GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Escuela Superior de Enfermería Cecilia Grierson

ENFERMERÍA COMUNITARIA

Turno Mañana
Primer Año. Segundo Cuatrimestre.
Recopilación Bibliográfica

El sistema/2

Tiempo de camaleones: nadie ha enseñado tanto a la humanidad como estos humildes animalitos.
Se considera culto a quien bien oculta, se rinde culto a la cultura del disfraz.
Se habla el doble lenguaje de los artistas del disimulo. Doble lenguaje, doble contabilidad, doble moral: una moral para decir, otra moral para hacer.
La moral para hacer se llama realismo.
La ley de la realidad es la ley del poder .Para que realidad no sea irreal, nos dicen los que mandan, la moral ha de ser inmoral

Eduardo Galeano

2017

¡Bienvenidos a Enfermería Comunitaria!

Ya ha transitado Epidemiologia y Salud comunitaria en el cuatrimestre anterior y será los cimientos en los que se aferrarán los conocimientos de este segundo cuatrimestre. El material de Enfermería Comunitaria se encuentra disponible en
http://
En esta dirección también está disponible el programa, cronograma de trabajo, actividades y el material digitalizado.
Es MUY IMPORTANTE su grado de responsabilidad personal e interés en la autoformación e indispensable que lea y comprenda para llevarse a cabo con éxito esta etapa.

¡Adelante! Lo acompañamos en este camino
Equipo Docente

ÍNDICE

UNIDAD 1	
Modelos Salud –Enfermedad.	1
Marco conceptual. Eras de los paradigmas epidemiológicos.	17
Riesgo	19
El enfoque de riesgo	21
Los determinantes sociales de la salud	27
Las dimensiones del campo de la salud en Argentina.	31
Medidas estadísticas y presentación de datos	35
Indicadores	44
PAE comunitario	52
Niveles de prevención	56
UNIDAD 2	
El derecho a la salud.	61
El derecho a la salud en los tribunales: Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina.	63
Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad.	67
Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires [Ley N° 153 ,1999]	72
Mapa de regiones sanitarias	77
ASIS	78
Formulación de proyectos	84
Comunicación	90
La comunicación en los equipos de salud	93
La importancia de la planificación	98
Dispositivos de intervención en Educación para la Salud	101
UNIDAD 3	
Atención Primaria de la Salud (APS).	102
Distintas perspectivas de la APS	108
APS renovada	109
Barreras en la implementación de la APS	111
Una visión intercultural de de la Salud.	113
Atención primaria de la Salud e Interculturalidad	117
Interculturalidad- Interdisciplinaridad	119
¿Es estratégica la estrategia de atención primaria?	120
Determinantes de sociales de la salud, derecho a la salud y APS: vínculo para enfrentar las causas de fondo de los problemas.	124
UNIDAD 4	

"Quien piensa acertadamente está cansado de saber que las palabras a las que les falta la corporeidad del ejemplo poco o casi nada valen."

Paulo Freire

Almeida Filho, Naomar de
Introducción a la epidemiología / Naomar de Almeida Filho y Maria Zélia Rouquayrol - 1a ed. - Buenos Aires : Lugar Editorial, 2008.
296 p. : il. ; 23x16 cm. (Salud colectiva. Serie Didáctica dirigida por Hugo Spinelli)

ISBN 978-950-892-294-6

1. Epidemiología. I. Rouquayrol, Maria Zélia II. Título
CDD 614.4

Capítulo 3

Modelos de salud-enfermedad

Modelo biomédico

Para Christopher Boorse (1975), eminente filósofo de la biología, enfermedad corresponde al estado interno del organismo biológico resultante del funcionamiento subnormal de algunos de sus órganos o subsistemas. Algunas enfermedades pueden provocar consecuencias psicológicas y sociales, limitaciones o incapacidades, que comprendan los siguientes criterios: (i) sean indeseables para el sujeto; (ii) sean consideradas elegibles para intervenciones; (iii) constituyan una justificativa para comportamientos sociales normalmente reprobables. Según Boorse, el concepto de enfermedad constituye un término de referencia, por medio del cual la salud puede ser definida

negativamente, como concepto objetivo totalmente libre de valores, "análogo" en teoría a la condición mecánica de ausencia de defectos de un artefacto o sistema físico.

El concepto biomédico de enfermedad puede ser definido como: "desajuste o falla en los mecanismos de adaptación del organismo o una ausencia de reacción a los estímulos a cuya acción está expuesto (...) proceso (que) conduce a una perturbación de la estructura o de la función de un órgano, de un sistema o de todo el organismo o de sus funciones vitales" (Jénicek & Cléroux, 1982). En el modelo biomédico, sin embargo, el concepto de enfermedad se aplica indiferentemente a organismos de todas las especies y por eso debe ser analizado en términos biológicos.

Históricamente, en el modelo biomédico, el concepto de enfermedad ha sido abordado a partir de dos perspectivas: la *patología* y la *clínica médica* (Pérez-Tamayo, 1978). La patología valoriza el mecanismo etiopatogénico subyacente a las enfermedades, mientras que la clínica privilegia un abordaje semiológico y terapéutico de signos y síntomas.

Por un lado, desde el punto de vista clínico, los problemas de salud (llamémoslos enfermedades solo para simplificar) pueden ser clasificados –bajo el aspecto de duración de las alteraciones, disfunción y síntomas– como agudos o crónicos. Crónicas son las enfermedades que se desarrollan a largo plazo, agudas son aquellas de corta duración.

Por otro lado, desde el punto de vista de la etiopatogenia, las enfermedades pueden ser clasificadas en dos categorías: infecciosas y no infecciosas.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 1992), una enfermedad infecciosa es la "enfermedad del hombre o de los animales que resulta de una infección". Como veremos más adelante, infección no es sinónimo de enfermedad infecciosa. Dependiendo de los factores propios del organismo infectado, una vez implantado un proceso de infección, éste podrá o no evolucionar hacia un estado mórbido que se denomina enfermedad infecciosa, comprendiendo un cuadro clínico definido por alteraciones fisiopatológicas, signos y síntomas.

El modelo biomédico de patología fue desarrollado privilegiando las enfermedades infecciosas (Barreto, 1998). En este modelo, las enfermedades no infecciosas son definidas por exclusión. Se trata de aquellos estados mórbidos que no resultan de procesos infecciosos,

como, por ejemplo, silicosis, hidrargirismo, enfermedad coronaria o diabetes. Los agentes etiológicos de las enfermedades no infecciosas, en general, son de naturaleza inanimada. Allí se clasifican las radiaciones, contaminantes químicos del aire, del agua, del suelo, de los alimentos, alcohol, tabaco, drogas usadas como remedios o como consecuencia de dependencia química, conservantes de alimentos y pesticidas, entre otros.

Esta clasificación no debe ser concebida como rígida e inmutable, ni se puede abarcar con ella todos los problemas de salud de los seres humanos. Hasta hace poco tiempo, la úlcera gástrica, la enfermedad de Hodgkin y la leucemia eran consideradas como enfermedades exclusivamente no infecciosas; actualmente se identifica en todas ellas la contribución de algún mecanismo infeccioso en su eclosión. A pesar de que técnicamente no constituyen una enfermedad, aquellos problemas de salud tales como abuso de drogas, accidentes, violencia y otros agravios actualmente son incluidos en la categoría de enfermedades no infecciosas.

Combinando los criterios clasificatorios de la clínica y de la patología, las categoría fundamentales de enfermedad son, por lo tanto, cuatro, conforme al Cuadro 3.1.

Las nomenclaturas y las taxonomías de las enfermedades han sido objeto de interés de una importante área de la medicina, denominada *nosología clínica*, resultando actualmente en sistemas clasificatorios de diversos grados de alcance (ver Recuadro 3.2).

Cuadro 3.1 Clasificación (con ejemplos) de enfermedades en función de la duración y la etiología

Etiología	Duración	
	Agudas	Crónicas
Infecciosas	Tétanos, rabia, difteria, sarampión, gripe	Tuberculosis, Kala-azar, lepra, mal de Chagas
No infecciosas	Envenenamiento por picadura de víboras, accidentes	Diabetes, enfermedad coronaria, cirrosis por alcohol

Recuadro 3.2 Nombres de las enfermedades

Al denominar una enfermedad o problema de salud, cuya morbilidad o mortalidad está siendo evaluada, debe quedar clara su conceptualización como también los medios que llevaron a su diagnóstico. Los términos y conceptos varían según las tradiciones de la enseñanza médica, no existe una uniformidad. Las enteroinfecciones, por ejemplo, reciben designaciones diferentes: enteritis, toxicosis, gastroenteritis o disentería. Bajo la denominación de tifus, se puede estar haciendo referencia a una de dos enfermedades de distinta etiología: la fiebre tifoidea causada por la Salmonella typhi y el tifus exantemático debido a la Rickettsia prowasekii. La Organización Mundial de la Salud recomienda la uniformidad en la denominación de las enfermedades y causas de muerte, y propone la adopción, a nivel internacional, de su Clasificación Internacional de Enfermedades actualmente en la 10ª revisión (1990). Los norteamericanos adoptaron un sistema diferente, denominado Diagnostic Statistical Manual (DSM), ahora en su 4ª revisión (1994). Actualmente, se observa un esfuerzo internacional en el sentido de la fusión o, por lo menos, convergencia y traducción de ambos sistemas.

(Fuentes: OMS, 1990; DSM, 1994)

Enfermedades infecciosas

En las enfermedades infecciosas, el agente etiológico es un ser vivo, comúnmente referido como patógeno (etimológicamente: generador de enfermedad). Se da el nombre de *infección* a la penetración y al desarrollo o multiplicación de un agente patógeno en el organismo de una persona o animal. No se debe confundir infección con *infestación*, definida como alojamiento, desarrollo y reproducción de artrópodos en la superficie del cuerpo o en la vestimenta de las personas, sin penetración en el interior del organismo (OPS/OMS, 1992; Chin, 2000).

La infección es un proceso biológico bastante común. En la lucha por la supervivencia, algunos organismos vivos parasitan a otros organismos vivos, a veces expoliándolos y produciéndoles enfermedades. Se llama *agente infeccioso* a un ser vivo con variado grado de

complejidad biológica (virus, ricketsia, bacteria, hongo, protozoario o helminto) que, mediante una de las formas que asume en su ciclo reproductivo (espora, huevo, quiste, larva, adulto, etc.), puede ser introducido en el medio interno de otro ser vivo, desarrollándose y/o multiplicándose. Dependiendo de las predisposiciones intrínsecas del huésped, se puede generar o no un estado patológico manifiesto, denominado enfermedad infecciosa.

La expresión *enfermedad transmisible* constituye un término técnico de uso específico, definido por la Organización Panamericana de la Salud (1983) de la siguiente manera: "cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico, o por sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión de ese agente o de sus productos, de una persona o animal infectado o de un reservorio a un huésped susceptible, directa o indirectamente por medio de un huésped intermediario, de naturaleza vegetal o animal, de un vector o del medio ambiente inanimado". Esta definición puede ser sintetizada en un enunciado bastante más corto: se trata de una enfermedad cuyo agente etiológico es vivo y es transmisible.

Se reserva la designación *enfermedad contagiosa* para enfermedades infecciosas cuyos agentes etiológicos se difunden por medio del contacto directo con los individuos infectados. Tómese como ejemplo el sarampión, transmitido por secreciones de la orofaringe, y las ETS (enfermedades de transmisión sexual). Toda enfermedad contagiosa es infecciosa, aunque no sea siempre así en sentido inverso. Las esporas del *bacillus anthracis* y del *clostridium tetani*, al penetrar en una persona, se transforman en formas vegetativas, que pasan a multiplicarse, produciendo una poderosa exotoxina responsable de los cuadros clínicos de carbunco y del tétano. No se trata de enfermedades contagiosas porque no se transmiten directamente del infectado a otras personas, pero son enfermedades transmisibles, en tanto los esporos dispersos en el ambiente se pueden transmitir a personas saludables a través de una herida o solución de continuidad de la piel o de las mucosas.

Algunos microorganismos producen enfermedades de forma indirecta por acción de sustancias tóxicas (exotoxinas) liberadas en algún medio, que pueden posteriormente ser ingeridas por individuos susceptibles. En este caso no es necesaria la introducción del germen vivo en el interior del organismo para que éste enferme. El *clostridium botulinum* es un bacilo esporulado que aparece en carnes y sus derivados industrializados. Su toxina, producida en el alimento contaminado, es directamente responsable por la enfermedad denominada

botulismo. Tanto el botulismo como las afecciones provocadas por la toxina estafilocóccica (producida por el *staphylococcus aureus* enterotoxígeno) son considerados como intoxicaciones alimenticias. La toxina botulínica produce intoxicaciones en dosis mínimas. La dosis letal para un hombre es de un centésimo de miligramo.

En el modelo biomédico de enfermedad infecciosa, las propiedades de los patógenos que más importan son aquellas que rigen su relación con el huésped y las que contribuyen a la aparición de la enfermedad como producto de esta relación (OPS/OMS, 1992). Infectividad, patogenicidad, virulencia, y poder inmunogénico son estas propiedades.

Infectividad: es el nombre que se da al conjunto de cualidades específicas del agente que le permiten vencer barreras externas y penetrar en otro organismo vivo, y así multiplicarse con mayor o menor facilidad. Su definición: es la capacidad que tienen ciertos organismos para penetrar y desarrollarse o multiplicarse en un nuevo huésped, ocasionando una infección. Hay agentes dotados de alta infectividad que fácilmente se transmiten a personas susceptibles. Tómese como por ejemplo el virus de la gripe. En cambio, los hongos en general se caracterizan por su baja infectividad; si bien están bastante difundidos en el ambiente, difícilmente se multiplican en el organismo de un hombre, produciendo infección.

Patogenicidad: es la capacidad del agente infeccioso, una vez instalado en el organismo del hombre y de otros animales, de producir síntomas en mayor o menor proporción entre las personas infectadas. Algunos agentes, como el virus del sarampión, están dotados de altísima patogenicidad. En este caso, casi todos los infectados desarrollan síntomas y signos específicos. En una situación opuesta se encuentra el virus de la polio, dotado de patogenicidad muy reducida.

Virulencia: es la capacidad de un agente biológico de producir casos graves o fatales. La virulencia se asocia a las propiedades bioquímicas del agente relacionadas con la producción de toxinas y a su capacidad de multiplicación en el organismo parasitado, lo que lo transforma en metabólicamente exigente, con perjuicio del parasitado. Alta virulencia indica gran proporción de casos fatales o graves. Esto sucede con la rabia, por ejemplo, en la que cualquier caso es fatal. En cambio en el virus del sarampión, a pesar de alta infecciosidad

y patogenicidad, es de baja virulencia. Son raros los casos complicados de sarampión en el medio urbano. Los que ocurren son como consecuencia de la conjunción con otros factores, como por ejemplo, desnutrición del paciente.

Inmunogenicidad: también llamada poder inmunogénico, es la capacidad que el agente biológico tiene de inducir inmunidad a la persona que lo aloja. Hay agentes, como los virus de la rubéola, del sarampión, de la papera, de la varicela y otros, dotados de alto poder inmunogénico. Una vez infectadas por estos microorganismos, las personas quedan, en general, inmunes para el resto de la vida. Hay otros agentes etiológicos de bajo poder imnunogénico; los virus de la gripe y del dengue, las salmonelas y las shigelas, por ejemplo, apenas confieren inmunidad temporaria a aquellas personas susceptibles.

Las enfermedades infecciosas pueden asumir varias formas (Chin, 2000). Una enfermedad *manifiesta* es aquella que presenta todas las características semiológicas que le son típicas. En la forma *abortiva* o *frustrada*, no todos los signos clínicos de la enfermedad emergen por encima del horizonte clínico. La forma *fulminante* de la enfermedad es la que ocurre de forma excepcionalmente grave, con un elevado coeficiente de letalidad. Las septicemias son un ejemplo de esta categoría. En la forma *inaparente* o subclínica de la enfermedad el individuo no presenta signos o síntomas clínicos manifiestos. Este tipo de infección tiene una gran importancia para la Epidemiología, dado que personas aparentemente saludables pueden transmitir el agente a los susceptibles con la misma intensidad encontrada en la enfermedad manifiesta (OPS/OMS, 1992). En la meningitis meningocóccica y en la poliomielitis, por ejemplo, la proporción de infecciones inaparentes es muy superior a la de la enfermedad manifiesta.

El *período de incubación* es el intervalo de tiempo que transcurre entre la exposición a un agente infeccioso y la aparición de signos o síntomas de la enfermedad, durante el cual no existen signos clínicos manifiestos de la misma y el enfermo todavía no constituye una fuente de contagio. El *período de transmisibilidad* es el intervalo en el cual el agente infeccioso puede ser transferido, directa o indirectamente, de un individuo infectado a otro, o de un animal infectado al hombre, o de un hombre infectado a un animal, incluso los artrópodos. Esto sucede en varias enfermedades, como, por ejemplo, la tuberculosis, la sífilis, el herpes simple y el tifus exantemático. La sífilis, por ejemplo,

se caracteriza por una transmisibilidad de larga duración o intermitente, pudiendo ser transmitida en cualquier momento en que aparezcan lesiones abiertas y agentes biológicos expuestos en la superficie de la piel. En las enfermedades transmitidas por artrópodos, como por ejemplo, la malaria, el período de transmisibilidad es el lapso durante el cual el agente infeccioso persiste en los tejidos del vector (correspondientes al estado infectante del anófeles).

La mayoría de las enfermedades infecciosas o transmisibles se asocian a la pobreza y a las desigualdades sociales (Barreto, 1998). En los países subdesarrollados y en aquellos en vías de desarrollo, la etiología de las enfermedades infecciosas está tan fuertemente vinculada a la pobreza que la propuesta más radical (y ciertamente la única viable en ese sentido) para removerlas en casi su totalidad sería la "erradicación" de las inequidades sociales. La "causalidad social" de las enfermedades infecciosas constituye el aspecto de mayor relevancia para la epidemiología, dado que revela importantes limitaciones del modelo biomédico de la enfermedad.

Enfermedades no infecciosas

Como vimos anteriormente, una enfermedad no infecciosa es aquella que, según el estado actual del conocimiento clínico y fisiopatológico, no se relaciona con la invasión del organismo por otros seres vivos parasitarios. Gran parte de las enfermedades no infecciosas pueden ser clasificadas como enfermedades crónicas, quedando un pequeño grupo de problemas de salud no infecciosos agudos, a los cuales la epidemiología, en general, ha dedicado poca atención. En esta categoría se incluyen los accidentes, las intoxicaciones, las muertes violentas y los períodos de exacerbación aguda de las enfermedades crónicas.

En las enfermedades infecciosas es siempre posible llegar al conocimiento de algún agente patogénico vivo asociado a la enfermedad, a pesar de que puedan existir situaciones en las cuales el agente biológico no sea aún conocido. En contraposición, en la mayoría de las enfermedades no infecciosas es imposible afirmar claramente su asociación a un agente causal. El término riesgo es usado, en este sentido, para indicar la probabilidad de enfermedad, y no la certeza de su ocurrencia en todos los casos (ver el Capítulo 4).

El discurso epidemiológico sobre enfermedades no infecciosas revela un sentido plural; en general se habla no sólo de uno, sino de varios factores o múltiples causas. Por este motivo, las expresiones "factores etiológicos", "factores de riesgo" y "multicausalidad" fueron desarrolladas para designar aspectos de la determinación de ese grupo de patologías. Para las enfermedades no infecciosas, son muy importantes los factores de riesgo, sean exógenos o endógenos (físicos, químicos, biológicos). Pero aún más importantes son los factores socioeconómicos y culturales, que desempeñan un papel fundamental, ya sea aisladamente o en interacción con aquellos factores de riesgo en el proceso de producción de las enfermedades.

La baja patogenicidad constituye una de las características principales de las enfermedades no infecciosas, en comparación con enfermedades que ocurren a partir de la exposición a agentes infecciosos. Esto quiere decir que si bien muchas personas están expuestas a factores de riesgo, relativamente pocas contraerán la enfermedad. La incidencia de leucemia no alcanzó al 100% de la población aún entre los sobrevivientes expuestos al epicentro de la explosión atómica de Hiroshima (OPS/OMS, 1986). Esto se debe a factores intrínsecos personales, que hacen que ante los mismos agentes etiológicos, aplicados en concentraciones y períodos de tiempo idénticos, produzcan resultados distintos en personas diferentes.

En este caso, la susceptibilidad tiene una connotación diferente de aquella asumida cuando el término es aplicado a las enfermedades infecciosas. En aquellas la susceptibilidad prácticamente sólo presenta dos valores: una persona es o no es susceptible. En el caso de las enfermedades no infecciosas, susceptibilidad implica, en general, una graduación. Algunos individuos son altamente resistentes a ciertas enfermedades, capaces de estar expuestos al factor de riesgo durante mucho tiempo o en altas concentraciones. En el otro extremo, se encuentran aquellos individuos de alta susceptibilidad, para los cuales un bajo grado de exposición durante poco tiempo basta para hacer que éstos presenten los síntomas de la enfermedad. Entre los dos extremos hay diferentes grados de susceptibilidad.

Antes que la enfermedad no infecciosa se manifieste por medio de síntomas, ocurren reacciones a nivel celular. Cuando se trata de enfermedades cuya aparición depende del contacto del organismo con el mundo exterior, estas reacciones son provocadas por agentes existentes en el ambiente. Se da el nombre de exposición al contacto entre sujeto susceptible y agentes del medio externo, que actúan como factores de riesgo, conforme veremos más adelante.

La acción necesaria para producir perturbaciones bioquímicas primarias a nivel celular puede ser resultante de uno de los siguientes tipos de exposición (ver la Figura 3.1 a, b, c):

A. Exposición aguda a factores que presentan una alta concentración. Se incluye en esta categoría, como uno de los raros ejemplos de enfermedad crónica que es seguida de una única exposición, la leucemia, cuya ocurrencia puede darse luego de un plazo más o menos largo de una única exposición a radiación ionizante de alta intensidad. Recordemos los casos de leucemia surgidos entre sobrevivientes de las explosiones atómicas de Hiroshima y Nagasaki y, más recientemente, de los desastres radioactivos de Chernobyl y Goiânia (ver el Recuadro 3.3).

B. *Exposición reiterada e intermitente* (E1; E2...En) al factor durante algún tiempo. Son ejemplos de exposición al humo de cigarrillos, asociada al cáncer de pulmón; la exposición a dosis subletales de mercurio o de plomo, resultando en hidroargirismo o saturnismo crónicos, respectivamente; exposición profesional a los rayos X, asociada a neoplasias.

C. *Exposición múltiple a factores* (F1; F2) que actúan sinérgicamente. Es clásica la acción sinérgica de la exposición conjunta al cigarrillo y al asbesto, asociada al cáncer de pulmón, con un período de latencia muy inferior a aquel que sería necesario para el cigarrillo o para el asbesto, en forma aislada, para producir cáncer.

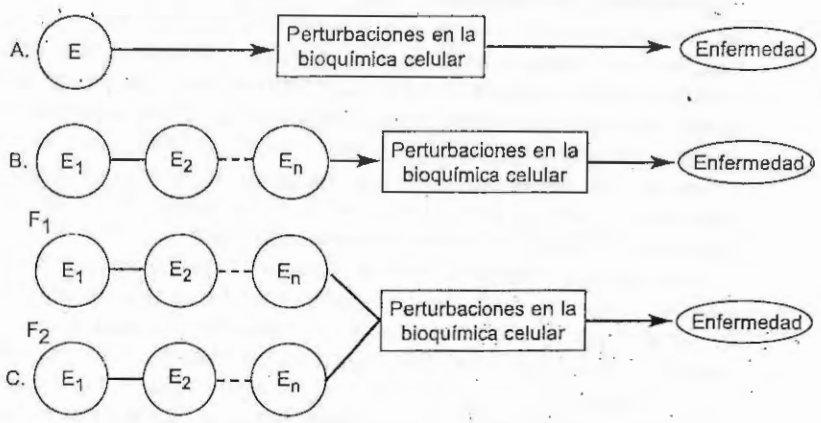


Figura. 3.1 Modelos de exposición a factores etiológicos

Recuadro 3. 3 Chernobyl y Goiânia: riesgos radioactivos

El día 26 de abril de 1986, en Chernobyl, Ucrania, en la ex Unión Soviética, ocurrió una explosión accidental, no-nuclear, en uno de los reactores atómicos. Aproximadamente 300 personas fueron alcanzadas de forma aguda por dosis elevadas de radiaciones ionizantes. Se estima que los casos fatales recibieron más de 600 rad, registrándose náuseas, vómitos, leucopenia grave, destrucción de la médula ósea, lesiones en el tubo gastrointestinal, hemorragia y otros. Entre los hospitalizados, 24 fallecieron durante la primera semana del evento. Individuos alcanzados por más de 500 rad recibieron un transplante de médula. Actualmente cerca de 100.000 personas consideradas bajo mayor riesgo (residentes en un radio de 30 kilómetros del reactor) continúan bajo seguimiento para fines de control y determinación de incidencia de leucemia o de otros tipos de cáncer, además de estudios genéticos.

En Brasil, la irresponsabilidad y desidia de los propietarios de una clínica de radioterapia en Goiânia provocaron un accidente radioactivo de graves consecuencias. Una bomba de cesio 137, utilizada en la rutina de tratamiento de algunos tipos de cáncer, fue desactivada en el lugar sin tomar ninguna medida de seguridad previa. Ignorancia, pobreza, ingenuidad y curiosidad hicieron que la familia de un recolector de chatarra, que había comprado y roto la cubierta de plomo que contenía la cápsula de cesio 137, entrara en contacto directo con el material radioactivo. A esto se le suma que el CNEN (Consejo Nacional de Energía Nuclear) no disponía, en la época, del registro de las fuentes de radiactividad existentes en Brasil. Fue en este contexto que, a fines de septiembre de 1987, en Goiânia, se hizo de conocimiento público la ocurrencia de un accidente por manipulación directa del isótopo radioactivo cesio 137, con su posterior dispersión. Además de la familia nombrada, junto con algunos parientes y conocidos, aproximadamente 50 personas, principalmente aquellas residentes en las proximidades del depósito de chatarra, sufrieron radiaciones en niveles que exigieron hospitalización. Cerca de 40.000 fueron examinadas para verificar posible contaminación. Un mes después, se habían registrado cuatro muertes en pacientes que fueron sometidos a un nivel de radioactividad por encima de los 600 rad.

En diciembre de 2001, cerca de 1.000 personas fueron oficialmente reconocidas como víctimas del referido accidente radioactivo.

Además de los que se expusieron directamente a la radiación, fueron incluidos profesionales que colaboraron con el control y la limpieza ambiental, como bomberos y funcionarios de la antigua COMURG (Compañía Municipal de Limpieza Urbana). Por determinación judicial, todos tendrán derecho a resarcimiento financiero y asistencia médica. Según el acuerdo propuesto por el Ministerio Público*, las víctimas lesionadas de la primera generación de los expuestos percibirán una pensión vitalicia de aproximadamente cuatro salarios mínimos.

(Fuentes: Geiger, 1986; Radis, 1987; Veja, 1987; Folha de São Paulo, 2001)

* N del T.: semejante a la Defensoría del Pueblo en la Argentina.

Equivalente al tiempo de incubación de las enfermedades infecciosas, el período de *latencia* para las enfermedades no-infecciosas crónicas es en general bastante largo. Microefectos celulares se van acumulando lentamente, y recién van a exteriorizarse en conjunto como enfermedad sólo luego de alcanzar un cierto nivel crítico. Transcurren varios años hasta que se perciben los primeros síntomas. La leucemia que sigue a la explosión nuclear tiene una latencia media de 6,8 años; un cáncer de pulmón imputable a la exposición al asbesto tiene un período medio de latencia de 36,5 años. La demorada latencia de muchas enfermedades no-infecciosas hace a veces difícil asociar los efectos clínicos constatados con los probables factores de riesgo puestos bajo sospecha.

Modelo procesal

La noción de prevención tiene como fundamento un modelo procesal de los fenómenos patológicos denominado *Historia Natural de la Enfermedad* (HNE). En las palabras de los principales exponentes de este modelo (Leavell & Clark, 1976), se denomina "historia natural de la enfermedad al conjunto de procesos interactivos que genera el estímulo patológico en el medio ambiente, o en cualquier otro lugar, pasando por la respuesta del hombre al estímulo, hasta las alteraciones que conllevan a un defecto, invalidez, recuperación o muerte".

El objetivo principal de este modelo consiste en dar sentido a los diferentes métodos de prevención y control de las enfermedades y problemas de salud. Se observa, en general, una expectativa de que la producción del conocimiento epidemiológico posibilitará la prevención "aun cuando la patogénesis de la enfermedad no es aún comprendida" (Acheson, 1979).

El modelo de la HNE (Figura 3.2) abarca la determinación de las enfermedades en dos dominios (o medios) mutuamente exclusivos, consecutivos y complementarios. Los dominios son: *medio externo*, donde interactúan determinantes y agentes, y *medio interno*, donde se desarrolla la enfermedad.

En un medio externo (o medio ambiente) se desarrollan todas las etapas necesarias para la determinación de la enfermedad. Entre los

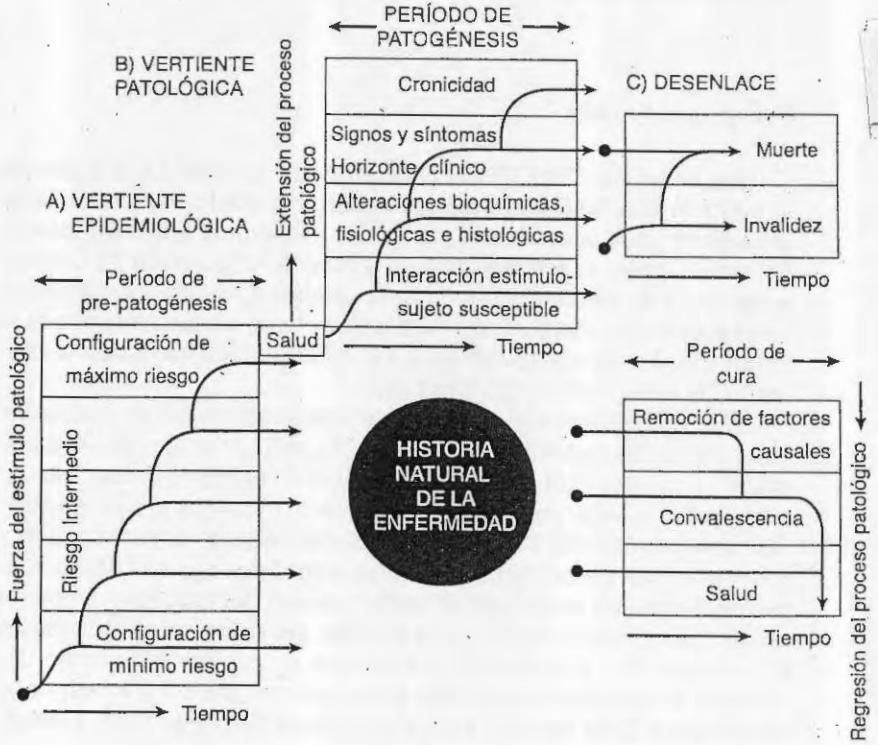


Figura 3.2 Modelo de la Historia Natural de la Enfermedad

elementos que contribuyen al proceso en este medio, se incluyen factores exteriores de naturaleza física, biológica y sociopolítica-cultural.

