentina. 2003
- *Vargas G.: hacia una cultura en Derechos Humanos. I Congreso Latinoamericano sobre Trata de Personas. Coalición contra la Trata y Trafico de Personas. Argentina. 2008
- *Vasco Uribe, A: Estructura y Proceso en la Conceptualización de la Enfermedad. Taller Latinoamericano de Medicina Social. Medellín. Colombia. 1988
- *Weller, S. Infección por HIV-Sida. ¿Que hacer en la consulta ginecológica?. Coordinación Prevención Sida. Secretaría de Salud. GCBA. Paper. Argentina. 2004

Autora
Psic. Mirta Clara