El medio interno sería el *locus* en donde se procesaría, de forma progresiva, una serie de modificaciones bioquímicas, fisiológicas e histológicas, propias de una determinada enfermedad. En este medio actúan elementos de carácter intrínseco, factores hereditarios o congénitos, ausencia o debilidad de las defensas específicas, alteraciones orgánicas existentes como consecuencia de enfermedades anteriores, entre otros.

En este modelo se considera también la evolución de los procesos patológicos en dos períodos consecutivos que se articulan y se complementan. Los períodos son: pre-patogénesis, cuando las manifestaciones patológicas aún no se manifestaron, y patogénesis, en la cual los procesos patológicos ya se encuentran activos.

Pre-patogénesis

Para Leavell & Clark (1976) el período pre-patogénico comprende la evolución de las interacciones dinámicas entre los condicionantes ecológicos y socioeconómico-culturales y las condiciones intrínsecas del sujeto, hasta el establecimiento de una configuración de factores propicios a la instalación de la enfermedad. Conjuga interacciones entre elementos o factores que estimulan el desencadenamiento de la enfermedad en el organismo sano y condiciones que permiten la existencia de estos factores (Figura 3.2a).

En la pre-patogénesis, el conjunto resultante de la estructuración sinérgica de las condiciones e influencias indirectas –próximas o distantes– constituye un ambiente generador de la enfermedad. Son denominados agentes patogénicos aquellos factores que producen efectos directos sobre las funciones vitales del ser vivo, perturbándolas y produciéndole de esa manera enfermedad. Tales agentes llevan estímulos del medio ambiente al medio interno del hombre, operando como transmisores de una pre-patología generada y desarrollada en el ambiente. Por su presencia o ausencia, actúan también como iniciadores y reproductores de una patología que pasará a existir en el ser humano. Tales agentes son de naturaleza física, química, biológica, nutricional o genética.

Agentes físicos y químicos: son innumerables los agentes de naturaleza física o química que tienen acceso a la bioquímica de los seres vivos e interactúan directamente con las unidades del edificio celular. Tómese como ejemplo de agente físico las radiaciones ionizantes. Los efectos carcinogénicos se cuentan entre los riesgos somáticos más graves entre individuos expuestos a dosis subletales de radiación. Las radiaciones también causan mutaciones en los genes y anomalías cromosómicas; los descendientes de las personas expuestas pueden presentar malformaciones fenotípicas y disfunciones mentales. Un buen ejemplo de un agente patogénico de naturaleza química es el mercurio (Hg). Dada su naturaleza liposoluble, los compuestos covalentes de mercurio atraviesan fácilmente las membranas y se distribuyen por todo el cuerpo, almacenándose también en el tejido nervioso, provocando graves alteraciones neurológicas.

Patógenos biológicos: los agentes biológicos que tienen acción directa sobre el medio interno del cuerpo humano son muy numerosos y están dispersos por todo el planeta. Son de naturaleza macromolecular, monocelular y policelular. Tenemos como ejemplo, los anquilostomas, nematodes que se introducen en el organismo de un hombre a través de la piel, localizándose en las paredes del intestino delgado. Allí el verme adulto ejerce una acción de expoliación. El parásito se alimenta de la sangre del ser humano, que, reiteradamente expoliado, pasa a presentar anemia ferropriva. La enfermedad afecta con mayor gravedad a los individuos desnutridos de los grupos sociales más pobres.

Agentes nutricionales: en este caso, el agente patogénico configura la carencia o exceso de un factor. La alimentación deficiente y de variedad insuficiente, por sí misma, es agente de enfermedades llamadas carenciales, como, por ejemplo, la xeroftalmia. Principal causa de ceguera en niños de regiones subdesarrolladas, la xeroftalmia es producida por la carencia de vitamina A. Se calcula que, en esas áreas, medio millón de niños anualmente pierden la visión de forma definitiva por deficiencia alimenticia (Pettiss, 1983). Además de eso, asociada a otras causas, la carencia nutricional es un factor propicio para la producción de enfermedades. En exceso, la alimentación produce diversas alteraciones fisiopatológicas y emocionales, ya sea directamente, como en los cuadros de obesidad mórbida, o indirectamente, como factor de riesgo para enfermedades crónicas no

transmisibles (diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.) (Mondini & Monteiro, 1998).

Agentes genéticos: ya se conoce mucho acerca de la causa de enfermedades cuyo agente es intrínsecamente genético. Ciertas aberraciones cromosómicas se encuentran en el origen de algunas enfermedades metabólicas y otras que se exteriorizan por medio de algunos tipos de retardo mental, como, por ejemplo, el síndrome de Down (mongolismo), de Klinefelter y de Turner. Además, la resistencia (o susceptibilidad) que los individuos presentan frente a las enfermedades puede tener origen genético. Actualmente se observa un desarrollo explosivo de investigaciones sobre el genoma humano, prometiendo no sólo avances en el tratamiento de enfermedades mendelianas (directamente causadas por alteraciones cromosómicas), sino también en todo el espectro de enfermedades que, se supone, tendrían algún grado de determinación genética (Souza, 2001).

Al considerarse las condiciones ideales para que una enfermedad se inicie en un individuo susceptible, en este modelo, ningún agente será por sí solo suficiente para desencadenar el proceso patológico. La eclosión de la enfermedad depende de la articulación de factores contribuyentes (o determinantes parciales), de tal forma que se pueda pensar en una configuración de mínima probabilidad o de mínimo riesgo; una configuración de máxima probabilidad o máximo riesgo; y configuraciones intermedias de riesgo variando entre los dos extremos. Cuanto más estructurados sean los factores determinantes, con mayor fuerza actuará el estímulo patológico (Figura 3.2).

La estructuración de factores determinantes de la enfermedad no constituye el mero resultado de la yuxtaposición o sumatoria de efectos. La asociación de los factores puede ser sinérgica, esto es, los factores articulados pueden aumentar el riesgo de enfermedad más de lo que lo haría la simple sumatoria de sus efectos aislados. El estado final desencadenador de la enfermedad resulta, por lo tanto, de la interacción de una multiplicidad de determinantes económicos, políticos, sociales, culturales, psicológicos, genéticos, biológicos, físicos y químicos.

Determinantes económicos: se verifica en todo el mundo la existencia de una asociación inversa entre la capacidad económica y el riesgo de enfermar o morir, que no es meramente estadística. Los

grupos sociales económicamente privilegiados están menos expuestos a varios tipos de enfermedades, cuya incidencia, por el contrario, es bastante elevada en grupos sociales y económicamente desprotegidos. No solamente la pobreza y la falta de recursos determina los problemas de salud, mediante precarias condiciones de vida o poco acceso a los servicios de salud; las desigualdades económicas o inequidades sociales constituyen un importante factor de riesgo para la mayoría de las enfermedades conocidas (Kawachi, Subramanian & Almeida Filho, 2002).

Determinantes culturales: preconceptos, hábitos alimenticios, creencias y comportamientos también contribuyen en la determinación, difusión y reproducción de enfermedades. Por ejemplo, el hábito de defecar en la superficie del suelo en las cercanías de manantiales forma parte del comportamiento de las poblaciones rurales en regiones subdesarrolladas de África y de Brasil. Este tipo de comportamiento continúa siendo uno de los factores relevantes para la diseminación de la esquistosomiasis, cuya endemicidad es alimentada por la permanencia de una pobreza crónica. Además, varios trastornos mentales son específicos de determinados grupos étnico-culturales, siendo por este motivo designados como "síndromes ligados a la cultura" (Massé, 1995).

Determinantes ecológicos: en situaciones ecológicas desfavorables (algunas producidas por factores naturales, otras producidas artificialmente por la acción del hombre, algunas permanentes, otras contingentes), actúan factores químicos, físicos y biológicos del medio externo. Al vincularse con el organismo de los seres vivos, pueden funcionar como agentes patogénicos. Por ejemplo: se sabe que uno de los factores que contribuyen a la elevadísima polución atmosférica de la región metropolitana de San Pablo es la dificultad de dispersión de los gases producidos por el intenso tránsito vehicular y por las industrias. La región se sitúa en un valle cercado por montañas, y por eso se registra una baja intensidad de corrientes aéreas. Este es un factor físico que, asociado a otros factores de diferentes naturalezas, produce una de las mayores perturbaciones ecológicas inducidas que se hayan conocido.

Determinantes biológicos: los factores biológicos forman parte del ecosistema que define el medio externo, actuando como eslabones de

una cadena que lleva al establecimiento de las enfermedades en el hombre. Como veremos en la sección siguiente, se presentan como agentes etiológicos, como vectores biológicos o como reservorios. Por otro lado, algunas patologías son determinadas por factores biológicos del medio interno, de naturaleza genética. Los factores genéticos determinan una mayor o menor susceptibilidad de las personas con respecto a la adquisición de enfermedades o el mantenimiento de la salud.

Determinantes psicosociales: este grupo está compuesto por factores que actúan sobre la psique humana, produciendo estímulos patogénicos tanto por su presencia como por su ausencia. La acción de estos factores es ejercida directamente sobre el aparato psíquico, por medio de relaciones intersubjetivas, desencadenando alteraciones mentales, o indirectamente sobre el organismo, provocando trastornos psicosomáticos (Castiel, 1994). Además, los determinantes psicosociales, al tener la capacidad de generar estrés, pueden comprometer el sistema inmunológico aumentando la susceptibilidad a enfermedades orgánicas (Cassel, 1976). De este modo la falta de cuidados maternos en la infancia, la carencia afectiva de modo general, la competitividad, la agresividad, el desempleo y el aislamiento social en grandes centros urbanos son ejemplos de este tipo de determinantes.

Patogénesis

La historia natural de la enfermedad continúa con el desarrollo de procesos patológicos en el ser humano. Es el período denominado patogénesis. Este estadío se inicia con las primeras alteraciones que los agentes patogénicos provocan en el individuo afectado. Luego aparecen perturbaciones bioquímicas a nivel celular, que continúan como disturbios en la forma y en la función de órganos y sistemas, evolucionando hacia un defecto permanente (o secuela), cronicidad, muerte o cura. Este modelo considera cuatro niveles de evolución de la enfermedad en el período de patogénesis (Figura 3.2b):

Interacción agente-sujeto: en esta etapa, algunos factores actúan predisponiendo al organismo a la acción subsiguiente de otros agentes patógenos. La malnutrición, por ejemplo, predispone a la acción

patogénica del bacilo de la tuberculosis; altas concentraciones de colesterol sérico contribuyen a la aparición de enfermedades coronarias; factores genéticos disminuyen las defensas orgánicas, abriendo la puerta del organismo a las infecciones. Otras enfermedades son el resultado de la acción acumulativa de factores de naturalezas diversas. El cáncer de pulmón, por ejemplo, aumenta su incidencia por interacción del asbesto con los componentes del humo del cigarrillo.

Alteraciones bioquímicas, histológicas y fisiológicas: en este estadío, la enfermedad ya se estableció en el organismo afectado. Si bien no se perciben manifestaciones clínicas, ya ocurrieron alteraciones histológicas de carácter genérico en el nivel subclínico. Todavía en esta etapa, la enfermedad puede ser percibida a través de exámenes clínicos o de laboratorio específicamente orientados. Se denomina "horizonte clínico" a la línea imaginaria que separa este estadío del siguiente. Debajo de esta línea se procesan manifestaciones bioquímicas, fisiológicas e histológicas que conducen a las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Esta fase corresponde al período de incubación o latencia en el modelo anterior. Algunas enfermedades no superan esta etapa, debido a la respuesta de las defensas orgánicas, retrocediendo del estadío patológico al estado de salud inicial. Dada la patogenicidad del agente o su acción reiterada, otras perturbaciones producidas por los agentes patogénicos podrán progresar en el sentido de la somatización de efectos hasta que el individuo en cuestión, o alguien por él, perciba los primeros síntomas de que la normalidad del organismo fue de alguna manera interrumpida.

Signos y síntomas: superando el horizonte clínico, los signos iniciales de la enfermedad, aún confusos, se tornan nítidos, transformándose en síntomas. Se trata del estadío clínico que se inicia cuando se acumula una masa crítica de alteraciones funcionales en el organismo enfermo. La enfermedad se encamina, entonces, hacia un desenlace: evoluciona hacia la cronicidad, pasa al período de cura o progresa hacia la invalidez o muerte.

Cronicidad: la evolución clínica de la enfermedad puede conducir al enfermo a un estado de cronicidad o a un determinado nivel de incapacidad física por tiempo variable. Puede también producir lesiones que serán, en el futuro, una puerta abierta hacia nuevas enfermedades. Del

estado crónico, con incapacidad temporaria para el desempeño de alguna actividad específica, la enfermedad puede evolucionar hacia la cura, invalidez permanente o muerte.

El modelo HNE representa un gran avance en relación al modelo biomédico clásico en la medida que reconoce a la salud-enfermedad como un proceso de múltiples y complejas determinaciones. No obstante su valor, una evaluación general revela un enfoque necesariamente arbitrario, una descripción apenas aproximada de la realidad, sin pretensión ni capacidad de funcionar como un reflejo de la misma. Desde este punto de vista, este modelo es sólo el de un cuadro esquemático, dentro del cual pueden ser descriptas múltiples y diferentes enfermedades.

En términos más conceptuales, debemos criticarlo en, por lo menos, dos aspectos fundamentales:

1. concretamente, la determinación de los fenómenos de salud no se restringe a la causalidad de las patologías (patogénesis);
2. de hecho, la "historia natural de las enfermedades" no es de ninguna manera natural.

Por un lado, para alcanzar algún grado de eficacia explicativa, un modelo teórico general de la salud-enfermedad no se puede limitar a la causalidad de los procesos patológicos. Necesita, ante todo, ampliarse (o abrirse) a los procesos de promoción, protección, mantenimiento y recuperación de la salud individual y colectiva.

Por otro lado, coincidiendo con Laurell (1983), debemos pensar en un proceso salud-enfermedad definido como el modo específico por el cual ocurre, en los grupos sociales, el proceso biológico de desgaste y reproducción, "destacando como momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferente, con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, el surgimiento de la enfermedad".

Finalmente, en todas las etapas, y para todos los elementos de este proceso, se destaca su carácter histórico y social. Por lo tanto, será ciertamente más adecuado hablar de una "historia social de la salud", ampliando el espectro de estudio de los fenómenos y procesos de salud-enfermedad-cuidado de un ámbito biológico restricto hacia un abordaje de los sistemas ecosociales.

Recuadro 3.4 Patogénesis y biología evolutiva

En la perspectiva de la biología de la evolución, la enfermedad infecciosa es un accidente en la competición entre dos especies. En un período de tiempo suficientemente largo, la especie humana y los microorganismos tienden a adaptarse mutuamente. El microbio pasa gradualmente de una situación de parásito a la de comensal. Las relaciones agente-huésped atraviesan etapas que se inician con grandes fluctuaciones epidémicas, variando cíclicamente en ondas cuya intensidad se va haciendo decreciente hasta transformarse en una endemia. Paralelamente a estas modificaciones cuantitativas, ocurren importantes modificaciones cualitativas en cuanto a la gravedad del cuadro clínico y a la letalidad. Al principio, la enfermedad es grave y mortal, para ir transformándose gradualmente en más benigna a medida que la condición del germen pasa de parásito a comensal.

También las llamadas enfermedades crónicas degenerativas pueden ser interpretadas en un abordaje biológico evolutivo. Estas patologías pueden significar el precio pagado por la especie humana en su adaptación a las nuevas condiciones ambientales (muchas veces determinadas por el propio cambio cultural provocado por la modernización). Las modificaciones en la dieta pueden ser responsables por cuadros metabólicos; el aumento de la expectativa de la vida humana en escala filogenética puede haber propiciado la aparición de procesos neoplásicos degenerativos; el sedentarismo y el estrés de adaptación a la vida urbana traen sobrecargas fisiopatológicas para el sistema circulatorio; nuevas substancias de alto potencial alergénico, sintetizadas por la industria y lanzadas en el ambiente, pueden alterar significativamente el sistema inmunológico humano.

(Fuente: Dubos, 1982; Berrigan, 1999; Gammelgaard, 2000.)

Modelo sistémico

Para una comprensión más abarcativa del proceso salud-enfermedad, un concepto útil es el de *sistema* (Chaves, 1972). Roberts (1978) define *sistema* como "un conjunto de elementos, relacionados de forma tal, que un cambio en el estado de cualquier elemento provoca un cambio en el estado de los demás elementos". Cuando un sistema incluye seres vivos y seres inanimados en interacción dinámica, se acostumbra designarlo como un *ecosistema.*

El ecosistema que rodea al hombre incluye, necesariamente, sus relaciones específicas con otros seres vivos animales y vegetales, las de estos entre sí y las de todos ellos con el sustrato inanimado formador del ambiente, en el seno del cual se procesa la vida y sus interacciones. Veamos un ejemplo: la *escherichia coli* de la flora normal y el hombre forman un ecosistema concreto. La bacteria depende del hombre para su supervivencia y metaboliza los alimentos que llegan al tracto intestinal, produciendo vitaminas del complejo B, que son absorbidas y aprovechadas por el huésped.

El equilibrio en el ecosistema puede costar la eliminación de individuos, como resultado de interacciones naturales. En compensación, permite que especies interactuantes se mantengan saludables, numéricamente equilibradas, lejos de la extinción y sin buscar la erradicación de otras. En un ecosistema equilibrado, los elementos físico-químicos, cuya asociación genera un medio ambiente propicio para la vida, se mantienen a salvo de la expoliación y de la destrucción. Por ende, un ecosistema perfectamente equilibrado sólo existe teóricamente.

A lo largo de las diferentes épocas, el hombre viene considerando la armonía y la supervivencia de su especie y la de cada uno de sus miembros, como prerrequisito del equilibrio de un ecosistema teórico que lo tiene como centro, como una especie privilegiada (Dubos, 1982). Sin embargo este sistema es apenas un ideal, un *a priori* humano.

En un ecosistema concreto, dentro del cual viven, sobreviven e interactúan múltiples especies, la ley fundamental del funcionamiento puede ser traducida de la siguiente manera: cualquier evento que transforme cualitativa o cuantitativamente el ecosistema, sea por aumento o disminución, sea por supresión, cambio o inclusión, modificará forzosamente las relaciones hasta entonces vigentes, tendiendo a un nuevo equilibrio que podrá ser menos funcional que el anterior. Una especie que se desarrolle a expensas de la destrucción de otras

especies tiende a desequilibrar un ecosistema contra sí misma. El hombre, los animales, los vegetales, los microbios, los minerales, en fin, todos los seres animados e inanimados deben estar en permanente interacción para la manutención del equilibrio del ecosistema.

La estructura general de un determinado problema de salud puede ser entendida como una función sistémica (Chaves, 1972). En otras palabras, funcionalmente constituye un sistema epidemiológico en equilibrio dinámico. Cada vez que uno de sus componentes sufre alguna alteración, esta repercute y alcanza a las demás partes, en un proceso en el que el sistema busca un nuevo equilibrio. Un nuevo equilibrio traerá consigo mayor o menor incidencia de enfermedades y modificaciones en la variación cíclica y en su carácter epidémico o endémico.

San Martin (1981) destaca el sistema formado por el ambiente, población, economía y cultura, designando este conjunto *sistema epidemiológico-social.* Según este autor, la calidad y dinámica del ambiente socioeconómico, el tipo de velocidad de la industrialización, las desigualdades socioeconómicas, la concentración del poder, la participación comunitaria, la responsabilidad individual y colectiva, son componentes esenciales en la determinación de la salud-enfermedad.

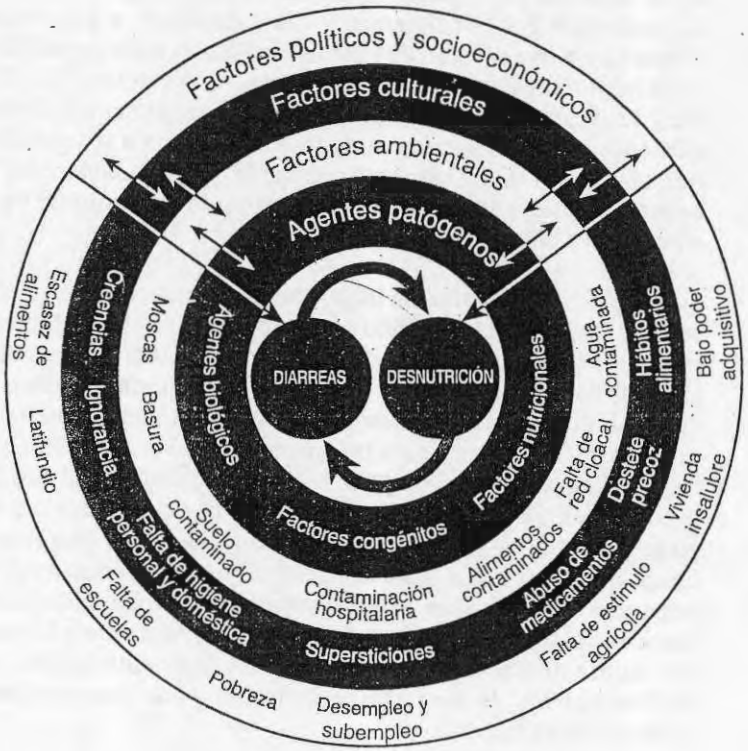
Por *sistema epidemiológico se entiende al conjunto formado por el agente patógeno, el sujeto susceptible y el ambiente, dotado de una organización interna que regula las interacciones determinantes de la producción de enfermedad, juntamente con los factores vinculados a cada uno de los elementos del sistema.* Los componentes del sistema epidemiológico a ser considerados pueden pertenecer tanto unívocamente al ambiente, al agente patógeno o al sujeto susceptible, como pueden resultar de la interacción entre estos elementos.

El estudio de las diarreas brinda una buena ilustración de la estructura interactiva y sistémica del modelo de determinación de las enfermedades. Behar (1975) señala el hecho de que las infecciones entéricas constituyen factores precipitantes y agravantes de la desnutrición, y ésta, a su vez, influye en la patogenia de procesos diarreicos. Según el autor, tal interacción explica porqué las enfermedades diarreicas constituyen la causa básica más importante de mortalidad en la infancia en todo el mundo subdesarrollado.

La Figura 3.3 ilustra la interacción sinérgica entre síndrome diarreico y desnutrición. La flecha bidireccional ←→ indica que uno de los factores, además de producir un efecto por sí mismo, actúa también aumentando la contribución causal de otro factor, y viceversa,

completando el mecanismo sinérgico. Así, dentro de un mismo nivel, socioeconómico, cultural o ambiental, los factores son estructurados y actúan sinérgicamente en la producción tanto de diarrea como de desnutrición. El reforzamiento mutuo de los factores ocurre también entre los niveles socioeconómico, cultural y ambiental, que también presentan sinergia en la producción de la enfermedad. El entendimiento del sinergismo multifactorial es importante, pero no debe esconder la causa más profunda de la manutención de la mortalidad y la morbilidad por diarrea y desnutrición, que reside en la inmensa desigualdad social existente entre las clases sociales.

Figura 3.3 Sinergismo multifactorial en la determinación de las enfermedades diarreicas.



Agente y sujeto susceptible

El concepto de agente en el abordaje sistémico extrapola la noción de factor etiológico del modelo biomédico clásico. Un agente puede ser un microorganismo, un contaminante químico o un germen. El agente de la lepra es el *mycobacterium leprae*; el del saturnismo es el plomo bajo la forma de sales solubles; la predisposición a la diabetes está asociada al gen diabetogénico. ¿Y cuáles son los agentes causales de la enfermedad mental, del cáncer, de la enfermedad coronaria? No existen agentes etiológicos confirmados para estas enfermedades, o tal vez el modelo de enfermedad como producto de un agente causal específico no se ajuste a tales problemas de salud.

Aun para enfermedades infecciosas, el modelo de causalidad específica muestra sus limitaciones. Aunque se considere que cada enfermedad infecciosa tiene su agente específico, se sabe que una misma entidad clínica puede ser producida por la acción directa de diversos agentes (Chin, 2000). Un ejemplo es la meningitis meningocóccica causada por la *neisseria meningitidis* y la meningitis pneumocóccica causada por el *streptococcus pneumoniae*. La relación inversa también es verdadera: un mismo agente puede determinar cuadros clínicos diferentes; el estreptococo A beta-hemolítico es el agente de la faringitis, de la amigdalitis estreptocócica, de la escarlatina, del impétigo, de la endocarditis bacteriana, de la infección puerperal estreptocócica, de la erisipela y de perturbaciones tardías, como la fiebre reumática y la glomerulonefritis.

La epidemiología, por definición, se interesa por los agentes que son patogénicos para el hombre, o sea que aborda tan solo los agentes para los cuales el hombre presenta susceptibilidad. El hombre, como especie, es susceptible a un gran número de agentes del medio, de naturaleza viva o inorgánica, que interactúan con él, provocándole disfunciones. Algunos de esos agentes biológicos son comensales, otros simbiontes y otros parásitos. De ahí el empleo del término "susceptible" para indicar el tercer elemento del sistema agente-ambiente-susceptible, exactamente aquel en el cual la enfermedad se desarrollará y tendrá oportunidad de manifestarse clínicamente. Es notable, sin embargo, que algunos individuos de una especie se diferencien de otros en cuanto al grado de susceptibilidad. Se sabe que no son pocos los que mantienen contacto con factores de riesgo (o aún con agentes comprobadamente patogénicos) sin que desarrollen signos de la enfermedad.

Cuando la susceptibilidad está relacionada al agente biológico, el sujeto susceptible puede ser denominado *huésped*. La Organización Panamericana de Salud (1992) formula la siguiente definición de huésped: ser vivo (humano u otro animal, inclusive aves y artrópodos) que ofrece, en condiciones naturales, subsistencia o alojamiento a un agente infeccioso. Algunos protozoarios y helmintos pasan sucesivas etapas en huéspedes alternados, de diferentes especies. El huésped en el cual el parásito alcanza la madurez o transcurre su fase sexual se denomina *huésped primario o definitivo; huésped secundario* o *intermediario* es aquel en el cual el parásito se encuentra bajo forma larvaria o asexuada.

En la perspectiva epidemiológica sistémica, el ser humano podrá funcionar tanto como huésped intermediario como definitivo. Si fuera observado el desarrollo de infecciones en cualquiera de estas funciones, el hombre cumple el papel de sujeto susceptible en el sistema ambiente-agente-susceptible. Veamos un ejemplo: un individuo puede sufrir una infección por una forma adulta de tenia, siendo, por lo tanto, un huésped definitivo de teniasis. Puede también funcionar como huésped intermediario de la forma larvaria de tenia. La infección, entonces producida, se denomina cisticercosis. Es una enfermedad grave y generalizada que compromete los órganos y los tejidos en donde ocurre el enquistamiento de la forma larvaria.

Las relaciones del huésped con el agente biológico patogénico pueden ser descriptas por las siguientes categorías: *resistencia, susceptibilidad* e *inmunidad*.

Resistencia: es el sistema de defensa con el cual el organismo impide la difusión o multiplicación de agentes infecciosos que pudiesen invadirlo, o reacciona a los efectos nocivos de sus productos tóxicos. Está asociada al estado de nutrición, a la capacidad de reacción y adaptación a los estímulos del medio, a factores genéticos, al estado actual de salud, al estrés o a la inmunidad específica. *Resistencia natural* es la capacidad de resistir a las enfermedades independientemente de los anticuerpos o de la reacción específica de los tejidos. Resultado de factores intrínsecos del huésped, anatómicos o fisiológicos, pudiendo ser genética o adquirida, permanente o temporaria.

Susceptibilidad: Considerando a una especie como susceptible a determinadas infecciones y que, dentro de una misma especie, algunos

individuos son resistentes, se dice que los individuos no resistentes serán los susceptibles. *Individuo susceptible* es, por lo tanto, aquel que no posee resistencia a un determinado agente patogénico y que, por esta razón, puede contraer la enfermedad si se pone en contacto con el mismo. De un modo general, la especie humana es susceptible a la penetración por larvas de anquilostomas, aunque los afro-descendientes presentan una resistencia mayor, tal vez debido a la textura o al color de su piel.

Inmunidad: es un subtipo de resistencia "asociado a la presencia de anticuerpos que poseen acciones específicas sobre el microorganismo responsable de una determinada enfermedad infecciosa o sobre sus toxinas" (OPS/OMS, 1992). La inmunidad pasiva humoral, de corta duración (de algunos días a varios meses), puede ser obtenida naturalmente por transferencia vertical de madre a hijo, o artificialmente por la inoculación de anticuerpos protectores específicos (suero "hiperinmune" de un convaleciente, inmunoglobulina humana, etc.). La inmunidad activa, que dura años, puede ser adquirida naturalmente como consecuencia de infecciones con o sin manifestaciones clínicas, o artificialmente mediante la inoculación del propio agente, muerto o atenuado, o de sus variantes, además de fracciones o productos del agente infeccioso.

Además de relativizar la importancia de cada agente en el proceso de patogénesis, el modelo sistémico contempla múltiples determinantes de los fenómenos de salud-enfermedad; factores biopsicológicos, socioeconómicos y culturales son fundamentales para la determinación de los problemas de salud, tanto en las enfermedades infecciosas, como en las no infecciosas o en los agravios a la salud. Para aquellas patologías que no parecen ajustarse al modelo del agente etiológico, es posible afirmar que algunos factores presentes en el ambiente o en el propio individuo afectado, son factores de riesgo para esas patologías. Las poblaciones expuestas a tales factores, a uno o más de ellos, estarán sujetas, con probabilidad mensurable, a adquirir determinada enfermedad. De esto deriva la importancia fundamental de la investigación epidemiológica para el establecimiento de los factores de riesgo y sus interacciones en la producción de la patología.

Ambiente

Por *ambiente* debe ser entendido el conjunto de instancias y procesos que mantienen relaciones interactivas con el agente etiológico y el individuo susceptible, sin confundirse con ellos. A efectos del análisis sistemático epidemiológico, el término es más abarcativo que en el campo de la ecología. Además de comprender el ambiente físico, que abarca y hace posible la vida autotrófica, y el ambiente biológico, que abarca todos los seres vivos, debe incluir también el ambiente social, escenario de factores y procesos que pueden estar asociados a las enfermedades.

La situación geográfica, el suelo, los recursos hídricos, los contaminantes químicos, los agentes físicos y los ambientes industriales constituyen componentes del ambiente físico. La temperatura, la humedad y las características pluviales son variables climáticas que se relacionan estrechamente con las enfermedades. En los trópicos todo parece confluir en el sentido de generar condiciones favorables para el desarrollo de la mayoría de los vectores, los que, a su vez, actúan como huéspedes intermediarios de las enfermedades conocidas como "enfermedades tropicales". Sus agentes biológicos se relacionan menos con las condiciones climáticas que sus vectores. En los países de clima templado y frío, los vectores no encuentran condiciones tan favorables, rompiendo así el circuito epidemiológico.

Esto no significa que en los países en los cuales el clima es desfavorable al desarrollo de insectos vectores no existan enfermedades producidas por agentes infecciosos. La meningitis y la difteria son enfermedades transmisibles, cuya incidencia sería más alta en países fríos que en países de clima cálido, si se mantienen constantes otras condiciones, principalmente las de orden socioeconómico. Por otro lado, los vectores no diseminarían enfermedades si las poblaciones de los países de clima tropical tuviesen disponibilidad de agua, sistema de cloacas, educación, vivienda y empleo digno.

Desde el punto de vista epidemiológico, el *ambiente biológico* está constituido por todos los seres que puedan tener influencia mediata o inmediata sobre el agente etiológico y el susceptible. Ecológicamente, forman parte de la biota, con lo cual, a efectos del análisis epidemiológico, son destacados y tratados como unidades interactuantes del sistema ambiente-agente-susceptible. La influencia más general que el ambiente biológico puede ejercer sobre el estado de salud-enfermedad de las poblaciones humanas se da sobre su estado nutricional.

Suelo, clima y recursos hídricos confluyen para la riqueza del recubrimiento vegetal, y ésta es propicia para la abundancia de la vida animal. El hombre depende tanto de los animales como de los vegetales para su supervivencia. Las comunidades relativamente saludables son aquellas que, en principio, disponen de la capacidad de producción de alimento para su propio beneficio.

La eclosión de enfermedades infecciosas en comunidades humanas y su mantenimiento bajo forma activa, es un fenómeno cuyos determinantes se relacionan de manera dinámica (Barreto, 1998). Los factores específicos del ambiente interactúan con los factores del agente y del huésped en la promoción y mantenimiento de las enfermedades. De los factores ambientales, importan aquellos que mantienen activos y disponibles los stocks de agentes biológicos patogénicos y aquellos que los vehiculizan hasta el hombre. La aplicación del modelo sistémico a las enfermedades infecciosas y parasitarias generó en el campo epidemiológico un glosario particular de conceptos interrelacionados en referencia al ambiente biológico. Vale la pena revisarlos a continuación.

En un ambiente dado, un individuo infectado podrá participar de la cadena de patogénesis a través de dos elementos estructurales epidemiológicos. Será huésped cuando su función sea la de servir de sustrato para la evolución de la infección y manifestación de la enfermedad. Será considerado como factor ambiental al participar como reservorio del agente biológico.

De acuerdo con la OPS/OMS (1992), *reservorio* de agentes infecciosos es el ser humano o animal, artrópodo, planta, suelo o materia inanimada (o una combinación de ellos) en el cual un agente infeccioso normalmente vive y se multiplica en condiciones de dependencia primordial para la supervivencia, y en el cual se reproduce de modo de poder ser transmitido a un huésped susceptible. La función de reservorio es central en el ciclo biológico de la estructura de mantenimiento de las enfermedades infecciosas. En este sentido, el ambiente biológico puede ser definido como un inmenso reservorio de agentes biológicos. Desde un abordaje más operativo, se visualizan situaciones ecológicas particulares que propician la existencia de reservorios ambientales de agentes biológicos.

Son llamadas *antroponosis* a las enfermedades en las cuales el hombre es el único reservorio, único huésped y único susceptible. Se encuentran en esta categoría la viruela, el coqueluche, la gripe, la fiebre tifoidea y las enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo.

Las *zoonosis* son infecciones comunes al hombre y otros animales. En las *antropozoonosis*, el reservorio está compuesto por poblaciones animales. Allí están clasificadas la leishmaniasis cutánea, la brucelosis y las arbovirosis silvestres. Son denominadas *zooantroponosis*, las zoonosis en las cuales las poblaciones humanas constituyen el reservorio. Los cerdos que consumen alimentos contaminados con heces humanas que contienen huevos de Tenia pueden adquirir cisticercosis. En las *anfixenosis*, tanto el hombre como los animales pueden funcionar como reservorio, dependiendo de los factores circunstanciales. En esta categoría se clasifican las enfermedades del Chagas y la leishmaniasis visceral. La blastomicosis sudamericana es un ejemplo de *fitonosis*, en la cual especies vegetales son reservorios y el hombre es el susceptible (Forattini, 1992).

Son reservorios humanos los casos clínicos y los portadores. Mientras que los casos clínicos, sean moderados, graves o fatales, son identificables por síntomas y signos, los casos atípicos y abortivos son aún más importantes desde el punto de vista epidemiológico, porque constituyen una fuente de infección de difícil control. Pueden ser clasificados como portadores activos y pasivos.

Los *portadores activos* son los que, a pesar de estar eliminando el agente, no presentan síntomas clínicos en el momento en que están siendo examinados, dado que, o bien ya los presentaron o los presentarán en un futuro, en el caso de que se trate de portadores convalecientes o incubadores respectivamente. *Portadores pasivos* son aquellos que nunca presentaron ni presentarán algún síntoma. Desde el punto de vista epidemiológico, éstos son los más importantes, porque, al no ser clínicamente diagnosticados, pasan totalmente desapercibidos y continúan difundiendo el agente etiológico de modo continuo o intermitente.

Los *vectores* son seres vivos que vehiculizan el agente desde el reservorio hasta el huésped potencial. Los *vectores mecánicos* actúan tan solo como transportadores de agentes infecciosos: son insectos que caminan o vuelan y que diseminan el agente a través de sus patas, probóscides o alas contaminadas, o por el paso del microorganismo a través del tracto gastrointestinal. En ellos los parásitos no se multiplican ni sufren ninguna modificación en su interior. Moscas y cucarachas transportan externamente microorganismos. Además, también los conducen internamente, ingiriéndolos y regurgitándolos sobre los alimentos, contaminándolos. Han sido detectados quistes de ameba en el estómago de cucarachas y en el material regurgitado

por ellas. Son llamados de *vectores biológicos* aquellos en los cuales los microorganismos desarrollan obligatoriamente una etapa de su ciclo vital antes de ser diseminados en el ambiente o inoculados en un nuevo huésped.

Los *vehículos* son fuentes secundarias de infección, intermediarias entre el reservorio y el huésped. Son objetos o materiales contaminados que sirven de medio mecánico para el transporte y la introducción de un agente infeccioso en un huésped susceptible. Se clasifican como vehículos los alimentos, como la leche o el agua, y objetos contaminados, como piezas de vestuario. Se denomina *contaminación* a la presencia del agente infeccioso en la superficie del cuerpo, en las ropas de cama, y juguetes, instrumentos o piezas quirúrgicas, en otros objetos inanimados o en alimentos. El término *polución* tiene un sentido más amplio que *contaminación*. Polución implica la presencia de sustancias nocivas a la salud en el ambiente, no necesariamente de naturaleza infecciosa.

La polución atmosférica maciza o progresiva produce enfermedades que alcanzan a toda o casi toda la comunidad. Como ejemplo recordamos la epidemia de bronquitis, asma y otras otras enfermedades respiratorias producidas por polución atmosférica ocurrida en Londres en 1952. Cerca de 4.000 personas fueron intoxicadas por gases de anhídrido sulfuroso, resultante de la actividad industrial y dispersos en la niebla londinense. Epidemias como la de Londres y otras relatadas en Bélgica y en Estados Unidos (OPS/OMS, 1986) son cada vez más raras, pero sirven para alertar sobre los efectos nocivos para la salud que trae la polución atmosférica.

Por otro lado, la exposición prolongada a bajas concentraciones de sustancias contaminantes puede producir casos crónicos y agudos de enfermedades no infecciosas. En Cubatão, San Pablo, la polución atmosférica ha sido señalada como el principal factor del elevado número de casos de anencefalia entre recién nacidos (ver el Recuadro 3.5).

Además de la polución por gases, polvaredas dispersas y humo de las fábricas, debe subrayarse el papel desempeñado por el creciente número de automóviles, ómnibus y demás vehículos motorizados, que, además de polucionar el ambiente, ocasionan ruidos dañinos a la salud individual y colectiva. Recientemente, fue sugerida una posible asociación entre concentración de monóxido de carbono y afecciones cardiovasculares (OPS/OMS, 1986). Además de enfermedades bien definidas, la polución atmosférica es causa también de innumerables síntomas y signos específicos no menos importantes, como

irritación en los ojos, nariz y garganta. Otros problemas son los malos olores, los daños a la vegetación, a las residencias, a las áreas de esparcimiento y al agua de abastecimiento.

En los últimos tiempos, el estudio de la influencia ejercida por factores naturales del ambiente físico en la producción de enfermedades se tornó menos importante que el conocimiento de la acción desarrollada por los agentes allí agregados como resultado de la acción humana. El progreso y el desarrollo industrial generaron nuevos problemas epidemiológicos, resultantes de la polución ambiental. El ambiente físico que envuelve al hombre moderno condiciona la aparición de enfermedades, cuya incidencia mostró una tendencia creciente a partir de la urbanización y de la modernización. Las enfermedades cardiovasculares, las alteraciones mentales y las neoplasias se encuentran estrechamente asociadas a diversos factores del ambiente físico.

Recuadro 3.5 ¿Ecopatológico o ecopolítico?

El caso de Cubatão ejemplifica no sólo la relevancia de los factores físicos en la formación del ambiente favorable a la enfermedad, por un lado, como también la importancia de factores socioeconómicos y políticos, por el otro. El resultado final de ese estado de cosas son las enfermedades del aparato respiratorio, envenenamiento por metales, malformaciones congénitas (anencefalia, focomelia) y, principalmente, una epidemia de accidentes a gran escala. Un estudio de 248 accidentes de trabajo ocurridos con 1.465 trabajadores a los cuales se les efectuó un seguimiento durante el período 1980-1981, constató que "las causas más frecuentes de los accidentes de trabajo, están relacionadas con los aspectos organizacionales y técnicos del proceso inmediato de producción, que están definidos por un conjunto de condiciones antieconómicas: largas jornadas de trabajo, ritmos intensos, utilización de máquinas y equipamientos en malas condiciones, inadecuados o inapropiados, la inestabilidad en el empleo, la exposición a innumerables agresores físicos y químicos...".

El desconocimiento (¿intencional?) de las tecnologías de prevención de la polución, el desprecio por las normas legales y por los valores humanos son factores que también confluyen para expoliar la calidad de vida. Contribuyen como escenario y como causas para la perturbación ecológica. Sin embargo, no son los factores ecológicos componentes de procesos epidemiológicos. Se trata, de hecho, de profundas transgresiones éticas que emergen de criterios políticos y económicos.

(Fuente: Medrado-Faria *et al.*, 1983)

Debido a la creciente industrialización, existe un gran número de sustancias carcinogénicas que se ingieren, inhalan, absorben por vía cutánea o que se introducen en el organismo como medicamentos o por accidente. Distintos estudios epidemiológicos han revelado carcinógenos ocupacionales o iatrogénicos, tales como: asbestos (mesotelioma), aminas aromáticas (cáncer de vejiga), arsenicales inorgánicos (carcinoma cutáneo), aflatoxina (cáncer hepático) y muchos otros (OPS/OMS, 1986). Además de producir enfermedades conocidas como las neoplasias, los efluentes químicos también son responsables por la aparición de patologías degenerativas emergentes, como la enfermedad de Minamata (ver Recuadro 3.6).

Recuadro 3.6 La enfermedad de Minamata

La población de la Bahía de Minamata, en Japón, en su mayoría constituida por pescadores y sus familias, desarrollaba sus tradiciones y cultura en base a una fuente de subsistencia: el mar y la pesca. En abril de 1952, se registró el primer caso notificado de una enfermedad no identificada del sistema nervioso central, posteriormente denominada enfermedad de Minamata. Estudios epidemiológicos determinaron que la enfermedad era causada por compuestos de acetaldehído contenidos en los efluentes de una fábrica contaminadora de agua. El contaminante se encontraba en el agua en una concentración no detectable a través de análisis químicos, sin embargo era absorbido por peces y mariscos y concentrado biológicamente. En febrero de 1971, la epidemia había contabilizado 121 casos, inclusive portadores de anomalías congénitas. La enfermedad se presentaba en grandes consumidores de pescado, especialmente en las familias de pescadores. Nacieron 22 niños con complicaciones cerebrales (parálisis y retraso mental) de

madres que habían ingerido proteína con metilmercurio, lo que indica que se producían daños fetales por medio de la placenta.

(Fuente: OPS/OMS, 1986)

Entre los factores agresivos presentes introducidos en el ambiente físico por la acción del hombre, no debemos olvidar el uso, muchas veces exagerado, de pesticidas para la protección de los cultivos. Los alimentos, tanto los vegetales como los de origen animal, transmiten estas sustancias en concentraciones mínimas. Se teme que la acumulación gradual en el organismo humano, debido a su relativa estabilidad, pueda ocasionar serios daños en la salud de los consumidores. Otro problema bastante serio son los aditivos alimenticios bajo la forma de sabores artificiales, colorantes, conservantes e incluso hormonas sintéticas. Sus efectos, por exposición continua y en el largo plazo, aún son desconocidos. Resta aún señalar que el ambiente físico de los lugares de trabajo puede, por los factores de riesgo presentes, estar asociado a la producción de enfermedades.

El uso de medicamentos es otro elemento importante que puede componer la estructura epidemiológica de las enfermedades no-infecciosas. Las características normales del feto podrán sufrir alteraciones si una nueva droga pasa a ser comercializada sin pruebas suficientes de su inocuidad. Este fue el caso de la epidemia de focomelia debido a la talidomida que ocurrió a partir de 1959. En varios consultorios pediátricos, un síndrome con malformaciones congénitas extremadamente extraño pasó a ser notificado con una frecuencia 30 a 70 veces mayor. En un estudio realizado con 46 madres se llegó a la conclusión de que 41 de ellas habían hecho uso de la talidomida (un nuevo tranquilizante introducido en la época) en los primeros meses de gestación (Mellin & Katzenstein, 1962).

Un desequilibrio ambiental de carácter intencional ocurrió en Hiroshima en 1945, en ocasión de la explosión de la bomba atómica que devastó casas y vegetación, mató miles de personas y animales y dejó su marca por muchos años más entre los sobrevivientes, que posteriormente murieron víctimas de la leucemia. Otro ejemplo de desastre ambiental relacionado a un conflicto bélico fue el empleo extensivo de defoliantes en las selvas tropicales de Vietnam, por las tropas norteamericanas. La dioxina, sustancia carcinogénica componente

del defoliante sintético llamado "agente naranja", ha sido responsabilizada por casos de leucemia tanto entre ex combatientes americanos, como entre civiles y militares de la población local.

Sistemas epidemiológicos

La gran mayoría de las enfermedades resulta de una conjunción de factores extrínsecos, situados en el medio ambiente, y de factores intrínsecos propios del ser vivo afectado. Los problemas de salud son generados por la interrelación de los componentes bióticos y abióticos del ecosistema con organismos vivos. Para estas enfermedades, el modelo sistémico discutido anteriormente se ha mostrado provisoriamente adecuado para dar cuenta de su estructura de determinación (Chaves, 1972; San Martin, 1981). Algunas alteraciones patológicas pueden ser vistas como totalmente independientes de las relaciones establecidas entre el organismo y el medio. Se puede proponer la validación de esa hipótesis presentando como ejemplo las enfermedades de carácter hereditario, virtualmente presentes a partir del momento de la concepción, o los procesos degenerativos, cuyo origen sea esencialmente intrínseco. Mientras tanto, no hay una línea genética o anomalía congénita que no necesite la interacción ambiental para expresarse fenotípicamente (Jasny & Kennedy, 2001).

En un ecosistema, en cualquier etapa de su evolución, independientemente de la configuración de los elementos en equilibrio, el ser humano convive con factores cuya actuación o simple presencia o ausencia favorece el desarrollo de enfermedades. Algunas veces solo son acometidos, de forma eventual, algunos pocos individuos aislados, más susceptibles o más expuestos. Otras veces, y esto sucede con frecuencia, la confluencia de factores del medio se muestra bastante propicia y la enfermedad afecta perceptiblemente a grupos poblacionales en los cuales puede ser detectada alguna homogeneidad, sea económica o social. En este caso estamos ante enfermedades de carácter endémico: desnutrición en los estratos más pobres de la población, enfermedades de transmisión sexual entre trabajadores sexuales, abuso de drogas en los sectores marginalizados de los grandes centros urbanos, mal de Chagas en poblaciones rurales.

Examinemos el ejemplo de la esquistosomiasis. Sabemos que esta enfermedad es producida por la acción directa de un agente biológico llamado *schistosoma mansoni*. Sin embargo, tal información es útil

solamente para la comprensión de la enfermedad en casos clínicos individuales. La presencia endémica de esquistosomiasis en el Nordeste brasileño, esta sí es una cuestión epidemiológica, puede ser atribuida a una confluencia de varios factores contribuyentes. En primer lugar, históricamente se registra que el *schistosoma mansoni* es un helminto que llegó a Brasil en tiempos coloniales, infectando esclavos traídos de África. Además de la pobreza crónica, culturalmente persiste en la región el hábito de defecar en las proximidades de fuentes de agua (riachos, lagos, pozos peridomiciliares, canales de riego etc.) en personas pertenecientes a los grupos menos favorecidos social y económicamente. Los miracidios salidos de los huevos eliminados con el excremento encuentran en los caracoles del género *biomphalaria*, unos huéspedes intermediarios convenientes y abundantes para la supervivencia de la especie. El uso de agua contaminada para el baño, la bebida o el lavado de ropa permite a las cercarias penetrar en el hombre, donde el helminto alcanza el desarrollo adulto. La pobreza y la falta de educación, la falta de saneamiento básico y de áreas de esparcimiento son factores decisivos para el mantenimiento del ciclo vital del parásito y así reforzar el carácter endémico de la patología.

Consideremos ahora el problema de las enfermedades epidémicas en una cierta región. Suponiendo que no existieran casos en la población hasta entonces y que estos fueran importados de otro sistema epidemiológico, o que estas ya existían desde hace mucho tiempo como enfermedades endémicas que, desde aquel momento, asumieron características epidémicas. En cualquier de los casos, la eclosión de una epidemia debe ser imputada a una ruptura del equilibrio hasta entonces vigente en el ecosistema. Esto implica modificaciones que pueden ser cuantitativas o cualitativas. Las modificaciones cuantitativas se refieren al aumento o disminución del volumen o de la intensidad con que se hacen presentes los factores determinantes en el sistema epidemiológico. Las alteraciones de orden cualitativa constituyen importaciones, supresiones o cambios impuestos al sistema epidemiológico.

Modelos socioculturales

En su fecunda obra *Causal Thinking in the Health Science*, Mervyn Susser (1973) definió el término enfermedad como un proceso fisiopatológico que causa un estado de disfunción fisiológica o psicológica en el individuo. Por otro lado, padecimiento es un estado individual, subjetivo, una cierta conciencia psicológica y corporal de la patología, mientras *sickness* implica un estado de disfunción social del sujeto que adolece, correspondiente al concepto de *sick-role* de Parsons. Paralelamente, Susser definió "comprometimiento" como defecto físico o psicológico, "discapacidad" como disfunción física o psicológica persistente y "desventaja" como disfunción social producto de la incapacidad.

Abocado al importante esfuerzo de construcción teórica de una Sociología Médica, Field (1976) conceptualizaba enfermedad como anormalidad o alteración patológica reconocida por un conjunto de signos y síntomas definidos a partir de una concepción biomédica. En contrapartida, padecimiento, se refería básicamente a la experiencia subjetiva del estado "*ill health*" de un individuo, indicada a través de *feelings* de dolor y molestia. Haciendo tributo a la teoría parsoniana del papel del enfermo, Field consideraba que *sickness* no implicaba simplemente una condición "biológicamente alterada, sino también un estado socialmente alterado que puede ser visto tanto como desviante como (normalmente) indeseable" (Field, 1976:335).

Engelhardt (1975) considera una falacia el tomar construcciones abstractas como cosas concretas, entes diferenciados y autónomos. De ese modo justifica la definición de enfermedad como una categoría científica destinada a explicar y predecir enfermedades, sugiriendo que sería ésta un referente para los procesos fenomenológicos de la salud. En sus propias palabras:

> *La adopción del concepto de enfermedad presupone fenómenos físicos y mentales que pueden ser relacionados con eventos de dolor y sufrimiento, y de este modo sus patrones pueden ser explicados, su curso puede predecirse y se puede influir sobre sus consecuencias favorablemente* (Engelhardt, 1975:137).

En esa misma línea, Fulford consideró que ni aun el concepto de enfermedad estaría exento de valor, defendiendo un abordaje pragmático por medio del empleo de dos niveles diferentes de análisis: un nivel

descriptivo y un nivel interpretativo. Dado que el primer nivel incorpora conceptos de enfermedad sobre el que predomina un alto grado de consenso, sería necesario considerar más el análisis del segundo nivel. En este caso, los conceptos de enfermedad podrían ser genéricamente referidos como fallas (*failures*). La enfermedad correspondería a una "falla de la función, mientras que *sickness* resultaría de una "falla de la acción". Finalmente, Fulford cuestiona la existencia de un lazo de determinación entre enfermedad y *sickness*, según los postulados de Boorse, indicando que la experiencia concreta de la enfermedad no podrá ser explicada por los conceptos de enfermedad debiendo ser comprendida como fenomenológicamente determinada.

Recientemente Boorse (1997), con un sentido autocrítico admitió la necesidad de superar su concepción negativo-evolutiva (en base en el gradiente disfunción-patología-enfermedad) de la salud, proponiendo en su lugar la noción de "grados de salud". Esto implica una definición extremadamente limitada de salud positiva como el grado máximo de salud posible, en contraposición a cualquier reducción de la función normal óptima para la clase de referencia. Normalidad, en esa concepción, tendría tres niveles de especificación: normal teórico, normal diagnóstico y normal terapéutico. El opuesto lógico de patología sería normalidad teórica (o conceptual). Para los otros niveles de normalidad, corresponderían sus respectivos antagonismos: anormal diagnóstico y anormal terapéutico. Finalmente, Boorse considera las situaciones extremas de *illness* (en contraposición a *wellness*) y de muerte-vida. Las relaciones de pertinencia y de oposición estructurantes de este interesante esquema se encuentran representadas en la Figura 3.4. Curiosamente, lo esencial de esa formulación ya se encontraba en la obra de Mario Chaves, importante filósofo de la salud brasileño, cuya obra será presentada más adelante.

Arthur Kleinman, Leon Eisenberg y Byron Good (1978), profesores de la Universidad de Harvard, sistematizaron un modelo qne concede especial importancia teórica a la noción de enfermedad, con énfasis en los aspectos sociales y culturales que paradójicamente habían sido despreciados por los abordajes anteriores. Esa proposición se basaba en la distinción entre las dimensiones individual y cultural de la enfermedad como fenómeno biológico, correspondientes respectivamente a dos categorías: padecimiento y *sickness*. En esa perspectiva, el funcionamiento patológico de órganos o sistemas fisiológicos ocurriría independientemente de su reconocimiento o percepción por el individuo o ambiente social.

Dentro de un referencial bastante congruente con la teoría de Boorse, para Kleinman *et al.*, enfermedad se refiere a las alteraciones o disfunciones de procesos biológicos y/o psicológicos, definidos de acuerdo con la concepción biomédica. El concepto de *sickness*, en cambio, se refiere a los procesos de significación de la enfermedad como también a la reacción social frente a la enfermedad. La categoría padecimiento incorpora la experiencia y la percepción individual relativa a los problemas derivados de la patología. Más allá de los significados culturales, incidirían también aspectos simbólicos particulares formadores de la propia enfermedad en el ámbito psicológico individual, tanto como los significados creados por el paciente para gerenciar el proceso patológico.

<table>
<tr><td colspan="3">Salud sub-óptima</td><td>Salud positiva</td></tr>
<tr><td colspan="2">Patología</td><td colspan="2">Normalidad teórica</td></tr>
<tr><td colspan="2">Anormalidad diagnosticada</td><td colspan="2">Normalidad diagnosticada</td></tr>
<tr><td colspan="2">Anormalidad terapéutica</td><td colspan="2">Normalidad terapéutica</td></tr>
<tr><td colspan="2">Padecimiento (illness)</td><td colspan="2">Bienestar (wellness)</td></tr>
<tr><td>Muerte</td><td colspan="3">Vida</td></tr>
</table>

Figura 3.4 Modelo de los grados de salud de Boorse.
Fuente: Boorse, 1975.

Posteriormente, Kleinman revisó parcialmente su posición objetivista original y defendió que ambas, *sickness* y padecimiento, serían construcciones sociales. El padecimiento se refiere a la forma en que el sujeto enfermo percibe, expresa y lidia con el proceso de enfermar. La enfermedad es por lo tanto, anterior a *sickness*, la cual es producida a partir de la reconstrucción técnica del discurso profesional en el encuentro con el paciente, a partir de una comunicación en torno del idioma culturalmente compartido de la enfermedad. El modelo equivalente se encuentra esquematizado en la Figura 3.5.

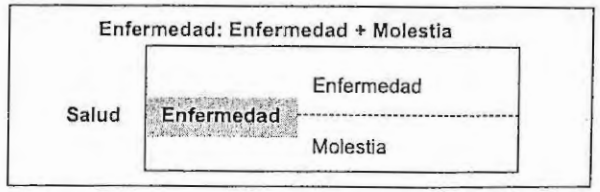


Figura 3.5 Modelo de enfermedad-salud de Kleinman/Good.

Byron Good y Mary-Jo Good, discípulos de Kleinman, reforzando la perspectiva del relativismo intra e intercultural de la enfermedad, postulan que las fronteras entre normal-patológico y salud-enfermedad serían establecidas por las experiencias de enfermedad en diferentes culturas, a través de las formas en que son narradas y por los rituales empleados para reconstruir el mundo que el sufrimiento destruye. En esa perspectiva, la enfermedad (y por extensión, la salud) no es una cosa en sí, ni la representación de esa cosa, sino un objeto fruto de esa interacción, capaz de sintetizar múltiples significados. Según estos autores, la interpretación de los síntomas como manifestación de la "realidad biológica" subyacente es una característica de la racionalidad clínica.

Según el modelo biomédico de enfermedad-salud, la práctica clínica se basa en el conocimiento de las cadenas causales que operan en el nivel biológico, siguiendo la ruta de decodificación de quejas de los pacientes, a fin de identificar el proceso patológico somático o psicológico subyacente. De esa forma, se pretende alcanzar un doble objetivo: establecer el diagnóstico de la enfermedad y proponer una terapéutica eficaz y racional. Para Good & Good, la atribución del "significado de síntoma" a un estado fisiológico alterado resulta insuficiente como fundamento para la crítica, cuando los factores psicológicos, sociales y culturales influencian la experiencia de la enfermedad, su manifestación y la expresión de los síntomas.

Buscando desarrollar un abordaje de la determinación de las enfermedades en las sociedades en base a un análisis de las relaciones sociales de producción, Allan Young realizó una crítica de la teoría de los modelos de enfermedad propuesta por Kleinman y Good & Good. Por un lado planteaba que el modelo Kleinman-Good considera tan solo el individuo como objeto y terreno de los eventos significativos de la enfermedad, sin relatar los modos a través de los cuales la conforman y la distribuyen. Por otro lado, reconociendo su avance en relación al modelo biomédico, este autor consideró que la distinción entre patología y enfermedad se muestra insuficiente para dar cuenta de la dimensión social del proceso de enfermar.

Para superar esas limitaciones, Young (1980) defendió la sustitución del esquema Kleinman-Good (enfermedad=padecimiento + *sickness*) por una serie triple de categorías de nivel jerárquico equivalente (enfermedad, padecimiento y *sickness*), concediendo mayor relevancia teórica al componente *sickness*[1].

1. Es en este sentido que Young termina postulando una "*anthropology of sickness*".

En el presente texto, proponemos designar el modelo de Young como complejo SEP (*sickness*-enfermedad-padecimiento), conforme está representado en la Figura 3.6.

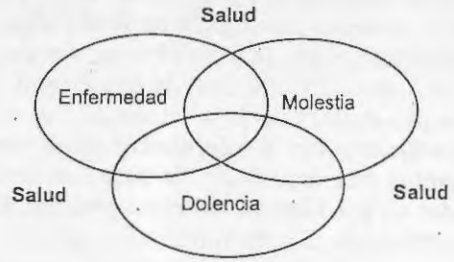


Figura 3.6 Modelo del complejo sickness-enfermedad-padecimiento de Young.

Para Young, las prácticas médicas revelan un importante componente político e ideológico, estructurándose en base a las relaciones de poder, que justifican una distribución social desigual de las enfermedades y de los tratamientos, como también de sus consecuencias. Por este motivo, los elementos del complejo SEP, *sickness*, enfermedad, padecimiento, no son términos neutros, sino que comprenden un proceso circular por medio del cual los signos biológicos y los comportamientos son significados socialmente como síntomas. Esos síntomas, a su vez, son interpretados por una semiología que los asocia a ciertas etiologías y que justifica intervenciones cuyos resultados terminan legitimándolos como signos diagnósticos de ciertas patologías.

El autor comenta además, que en sistemas médicos plurales, un conjunto de signos puede designar diferentes enfermedades y prácticas terapéuticas que no se superponen. Las fuerzas sociales son las que determinan qué personas sufren ciertas enfermedades, exhiben ciertos padecimientos y tienen acceso a determinados tratamientos. Dependiendo de la posición socioeconómica del enfermo, una misma patología implica diferentes padecimientos y enfermedades y diversos procesos de cura.

En esa perspectiva, el concepto de enfermedad debe incorporar el proceso de atribución de significados socialmente reconocidos a signos de comportamientos desviantes y señales biológicas, transformándolos en síntomas y eventos socialmente significantes. Para Young, "*sickness* es un proceso de socialización de la enfermedad y del

padecimiento" ("*sickness is a process for socializing disease and illness*") (Young, 1982:270).

Este proceso de socialización de la patología –o mejor aún, de construcción social de la enfermedad– se da, en parte, al interior y a través de los sistemas médicos, articulados a los circuitos ideológicos más amplios en la sociedad. Para Young, esa dimensión ideológica, a través de los saberes y prácticas de salud, reproduce visiones específicas del orden social y actúa en el sentido de su mantenimiento. Las representaciones sobre la enfermedad constituyen, en última instancia, elementos de mistificación de su origen social y de las condiciones sociales de producción del conocimiento. La traducción de formas de sufrimiento (*sickness*) derivadas de las relaciones de clase en términos médicos constituye un proceso de neutralización que sigue los intereses de las clases hegemónicas. O sea, mediante el proceso de medicalización, la condición de enfermo queda reducida al nivel biológico individual, desconsiderándose su dimensión social, política e histórica.

De hecho, el foco sobre la dimensión de la enfermedad del modelo del complejo SEP de Young, permite superar el énfasis en los niveles biológico (según el abordaje de Boorse) e individual o microsocial (característica del enfoque de Kleinman).

Comentario final

La epidemiología busca, en síntesis, estudiar los factores determinantes extrínsecos de los fenómenos de la salud-enfermedad. Por ese motivo, puede ser encontrada una síntesis del abordaje epidemiológico en la transposición de los modelos de causalidad y riesgo para una interpretación sistémica general de la patogénesis. Además, presuponiendo que los fenómenos de la salud ocurren en múltiples dimensiones, el abordaje epidemiológico valoriza cada vez más los aspectos ecológicos, sociales y culturales del propio concepto de enfermedad como complejo *sickness*-enfermedad-padecimiento.

Vimos anteriormente ejemplos de cómo el abordaje epidemiológico es capaz de propiciar una comprensión más global de los procesos de producción de enfermedad en poblaciones humanas, yendo más allá del estudio de los agentes responsables de la causalidad individual. Veremos en los próximos capítulos cómo la epidemiología, utilizando técnicas analíticas de investigación que le son propias, puede

identificar factores de riesgo en los ambientes físico-químico, biológico, social o cultural. Esto significa investigar eventos, procesos y fenómenos que, asociados de algún modo, favorecen a que los agentes que deterioran una fisiología normal, se instalen o se desarrollen en organismos sanos, afectando así la salud individual y produciendo enfermos en las poblaciones, resultando en impactos negativos sobre la salud colectiva de las sociedades.

Para saber más, consulte:

1. Barreto ML. Emergência e "permanencia" das doenças infecciosas: implicações para a saúde pública e para a pesquisa. Médicos (HC - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), 1998, I (3): 18-25.
2. Berlinguer G. A Doença. São Paulo, CEBES-Hucitec, 1988.
3. Castiel L.D. O Buraco e o avestruz - A singularidade do adoecer humano. Campinas, Papirus, 1994.
4. Chaves, M. Saúde e Sistemas. Río de Janeiro: Editora FGV, 1978.
5. Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. San Pablo: EDUSP, 1992.
6. Jenicek M. Epidemiology: the logic of modern medicine. Montreal: EPIMED International, 1995.
7. Kroll-Smith S, Brown P, Gunter V. (eds.) Illness and the Environment. A Reader in Contested Medicine. New York: New York University Press, 2000.
8. Laurell AC. A Saúde como processo social. En: Nunes ED (org.) Medicina social: aspectos históricos e Teóricos. San Pablo: Global Editora, 1983.
9. Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. San Pablo: McGraw-Hill, 1976.
10. Massé R. Culture et Santé Publique. Montreal, Gaëtan Morin, 1995.
11. Mondini L, Monteiro C. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à realidade brasileira. Revista Brasileira de Epidemiologia 1998; 1(1):28-39.
12. OPS/OMS. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. 15ª ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud (Publicaciones Científicas # 538), 1992.
13. OPS/OMS. Riesgos del ambiente humano para la salud. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana (Publicaciones Científicas # 329), 1986.
14. Pérez-Tamayo R. El concepto de enfermedad. México, Fondo de Cultura Económica, 1978.
15. Sousa MV (org.) Gestão da vida: genoma e pós-genoma. Brasilia: Editora da UnB, 2001.
16. Stallones R. Environment, Ecology and Epidemiology. Washington, D.C: PAHO, Scient. Publ. 231, 1971.

Organización Panamericana de la Salud.
Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, segunda edición. Washington D.C.: OPS, © 2002, 26 p. –(Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares N° 24).

MARCO CONCEPTUAL

La observación de la realidad –la naturaleza tal como existe– y la organización racional de esas observaciones para describir, explicar, predecir, intervenir, controlar y modificar la realidad es el fundamento de la ciencia. Esta forma de percibir la realidad y, con ella, la generación de conocimiento, se ven necesariamente influenciadas por las concepciones dominantes en cada tiempo y lugar, los llamados *paradigmas*. Estos paradigmas, con sus elementos objetivos y subjetivos, postulan modelos y valores que forman un marco teórico y proveen una estructura coherente para entender la realidad.

Al mismo tiempo, los paradigmas imponen límites implícitos a las preguntas, conceptos y métodos que se consideran legítimos. Las observaciones que no encajan en el paradigma dominante a menudo se subestiman, se malinterpretan o se reinterpretan para que encajen en sus modelos o valores. Eventualmente, la tensión generada entre lo establecido como tradicional y lo innovador da paso a un nuevo paradigma que, reemplazando rápidamente al anterior, se convierte en el nuevo paradigma dominante. Así, la secuencia de paradigmas en épocas sucesivas guía la evolución de una disciplina científica.

La epidemiología no ha estado ajena a este proceso de transformación y cambio de paradigmas. A lo largo del tiempo, han surgido nuevos modelos y valores y otros han caído en desuso, impulsados por la necesidad de subsanar brechas y limitaciones conceptuales, por la inclusión o exclusión de actores, por la extensión o restricción de niveles de análisis y por el desarrollo de la tecnología y de nuevos métodos de investigación de la frecuencia, distribución y determinantes de la salud en las poblaciones. Implícita en cada paradigma de la epidemiología ha habido siempre una concepción primordial sobre la *causalidad* de los fenómenos de salud y enfermedad en la población.

Así en la historia de la epidemiología moderna se pueden distinguir tres grandes eras, cada una de ellas con su paradigma dominante (Susser y Susser, 1996)

- La era de la *estadística sanitaria* y el paradigma miasmático: la enfermedad en la población se atribuye a las emanaciones hediondas (miasma) de la materia orgánica en agua, aire y suelo; el control de la enfermedad en la población se concentra en el saneamiento y el drenaje.
- La era de la *epidemiología de enfermedades infecciosas* y el paradigma microbiano: los postulados de Koch plantean que la enfermedad en la población se atribuye a un agente microbiano, único y específico por enfermedad y reproducible y aislable en condiciones experimentales; el control de la enfermedad en la población se enfoca a la interrupción de la transmisión o propagación del agente.
- La era de la *epidemiología de enfermedades crónicas* y el paradigma de los factores de riesgo: la enfermedad en la población se atribuye a la interacción producida por la exposición y/o susceptibilidad de los individuos a múltiples factores de riesgo; el control de la enfermedad en la población se enfoca a la reducción de los riesgos individuales de enfermar a través de intervenciones sobre los estilos de vida.

Es importante destacar que, en cada era, el paradigma epidemiológico dominante ha tenido implicaciones cruciales para la práctica de la salud pública, no solamente al redefinir el concepto de salud prevalente en un lugar y tiempo dados, sino fundamentalmente al fijar las premisas y normas de lo que, en su momento, se califica como práctica *racional* de la salud pública. Así, la transición de paradigmas epidemiológicos se acompaña de cambios en la definición de políticas de salud, prioridades de investigación en salud, necesidades de capacitación de recursos humanos, organización de los sistemas de salud y operación de los servicios de salud, entre muchos otros cambios.

El presente es un resumen de la siguiente bibliografía:

- Nahomar de Almeida Filho y Maria Zéila R. INTRODUCCION A LA EPIDEMIOLOGIA. Capitulo 4. 1ª ed. Lugar Editorial , Buenos Aires 2008

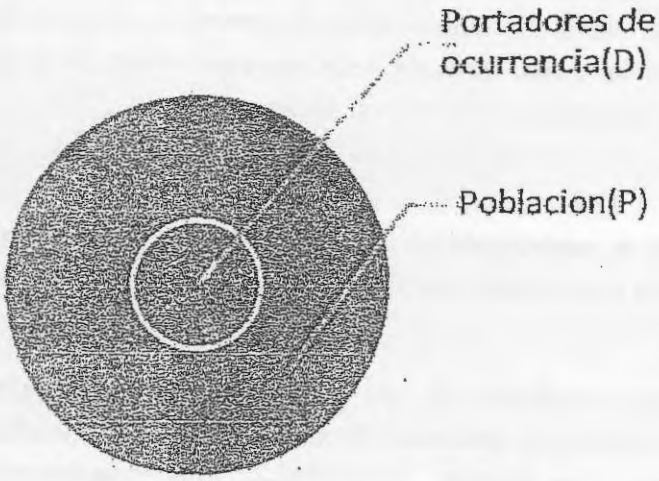
Capitulo 4. Lógica Epidemiológica y conceptos básicos.

RIESGO: La probabilidad de ocurrencia de una enfermedad , agravio , muerte o condición relacionada a la salud (incluyendo cura, recuperación , o mejora) en una población o grupo , durante un periodo de tiempo determinado .

No cualquier proporción puede indicar una estimación de riesgo. Es necesario observar la presencia de tres elementos, que siempre componen la definición epidemiológica del riesgo:

1. Ocurrencia de casos de muerte-enfermedad-salud (numerador).
2. Base de referencia poblacional (denominador).
3. Base de referencia temporal (periodo).

Gráficamente el objeto epidemiológico primitivo



Obtenemos entonces, dos conjuntos formados por individuos miembros de una determinada población **P**, representada por el conjunto mayor. Algunos elementos de este conjunto se distinguen como portadores o padeciendo alguna enfermedad-agravio-problema **D**, formando un subconjunto/conjunto D/P expresa la probabilidad de que los miembros de P sean también elementos del subconjunto D. En otras palabras, indicara la probabilidad, de ocurrencia del atributo **d** (enfermedad o fenómeno correlativo) , referida a modelos de distribución demográfica de eventos de salud en conjuntos de individuos .

No se puede aplicar este modelo para establecer el diagnostico o pronostico de un individuo en particular, porque el concepto de riesgo se refiere exclusivamente al grupo como un todo.

Dentro de sus límites todo indicador epidemiológico aspira a asumir la forma general

D/P I Tiempo, el sentido de una medida prototípica del riesgo. En todos los casos, la dimensión temporal debe ser siempre indicada, no importa el tipo o el nivel de la medida epidemiológica.

De esta manera, a través del uso consciente de los llamados *indicadores* de la *salud*, la epidemiologia reafirma como objeto privilegiado el concepto de riesgo.

FACTOR DE RIESGO: es el atributo de un grupo de la población que presenta mayor incidencia de una enfermedad o agravio de salud en comparación de otros grupos definidos por la ausencia o menor exposición a tal característica.

Una distinción entre factores de riesgo (cuyo efecto puede ser prevenido) y marcadores de riesgo (atributos inevitables, ya dados, cuyo efecto se encuentra, por lo tanto fuera de la posibilidad de control), parece tener gran utilidad en la práctica. El factor de exposición cuyo efecto es prevenible, es denominado factor de riesgo propiamente dicho. Sean exógenos o endógenos, se trata de aquellos factores que pueden ser controlados, por lo menos teóricamente, a través de la intervención clínica o epidemiológica. Cuando se trata de atributos inevitables, ya dados, cuyos efectos sobre la salud por lo tanto se encuentran al margen de cualquier acción preventiva se puede utilizar el nombre de marcador de riesgo. Por ejemplo sexo y grupo étnico son marcadores de riesgo para enfermedad coronaria, edad y ascendencia familiar son marcadores para cáncer de pulmón.

FACTOR DE PROTECCION: es el atributo de un grupo de la población que presenta menor incidencia de un determinado trastorno en relación a otros grupos definidos por la ausencia o baja dosis de tal factor.

Se puede hacer una critica conceptual al uso del termino FACTOR, que implicaría necesariamente una relación causal, de producción de alteraciones, dada la etiología latina de factor "como aquello que hace o que produce ". Esta definición esta evidentemente dotada de una precisión imposible de ser verificada en la mayoría de los factores de exposición estudiados por la epidemiologia moderna. Sin embargo se trata de una terminología ya bastante incorporada en la jerga epidemiológica actual, de difícil remoción.

AGOSTO 2016
LAURA FAUTOS

1. El enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo enfatiza en la identificación de factores (condiciones biológicas, ambientales o de contexto) que se asocian con una presentación más frecuente (o más intensa) de un daño a la salud.

Se asume, asimismo, que esta exposición es contingente: puede o no estar presente en los individuos (o población) en estudio y su presencia puede adquirir diversos grados de intensidad.

La exposición es, entonces, la circunstancia que se busca con la pretensión de que su control disminuirá la frecuencia o gravedad del evento negativo en cuestión.

En salud pública el discurso del riesgo puede ser separado en dos grandes **enfoques:**

- El **primer enfoque** sitúa al riesgo como un **peligro para la salud** de la población que está expuesta a accidentes ambientales, desechos nucleares y residuos químicos tóxicos. En esta conceptualización del riesgo, la amenaza para la salud está relacionada con un accidente que es **externo**, y sobre el cual los individuos tienen escaso control. La respuesta habitual a tales riesgos por parte de la población común es de enojo con las autoridades, sentimiento de falta de poder y ansiedad, e interés por la, aparentemente deliberada y no regulada, contaminación del ambiente.

  Los metodólogos que examinan la percepción del riesgo y su aceptación por parte de personas legas, están orientados objetiva, sistemática y científicamente a proveer de medios "racionales" para tomar decisiones sobre accidentes en la salud. La evaluación del riesgo que hace la gente común es vista como un proceso cognitivo que puede ser medido en el laboratorio, separado del contexto social.

- El **segundo enfoque** en los riesgos para la salud enfatiza el riesgo como consecuencia de los **"estilos de vida"** elegidos por los individuos y pone el acento en el **auto control**.

  La detección de riesgos relacionados con los estilos de vida es llevada a cabo formalmente por medio de evaluaciones de riesgos y programas de tamizaje (*screening*) en los que los individuos participan y son clasificados. Tales evaluaciones son utilizadas para asesorar a los individuos acerca de las futuras amenazas a su salud, que están asociadas con comportamientos posibles de ser modificados. El objetivo es promover la toma de conciencia de los peligros potenciales en los estilos de vida elegidos y así motivar a los individuos para que participen de programas de educación y promoción de la salud.

Las investigaciones sobre la aceptación del riesgo del estilo de vida personal también tienden a utilizar métodos cuantitativos, usualmente sobre la base de cuestionarios que incorporan preguntas tales como:

"¿A cuánto riesgo (de padecer la enfermedad en cuestión) cree Ud. que personalmente se encuentra?, con respuestas disponibles del tipo de "En gran riesgo" o "Absolutamente sin riesgo".

Ministerio de Salud de la Nación. Unidad 6 El enfoque de riesgo. En Módulo 2: Epidemiología. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Buenos Aires, 2010. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/material-bibliografico consultado julio 2017.

La mayoría de los cuestionarios son del tipo cerrado con respuestas precategorizadas.

En años recientes, un pequeño número de sociólogos, antropólogos y filósofos han enfocado su atención sobre otros aspectos del **riesgo**, observándolo no como un concepto neutral y fácilmente medible, sino como un **concepto socio cultural cargado de significado.**

1.1. El enfoque de riesgo: aspectos polémicos

Se ha escrito mucho a favor y en contra del enfoque de riesgo.

Las principales **críticas** fueron:

1. En la búsqueda de una solución milagrosa: encontrar una solución técnica, simple, barata y muy eficaz que permitiera resolver rápidamente un problema importante, se construyó un modelo que resultó el ejemplo casi ideal del **paradigma pasteuriano**. Se intentó simplificar demasiado aspectos que son naturalmente complejos.

2. El desvío cuantitativo se hizo en detrimento de la calidad de la identificación de los factores de riesgo.
   *Por **ejemplo**: Un estudio concluía que cada consulta prenatal añadía 30 gramos de peso al recién nacido; de lo cual podría deducirse, lógicamente, que un número excesivo de consultas prenatales produciría sobrepeso en el recién nacido.*

3. Los aspectos ligados a la **administración de los servicios**, tales como accesibilidad del hospital de referencia, entre otros, fueron generalmente pasados por alto (Dujardin, 1995; Carroli, 2001), ya que se asumía a priori que eran de manejo demasiado complejo.
4. El estudio de la percepción y aceptación de los riesgos en el campo de la salud tiende a **no tomar en consideración la influencia del contexto sociocultural** dentro del cual la percepción toma lugar.

5. Escaso cuestionamiento sobre la validez de la metodología. Es extremadamente común el uso del concepto de **"riesgo"** en la salud pública, pero ha sido escaso el **examen crítico del significado** del término.

6. Puede generar discriminación. La noción de **riesgo externo** sirve para categorizar a los individuos o grupos entre "aquellos en riesgo" y "aquellos que representan un riesgo para los demás".

7. El discurso del **riesgo en el estilo de vida** ignora la noción de que los accidentes de salud en la sociedad postindustrial están fuera del control de los individuos. El tema dominante es la responsabilidad del individuo en evitar los riesgos de salud para su beneficio y también para beneficio de la sociedad.

8. El enfoque que enfatiza el riesgo como consecuencia de los **"estilos de vida"** elegidos por los individuos no tiene en cuenta que muchas veces el individuo no tiene libertad real para elegir. El acento en el **auto control** debería reemplazarse por mejores condiciones para las comunidades.

9. Se pone especial énfasis sobre los **aspectos negativos** (1% de probabilidad de cáncer, en lugar de 99% de probabilidad de no cáncer).

Recuerde el tema de metodologías cualitativas y cuantitativas. Se vuelve a insistir en que se trata de enfoques complementarios y no antagónicos. Cada vez son más los trabajos en los que se triangulan ambas metodologías.

1.2. El enfoque de riesgo y la inequidad en salud

Aunque los riesgos actúen de manera no constante, tal exposición es inherente a un **modo de vida** determinado, es propio del grupo poblacional observado, ligado a su historia y a su condición social; es decir, es un **factor interno**, en el sentido de que forma parte de su realidad.

Recuerde la relación entre riesgo e inequidad que se presentó en la Unidad 5 "Análisis de Situación de Salud".

La visión de la exposición como contingencia, en tanto, ignora esta situación de conexión íntima entre modos de vida y resultados en los niveles de salud. Estos modos de vida son la expresión de patrones de trabajo, de consumo, de conductas y de inserción social que diferencian a los grupos poblacionales; y con los que se vinculan, en definitiva, expresiones de su bienestar, como la de su salud. De estos modos de vida depende, entonces, que la exposición pueda darse; siendo, algunas de ellas, permanentes por estar intrínsecamente ligadas a los procesos de reproducción de esos modos de vida.

Jaime Breilh[4] advierte que los procesos destructivos propios de cada modo de vida no sólo se nos **exponen** sino que, también, se nos **imponen**; lo que es una expresión de estos conceptos opuestos: **contingente /externo vs. inherente /interno** que hace a los diferentes abordajes de la exposición.

> **Los diferentes modos de vida son la resultante de la distribución desigual de bienes de los que dependen las condiciones de vida y, con ello, los procesos generativos de salud. La relación de poder entre grupos sociales determina el tipo de esa distribución y la conformación de sus modos de vida (procederes grupales) y de estilos de vida (procederes individuales) que influirán en su salud (individual y poblacionalmente valorada). Una sociedad que tiene un patrón de distribución de poder muy desigual es una sociedad inequitativa.**

En un artículo sobre la inequidad en salud, Barbosa da Silva y Azevedo Barros[5] afirman que las desigualdades entre los hombres, y entre los pueblos, son tan antiguas como su propia historia.

Realizan una distinción entre desigualdades:

- **naturales** (sexo, edad, raza, características biológicas)
- **sociales**; siendo estas últimas las dependientes de la posición que se tenga respecto de los procesos de producción y, en consecuencia, el acceso a bienes cuya disponibilidad es escasa.

Las **desigualdades** socialmente determinadas han sido vistas y explicadas de distintas maneras por las diferentes **corrientes de pensamiento**.

4. Breilh J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad.* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.

5. Barbosa da Silva J, Azevedo Barros M. "Epidemiología e desigualdade: notas sobre la teoria de la história". *Rev Panam Salud Publica*, vol 12 (6), 2002.

La desigualdad no remite, necesariamente, a la idea de injusticia; la que implica un juicio de valor.
El concepto de inequidad alude, sí, a diferencias o desigualdades que no son aceptables por los valores que sustenta una sociedad. La OMS ha definido la inequidad como la "disparidad o desigualdad innecesaria, evitable e injusta".

Los **funcionalistas** las ven como propias de la división del trabajo y, así como los liberales, las consideran insuperables y deseables por ejercer un papel motivador en la superación personal.

La **teoría marxista**, en tanto, ve a tales disparidades (y la estructuración social en clases) como propias de las relaciones de producción: las relaciones que cada grupo social tiene con los medios de producción. Breilh afirma que la desigual distribución del poder (la inequidad) tiene que ver tanto con la distribución de bienes como con las decisiones sobre los proyectos y aspiraciones de las personas. En el mismo sentido, Max Weber afirma que una clase puede ser definida como un grupo de personas que se encuentran en similar situación con respecto a:

- provisión de bienes
- de prestigio
- de poder

Pero, Breilh agrega que:

> *"La inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que la genera. La inequidad alude al carácter y modo de devenir de una sociedad que determina el reparto y acceso desiguales (desigualdad social) que es su consecuencia".*

Esta distinción es muy importante porque si nuestro análisis estratégico se queda en el nivel de la desigualdad, estaríamos reduciendo o desviando nuestra mirada a los efectos, en lugar de enfocar sus determinantes. Entonces la categoría **desigualdad** es la expresión observable de una inequidad social.

La **inequidad** es una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema, mientras que la **desigualdad** es una evidencia empírica que se hace ostensible en los agregados estadísticos, para cuya adecuada comprensión es necesario desentrañar la inequidad que la produce.

La desigualdad es una injusticia en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad de la calidad de vida, mientras que la inequidad es la falta de equidad, es decir la característica inherente a una sociedad que impide el bien común, e instituye la inviabilidad de un reparto humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar plenamente según su capacidad.

Dice Breilh que la inequidad tiene que ver con los procesos que posibilitan la concentración del poder; en tanto, la desigualdad es la manifestación empírica de la inequidad, su resultante. Y afirma que **la epidemiología constata desigualdades que deben ser analizadas desde los procesos generativos que llevaron a la situación de inequidad** (trabajo, consumo, situación social). Lo contrario, agrega, sólo lleva a cambios cosméticos; no alterando la determinación epidemiológica en su conjunto.

Tal vez coincida con nosotros en que, **el análisis de las inequidades** requiere comparar características de la salud entre grupos poblacionales que se encuentran en situaciones diferentes respecto a la distribución del poder; lo que tiene no pocas dificultades desde el punto de vista metodológico, dadas las diferentes definiciones de clase social y la manera de operacionalizar el concepto; así como de la disponibilidad de datos. Los diferentes intentos han tomado para la comparación poblaciones categorizadas por: lugar de residencia, ingreso, género, raza, ocupación, etc.

El mismo trabajo refiere información sobre el **análisis de inequidades en condiciones de vida** que están vinculadas a la salud. Es otra forma de mirar estas **desigualdades sociales**.

Por **ejemplo**, analizando las diferencias según el **ingreso**, se ha agrupado a la población según su posición comparativa con el resto de la Región, dividiéndola en **quintiles**[13]. Se señala que en Latino América, en 1990, el 20 % de mejores ingresos concentraba el 52,4 % de los ingresos de la subregión contra el 20 % de menores ingresos que reunían, sólo, el 4,5 % del ingreso total. Esa relación era de 11,6:1 y la comparan con la de los países más industrializados (OECD[14]); en dónde era de 6,3:1. Además, señalan cómo las brechas en el ingreso se fueron acentuando en los últimos años. Comparando, ahora, el 1 % más rico con el 1 % más pobre (siempre tomando el ingreso) la relación pasó de 363:1, en 1970, a 417:1, en 1995. Estos últimos datos muestran otro observable de la inequidad: **es mayor aún hacia el interior de los países y poblaciones más pobres y las brechas tienden a incrementarse con el deterioro de las condicione de vida.**

Otra forma de valorar la inequidad es con **indicadores de resultado que hacen referencia a morbilidad.**
Los datos del siguiente cuadro fueron extraídos del "Informe Sobre la Salud en el Mundo 2003" de la OMS, he aquí situaciones extremas respecto a esperanza de vida al nacer (e^0) y carga de morbilidad:

	e^0	EVAS*	Diferencia+
JAPÓN	81,9	75,0	6,9 (8,4 %)
ARGENTINA	74,4	65,3	9,1 (12,2 %)
SIERRA LEONA	34,0	28,6	5,4 (15,9 %)

* *Esperanza de vida ajustada en función del estado de salud: son los años que se espera vivirá un recién nacido descontando los años pasados "en mala salud".*

\+ *Aquí se muestran los años que se vivirán en mala salud y, entre paréntesis, el porcentaje que representan de la e^0.*

En estos indicadores puede observarse que **cuánto menor es el nivel de desarrollo de un país peores son sus indicadores de resultado**; como la esperanza de vida al nacer expresada aquí. Pero, obsérvese también, que no sólo la e^0 es menor para las poblaciones más desfavorecidas; sino que, también, mayor es el tiempo de sus vidas que, en proporción pasarán en mala salud.

Aplicando este análisis a la Argentina, en la publicación **"Indicadores Básicos 2004**[15]**"** se muestra información que hace referencia a condiciones de vida, mortalidad y disponibilidad de recursos.

10. Riesgo Relativo: cociente entre dos tasas (habitualmente correspondientes a dos situaciones diferentes de exposición) que indica cuántas veces más de riesgo tiene una población respecto de otra.

11. Riesgo Atribuible: diferencia entre dos tasas (las mismas del riesgo relativo) que indica el exceso de riesgo de la población más expuesta. También, expresa la disminución esperable del daño de poder controlarse la exposición.

12. Riesgo Atribuible poblacional: medida que señala en cuánto podría disminuirse el daño (expresado, habitualmente, por una tasa) si toda la población tuviera el nivel más bajo que es el que se toma como referencia.

13. Quintil: división de una serie de datos poblacionales en cinco grupos iguales de acuerdo a una escala de valores ordenada. En el ingreso, por ejemplo, el último quintil está representado por el 20 % de población con mejores ingresos y el primero por el 20 % de población con peores ingresos. Es habitualmente utilizada la comparación del quintil más alto con la del quintil más bajo, expresándolo como cociente (como en el caso que ilustra el texto).

14. OECD: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

15. Indicadores Básicos Argentina 2004. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y OPS/OMS; 2004.

A modo de síntesis

Destacamos algunos conceptos tratados en este punto:

- La desigualdad es una característica propia de la condición humana que, inclusive, contribuye a la adaptación y a las complementariedades en la especie; pero la inequidad es una desigualdad innecesaria, evitable y socialmente injusta.
- Desde el punto de vista de su abordaje metodológico, puede clasificarse la inequidad en salud como de resultado, de proceso o de distribución de los recursos entre grupos poblacionales, en agregados poblacionales constituidos en función de su situación de poder frente al resto, siendo conveniente el análisis por separado y, también, integral de estas dimensiones. El criterio para clasificar a la población, en el intento de descubrir inequidades, puede estar basado en: estrato social, género, pertenencia étnica, ocupación u otras variables y, aun, una combinación de ellas.
- El estudio de los factores de riesgo que no tenga en cuenta su pertenencia a grupos según su condición social (sobre todo su situación de poder) es fragmentario y tiende a la aplicación de medidas paliativas.
- La inequidad es más ostensible hacia el interior de poblaciones más pobres y tiende a incrementarse con el empeoramiento de sus condiciones de vida.
- Es necesario enfocar el análisis de las desigualdades con esta visión más amplia, aún, en la situación local de salud (primer nivel de atención).

Ministerio de Salud de la Nación. Glosario. En Módulo 4: Herramientas para la planificación y programación local. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Buenos Aires, 2010. Recuperado http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/material-bibliografico consultado julio 2017.

ENFOQUE DE RIESGO

Es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades en salud y es también una herramienta para definir necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención en aquellos puntos y personas donde más se requiera. Se lo considera un enfoque no igualitario: la crítica es que discrimina a favor de quien (o en donde se) tiene mayor necesidad de atención.

Ministerio de Salud de la Nación. Unidad 1 El concepto de salud. En Curso de Salud Social y Comunitaria. Salud y Sociedad. Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención. Programa Médicos Comunitarios. Recuperadodehttp://www.msal.gob.ar/equiposcomunitarios/images/stories/Equipos/curso-salud-social-comunitaria/mod_1_salud_sociedad_2016_web.pdf consultado julio 2017.

Los determinantes de la salud

"Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causas de enfermedades son una pobre causa"

Ramón Carrillo

Luego del recorrido que hemos transitado en relación a la evolución del concepto de la salud, definir los procesos de salud enfermedad como expresión de las condiciones de vida de los diversos grupos de población nos permite conocer la complejidad de los determinantes que producen enfermedades en los individuos y las poblaciones.

En este sentido, resulta difícil separar la descripción y explicación que se tenga acerca de la situación de salud de una población desde las cuales un sujeto o un grupo describen y explican[3] estos fenómenos. De este modo, la situación de salud de un determinado grupo de población es el resultado de un conjunto de problemas de salud, descritos y explicados desde la perspectiva de un actor determinado.

Como mencionamos anteriormente, la salud es un derecho humano universal y un factor clave del desarrollo sustentable de las sociedades, que el Estado debe garantizar. Pero asegurar este derecho no se limita a asegurar el acceso equitativo a los servicios de atención de salud, sino que implica asegurar un conjunto de condiciones de vida y de trabajo que son relevantes para la salud y/o, por su contrario, para explicar desigualdades en salud.

Según la Carta de Ottawa[4], las condiciones y requisitos para la salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

"Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud.
El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud. Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos (...)"[5].

Con las consideraciones antedichas la Carta de Ottawa introdujo la idea de *calidad de vida*, entendida como un conjunto de variables que intervienen a favor, o en detrimento de la salud, permitiendo garantizarla, o bien facilitando su pérdida.

De este tipo de conceptualización surge también la idea de que hay modos de vida que producen más salud. Ahora bien, estas conceptualizaciones tienen valor en tanto y en cuanto se comprenda que el conjunto de variables que intervienen en la producción de los estilos de vida no siempre están al alcance directo de la voluntad de los individuos. Factores políticos, económicos, sociales y ambientales son los que

3. CASTELLANOS, P: Sobre el concepto de salud enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Cuadernos médicos Sociales N° 42 CESS, 1987

4. La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000."

5. Texto de la carta de Ottawa- Carta de Ottawa para la promoción de la salud en: http://www.cepis.ops-oms.org/bvs-deps/fulltext/confi.pdf

influyen en los individuos y comunidades, y muchas veces, se imponen irremediablemente, redefiniendo sus voluntades e incidiendo en las formas de vivir.

Tomemos, por dar un ejemplo, las características de infraestructura en la vida de comunidades urbanas o rurales. La falta de cloacas y agua potable determina condiciones de vida a la que los pobladores de determinadas comunidades y barrios no pueden escapar. Y, si bien es cierto que existe la capacidad de agruparse para dar soluciones temporales al problema (cisternas para juntar agua, métodos de potabilización, pozos ciegos realizados en condiciones de mayor seguridad, etc.), estas condiciones señalan diferentes puntos de partida para la vida y la salud de esa población en comparación con otras que no presentan esas problemáticas, respecto de sus condiciones básicas de salud.

Como además, nuestro ejemplo trata sólo de una o dos variables (agua potable y cloacas) y, un análisis de la realidad debería considerar muchas otras que, -a su vez-, están en interacción constante con ellas, es fácil concluir que promover la salud es una meta de diversa dificultad según sean las condiciones de partida: políticas, socioeconómicas, culturales, del medio ambiente, personales y biológicas.

Sintetizando, **promover la salud y vivir saludablemente** es una meta compleja, para la que hace falta algo más que proponérselo.

Por ello, la Carta de Ottawa también señala[6]:

"(...) Los lazos que, (...), unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes (...)"

Estas afirmaciones dan lugar a otras características de la vida humana que también inciden en los estilos de vida saludables: la necesidad de tiempo para el trabajo y tiempo para el ocio, el uso razonable de los recursos naturales para no agotarlos y permitir su regeneración y, finalmente, la necesidad de que tanto las naciones como las sociedades, comunidades e individuos se comprometan, es el propósito de sostener una **calidad de vida saludable.**

El enfoque de los determinantes sociales de la salud también proporciona un marco conceptual para valorizar el significado que tiene para la comunidad una determinada condición en la realización de su derecho a la salud.

6. http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/confr.pdf

La Organización Mundial de la Salud[7] define a los **Determinantes de la Salud** de la siguiente forma:

(...) circunstancias sociales y económicas desfavorables que afectan la salud a lo largo de la vida. Las personas que están más abajo en la escala social, usualmente poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente. Causas materiales y psicológicas contribuyen con estas diferencias y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muertes. Las desventajas pueden manifestarse de forma absoluta o relativa y la tendencia a concentrarse entre las mismas personas, y sus efectos en la salud se acumulan durante toda la vida. Si las políticas no logran enfrentar esos eventos no sólo ignoran los más potentes determinantes de la salud, sino que dejan de cumplir uno de los retos más importantes de las sociedades modernas, la justicia social. (OMS, 2003)

Reconocer los determinantes sociales, nos permite advertir que las desigualdades en salud son evitables, y por ello, injustas.

Se entiende por **determinantes sociales** de la salud *las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud*[8].

El lugar que cada una de las personas ocupa en la jerarquía social no sólo determina un acceso -muchas veces inequitativo- a bienes y servicios que garantizan derechos humanos universales, sino también, una distribución -muchas veces desigual- del control, la influencia, el prestigio y el poder en la sociedad.

Existen diversos modelos conceptuales que permiten comprender la relación entre los determinantes sociales de la salud y las inequidades observadas[9]. Veamos a continuación, un esquema[10].

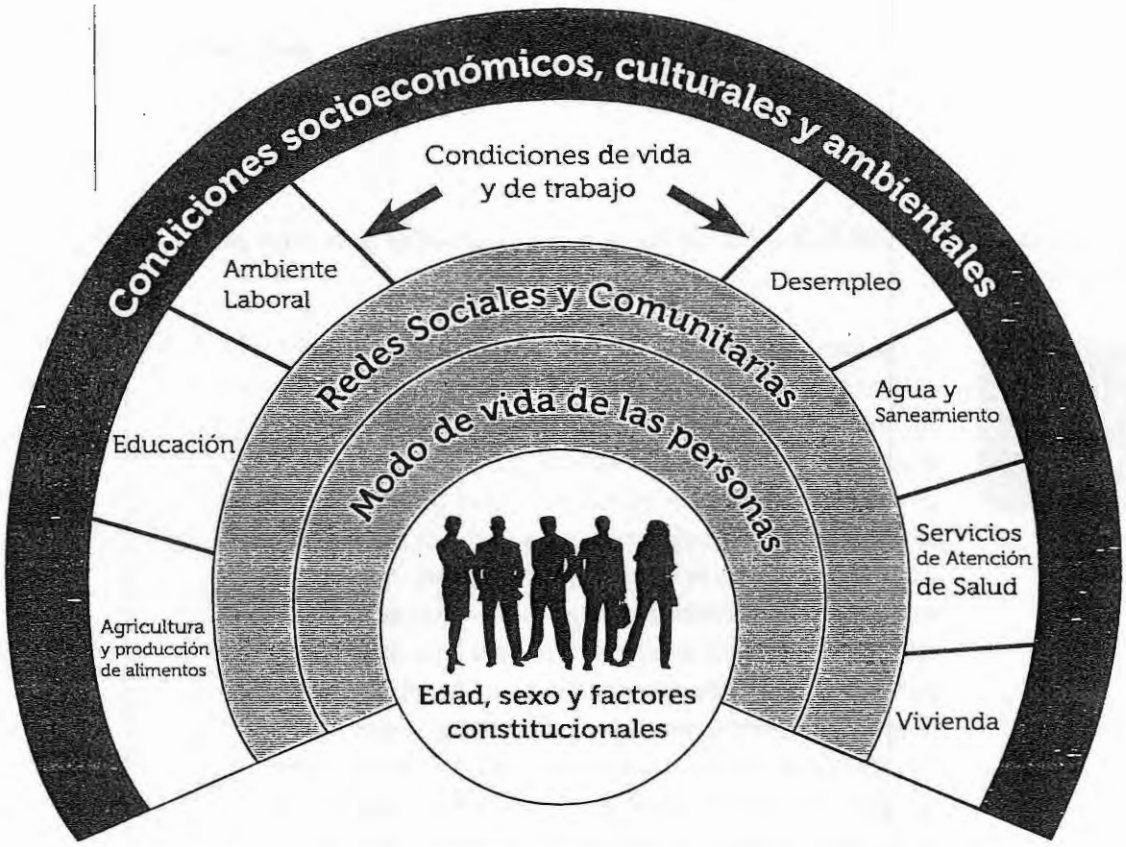
7. OMS (2003) Social Determinants of Health: the solid facts. Copenhagen, WHO- Europe.

8.TARLOV, A: Social determinants of health: the sociobiological translation, 1996.

9. Secretaria técnica de CSDH, "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health", Abril de 2007.

10.Extraído y Adaptado de DAHLGREN, G., WHITWHEAD, M., Policies and strategies to promote social equity in health, Institute for Future Studies, Stockholm, 1991.

29



Este modelo dispone los **determinantes sociales** de la salud en diferentes *capas* superpuestas, representándolos según su proximidad o distancia a los individuos y sus familias.

El centro del esquema representa aquellos factores individuales que se relacionan con la salud y en la capa siguiente los determinantes más próximos a los sujetos como los modos de vida. En la capa externa, los determinantes sociales más estructurales que inciden sobre las inequidades en salud como las condiciones económicas, sociales y ambientales.

Vemos como las alianzas estratégicas y las redes sociales y comunitarias muestran un camino para avanzar efectivamente en el proceso de apoyo a las comunidades.

Las organizaciones comunitarias se encuentran estrechamente vinculadas siendo las redes sociales que conectan personas, grupos y organizaciones la base de la integración social y la forma de llegar a la solución de problemas apremiantes.

Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados **determinantes estructurales de inequidades en salud**. Son estos mecanismos los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud y el bienestar, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos. Quiere decir que la influencia de la posición socioeconómíca del individuo sobre su salud no es directa, sino *producto del actuar de factores intermediarios: condiciones materiales*, como la calidad de vivienda y *circunstancias psicosociales*, incluyendo el estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal[11].

Muchos autores trabajan sobre esta idea de *determinantes de la salud*, identificando diversos factores que inciden en los procesos del enfermar.
Según Breilh[12].

Los procesos de salud-enfermedad están determinados por procesos sociales, económicos, políticos y culturales, que inciden en los modos de vida posibles de las comunidades, la calidad de los estilos de vida familiares e individuales y las relaciones con la naturaleza y el territorio social (Breilh, 2003).

11. Comisión on Social Determinants of Health, *Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional.* OMS, 2005.

12. http://www.docstoc.com/docs/28601425/Determinantes-sociales-de-la-salud-enfoque-para-comprender

Spinelli Hugo. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud colectiva [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2011 Mar 24] ; 6(3): 275-293. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004&lng=es

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(3):275-293, Septiembre - Diciembre, 2010

Las dimensiones del campo de la salud en Argentina

The dimensions of the health field in Argentina

Spinelli Hugo[1]

[1] *Doctor en Salud Colectiva. Director de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Argentina.*
hugospinelli09@gmail.com

RESUMEN En este texto se desarrolla la configuración del campo de la salud, sus agentes y los capitales en juego, así como los perfiles epidemiológicos y los problemas y desafíos que enfrentan los trabajadores, los gestores y los gobernantes. También nos interrogamos sobre la existencia de políticas o metapolíticas, señalando el carácter normativo de las políticas que llevan a la ausencia de pensamiento sobre las mismas por parte de los actores/agentes y de los usuarios, y por ende a reafirmar la razón instrumental. Al final, y con el propósito de explorar nuevas formas organizativas para el campo, se abordan los territorios de las metapolíticas a través del análisis del trabajo, la organización, la gestión y el gobierno como dimensiones a ser pensadas, de manera de posibilitar acciones destinadas a configurar nuevos actores y/o estructuras, más allá de "las políticas". El propósito que se persigue es el de poder pensar la situación actual del campo de la salud, contextualizado en el Sur, en función de acciones emancipadoras.

PALABRAS CLAVE Sistemas de Salud; Políticas, Planificación y Administración en Salud; Trabajo; Organización y Administración; Gestión; Gobierno; Argentina.

ABSTRACT *This text explores the composition of the health field, its agents and the capitals at play, as well as epidemiological profiles and problems and challenges facing workers, administrators, and government officials. We also look into the existence of policies and metapolicies, highlighting the normative character of policies that impede critical reflections by actor-agents and patients and thereby reaffirm an instrumental rationalism. Finally, and with the purpose of exploring new organizational forms in the field, we investigate the terrain of metapolicies through an analysis of the work, the organization, the administration, and the government as possible dimensions through which to enable the creation of new actors and/or structures, irrespective of the actual "policies". The overall aim of the text is to consider the current situation in the health field, in the context of the South, in relation to possible emancipatory actions.*

KEY WORDS *Health Systems; Health Policy, Planning and Management; Work; Organization and Administration; Management; Government; Argentina.*

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(3):275-293, Septiembre - Diciembre, 2010

¿SISTEMA O CAMPO?

El muy utilizado concepto "sistema de salud" expresa la idea de un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado. Esto es lo que predomina en la bibliografía como forma metodológica de abordaje y de interpretación. Dicha idea proviene del funcionalismo y la entendemos como una manera simplificada –y por lo tanto inapropiada– de abordar algo mucho más complejo. Es por ello que en este texto trabajaremos el concepto de campo en vez de sistema, entendiendo como tal la convergencia de actores (a), recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (1).

Los principales capitales en juego en un campo son: el capital económico (se interviene en función de intereses económicos); el capital social (se interviene en función de relaciones sociales); el capital cultural (se interviene en función de prestigio y/o conocimientos) y el capital simbólico (se interviene según la capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima) (1). De allí que los distintos agentes compitan por acumularlos y en función de ellos tratan de construir, profundizar, dar continuidad o producir rupturas de las estructuras del campo, en procesos de colaboración, de acuerdos o de clara confrontación. Esto expresa la disputa por la agenda política, lo cual termina por definir posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior.

Un campo es el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas (expertos, profesionales, funcionarios, políticos, sindicalistas, representantes de la industria, lobbystas, agentes financieros, corporaciones, organizaciones de la sociedad civil, pacientes, etc.), donde cada "jugador" realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales (1,2). Estas acciones siempre están ligadas a intereses no siempre racionales ni reflexivos. Todos los juegos se realizan al interior de estructuras, que son estructurantes de los agentes y a su vez estructuradas por ellos, de acuerdo a sus capacidades de juego, a sus apuestas y a la fidelidad con las mismas (1).

El campo de la salud –tanto en Argentina como en otros países–, se caracteriza por la complejidad, producto de la combinación de la alta concentración de capital económico; los problemas de financiamiento; la corrupción –macro y micro–; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas.

El capital económico en juego en el campo de la salud alcanza en nuestro país un 10% del producto bruto interno (b) (3). En valores nominales ello significa hablar –a mediados del año 2010– de un monto superior a los 30.000 millones de dólares anuales. Ese gasto en salud, –así mal llamado dado que en un muy alto porcentaje se destina a enfermedad–, engloba desde la financiación de acciones necesarias como iatrogénicas, hasta un gasto en medicamentos cercano al 30% del monto total. Esos medicamentos no siempre representan la mejor opción, o no tienen los procesos de control de calidad adecuados, o directamente son falsificados. El nivel del gasto en salud de Argentina no se condice con los indicadores de salud a nivel poblacional. Varios países de América Latina obtienen mejores indicadores de salud para sus poblaciones, con menor gasto. La propuesta de "Más salud por el mismo dinero" (4), no se cumplió.

Los modelos de atención del proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) pueden generar desigualdades y exclusión al interior del propio campo. El vasto espectro de prestaciones que se ofrecen –muchas de ellas banales– producen un abanico de rentabilidades que ha empujado a los agentes interesados en el capital económico a concentrarse en las prestaciones de alta rentabilidad y en las poblaciones sanas con poder de pago de seguros médicos (c).

A su vez, las irracionalidades de algunos modelos de atención inviabilizan su universalización a causa de sus costos. En estas dinámicas, los sectores de bajos ingresos y/o sin cobertura de la seguridad social quedan a cargo del

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(3):275-293, Septiembre - Diciembre, 2010

Estado (nacional, provincial y/o municipal), ya sea a través de los hospitales o del primer nivel de atención, que la mayoría de las veces solo pueden otorgar una medicina para pobres que se oculta bajo la "progresista" denominación de "Atención Primaria de la Salud" cuando no pocas veces en realidad se trata de una "Atención Primitiva de la Salud" (5).

La fuerte presencia del capital económico en el interior del campo determina mecanismos de solidaridad invertidos tales como el pobre financiando al rico, o lo público financiando al seguro de salud privado. Las capacidades de pago, los costos de las prestaciones y las tasas de uso de las poblaciones llevan a los prestadores de capital concentrado a desarrollar estrategias para no comprometerse con las poblaciones sin capacidades de compra de seguros, como también a desligarse de las poblaciones que requieren prestaciones de alto costo o padecen enfermedades o problemas crónicos. Ambas situaciones quedan entonces bajo responsabilidad del Estado nacional, provincial o municipal. Son esas jurisdicciones las que cumplen el rol de financiador y prestador de los que carecen de capacidades de compra y/o presentan enfermedades que requieren un gasto elevado para su atención. Pero en el caso de algunas patologías de alto costo (hemodiálisis, discapacidad, internación psiquiátrica, internación geriátrica, medicaciones de alto valor económico, y/o trasplantes por citar los más importantes), el Estado cumple solo el rol de financiador, ya que la prestación es capturada por distintos agentes posicionados en esos nichos de alta rentabilidad. Veamos algunos ejemplos. En Argentina hay aproximadamente 25.000 pacientes en diálisis, y más del 95% es tratado por prestadores privados, pero el 90% es financiado con fondos públicos del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI), el Programa Federal de Salud (PROFE) u obras sociales provinciales (6). Estamos hablando de un negocio que ronda los 50 millones de dólares mensuales.

Analicemos ahora el tema de las prestaciones de discapacidad. En el año 2003, en Argentina, sobre un total de 1.039.628 de personas con discapacidad, solo el 2% recibía cobertura, es decir, solo 19.613 personas. La cobertura que debe recibir un discapacitado está comprendida en distintos instrumentos jurídicos, elaborados con fuerte participación de los entes prestadores, donde la Iglesia Católica a través del Cottolengo Don Orione tiene una muy fuerte presencia. De este modo se consiguió normatizar los procesos de atención y la estructura del valor económico de la prestación en el PAMI. Esta lógica se utiliza desde hace décadas como "norma nacional". Extender ese modelo de atención, con sus valores económicos, a la totalidad de la población discapacitada sin atención en el año 2003, le hubiese demandado al Estado nacional un gasto de $ 13.985.076.590 (d) equivalente al presupuesto anual de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) –el mayor presupuesto público nacional– o casi 6 veces superior al presupuesto total del INSSJP-PAMI (e).

En la dinámica señalada, el campo de la salud aparece como inviable a mediano plazo –al menos desde lo económico– y su viabilidad solo podría asegurarse sobre la base de mayores desigualdades y una progresiva exclusión de numerosos grupos sociales del acceso a la atención, configurando un escenario donde se podrá asistir progresivamente a una medicina para ricos, otra para pobres y a un porcentaje importante de la sociedad fuera de toda cobertura de salud. Es indudable que todo esto no es una buena noticia para aquellos que necesitan de un Estado que marque presencia frente a sus problemas de salud.

HUELLAS DEL CAMPO: LOS PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS

Desde el canto de sirenas de la Alianza para el Progreso, allá por los inicios de los '60, se instaló el concepto de transición epidemiológica (8), cuya base conceptual es la idea de progreso. Así se planteó el paso de las viejas enfermedades (las de origen infeccioso, "propias" de los países menos desarrollados) a las nuevas enfermedades (las crónico-degenerativas: cardiovasculares, diabetes, cánceres, "propias" de los países más desarrollados). La realidad terminó por desmentir tal transición. Hoy convivimos con verdaderos mosaicos epidemiológicos, donde según el espacio social que se analice, vamos a encontrar perfiles propios

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(3):275-293, Septiembre - Diciembre, 2010

del primer o tercer mundo, en una misma provincia, en una misma ciudad, en un mismo barrio o en una misma manzana.

El perfil epidemiológico de las poblaciones es un producto de la huella de la historia del campo (1), pero no solo del campo de la salud, sino de otros campos donde la violencia simbólica naturaliza situaciones que profundizan las desigualdades sociales, y donde esa naturalización es funcional a la acumulación del capital económico de los agentes que requieren de esas desigualdades para incrementar su capital, lo cual a su vez actúa como determinante social sobre el PSEA. Esa dinámica explica no pocos de los perfiles epidemiológicos existentes.

En la Argentina de este nuevo siglo podemos encontrar las "viejas enfermedades" con renovada vigencia. La leishmaniasis presenta una situación endémica en varias provincias del norte argentino –de 300 a 500 enfermos anuales–, con algunos casos fatales de leishmaniasis visceral. La tuberculosis está en todo el país, y deja todos los años un promedio de 11.000 nuevos enfermos y de 800 a 900 muertes. La enfermedad de Chagas –principal enfermedad endémica– con casi dos millones de infectados y 500 muertes anuales, no muestra señales del impacto de los más de 650 millones de dólares invertidos en el control de la enfermedad entre los años 1960 y 2000 (9). Tampoco es menor el problema de la sífilis congénita cuyos números son tan preocupantes como el subregistro por parte de los sistemas de información epidemiológicos.

Todas estas "enfermedades" nos hablan de una Argentina de otro siglo. Y no son temas del pasado, tienen actualidad y presencia en los conjuntos sociales. Hay personas que a diario enferman o mueren por estas causas. Pero el tratamiento de esas enfermedades no representan ganancias significativas ni para la industria farmacéutica ni para los dueños de clínicas y sanatorios. Esos tratamientos están representados por los llamados "medicamentos huérfanos" denominación que reciben al no ser rentables y por lo tanto no se los oferta en el mercado o su producción es discontinua.

Se pensó que esos perfiles epidemiológicos serían cosa del pasado, pero no fue así, una vez más fracasó el plan y el desarrollo prometido no fue tal, los agentes jugaron otro juego. La vigencia de esas enfermedades no se debe a la ausencia de conocimientos para controlarlas y erradicarlas sino a que afectan a individuos sin acceso a la ciudadanía, y que por lo tanto no tienen capacidades de colocar sus problemas en la agenda del Estado. A lo sumo alcanzan la dimensión de números para las estadísticas, o de votos para las elecciones.

Pero no se trata solo de enfermedades, sino de problemas sociales. Tratar de asociar la solución de los mismos con la medicina no sería más que un éxito del proceso de medicalización descripto por Michel Foucault (10). Los problemas epidemiológicos que afectan a los conjuntos sociales tienen raíces causales en: las desigualdades sociales; la falta de controles sobre el medio ambiente y sobre los alimentos que consumimos; la falta de acceso a niveles básicos de educación, al agua potable y obras de saneamiento básico; la ausencia de una vivienda digna; la carencia de empleo o empleos precarizados. Las promesas "del derrame" que se realizan desde los ´60 no se concretan. Los niveles de pobreza y exclusión social vigentes así lo demuestran. La vieja advertencia de Johan Peter Frank (1745-1821) –uno de los padres de la medicina social– mantiene total vigencia: "la miseria del pueblo es la madre de todas las enfermedades" (11).

¿POLÍTICAS O METAPOLÍTICAS?

De acuerdo a la reforma de la Constitución Nacional de 1994, la salud es un bien público esencial, y por lo tanto el Estado debe asegurarla a todos los habitantes del país y financiarla a través de prestadores estatales o privados para posibilitar el acceso a toda la población. Estos conceptos expresan la legalidad existente. Pero la ausencia de ciudadanía –por parte de numerosos sectores sociales– expresa los límites de esa legalidad. Las huellas del campo (12) no se relacionan con la falta de planes producto de esa legalidad, sino con la falta de actores/agentes, capaces de representar y actuar –en función de otros intereses– para poder hacer cumplir y alcanzar esa legalidad. Estamos hablando de actores/agentes en relación directa con los problemas, y no siempre de sus representantes.

Medidas Estadísticas

1. Medidas de Tendencia Central
   - *Media Aritmética*
   - *Mediana*
   - *Modo o Moda*

2. Medidas de Dispersión

No profundizaremos en estas medidas pero debemos saber que algunas series están compuestas por valores muy próximos, mientras que otras por valores separados entre sí. Cuanto más próximos, más homogéneos serán los datos de la serie.

Esa separación o ***variabilidad*** es medida por las Medidas de Dispersión. Por lo tanto, es una medida de la *homogeneidad* o de la *heterogeneidad* de los datos estudiados.

- *Rango*
- *Varianza*
- *Desvío Estándar*

Tanto las Medidas de Tendencia Central como las de Dispersión nos resumen datos importantes acerca de los datos con los que estamos trabajando.

• En la descripción de esos datos, deben ser calculados ambos tipos de medidas.

• Con su utilización, se pierde la información individual pero se gana en capacidad de análisis de características globales

1. Medidas de Tendencia Central
   - La *media aritmética* es el centro de equilibrio de la serie.
   - La *mediana* es el punto central de la serie.
   - El *modo* es el valor que se repite con mayor frecuencia.

Brindan un valor central representativo de una serie de valores, dando una descripción o resumen de las características de la serie como un todo.

MEDIA ARITMETICA

- Es el promedio de las observaciones.
- Se puede ver como un punto de equilibrio de la distribución, o como un centro de gravedad de la misma
- Aplicada a datos cuantitativos (medidos en escala continua o discreta)
- Influida por valores extremos

Ejemplo:

Para la serie de datos: 12 15 13 12 14 16 12 14 14 12 14

$$= \frac{12+15+13+12+14+16+12+14+14+12+14}{11} = 13{,}45$$

MEDIANA

- Corresponde a la observación que se encuentra en el medio de la distribución.
- Deja tantos datos con valores menores, como con valores mayores.
- A diferencia del modo, es única para un conjunto dado de datos
- Es aplicable cuando trabajamos con una variable medida en escala por lo menos ordinal (ordinal, discreta o continua)
- No es influida por los valores extremos

Ejemplo
Para la serie de datos par: 18 7 12 10 14 9 11
Se ordenan 7 9 10 11 12 14 18

$\frac{n+1}{2} =$ $\frac{7+1}{2}=4$ posición

Resultado 11
Para la serie de datos par : 2 5 5 6 6 8 8 8 9 9
Se ordenan 2 5 5 6 6 8 8 8 9 9
Posición de la Mediana= $\frac{10+1}{2} = 5,5$
promediar los valores entre la 5ª y 6ª posición Mediana
Mediana=(6+8)/2=7
Resultado 7

MODO

- Es el valor con mayor frecuencia en la distribución.
- Si los datos están agrupados en clases corresponden al punto medio de la clase con mayor frecuencia
- Se aplica a datos medidos en todas las escalas vistas.
- Las distribuciones pueden ser unimodales, bimodales,multimodales.

Ejemplo
Variable cualitativa : sexo
FFFFFFFMMMMMMMMMM
MODO: M masculino

Variable cuantitativa discreta
12 15 13 12 14 16 12 14 14 12 14
MODO: 12 y 14 (distribución bimodal)

AGOSTO 2017
LAURA FRUTOS

Variable es una cualidad, propiedad o una característica del objeto en estudio (individuos, cosas o hechos) que puede ser medida, y que puede variar de un sujeto a otro y, a veces, de un momento a otro en el mismo sujeto (p.e., la edad o el sexo de una persona, las materias de una carrera, el tiempo de las internaciones de un hospital).

□ Pueden ser:

– Dependiente:es la propiedad de interés, que varía (depende) de acuerdo a otra variable variable.

– Independiente es la variable que está modificando a nuestra propiedad de interés.

Ejemplo: me interesa conocer los valores de presión arterial (n V. Dependiente) en un grupo de personas con consumos distintos de sodio en la dieta (V. Independiente)

Según el tipo de datos que contengan, lasn variables se pueden clasificar también en:

Nominales: son categorías a las que se le asigna un nombre, sin orden entre ellas (p.e., sexo, materias de una carrera, etc.);

Ordinales: son categorías ordenadas donde las diferencias entre ellas pueden no ser iguales (p.e.,opinión ante una atención [buena, regular, mala], escalas de severidad del cáncer, etc.);

Numéricas: los valores son expresados por números,y las diferencias entre ellos son iguales (p.e., edad, sodio en sangre, frecuencia cardiaca, etc.). Y a su vez, pueden ser:

- Discretas: cuando entre dos valores no existe posibilidad de que exista otro número (p.ej. número de hijos)
- Continuas: cuando entre dos valores cualquiera, siempre podemos encontrar otro intermedio entre ellos (p.ej, tiempo,peso, altura)

Norman y Streiner 1996, modificado

Presentación de datos

Se realiza mediante tablas y gráficos, imprescindible para su aprovechamiento y mejor comprensión.

- Deberán estar rotulados de forma clara, de modo que se expliquen por sí solos se utilizan códigos o abreviaturas deben explicarse a pie de página. Todas las filas y columnas de las tablas estarán encabezadas, y los ejes de los gráficos rotulados.
- Siempre que tenga sentido, las filas y columnas de una tabla deberán estar totalizadas.
- Las unidades de medida han de estar claramente definidas.
- Se deben evitar las tablas o gráficos excesivamente complejos. Es preferible realizar varias tablas simples antes que una compleja.

Escala de medición de la Variable	Tablas	Graficos
Nominal	Univariadas (o de frecuencias)	Diagrama de sectores (Torta), Barras.
	Bi o multivariadas (o de contingencia, RxC)	Barras, Línea de Tendencia
Ordinal	Igual que nominales, pero debe ser respetado el orden ascendente o descendente	Barras
Numérica	Univariadas (o de frecuencias)	Histograma De línea Cajas y líneas (Box Plots)
	Bivariadas	Dispersión

TABULACIÓN DE DATOS

Identificación

TÍTULO (HECHO, lugar y tiempo)

ENCABEZADO

TABLA 23 A TASAS DE MORTALIDAD ESPECIFICAS POR 1.000 HABITANTES SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO, POR JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LOS FALLECIDOS. REPUBLICA ARGENTINA - AÑO 2010

VARONES

CUERPO

JURISDICCION DE RESIDENCIA	TOTAL	GRUPOS DE EDAD									
		Menores de 1 (*)	1 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 y más
REPUBLICA ARGENTINA	8,3	12,9	0,6	0,3	1,3	1,5	2,3	5,8	15,0	34,4	109,0
Ciud. Aut. de Buenos Aires	10,3	8,1	0,3	0,2	1,0	1,1	1,9	4,8	13,0	29,0	101,2
Buenos Aires	8,9	12,8	0,5	0,3	1,3	1,5	2,5	5,7	15,2	35,0	110,5
Catamarca	5,9	17,8	0,6	0,1	1,1	1,0	1,8	3,7	12,1	31,4	105,4
Córdoba	8,7	12,6	0,5	0,2	1,1	1,1	2,0	5,0	14,7	33,6	109,0
Corrientes	6,7	19,0	0,3	0,3	1,1	1,3	2,6	5,6	14,9	35,7	100,3
Chaco	7,5	16,6	1,1	0,4	1,4	1,7	2,9	7,7	18,8	42,8	122,7
Chubut	7,2	10,7	0,8	0,3	1,4	2,1	2,2	6,3	15,9	33,1	111,7
Entre Rios	8,3	14,1	0,4	0,3	1,2	1,5	2,2	6,0	16,8	35,8	105,9
Formosa	6,8	18,0	1,3	0,5	1,4	1,8	2,3	8,4	15,7	38,4	113,8
Jujuy	6,5	13,4	0,4	0,2	1,3	1,9	3,1	6,1	15,4	35,9	99,3
La Pampa	7,6	8,5	0,2	0,2	1,1	1,2	1,7	4,8	12,1	28,9	100,8
La Rioja	6,8	14,2	0,7	0,4	1,3	0,9	1,5	4,7	15,1	32,3	96,6
Mendoza	7,5	11,9	0,7	0,3	1,2	1,3	1,7	4,5	13,1	30,0	95,3
Misiones	6,7	13,9	0,7	0,3	1,4	1,9	2,9	6,6	16,0	39,8	111,1
Neuquén	5,6	8,2	0,4	0,3	1,3	1,6	2,5	4,6	11,9	30,8	94,3
Rio Negro	7,1	10,7	0,6	0,2	1,4	1,5	2,2	5,2	12,9	29,3	93,4
Salta	6,5	14,5	1,1	0,3	1,3	1,8	2,5	5,8	15,8	34,6	106,4
San Juan	7,0	12,1	0,7	0,1	1,0	1,4	1,8	5,1	14,8	33,4	99,5
San Luis	6,5	13,9	0,4	0,2	1,1	1,5	1,4	5,3	13,2	30,1	101,5
Santa Cruz	6,7	11,1	0,9	0,6	1,1	1,5	2,7	6,6	15,9	40,4	108,5
Santa Fe	9,6	11,7	0,5	0,3	1,5	1,5	2,3	6,2	15,7	36,9	118,0
Santiago del Estero	6,7	15,7	0,7	0,3	1,3	1,4	2,1	5,8	15,6	34,8	99,4
Tucumán	6,9	14,9	0,5	0,3	1,3	1,5	1,7	5,2	13,7	34,3	108,9
Tierra del Fuego	4,3	9,6	0,4	0,5	0,6	1,4	1,5	3,9	14,6	40,0	82,2

FUENTE (entidad responsable)

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA. DEIS

NOTA (TEXTO REFERIDO A TODOS LOS ELEMENTOS)

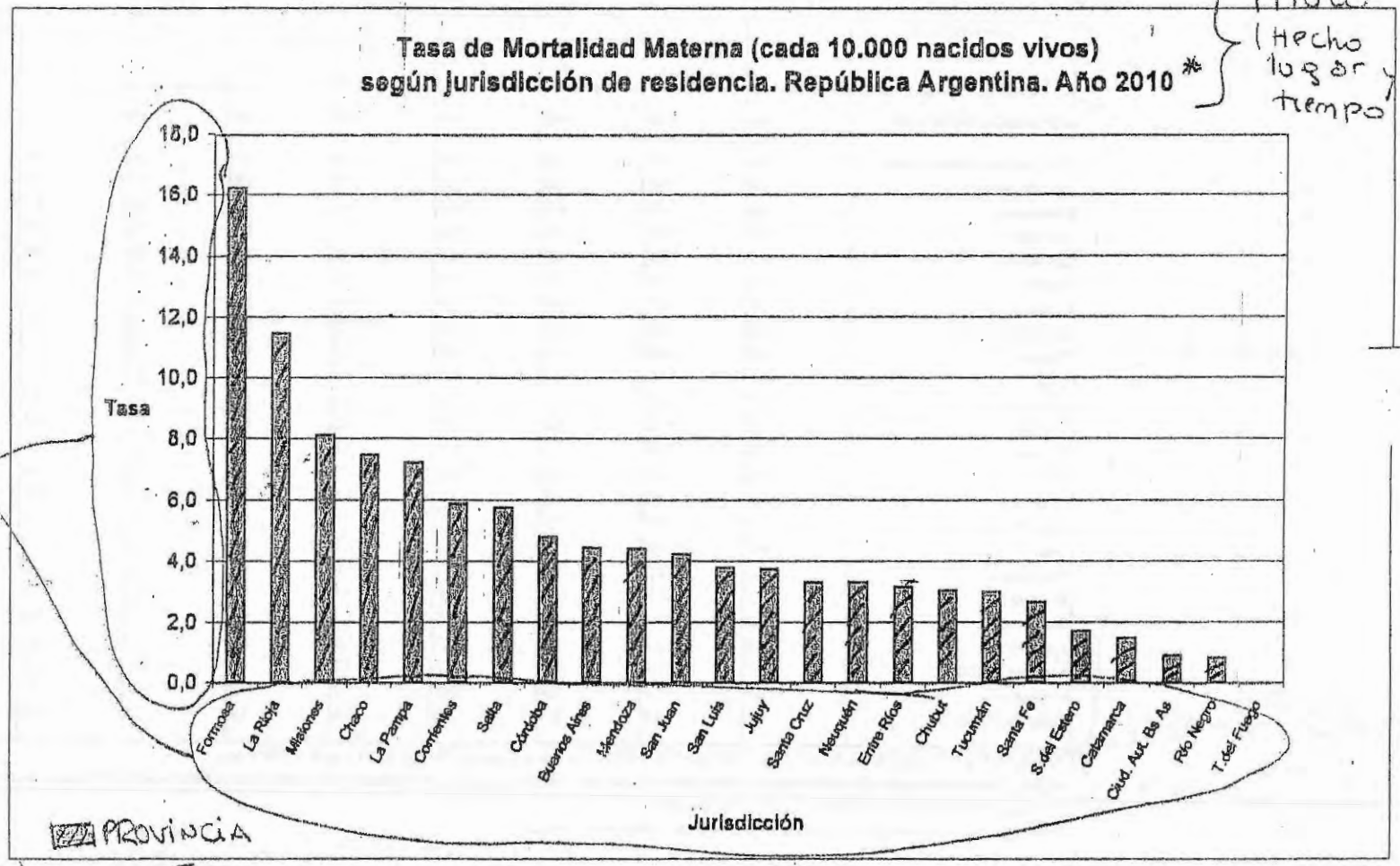
NOTAS :Los datos de población utilizados en el cálculo de las tasas fueron proporcionados por la Dirección de Estadísticas Poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos.

En la tasa total se incluyen las defunciones de edad ignorada.

(*) Las tasas de mortalidad de menores de un año son por 1.000 nacidos vivos.

} LLAMADA (texto referido sólo a algunos elementos)

GRÁFICOS



TÍTULO (Hecho lugar y tiempo)

TÍTULO Y ESCALA DE LOS EJES

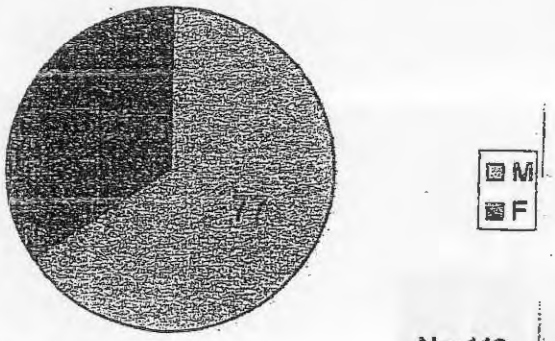
FUENTE (Entidad Responsable) → Fuente: Ficticia.

NOTA (Texto referido a todos los elementos) → NOTA: Se trata de residencia informada (no registrada).

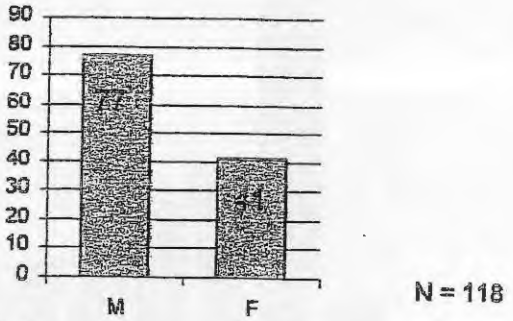
LLAMADA (Texto referido sólo a algunos elementos) → * Faltan registros de los últimos 2 meses.

NOMINAL

Gráficos

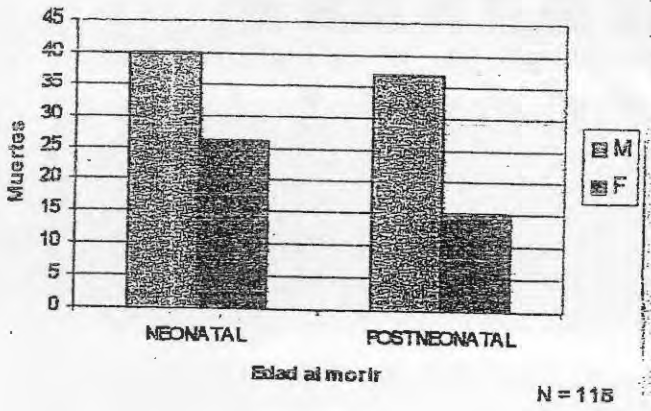


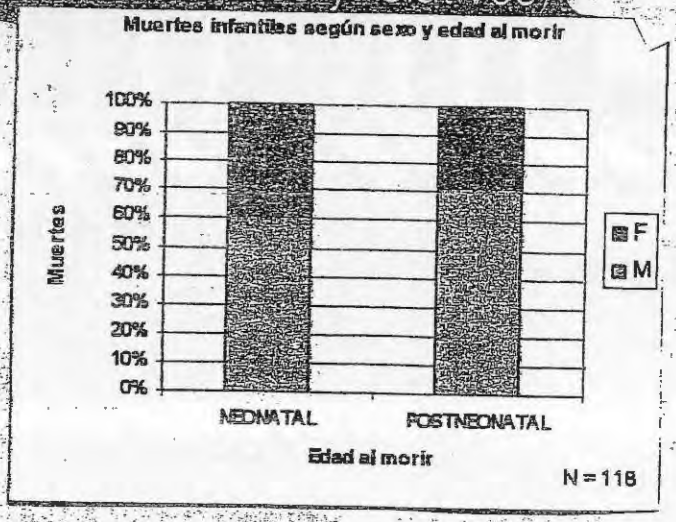
TORTA



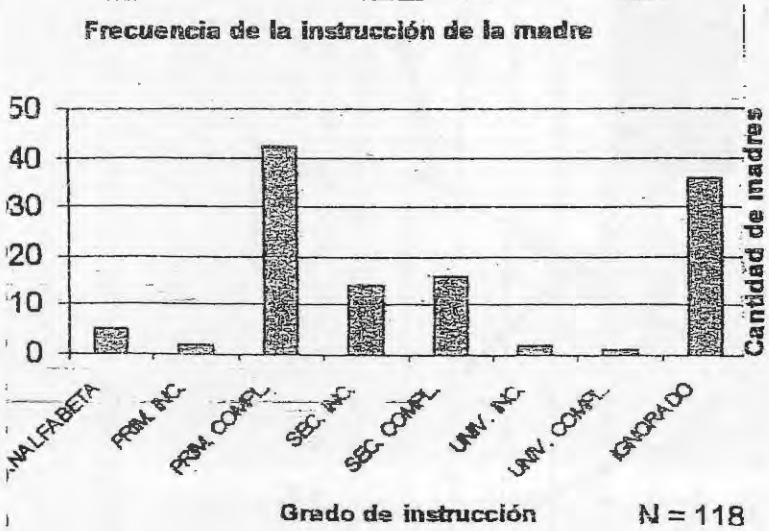
BARRA

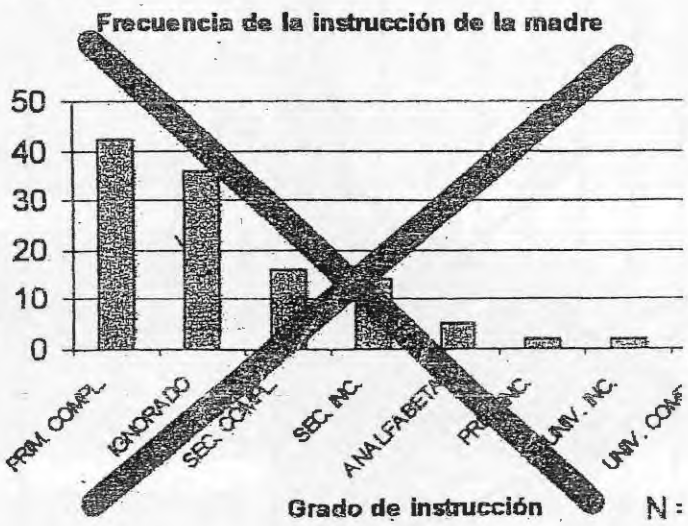
Barra con 2 variables (valores absolutos y relativos)

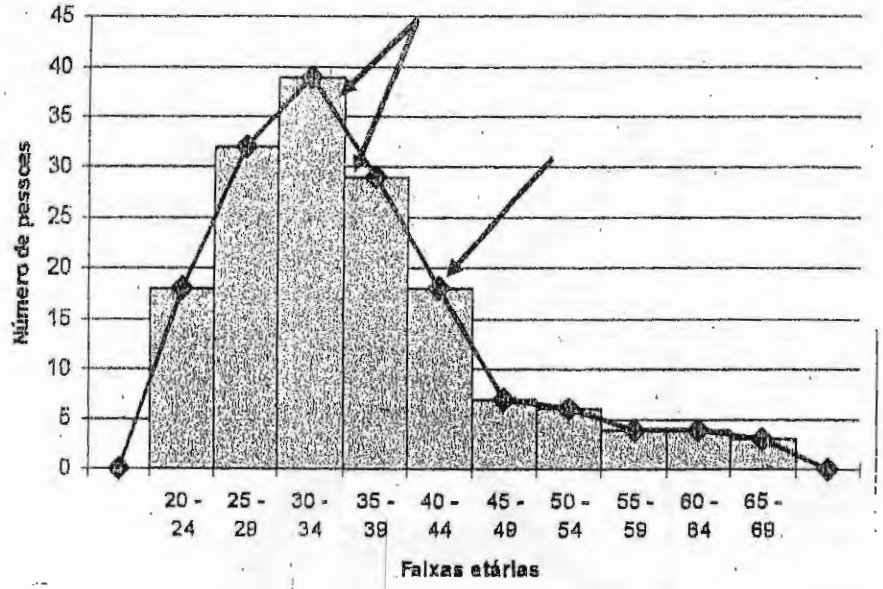




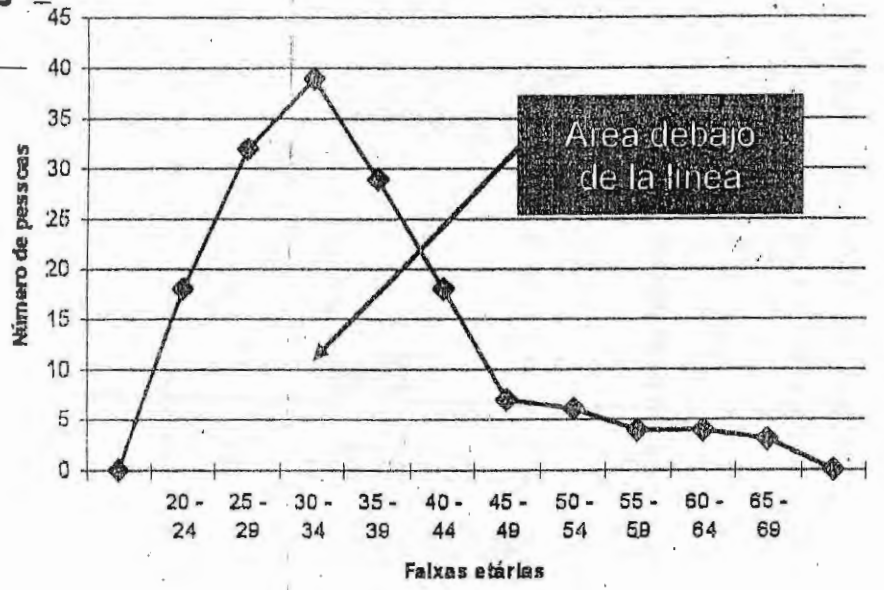
LOS GRÁFICOS PARA VARIABLES ORDINALES DEBEN RESPETAR EL ORDEN JERÁRQUICO DE LAS CATEGORÍAS O VALORES POSIBLES DE LA VARIABLE



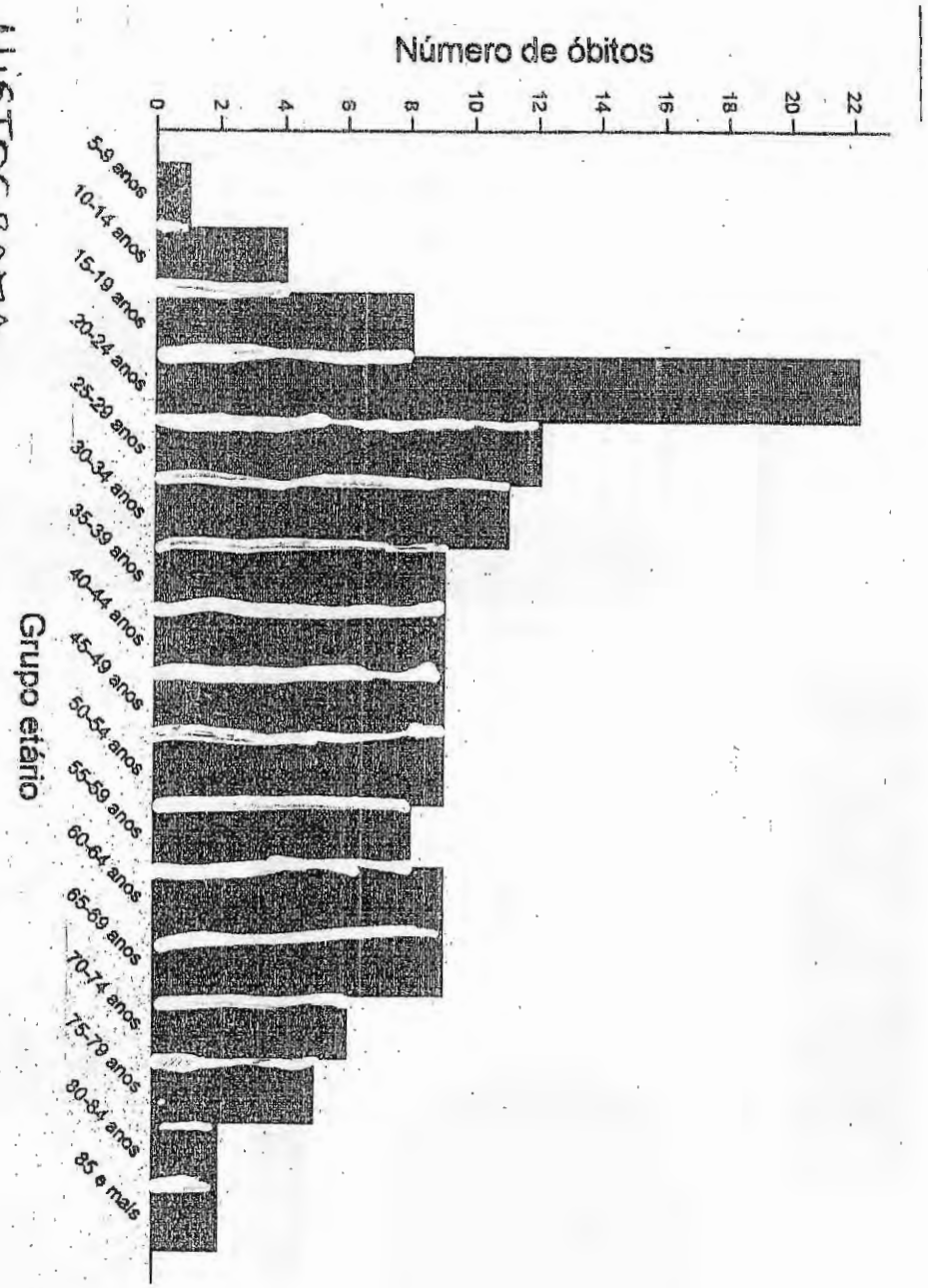


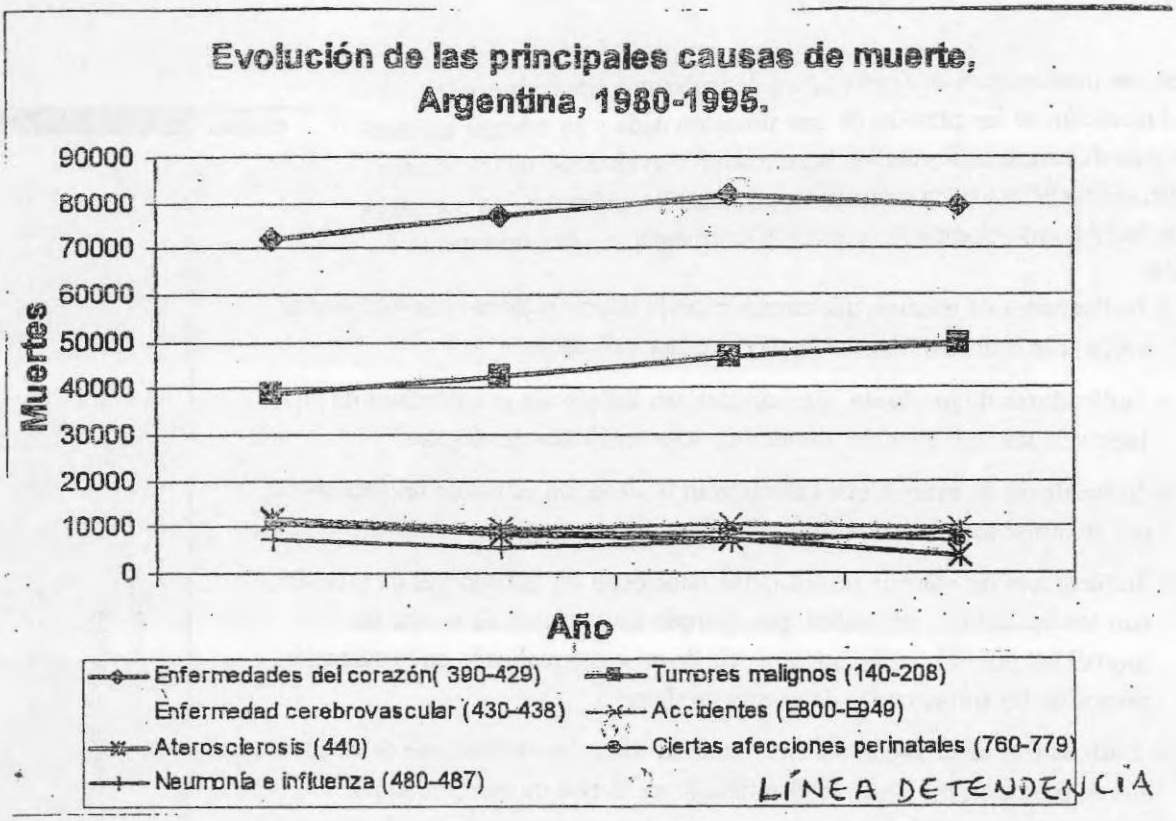


POLIGONO DE FRECUENCIAS



HISTOGRAMA





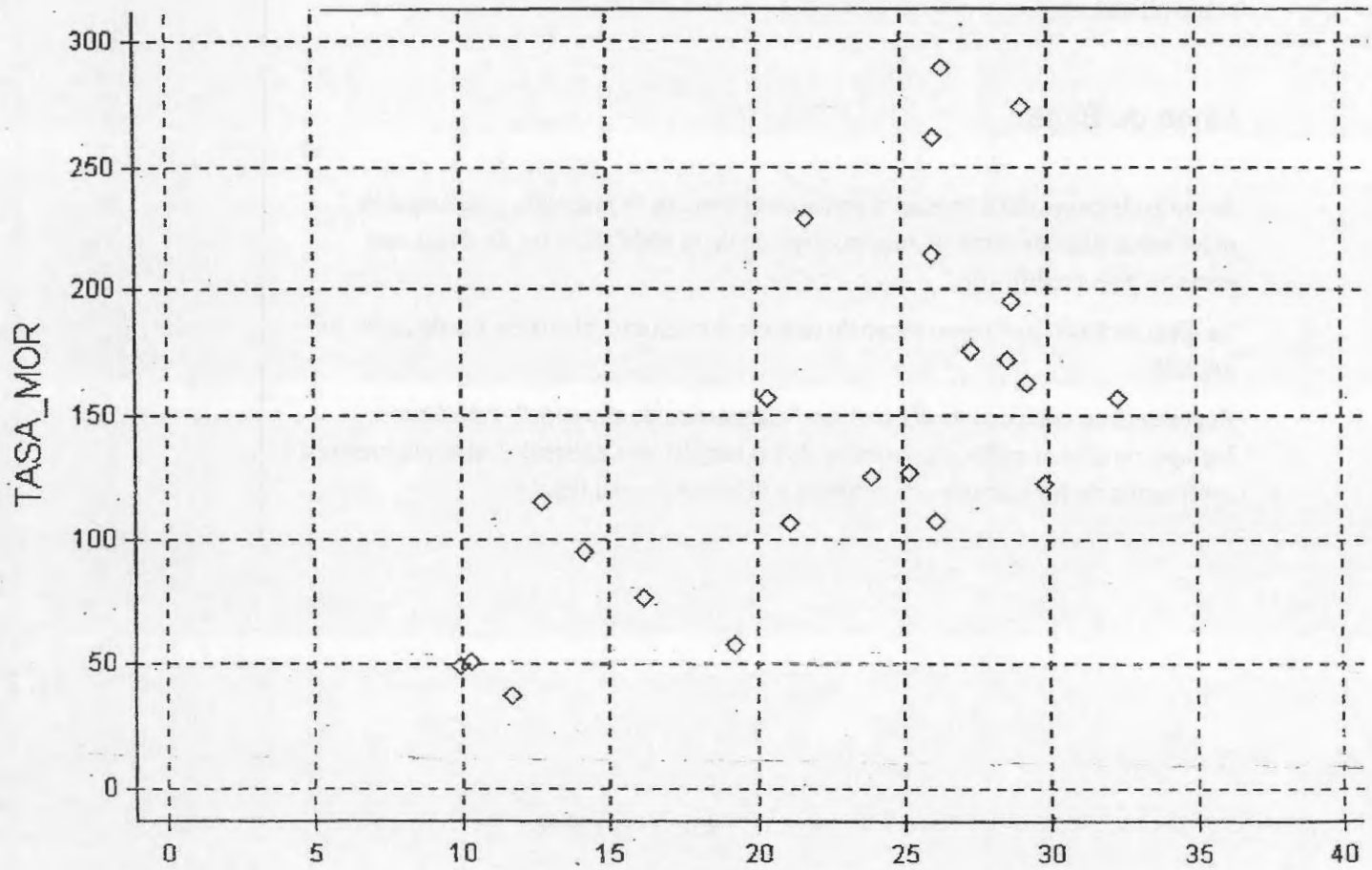


GRÁFICO DE DISPERSIÓN (BIVARIADO)

Indicadores

Los indicadores son instrumentos que sirven para describir una situación social, colaboran en la medición de los cambios de una situación dada y en esbozar algunas tendencias. Se trata de instrumentos para el seguimiento y evaluación de los efectos de una actividad, mediante el uso de estadísticas elementales en un sistema complejo de relación, que facilita una información concisa y comprensiva sobre un aspecto de la realidad social.

- **Indicadores de medios,** que caracterizan la intervención en una cierta área social, por ejemplo: número de médicos por habitantes.
- **Indicadores de producto,** que caracterizan los efectos cuantitativos de una inter vención, por ejemplo: número de intervenciones quirúrgicas.
- **Indicadores de estado,** que caracterizan la situación actual de un área social, por ejemplo: tasa de mortalidad infantil.
- **Indicadores de eficacia interna**, que relacionan los indicadores de producto con los indicadores de medios, por ejemplo disminución de la tasa de mortalidad infantil como consecuencia de un gasto realizado en la captación precoz de las embarazadas de grupos de riesgo.
- **Indicadores de eficacia externa**, que relacionan los indicadores de estado con los de producto, por ejemplo disminución de la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares como consecuencia de campañas de promoció y salud cardiovascular.

En la identificación y construcción de indicadores debe hacerse referencia a la disponibilidad de los datos, las fuentes correspondientes, periodicidad, cobertura, confiabilidad, etc.

Línea de Base

Se entiende como línea de base o punto de referencia, la medición y descripción objetivas realizadas sobre un estado existente de la realidad, antes de tomar una decisión para modificarlo.

La línea de base sirve como punto de referencia conforme al cual se puede medir lo logrado.

Representa un componente del término "diagnóstico de situación". Este último incluye, no sólo el análisis transversal de las condiciones existentes, sino también una apreciación de los cambios con respecto a la evolución del tiempo.

Ministerio de Salud de la Nación. Anuario 2011. Argentina: Dirección de Estadística y de información de salud; 2011

DEFINICIONES, CONCEPTOS E INDICADORES UTILIZADOS

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Nacido vivo

Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de tal separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo. (1)

Matrimonio

Es la unión legal, conforme a derecho, de dos personas de sexo diferente. (1)

Defunción

Es la desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida (cesación post-natal de las funciones vitales sin posibilidad de resucitar). Por tanto, esta definición excluye las defunciones fetales. (4)

Defunción Fetal

Es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo; la defunción se señala por el hecho de que, después de tal separación, el feto no respira ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios. (4)

Momento de la defunción fetal

El momento de la muerte fetal hace referencia a si la defunción ocurrió antes del parto (anteparto) o durante el parto (intraparto). A partir del año 2001, por recomendaciones de expertos, esta información se solicita a través de la pregunta "El feto presentaba señales de maceración ".

Lugar de residencia habitual

Es la localización geográfica o dirección donde reside habitualmente la persona de que se trate.

Este no necesita ser el mismo lugar en que aquella persona se encontraba en el momento en que ocurrió el hecho o su residencia legal. A los efectos de la tabulación, el lugar de residencia debe determinarse de la siguiente manera:

- para nacidos vivos: lugar de residencia de la madre en el momento del alumbramiento del nacido vivo;

- para defunciones fetales: lugar de residencia de la madre en el momento de la expulsión del feto muerto;

- para defunciones: en las de menores de un año, lugar de residencia de la madre en el momento de la muerte del niño (o la del niño si la madre ha muerto); y lugar de residencia del fallecido al morir para el resto de las edades. (1)

Lugar de ocurrencia

Es la localización geográfica o dirección donde ha ocurrido el nacimiento, la defunción, la defunción fetal, etc. (1)

Edad

Es el intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año en que ocurre el hecho expresado en unidad solar de máxima amplitud que se haya completado, o sea, años para los adultos y niños; y meses, semanas, días, horas o minutos de vida, la unidad que sea más adecuada, para los niños de menos de un año de edad. (1)

Nivel de instrucción

Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de Educación General Básica y Polimodal).

Pertenencia o asociación a sistemas de atención de la salud

Es la condición de afiliación a algún sistema de atención de la salud (obra social, plan privado, mutual, plan o seguro público etc.)

A los efectos de la tabulación, la pertenencia o asociación a algún sistema de atención de la salud se determina de la siguiente manera:

- Para nacidos vivos y defunciones de menores de 1 año
  pertenencia o asociación de la madre a algún sistema de atención de la salud

- Para fallecidos de 1 año de edad o más
  pertenencia o asociación del fallecido a algún sistema de atención de la salud

Las categorías de pertenencia o asociación son:

- Obra Social: sistema de atención de la salud caracterizado por la afiliación obligatoria de todas las personas que trabajan en relación de dependencia.

- Plan de salud privado o Mutual: sistema de atención de la salud caracterizado por la adhesión o asociación voluntaria.

- Plan o Seguro público: sistema de cobertura organizado y financiado por el Estado Nacional y/o Provincial y/o Municipal para personas que no están afiliadas a algún sistema de atención de la salud.

Peso al nacer

Es la primera medición del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento. Dicho peso debe ser tomado preferentemente dentro de la primera hora de vida, antes de que ocurra la pérdida post-natal importante de peso. Se define como **Bajo peso al nacer** al inferior a 2.500 gramos (hasta 2.499 gramos inclusive) .

Tiempo de gestación

La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas.

- Pretérmino: menos de 37 semanas completas (menos de 259 días).
- A término: de 37 a 41 semanas completas (259 a 293 días).
- Postérmino: 42 semanas completas o más (294 días o más).

Número de orden de nacido vivo

Es el número de orden del nacido vivo que está siendo registrado, en relación con todos los nacidos vivos anteriores que ha tenido la madre.

Situación conyugal de la madre

Hace referencia a si la madre, al momento del nacimiento o de producirse la defunción de un menor de 14 años o la defunción fetal, se encontraba conviviendo en pareja o no, sin importar si la unión es con el padre biológico, pareja o compañero. (2)

Asistente o persona que atendió el nacimiento y el parto

Es la persona que asistió a la madre en el parto de un nacido vivo o de un feto nacido muerto. Los datos deben recogerse de manera que permitan distinguir los nacimientos y las defunciones fetales según hayan sido asistidos por: médico, partera, comadre, sin atención, otros y sin especificar.

Local de ocurrencia

Es el sitio donde ocurrió el hecho. A los efectos de la tabulación el local de ocurrencia debe determinarse de la siguiente manera:

- Establecimiento de salud: es el lugar donde se brinda asistencia médica y / u obstétrica; puede ser hospital, clínica, maternidad, centro asistencial, etc. A su vez también puede ser categorizado en público o de otra dependencia (privado, obra social, etc.).
- Vivienda o domicilio particular: cualquier otro domicilio no institucional, es decir, casa donde una persona vive o se hospeda.
- Otro lugar: si ocurrió en algún otro lugar. Ej. a bordo de un transporte, en la vía pública, en la cárcel, en el lugar de trabajo, etc.
- Se ignora. (2) (3)

Causa de defunción

Son todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte, o que contribuyeron a ella y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones. (4)

Causa básica de la defunción

Es a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o b) las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal. (4)

Muerte materna

Es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales. (4)

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10) mantiene esta definición y propone la consideración de una nueva categoría: **muerte materna tardía**. Se define como tal a la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, ocurrida después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

No obstante, a los fines de las comparaciones nacionales e internacionales, la tasa de mortalidad materna deberá ser calculada sin incluir las defunciones maternas tardías.

CONCEPTOS E INDICADORES UTILIZADOS

Las estadísticas vitales proporcionan información referente a la dinámica de la población, y son ampliamente utilizadas para el cálculo de indicadores de gran importancia para el sector salud.

El **NIVEL de RIESGO** de la población se estima sobre la base de indicadores que miden variables socio-económico-culturales, biológicas y otras en las cuales ya se ha demostrado fuerte asociación con resultados deficitarios (muerte, enfermedad o secuelas). El concepto de riesgo es netamente probabilístico, ya que el alto o bajo riesgo se asocia con alta o baja posibilidad de que suceda un daño.

En salud materno infantil una serie de factores maternos se asocian frecuentemente con daño del niño (muerte o enfermedad). Conocerlos permite establecer medidas preventivas para el grupo que más lo necesite (Alto Riesgo) y de esta forma optimizar la distribución de los recursos disponibles, con los consiguientes mejores resultados, al contribuir a racionalizar la atención de la salud.

El **SISTEMA DE SALUD** hace referencia no sólo a la atención médica, sino también a todos los factores vinculados directa o indirectamente con problemas de la salud, como vivienda, saneamiento, accesibilidad a los sistemas de atención, alimentación, etc. Su evaluación no es una tarea sencilla, ya que la misma no puede ser expresada exclusivamente a través de los resultados, en la medida en que éstos están influenciados fuertemente por el nivel de riesgo de la población que se asiste.

Los **RESULTADOS** son función de las dos variables anteriores (Riesgo Poblacional y Sistema de Salud) y ellos pueden ser medidos a través del daño (muerte, enfermedad y/o secuela).

Lugar de residencia habitual

Para el estudio de las variaciones de la natalidad y la mortalidad es fundamental clasificar los nacimientos y las defunciones, registrados en el país, de acuerdo con el lugar de residencia habitual. De esta manera cada provincia podrá:

- disponer del número efectivo de nacimientos y defunciones que acaecieron entre los residentes de esa jurisdicción, independientemente del lugar de ocurrencia. En las tabulaciones según lugar de ocurrencia influye la concentración de los servicios de salud en ciertas áreas geográficas;
- calcular el crecimiento vegetativo;
- vincular los datos con los de los censos de población y calcular las tasas para cada subdivisión geográfica sobre la base de la población correspondiente.

Para comparaciones entre zonas geográficas deberían emplearse únicamente las tabulaciones según lugar de residencia.

48

Edad

El estudio de la estructura por edad reviste especial interés, dado que la fecundidad y la mortalidad, están estrechamente relacionadas con la edad de los individuos. Por esto la información sobre la edad es esencial para los estudios demográficos y los programas de salud. La tabulación de los nacidos vivos por edad de la madre permite, por ejemplo, el estudio de los diferenciales de fecundidad, el cálculo de tasas de reproducción, etc. La clasificación de las defunciones según edad y sexo proporciona la información básica para la construcción de las tablas de vida y las proyecciones de población. Al hacer referencia al concepto de riesgo, se podrá visualizar la importancia de la edad desde el punto de vista del sector salud.

Natalidad

La **TASA BRUTA DE NATALIDAD** relaciona todos los nacimientos acaecidos en una población dada con la población total. Es un índice de la velocidad relativa con que aumenta la población mediante los nacimientos. Influyen sobre la natalidad factores tales como la composición por edad (cuanto más joven es la población mayor es la tasa de natalidad), el nivel socio-económico (a menor nivel mayor tasa de natalidad) y la fecundidad propiamente dicha, con los que se puede evaluar en forma indirecta el mayor riesgo de una población. En general las altas tasas de natalidad se acompañan de otros factores de riesgo.

La tasa bruta de natalidad sola no debe usarse para comparar el nivel de fecundidad de dos poblaciones, por cuanto no toma en cuenta las diferencias en la estructura de las mismas, especialmente con respecto a la composición por edad de la población femenina.

TASA BRUTA DE NATALIDAD

$$\text{Tasa bruta anual de natalidad} = \frac{\text{Nro. de nacidos vivos registrados en la población de una zona geográfica dada durante un año dado}}{\text{Población total de la zona geográfica dada en mitad del mismo año}} \times 1000$$

Se consideran nacidos vivos registrados a los ocurridos en el año de registro y en el año inmediato anterior.

Edad de la madre

La edad de la madre es un factor que se asocia fuertemente con el posible daño del niño (muerte o enfermedad). Esto ha sido estudiado en diferentes países y verificado para la Argentina en diferentes investigaciones. (5)

Este tipo de estudios, permite cuantificar los grupos de riesgo, o sea aquellos grupos que tengan mayor posibilidad de daño (Alto Riesgo) o menor (Bajo Riesgo). Este enfoque basado en el concepto de riesgo, tiene gran trascendencia desde el punto de vista sanitario y con miras a encararlo de esta forma, se adoptó en el estudio mencionado la clasificación propuesta por Buttler y Bonham en 1958 (6) y utilizada con éxito en numerosos estudios ulteriores. Las madres son categorizadas en tres niveles de riesgo en relación con su edad:

- ALTO RIESGO - Menos de 20 años.
- BAJO RIESGO - Entre 20 y 34 años.
- RIESGO INTERMEDIO - Mayores de 34 años.

Desde el punto de vista de la atención materno infantil se define como RIESGO a la mayor probabilidad de producirse DAÑO (muerte, enfermedad y/o secuela) en el período de referencia (en este caso el primer año de vida). La edad materna es un factor que se asocia significativamente con la posibilidad de daño del hijo (mortalidad) durante el primer año de vida y permite identificar y cuantificar dónde y de qué dimensión es el riesgo a que está sometido ese niño.

Nivel de instrucción materno

El nivel de instrucción materno es un factor de riesgo para el hijo en cuanto a la probabilidad de sufrir un daño (muerte, enfermedad y/o secuela). Esta fuerte asociación está sustentada por numerosos trabajos y verificado en la Argentina en el estudio mencionado precedentemente.

En Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales, las Naciones Unidas, a través de su Oficina de Estadística, recomienda categorizar el Nivel de Instrucción Materno en siete grupos: Analfabeta, Primaria Incompleta y Completa, Secundaria Incompleta y Completa y Terciaria o Universitaria Incompleta y Completa.

Local de ocurrencia y persona que atendió el parto

Para evaluar la utilización de los servicios y recursos de salud, resulta útil tener en cuenta el local de ocurrencia y la persona que asistió el parto. Estos datos permiten apreciar el nivel de institucionalización del mismo en las distintas jurisdicciones. Desde el punto de vista estrictamente sanitario, son importantes porque permiten evaluar las condiciones de riesgo en que ha acaecido el parto. El parto no institucional comprende los nacidos vivos acaecidos en domicilio o en otro lugar como la calle, a bordo de un vehículo, etc. Ello de por sí define una condición de alto riesgo.

Causa de muerte

Las estadísticas de causa de muerte constituyen una de las herramientas más útiles para el conocimiento de los problemas de salud de una población y orientación de los programas.

"Desde el punto de vista de la prevención de la mortalidad, es importante cortar la cadena de acontecimientos o instituir la curación en un cierto punto. El objetivo más efectivo es prevenir que opere la causa precipitante.

"El problema de clasificar las causas de muerte, en estadísticas vitales, es relativamente simple cuando actúa una sola. Sin embargo, en muchos casos contribuyen a la muerte dos o más procesos patológicos. En tales casos ha sido la práctica tradicional seleccionar una de estas causas para ser tabulada. Para hacer uniformes la terminología y el procedimiento de selección de la causa de muerte para las tabulaciones primarias en la Sexta Conferencia Internacional para la Revisión Decenal, se acordó designar la causa que fuera a ser tabulada como la CAUSA BASICA DE DEFUNCION".(8)

La **TASA BRUTA DE MORTALIDAD** relaciona todas las muertes acaecidas en una población dada con la población total, midiendo así la disminución de la misma a causa de las muertes. Si bien es muy utilizada, ya que generalmente se dispone de los datos para su cálculo, deben adoptarse ciertos recaudos.

Dado que la mortalidad varía con la edad, la tasa bruta puede ser engañosa cuando las poblaciones que se comparan no tienen una composición similar según la edad y el sexo. Las poblaciones compuestas por una elevada proporción de personas de edad avanzada en las que la mortalidad es más alta, mostrarán naturalmente tasas brutas de mortalidad más elevadas que las de las poblaciones más jóvenes.

TASA BRUTA DE MORTALIDAD

$$\text{Tasa bruta anual de mortalidad} = \frac{\text{Nro. de defunciones acaecidas en la población de una zona geográfica dada durante un año dado}}{\text{Población total de la zona geográfica dada en mitad del mismo año}} \times 1000$$

La **TASA ESPECIFICA DE MORTALIDAD SEGUN EDAD** expresa el riesgo de morir en cada uno de los grupos de edad elegidos para el cálculo. La especificación de la edad y el sexo elimina las diferencias que podrían deberse a las variaciones en la población con respecto a estas características. Dichas tasas pueden compararse entre una zona geográfica y otra y entre un período de tiempo y otro. Sin embargo, no deben dejarse de lado otras variables importantes que influyen sobre la mortalidad en ciertas edades como la escolaridad, la ocupación, etc.

TASA ESPECIFICA DE MORTALIDAD SEGUN EDAD

$$\text{Tasa anual específica de mort. según edad} = \frac{\text{Nro. de defunciones acaecidas en un grupo de edad específica de la población de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{Población de ese grupo específico de edad del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$$

La **TASA ESPECIFICA DE MORTALIDAD SEGUN CAUSA** relaciona las defunciones provenientes de una causa específica con la población. Suministra un índice de la disminución de la población total por una causa determinada y es uno de los indicadores más utilizados para la evaluación de los programas de salud.

Es importante calcular esta tasa por edad y sexo, ya que las causas de muerte varían según estas características.

Dado que la causa de muerte certificada por el médico es uno de los datos que está sujeto a errores en cuanto a su declaración, cabe tomar precauciones en su uso, dependiendo su exactitud del tipo de certificación, de codificación y de los criterios de clasificación que se utilicen.

Mortalidad Materna

La mortalidad materna constituye un importante problema de investigación, tanto en lo referente a las causas como a los distintos factores que influyen en la misma: la asistencia sanitaria de la madre, el saneamiento, la nutrición y las condiciones socio-económicas generales. Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos:

- **Defunciones obstétricas directas**: son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas;

- **Defunciones obstétricas indirectas**: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

La mortalidad materna es frecuentemente subestimada debido a deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

En tal sentido, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia junto con la Dirección de Estadísticas de Salud, llevó a cabo un estudio que confirmó la existencia de subregistro de causas maternas con información de 1985 (9) (10). Un estudio colaborativo multicéntrico realizado por el Ministerio de Salud y Ambiente (Comisión Nacional de Programas de Investigaciones Sanitarias – CONAPRIS -) permitió corroborar la existencia de subregistro de causas maternas, con información del año 2002, y comprobó que dicho subregistro había disminuido sensiblemente en comparación con los resultados del estudio basado en información de 1985 (11).

La **TASA DE MORTALIDAD MATERNA** refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio.

Se utiliza como denominador el número de nacidos vivos como una aproximación al número de mujeres expuestas a morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.

Si bien la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud -Décima Revisión (CIE-10) incorpora la categoría de **muerte materna tardía**, a los fines de las comparaciones nacionales e internacionales, éstas no se incluyen en el numerador de la tasa de mortalidad materna.

50

TASA DE MORTALIDAD MATERNA

$$\text{Tasa anual de mort. materna} = \frac{\text{Nro. de defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 10000$$

Se consideran nacidos vivos registrados a los ocurridos en el año de registro y en el año inmediato anterior.

Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año. Se llama mortalidad neonatal a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad post-neonatal designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año.

Existen un conjunto de factores que influyen y determinan el nivel de la misma: biológicos, demográficos, socio-económicos, culturales, ambientales, de atención de la salud y geográficos.

La influencia de estos factores difiere según la edad de los menores de un año. En la mortalidad neonatal prevalecen aquéllos vinculados con las condiciones congénitas como con la atención de la salud (salud de la madre, control del embarazo, atención del parto y del niño durante los primeros días de vida). En la mortalidad post-neonatal tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socio-económicas sobre la salud del niño.

Para su análisis, es necesario tener presente la influencia de la calidad de los datos en el valor de estos indicadores, particularmente en la mortalidad neonatal. Esto obedece a que, además del posible subregistro, podrían sumarse inconvenientes por la aplicación incorrecta de las definiciones de nacido vivo y de defunción fetal.

La **TASA DE MORTALIDAD INFANTIL** relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año.

Es considerada como uno de los indicadores más importantes para la planificación y programación de actividades en salud y, debido a su especial utilidad, es necesario calcular e interpretar correctamente sus valores. Uno de los errores más frecuentes es el que proviene de una incorrecta aplicación de la definición del hecho y de la inscripción del mismo. Existe una tendencia a inscribir como defunciones fetales a los niños que, aún habiendo nacido vivos, mueren inmediatamente. O sea, que podría haber una subinscripción de nacidos vivos y también de las defunciones infantiles, situación que influye en el cálculo de las tasas de mortalidad infantil. Otro factor a considerar es la omisión de registro del nacimiento y la defunción.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

$$\text{Tasa anual de mort. infantil} = \frac{\text{Nro. de muertes de menores de un año de edad acaecidas en la población de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$$

Se consideran nacidos vivos registrados a los ocurridos en el año de registro y en el año inmediato anterior.

Mortalidad Neonatal

La mortalidad neonatal forma parte de la mortalidad infantil, y ella es proporcionalmente mayor (mortalidad dura) cuanto más baja sea la tasa de mortalidad infantil, como se ve en países desarrollados o en poblaciones con buenas condiciones socio-económicas y culturales.

La mayoría de las causas de muerte son de **origen perinatal** y ello es más frecuente cuanto más precoz sea el fallecimiento como sucede en la Mortalidad Neonatal Precoz (entre 0 y 6 días de vida) en relación con la Mortalidad Neonatal Tardía (entre 7 y 27 días de vida).

Es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos en los primeros 27 días de vida extrauterina, durante un año dado, y el denominador el número de nacidos vivos registrados, en el mismo año, y expresada por cada 1000 nacidos vivos.

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL

$$\text{Tasa anual de mort. neonatal} = \frac{\text{Nro. de muertes de niños de menos de 28 días de edad acaecidas en la población de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$$

Se consideran nacidos vivos registrados a los ocurridos en el año de registro y en el año inmediato anterior.

Mortalidad Post-Neonatal

La mortalidad post-neonatal forma parte de la mortalidad infantil, y ella es proporcionalmente mayor (mortalidad blanda) cuanto más alta sea la tasa de mortalidad infantil, como se observa en países en vías de desarrollo o en poblaciones con malas condiciones socio-económicas y culturales.

La mayoría de las causas de muerte se deben a problemas provenientes del medio ambiente y ello es más frecuente cuanto más se aleja la muerte del momento del nacimiento (infecciones, diarreas, deshidratación, trastornos respiratorios agudos, etc.).

Se debe recordar que muchos neonatos de alto riesgo (de pretérmino, bajo peso, etc.) aún sobreviviendo al período neonatal, quedan con déficit para afrontar las condiciones desfavorables del medio ambiente y fallecen durante el período post-neonatal. A su vez, es poco frecuente que los nacidos de bajo riesgo (a término, con peso adecuado, sin malformaciones, etc.) fallezcan en el período neonatal, pero no así en el período post-neonatal si las condiciones del medio son desfavorables.

De ahí la importancia de conocer el momento de la muerte que, junto a otras variables, facilita el diagnóstico de situación de una determinada provincia, región o país.

Es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos entre los 28 y los 365 días de vida extrauterina, durante un año dado, y el denominador el número de nacidos vivos registrados , en el mismo año, y expresada por cada 1000 nacidos vivos.

ducir los costes relacionados con la salud. Pueden ofrecer cuidados directos a los empleados; manejar una evaluación de programas, y analizar las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. En compañías donde los puestos de dirección se han recortado, la enfermera puede asumir mayores responsabilidades en el análisis del trabajo, la seguridad y el control de beneficios. La especialización en este campo es, a veces, un requisito para responsabilidades adicionales. Las enfermeras que deseen obtener especialización y certificación en salud ocupacional hallarán diversos programas de graduado que ofrecen educación avanzada en este campo.

VALORACIÓN DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD

Se han imaginado varios esquemas de valoración de la comunidad. En uno de ellos, Anderson y McFarlane (1988, e ág. 171) identifican para el análisis ocho subsistemas comunitarios. Estos subsistemas se representan alrededor de un «núcleo» que se compone de la gente, sus características, valores, historia y creencias. La primera etapa de la valoración es aprender acerca de la gente de la comunidad. La Figura 14-6 representa algunos de los principales componentes del núcleo comunitario. Alrededor del núcleo se disponen los ocho subsistemas. En los recuadros siguientes se anotan preguntas centradas en la valoración de la comunidad y posibles fuentes de datos.

DIAGNÓSTICO

Tras valorar, validar y resumir los datos, la enfermera identifica los diagnósticos enfermeros para la comunidad.

Figura 14-6. Rueda de valoración de la comunidad.
Fuente: adaptado de ET Anderson y JM McFarlane. 1988. *Community as Client: Application of the Nursing Process* (Philadelphia: Lippincott). pág. 170.

Los diagnósticos de la NANDA se centran en gran medida sobre las respuestas del individuo y la familia. McCloskey y Bulechek (1996) identifican tres diagnósticos de la NANDA centrados en la comunidad:

- **Afrontamiento ineficaz de la comunidad:** patrón de actividades comunitarias para la adaptación y la resolución de problemas que es insatisfactoria para cumplir las demandas o necesidades de la comunidad (McCloskey y Bulechek, 1996, pág. 618).
- **Potencial elevado de afrontamiento de la comunidad:** patrón de actividades comunitarias para la adaptación y resolución de problemas que es satisfactoria para cumplir las demandas o necesidades de la comunidad pero que pueden mejorarse para el tratamiento de problemas/agentes estresantes actuales y futuros (McCloskey y Bulechek, 1996, pág. 619).
- **Manejo ineficaz del régimen terapéutico por parte de la comunidad:** patrón de regulación e integración en los programas que tramita la comunidad para el tratamiento de enfermedades y secuelas de las enfermedades que es insatisfactorio para cumplir objetivos relacionados con la salud.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN

La planificación de la salud comunitaria puede orientarse hacia una mejora en el control de crisis, la prevención de enfermedades, el mantenimiento de la salud o la promoción de la salud. La responsabilidad de la planificación a nivel comunitario tiene habitualmente una base amplia. Los recursos exactos y las habilidades de los miembros de la comunidad dependerán, a menudo, del tamaño de la comunidad. Un grupo de planificación ampliamente basado es más probable que genere un plan que sea aceptable a los miembros de la comunidad. Además, las personas involucradas en la planificación adquieren formación referente a los problemas, los recursos, y las interrelaciones dentro del sistema relativas a la salud y sus problemas.

Al establecer prioridades, los planificadores de la salud deben trabajar con los consumidores, grupos de intereses u otras personas involucradas para priorizar los problemas de salud. Es importante tener en consideración los valores e intereses de los miembros de la comunidad, la gravedad de los problemas, y los recursos disponibles de cara a identificar y actuar sobre dichos problemas. Dado que cualquier plan probablemente dará origen a un cambio, los miembros del grupo de planificación deben ser conocedores de ello y emplear una teoría de cambio planificada (véase Capítulo 20).

El establecimiento de objetivos también requiere la participación del consumidor. Los objetivos deberán reflejar un estado deseable, por ejemplo, reducir la mortalidad in-

ASPECTOS DE LA VALORACIÓN COMUNITARIA

Ambiente físico

- ¿Cuál es el terreno, el clima y los límites naturales?
- ¿Cuál es el tamaño, densidad y composición de la comunidad?
- ¿Se trata de una zona que está experimentando crecimiento o descenso de población?
- ¿Cuáles son los tipos de viviendas?
- ¿Hay signos de decadencia o pobreza?
- ¿Cuál es la incidencia de crímenes, vandalismo, actividades de bandas y drogadicción en la comunidad?

Educación

- ¿Qué instalaciones educativas existen en la comunidad?
- ¿Cuántos residentes acuden a la escuela?
- ¿Acude la gente a una escuela fuera de la comunidad?
- ¿Cuáles son las instalaciones sanitarias, servicios y personal existentes en la escuela?
- ¿Qué tipo de cantidad de servicios sanitarios manejan las enfermeras escolares?
- ¿Existe un programa de comidas nutritivo en las escuelas?
- ¿Cuáles son los servicios adicionales disponibles (p. ej., deportes extracurriculares, librerías y servicios de asesoramiento)?
- ¿Qué servicios o personal están a disposición de los estudiantes con problemas físicos, mentales o de aprendizaje?
- ¿Existen programas de educación continuada o educación ampliada?
- ¿Cuál es el grado de compromiso de los padres en las escuelas?

Seguridad y transporte

- ¿Cuáles son los servicios de bomberos, policía y sanidad?
- ¿Cuáles son las fuentes de agua y su tratamiento?
- ¿Cómo es la calidad del aire?
- ¿Cómo se desechan las basuras?
- ¿Existe un transporte público seguro disponible las veinticuatro horas del día?
- ¿De qué servicios de ambulancias se dispone?

Política y gobierno

- ¿Qué tipo de gobierno tiene la comunidad?
- ¿Qué organizaciones están activas en la comunidad?
- ¿Quiénes son las personas de influencia en la comunidad?
- ¿Qué asuntos han aparecido recientemente en las votaciones locales?
- ¿Cuál es la asistencia media a las elecciones?

Servicios de salud y sociales

- ¿Qué hospitales, instituciones de asistencia sanitaria y servicios de asistencia sanitaria existen en la comunidad?
- ¿Cuál es el número, tipo y volumen de profesionales de la salud en la comunidad?
- ¿Hay accesibilidad geográfica, económica y cultural a los servicios del cuidado de la salud?
- ¿Cuáles son las fuentes de información sanitaria en la comunidad?
- ¿Cuál es el nivel de inmunización entre los niños de la comunidad?
- ¿Cuál es la esperanza de vida de los miembros de la comunidad?
- ¿De qué servicios se dispone para asistencia sanitaria a domicilio y asistencia a largo plazo?
- ¿Qué servicios proporciona el sistema de salud público?
- ¿Existe un servicio de transporte para todas las instalaciones sanitarias principales?

Comunicación

- ¿Qué periódicos existen en la comunidad?
- ¿Hay emisoras de radio y televisión, servicios postales y servicios telefónicos?
- ¿Se mantienen foros públicos?
- ¿Existen tablones de boletines informativos?

Economía

- ¿Cuáles son las industrias y ocupaciones principales en la comunidad?
- ¿Qué porcentaje de la población está empleada o acude a la escuela?
- ¿Cuál es el nivel de ingresos y la calidad y el tipo de vivienda?
- ¿Hay programas de salud ocupacional?
- ¿Cuáles son los principales empresarios de la comunidad?
- ¿De qué servicios se dispone en la comunidad?

Ocio

- ¿Qué instituciones recreativas existen en la comunidad? ¿Fuera de la comunidad?
- ¿Hay teatros y cines?
- ¿Cuál es el número y utilización de campos de juego, piscinas, parques e instalaciones deportivas?
- ¿Hay programas centrados en la familia?
- ¿Qué número y tipo de iglesias y servicios religiosos existen?
- ¿Cuál es el nivel de participación en los diversos programas eclesiásticos?
- ¿Proporcionan las iglesias actividades o instalaciones recreativas?
- ¿Cuál es el número y tipo de comités sociales, organizaciones y clubes disponibles?

FUENTES DE DATOS PARA LA VALORACIÓN DE LA COMUNIDAD

- Mapas de la ciudad para localizar las fronteras de la comunidad, las carreteras, las iglesias, las escuelas, los parques, los hospitales, etc.
- Datos del censo estatal o provincial sobre la composición y características de la población.
- Cámara de Comercio para estadísticas de empleo, industrias principales y ocupaciones primarias.
- Departamentos de salud municipales, estatales o provinciales para la localización de instalaciones sanitarias, programas de salud ocupacional, número de profesionales de la salud, número de receptores de beneficiencia, etc.
- Tablones sobre planificación de salud de la ciudad o regionales para necesidades y prácticas sanitarias.
- Guía telefónica para la localización de organizaciones sociales, recreativas y sanitarias.
- Bibliotecas públicas y universitarias para informes sociales de distrito e informes de investigación cultural.
- Administradores de instituciones sanitarias para información sobre carga laboral por empleado, tipos principales de problemas y necesidades dominantes.
- Organizadores para programas recreativos y niveles de participación.
- Departamento de policía para incidencia de criminalidad, vandalismo y drogadicción.
- Maestros y enfermeras escolares para incidencia de problemas sanitarios en los niños e información sobre las instalaciones y servicios para mantener y promocionar la salud.
- Periódicos locales para actividades de la comunidad relacionadas con la salud y el bienestar, por ejemplo, revistas de salud o ferias de salud.
- Servicios informáticos on-line que puedan proporcionar acceso a documentos públicos relacionados con la salud de la comunidad.

fantil un 15 %. Las estadísticas nacionales y los objetivos de *Gente Sana en el 2000* pueden ser útiles para lograr unos objetivos realistas (véase Capítulo 13). Entre los muchos otros factores que deben considerarse están las tradiciones de las personas de la comunidad, los intereses creados, las organizaciones actuales y los recursos, todos los cuales pueden ser barreras para el cambio. Un ejemplo de objetivo de una comunidad podría ser reducir la incidencia de enfermedad infecciosa en una escuela.

Los criterios de resultados u objetivos son metas específicas y mensurables. Un ejemplo de objetivo es un aumento en los niveles de inmunización cercano al 20 %, a lograr en septiembre de 1999.

La puesta en marcha de las estrategias de enfermería en salud comunitaria es generalmente una acción colaboradora. Según Spradley (1990), las enfermeras son también con frecuencia catalizadoras y facilitadoras en la ejecución de los planes. El objetivo primario en la enfermería comunitaria es ayudar a que las personas se ayuden a sí mismas.

McCloskey y Bulechek (1996), a través del Nursing Intervention Classification (NIC) Proyect, describieron tres intervenciones específicas apropiadas para el manejo de los problemas de salud comunitaria: **control ambiental: comunidad, control de política sanitaria,** y **educación sanitaria.** Al poner en marcha la educación sanitaria (NIC 5510) como intervención, la enfermera «desarrolla y proporciona instrucción y experiencias de aprendizaje para facilitar la adaptación voluntaria de una conducta promotora de la salud en individuos, familias, grupos o comunidades». Al promorcionar el control ambiental de la comunidad (NIC 6486), la enfermera «controla e influye sobre las condiciones físicas, sociales, culturales, económicas y políticas que afectan a la salud de los grupos y comunidades» mediante las actividades siguientes (McCloskey y Bulechek 1996, pág. 258):

- Iniciar la detección de los riesgos de salud derivados del ambiente.
- Participar en equipos multidisciplinarios para identificar las amenazas a la seguridad en la comunidad.
- Controlar el estado de los riesgos de salud conocidos.
- Participar en programas comunitarios para tratar los riesgos conocidos.
- Colaborar en el desarrollo de programas de actuación en la comunidad.
- Promocionar una política gubernamental para reducir riesgos específicos.
- Alentar a los ciudadanos a que participen activamente en la seguridad comunitaria.
- Coordinar los servicios para grupos y comunidades en riesgo.
- Conducir programas educativos para grupos de riesgo identificados.
- Trabajar con grupos ambientales para asegurar unas regulaciones gubernamentales apropiadas.

McCloskey y Bulechek también describen el papel de la enfermera en el apoyo político al control de la política sanitaria de intervención de enfermería (NIC 7970), que se define como «la vigilancia e influencia del gobierno y las regulaciones, reglas y normas de las organizaciones que afectan a los sistemas y las prácticas de enfermería para asegurar un cuidado de calidad de los pacientes». La enfermera logra esto llevando a cabo las siguientes actividades (McCloskey y Bulechek 1996, pág. 310):

1. Revisar las políticas y normas propuestas en la literatura de organizaciones, profesional y gubernamental, y en los medios populares.
2. Valorar las implicaciones y requerimientos de las políticas y normas propuestas para un cuidado de calidad del cliente.
3. Comparar el requerimiento de las políticas y normas con las prácticas actuales.
4. Valorar los efectos positivos y negativos de las políticas y normas de salud sobre la práctica de la enfermería, el cliente y los resultados de coste.
5. Identificar y resolver las discrepancias entre políticas y normas sanitarias, y la práctica actual de la enfermería.
6. Familiarizarse con los objetivos políticos con implicación en las políticas y normas actuales propuestas para el bienestar del cliente.
7. Presionar sobre los objetivos políticos para realizar cambios en las políticas y normas de salud para beneficio de los clientes.
8. Testificar en foros de organizaciones, profesionales y públicos para influir sobre la formulación de políticas y normas de salud que benefician a los clientes.
9. Ayudar a los consumidores de cuidados de la salud a que sean informados de los cambios actuales y propuestos en las políticas y normas de salud, y las implicaciones para los resultados de salud.

EVALUACIÓN

En salud comunitaria, la evaluación determina si las intervenciones planificadas han llevado al logro de los objetivos y metas establecidos; por ejemplo, si se mejoró la tasa de inmunización de los niños preescolares. Dado que la salud comunitaria suele ser un proceso colaborativo entre proveedores de la salud, incumbe a las enfermeras, los líderes de la comunidad, los políticos y los consumidores, por lo que todos ellos pueden estar involucrados en el proceso de evaluación. A menudo la enfermera de salud comunitaria es el agente de evaluación en la recogida y valoración de los datos que determinan la eficacia de los programas implantados. La evaluación de datos puede abarcar estadísticas comunitarias relacionadas con cambios en las tasas de incidencia de enfermerdad, las tasas de mortalidad y morbilidad, los costes de proporcionar los programas, y la disponibilidad de recursos económicos necesarios y de otro tipo, así como la utilización ciudadana del programa y las tasas de satisfacción. Los líderes deben decidir si el beneficio de un programa merece los costes en dinero, tiempo y otros recursos. Según dicha evaluación, los programas efectivos pueden proseguir, los programas ineficaces pueden interrumpirse, los programas existentes pueden modificarse o podrían implantarse nuevos programas.

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Bonita R., Beaglehole R., y Kjellström T.
Epidemiología básica Segunda edición
Washington, D.C: OPS, © 2008.
(Publicación Científica y Técnica Nº 629)
ISBN 978 92 75 31629 0
I. Título II. Ruth Bonita III. Robert Beagle IV. Tord Kjellström
1. EPIDEMIOLOGÍA—educación
2. MÉTODOS EPIDEMIOLÓGICOS
3. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES—epidemiología

NLM WA 105

CAPITULO 6

Niveles de prevención

Pueden identificarse cuatro niveles de prevención, que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad. La prevención puede ser primordial, primaria, secundaria y terciaria.

Cada uno de estos niveles de prevención se dirige a factores o condiciones que tienen un papel determinado en la producción de la enfermedad. En situaciones en las que no se tienen pruebas concluyentes de que tales factores son realmente causales, pero el riesgo de no prevenir un siniestro de salud pública es demasiado grande, pueden iniciarse acciones preventivas que entran dentro de la llamada "prevención precaucionaria". Este enfoque es habitual en el campo ambiental, en el que el "principio de precaución" se usa para evitar riesgos para la salud pública derivados de procesos o productos.[17]

Los enfoques preventivos se solapan y a menudo confluyen, ya que todos los niveles son importantes y se complementan unos a otros. La prevención primordial y la primaria son las que generalmente contribuyen más a la salud y el bienestar de la población en su conjunto, mientras que la prevención secundaria y terciaria se enfocan generalmente a quienes ya muestran signos de enfermedad (cuadro 6.1).

Prevención primordial

Este es el nivel de prevención más recientemente reconocido, gracias al desarrollo de la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. Se sabe que la cardiopatía isquémica solo ocurre a gran escala cuando existe la causa básica subyacente, una dieta rica en grasa animal saturada. Cuando esta causa falta en gran medida, como sucedía en China

Cuadro 6.1. Niveles de prevención

Nivel de prevención	Fase de la enfermedad	Objetivo	Acciones	Población destinataria
Primordial	Condiciones económicas, sociales y ambientales subyacentes que inician el proceso de causación	Establecer y mantener condiciones que minimicen los riesgos para la salud	Medidas que contrarresten o eviten la aparición de condiciones ambientales, económicas, sociales o conductuales	Población general o grupos seleccionados; conseguida a través de la política sanitaria y la promoción de la salud
Primaria	Factores causales específicos	Reducir la incidencia de enfermedad	Protección de la salud mediante iniciativas personales y colectivas, como mejorar el estado nutricional y eliminar los riesgos ambientales	Población general, grupos seleccionados e individuos de alto riesgo; conseguida a través de programas de salud pública
Secundaria	Primeros estadios de la enfermedad	Reducir la prevalencia de enfermedad acortando su duración	Intervenciones para individuos y comunidades para detectar e intervenir precozmente controlando la enfermedad y minimizando la discapacidad (por ej., mediante programas de detección sistemática)	Pacientes con la enfermedad; conseguida mediante diagnóstico precoz y tratamiento
Terciaria	Estadios avanzados de la enfermedad (tratamiento, rehabilitación)	Reducir el número y la importancia de las complicaciones	Medidas destinadas a aminorar el efecto a largo plazo de la enfermedad y la discapacidad; minimización del sufrimiento; maximización de los años potenciales de vida útil	Pacientes; conseguida mediante rehabilitación

y Japón, la cardiopatía isquémica sigue siendo una causa rara de mortalidad y morbilidad, a pesar de la elevada frecuencia de otros factores de riesgo importantes, como el tabaco y la hipertensión. Sin embargo, el cáncer de pulmón inducido por el tabaco está aumentando y los accidentes cerebrovasculares por hipertensión son frecuentes en China y Japón. En algunos países de niveles medios de ingreso la cardiopatía isquémica está aumentando de importancia en los grupos urbanos de ingresos medios y altos, que ya han adquirido hábitos de comportamiento de alto riesgo. A medida que se produzca el desarrollo socioeconómico, es de esperar que los factores de riesgo se extiendan, provocando un aumento importante de las enfermedades cardiovasculares. El objetivo de la prevención primordial (recuadro 6.3) es evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural de los que se sabe positivamente que contribuyen a elevar el riesgo de enfermedad.

A menudo la importancia de la prevención primordial se comprende demasiado tarde. Todos los países necesitan prevenir la difusión de estilos de vida y patrones de consumo insanos. La prevención primordial de enfermedades crónicas debe incluir políticas nacionales y programas de nutrición. Tales programas han de implicar al sector

Recuadro 6.3. Prevención de la contaminación atmosférica

La prevención primordial es necesaria para hacer frente a los efectos mundiales de la contaminación atmosférica, incluidos el efecto invernadero, la lluvia ácida, el deterioro de la capa de ozono y los efectos nocivos de la contaminación por humos. Los niveles de partículas en suspensión y las concentraciones de dióxido de azufre (SO_2) en la atmósfera de muchas ciudades importantes exceden los máximos recomendados por la OMS y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). En las ciudades de países de nivel de ingreso medio o bajo en las que el carbón es fuente fundamental de energía la contaminación atmosférica es especialmente importante. En casi todos estos países es importante que haya políticas para prevenir la contaminación y proteger la salud (véase el capítulo 9). La prevención primordial incluye la planificación urbana para separar las zonas industriales de las zonas residenciales, facilitar el trasporte público o "activo" (a pie o en bicicleta) e impulsar el ahorro energético.

agrícola, la industria de la alimentación y el sector de importación-exportación de alimentos. Los países necesitan también programas para promover la actividad física habitual. El ejemplo del consumo de tabaco indica que el compromiso político del gobierno nacional es clave para que la prevención primordial sea efectiva. Hay pruebas sólidas de que el consumo de tabaco puede reducirse mediante políticas fiscales (impuestos) y aumentos de precio (figura 6.5). Los datos epidemiológicos que demuestran los efectos nocivos del tabaco llevaron finalmente a la adopción en febrero del 2006 del Convenio Marco para el Control del Tabaco, primer tratado adoptado por los estados miembros de la OMS (véase el capítulo 10).

Prevención primaria

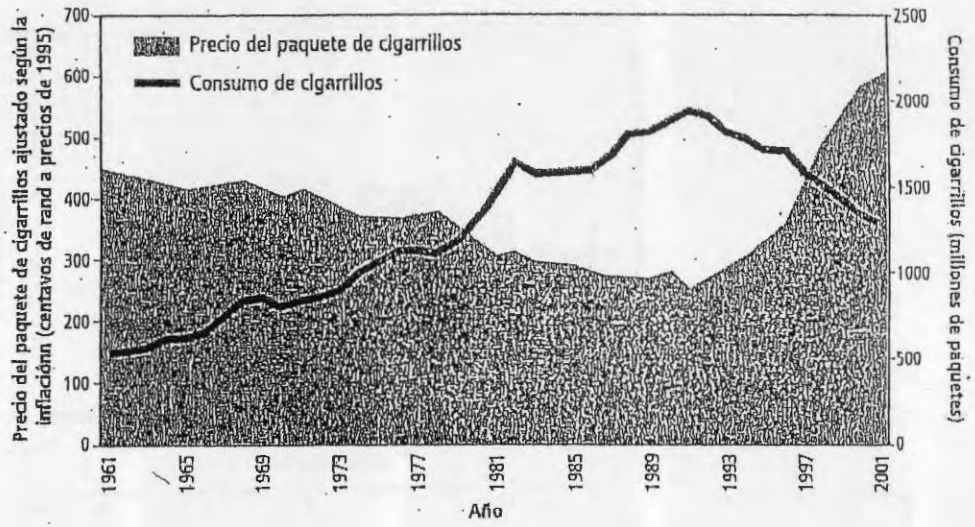
El propósito de la prevención primaria es limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo. La prevención primaria puede enfocarse

- a toda la población, con el objetivo de reducir el riesgo promedio (estrategia poblacional, o "masiva".
- a las personas que son de alto riesgo por la exposición a ciertos factores (estrategia de individuos de alto riesgo).

Estrategia poblacional

El enfoque poblacional pretende cambiar la distribución poblacional hacia menores niveles de riesgo, por ejemplo, reduciendo los niveles promedio de colesterol (o de tensión arterial). La ventaja principal de la estrategia poblacional es que no hay que identificar a un grupo de alto riesgo, simplemente se trata de reducir, aunque sea poco, el nivel de un factor de riesgo dado en toda la población. Su principal desventaja es que brinda escaso beneficio a muchos individuos cuyo riesgo de enfermedad es ya bajo. Por ejemplo, muchos usarán un cinturón de seguridad toda su vida cuando viajan en automóvil sin que nunca se vean implicados en un choque u otro tipo de siniestro automovilístico. La generalización del uso de los cinturones de seguridad ha sido muy beneficiosa para la población en su conjunto, pero quienes nunca se ven envueltos en un accidente obtienen de ese uso nulo beneficio. Este fenómeno se ha denominado paradoja preventiva.[18]

Figura 6.5. Relación inversa entre el precio de los cigarrillos ajustado según la inflación y el consumo de cigarrillos, Sudáfrica, 1961–2001[1]



La elevada incidencia de cardiopatía isquémica en casi todos los países industrializados se debe a los altos niveles de los factores de riesgo en el conjunto de la población, no en una minoría. La relación entre colesterol sérico y riesgo de cardiopatía isquémica (figura 6.6) muestra que la distribución de las colesterolemias (niveles de colesterol en sangre) no es simétrica, los valores más frecuentes están hacia la izquierda. Sólo una pequeña minoría de la población tiene colesterolemias de más de 8 mmol/l que implican un riesgo muy alto de cardiopatía isquémica. La mayoría de las muertes atribuibles a esta enfermedad se producen con niveles medios de colesterol, en los que se encuentra la mayor parte de la población. En este caso, la prevención primaria implicará cambios que reduzcan el riesgo medio de la totalidad de la población, desplazando toda la distribución hacia un nivel inferior.

La figura 6.7 compara la distribución de colesterolemias en tres poblaciones con diferente media. Hay escasa superposición entre quienes tienen niveles altos de colesterol en sangre en la población A y en la población C. Quienes tienen colesterolemias altas en A serían considerados con niveles bajos de colesterol en la población C.

Estos datos proceden del proyecto MONICA (MONItorización de tendencias y determinantes de enfermedad CArdiovascular) que comprende encuestas poblacionales efectuadas al menos quinquenalmente en 38 poblaciones geográficamente definidas en 21 países.[12, 30]

Figura 6.6. Relación entre los niveles séricos de colesterol (histograma) y la mortalidad por enfermedad coronaria (EC, líneas de trazos) en personas de edades entre 55 y 64 años[19]

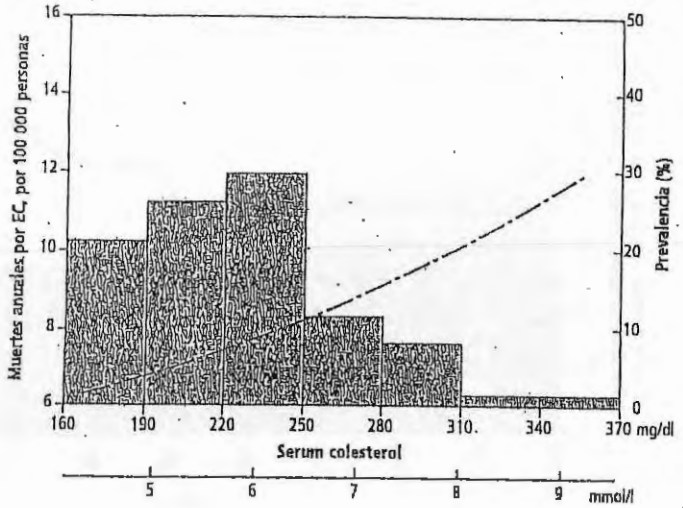
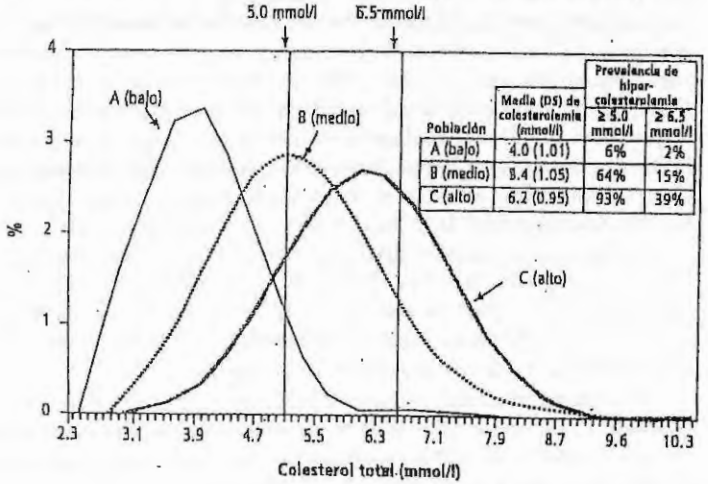


Figura 6.7. Distribución del colesterol sérico en tres poblaciones A (con bajo colesterol), B (con niveles de colesterol medios) y C (con niveles altos)[21]



Población	Media (DS) de colesterolemia (mmol/l)	Prevalencia de hipercolesterolemia ≥ 5.0 mmol/l	Prevalencia de hipercolesterolemia ≥ 6.5 mmol/l
A (bajo)	4.0 (1.01)	6%	2%
B (medio)	5.4 (1.05)	64%	15%
C (alto)	6.2 (0.95)	93%	39%

La figura también ilustra el principio de que cualquier límite para definir la prevalencia es arbitrario, pero desplazar la media poblacional incluso en una cuantía escasa puede tener un gran efecto. El objetivo de la prevención primaria es precisamente desplazar toda la distribución poblacional desde los niveles altos hacia los niveles bajos. En la figura 6.7 puede observarse que:

- la población A cuya colesterolemia media está en niveles bajos (4.0 mmol/l) tiene también baja prevalencia de hipercolesterolemia (6%), aunque se defina la hipercolesterolemia para determinar la prevalencia en cifras de 5.0 mmol/l o más.
- En la población B cuya colesterolemia media son 5.4 mmol/l, casi dos tercios de la población (64%) tendría hipercolesterolemia si esta se define a partir de 5.0 mmol/l, pero solo 15% si se define hipercolesterolemia a partir de 6.2 mmol/l.
- El área bajo la curva en la población C incluye prácticamente a toda la población si se define hipercolesterolemia a partir de 5.0 mmol/l.

Estrategia enfocada a los individuos de alto riesgo

El enfoque alternativo es enfocar la prevención a los individuos cuyo riesgo excede un determinado umbral arbitrariamente elegido, intentando que los niveles de colesterolemia se reduzcan en estos individuos. Las estrategias de grupo de alto riesgo dirigidas a proteger a los individuos susceptibles son más eficientes para las personas que tienen mayor riesgo de sufrir una determinada enfermedad; no obstante, estas personas pueden contribuir en escasa medida a la carga global de enfermedad en la población. Sin embargo, si quienes se incluyen en el grupo de alto riesgo son quienes tienen una enfermedad establecida, la estrategia contribuirá más a la reducción global de la carga de enfermedad (recuadro 6.4). La desventaja principal de la estrategia enfocada a individuos de alto riesgo es que suele requerir un programa de pruebas de detección para identificar el grupo de alto riesgo, lo que suele ser difícil y costoso. El cuadro 6.2 presenta las ventajas y las desventajas de los dos enfoques.

Combinar las estrategias poblacional y de alto riesgo es útil en muchas situaciones. El cuadro 6.3 compara ambos enfoques en la prevención de la diabetes y la obesidad. La estrategia de alto riesgo también es más relevante cuando se enfoca a individuos en los que el riesgo global es

Recuadro 6.4. Estrategia de grupo de riesgo: programas para dejar de fumar

Un ejemplo de estrategia de grupo de riesgo son los programas para dejar de fumar. Estos programas suelen funcionar bien, ya que la mayoría de los fumadores desean abandonar el hábito y tanto ellos como los médicos implicados suelen estar fuertemente motivados. Caben pocas dudas de que los beneficios de la intervención dirigida a las personas de alto riesgo contrarrestan con creces los efectos adversos (por ejemplo, el efecto a corto plazo de la abstinencia de nicotina). Si la estrategia de grupo de riesgo resulta satisfactoria, proporciona beneficios también a los no fumadores al reducir la inhalación pasiva de humo (tabaquismo pasivo). Estos programas suelen funcionar mejor cuando se complementan mediante programas poblacionales antitabaco.

Cuadro 6.2. Ventajas e inconvenientes de las estrategias de prevención primaria[18, 22]

	Estrategia poblacional	Estrategia de grupo de alto riesgo
Ventajas	Radicalidad	Adecuada para individuos
	Gran potencial para toda la población	Motivación de los sujetos
	Adecuada para comportamientos	Motivación de los médicos Relación favorable beneficio/riesgo
Inconvenientes	Escaso beneficio para los individuos	Difícil identificación de los individuos de alto riesgo
	Escasa motivación de las personas	Efecto temporal
	Escasa motivación de los médicos	Efecto limitado
	La relación riesgo/beneficio puede ser baja	Adecuada para comportamientos

alto en vez de aquellos que solo tienen un riesgo elevado solo por un factor. Por ejemplo, la decisión sobre si tratar o no clínicamente a individuos con hipertensión arterial o colesterol elevado ha de tomar en cuenta otros factores como la edad, el sexo, si son fumadores y si tienen diabetes.

Cuadro 6.3. Enfoques preventivos posibles en la diabetes y la obesidad

Característica	Enfoque poblacional	Enfoque de alto riesgo
Descripción	Programas para reducir ligeramente el riesgo en toda la población (por ej., mediante una pequeña disminución del índice de masa corporal en toda la comunidad)	Programas para reducir el riesgo en personas que tienen muchas posibilidades de desarrollar diabetes (por ej., una reducción importante de peso en quienes tienen exceso de peso u obesidad)
Técnicas	Cambio ambiental (legislación, política general, políticas de precios) Modificación del estilo de vida (mercadeo social, educación de los medios de información)	Servicios de prevención clínica (detección sistemática, búsqueda de casos y prácticas basadas en datos empíricos); modificación del estilo de vida (educación conductual, educación del paciente; desarrollo de habilidades de autocuidado)
Efecto	Mejora de los patrones de conducta en toda la población, causada en parte por las elecciones automáticas potenciadas por el ambiente (las zonas peatonales incrementan la actividad física en quienes frecuentan esas áreas)	Reducción de la incidencia de enfermedad entre los individuos de alto riesgo (menos accidentes cerebrovasculares en los hipertensos tratados, o reducción de la frecuencia de diabetes en individuos con alteración de la tolerancia a la glucosa, como efecto del cambio intensivo del estilo de vida)
Costos	Costo por persona pequeño, multiplicado por toda la población	Alto costo por persona multiplicado por un número relativamente pequeño de personas
Cronología de los resultados	El efecto sobre el estilo de vida se ve a corto plazo (la reducción de la ingesta de grasa se produce automáticamente una vez que la composición del alimento se modifica; el consumo de tabaco disminuye inmediatamente una vez que se toman medidas legislativas efectivas)	El efecto sobre el estilo de vida se ve uno o dos años después de iniciado el programa de educación intensiva, apoyo psicológico y seguimiento. A medio plazo se observan reducciones de la incidencia de diabetes

Prevención secundaria

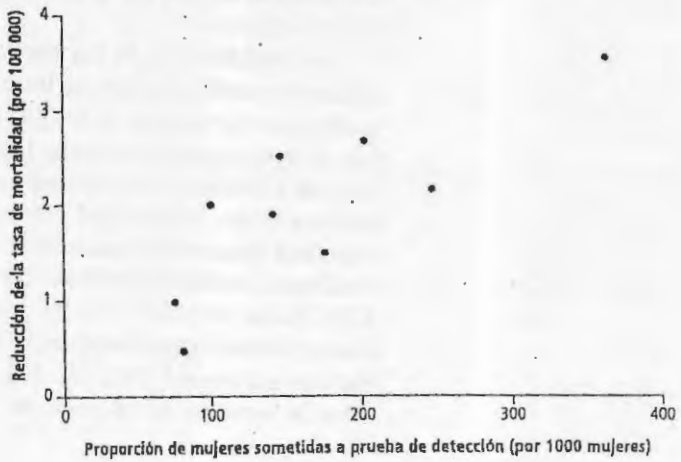
La prevención secundaria persigue la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante diagnóstico y tratamiento precoces. Comprende todas las medidas disponibles para la detección precoz en individuos y poblaciones y para una intervención rápida y efectiva. Está dirigida al periodo entre el comienzo de la enfermedad y el momento en que suele hacerse el diagnóstico y su propósito es reducir la prevalencia de la enfermedad.

La prevención secundaria suele aplicarse a enfermedades cuya historia natural comprende un periodo precoz en el que son fáciles de diagnosticar y tratar y puede detenerse su progresión hacia un estadio más grave. Los dos requisitos principales para que un programa de prevención secundaria resulte útil es que se disponga de un método seguro y exacto de detección de la enfermedad, preferiblemente en estadio preclínico, y que existan métodos terapéuticos eficaces.

El cáncer de cuello uterino es un buen ejemplo de la importancia de la prevención secundaria e ilustra también las dificultades de valoración de los programas de prevención.

La figura 6.8 muestra la asociación entre la tasa de aplicación de programas de detección y la reducción de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en varias provincias canadienses durante los años setenta.[23, 24] Estos datos se cuestionaron inicialmente porque la mortalidad por cáncer de cuello uterino ya estaba disminuyendo antes de que

Figura 6.8. Relación entre la disminución de la mortalidad por cáncer de cuello uterino entre 1960–1962 y 1970–1972 y la aplicación de pruebas de detección sistemática en las provincias canadienses[23,24]



se pusieran en práctica programas organizados de detección sistemática. Otros estudios respaldan el valor de este tipo de programas de detección, que en la actualidad funcionan en muchos países, aunque no en todos. Pocos países de bajo o medio ingreso tienen la infraestructura adecuada para que se puedan aplicar estos programas. Muy pocas mujeres en países pobres tienen acceso a esos programas de detección.[25] Con la aparición de una vacuna eficaz contra el papilomavirus humano, el cáncer de cuello uterino podría quizá convertirse en un ejemplo de enfermedad en la que predominan las medidas de prevención primaria.

Otros ejemplos de prevención secundaria muy típicos son las pruebas visuales y de audición en chicos de edad escolar, la medición de la tensión arterial y el tratamiento subsiguiente de la hipertensión eu las personas de edad media y avanzada; las pruebas de detección de sordera y las recomendaciones de protección contra el ruido para trabajadores industriales; y las pruebas cutáneas y la radiografía de tórax para el diagnóstico de la tuberculosis.

Prevención terciaria

La prevención terciaria tiene como meta reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida y es un aspecto importante de la terapéutica y de la medicina de rehabilitación. Consiste en medidas para reducir las secuelas y las discapacidades, minimizar los sufrimientos causados por la pérdida de la salud y facilitar la adaptación de los pacientes a cuadros incurables. La prevención terciaria suele ser difícil de separar del tratamiento, ya que en las enfermedades crónicas uno de los principales objetivos terapéuticos es la prevención de las recidivas.

La rehabilitación de los pacientes que han sufrido poliomielitis, accidentes cerebrovasculares, lesiones, ceguera, etc., tiene gran importancia para capacitarles de forma que puedan participar en las actividades de la vida social cotidiana. Un aspecto muy importante de la prevención terciaria —especialmente en personas jóvenes que han sufrido lesiones o una enfermedad crónica— es restaurar su capacidad para trabajar y obtener ingresos suficientes. Cuando los servicios sociales no funcionan, incluso un periodo temporal de enfermedad puede causar dificultades económicas serias para el paciente y su familia. Los estudios epidemiológicos deben incluir la situación económica de las personas con mala salud como uno de los determinantes sociales fundamentales de la evolución del paciente.

OMS . Agosto 2007. Nota Descriptiva N° 323. El derecho a la salud. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/print.html

FUENTE: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/print.html

Organización Mundial de la Salud

Nota descriptiva N°323 -- Agosto de 2007

El derecho a la salud

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- Constitución de la OMS

El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.

El derecho a la salud está consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo.

Ejemplos de tratados de las Naciones Unidas sobre derechos humanos:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989

Ejemplos de tratados regionales de derechos humanos:

- Carta Social Europea, 1961
- Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 1981
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), 1988

El Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) dice que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para:

- la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- el mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- la creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de salud.

Para aclarar y hacer operacionales las medidas arriba enumeradas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud.

Dicha Observación general dice que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones

sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Según la Observación general, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

1. **Disponibilidad**. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
2. **Accesibilidad**. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte.
   - no discriminación
   - accesibilidad física
   - accesibilidad económica (asequibilidad)
   - acceso a la información
3. **Aceptabilidad**. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida
4. **Calidad**. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones, a saber:

- **Respetar**. Exige abstenerse de injerirse en el disfrute del derecho a la salud.
- **Proteger**. Requiere adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no sean el Estado) interfieran en el disfrute del derecho a la salud.
- **Cumplir**. Requiere adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Según la Observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende «obligaciones básicas» referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea nacional, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales: atención primaria de salud esencial; alimentación esencial mínima nutritiva; saneamiento; agua limpia potable; medicamentos esenciales. Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; esa estrategia y ese plan deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; deberán prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; se deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

Los Estados Partes deben adoptar medidas de conformidad con el principio de realización progresiva. Esto significa que tienen la obligación de avanzar lo más expedita y eficazmente posible, tanto por sí mismos como con la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos de que dispongan. En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas.

Abramovich, Víctor, & Pautassi, Laura. (2008). El derecho a la salud en los tribunales: Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. *Salud colectiva*, 4(3), 261-282. Recuperado en 28 de julio de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000300002&lng=es&tlng=es.

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 4(3):261-282, Septiembre - Diciembre, 2008

El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina (a)

The right to health at law courts. Some effects of judicial activism on the health system in Argentina

Víctor Abramovich[1], Laura Pautassi[2]

[1]*Abogado, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Derecho y Estudios Internacionales, American University, Washington. Miembro de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la OEA. Director del Centro de Derechos Humanos. Director de la Maestría en Derechos Humanos, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. abramovichv@gmail.com*

[2]*Abogada, Universidad Nacional de Córdoba. Doctora en Derecho, UBA. Investigadora del Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), y del Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales A. Gioja, Facultad de Derecho, UBA, Argentina. lpautassi@arnet.com.ar*

RESUMEN Como respuesta a las nuevas disparidades e inequidades que añadieron las reformas en salud aplicadas en Argentina a partir de los años '90, se incorpora la necesidad de garantizar la salud como un derecho. En consecuencia, comienza a desplegarse un importante activismo judicial vinculado a lograr mayores garantías en materia de salud. En este artículo se entiende por activismo judicial tanto el uso estratégico de los tribunales por organizaciones dedicadas al litigio de interés público, como el mayor uso de los tribunales por particulares para canalizar demandas al Estado o a empresas prestadoras de servicios de salud. En la actualidad, tanto la Corte Suprema de Justicia de la Nación como los tribunales inferiores han tratado un número importante de casos en relación con el derecho a la salud. En los casos seleccionados en este artículo, se analiza el tipo de conflicto tratado y la respuesta judicial, así como los posibles efectos de ciertas decisiones de los tribunales sobre las reglas que articulan el sistema de salud, tal como ha quedado configurado tras el proceso de transferencia y de descentralización de funciones y servicios.

PALABRAS CLAVE Derecho a la Salud; Casos Legales; Derechos Humanos; Descentralización; Argentina.

ABSTRACT *As an answer to the new disparities and inequities which emerged from the health reforms in Argentina form the 1990's, it appears the need to guarantee the health as a right. As a consequence, an important judicial activism begins to unfold in order to achieve greater guarantees in matters of health. Here, judicial activism refers to the strategic use of the law courts by organizations dedicated to the struggle of public interest and to the use of the law courts by private individuals to channel the complaints against the State or against health service providing companies. At present, both the Supreme National Court of Justice and the lower courts have dealt with an important number of cases related to the right to health. In the cases selected in this article, we analyze the type of conflict and the judicial answer, together with the possible effects of certain court decisions about the rules that govern the health system as finally conformed.*

KEY WORDS *Health to Right; Legal Cases; Human Rights; Decentralization; Argentina.*

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 4(3):261-282, Septiembre - Diciembre, 2008

1. INTRODUCCIÓN

Han transcurrido más de 20 años de reformas económicas, sociales e institucionales en Argentina en el marco de procesos de ajuste estructural, entre cuyos componentes cobró importancia la descentralización sectorial de los niveles centrales a jurisdicciones provinciales y municipales. En el sector salud, los objetivos de la reforma estuvieron dirigidos hacia la definición de una canasta básica de prestaciones y la orientación de los recursos del Estado solo hacia los grupos más desfavorecidos, bajo el supuesto de alcanzar mejores niveles de eficiencia y calidad en los servicios, y aumentar la satisfacción de los usuarios. Estos propósitos no fueron cumplidos y existen fuertes cuestionamientos a los supuestos sobre los cuales se asentaban las transformaciones, las que fueron promovidas bajo los mandatos de los organismos de asistencia crediticia, agrupados en el denominado consenso de Washington (b).

Salvo excepciones, las jurisdicciones menores recibieron, en la mayoría de las provincias, nuevas competencias en materia de salud, particularmente servicios de Atención Primaria en Salud (APS) con o sin personal a cargo, y sin una revisión acorde de recursos económicos para sostener estas nuevas funciones. A estas transferencias de efectores y de funciones realizadas desde el ámbito nacional a las provincias, se suma el hecho de que por mandato constitucional, cada una de éstas es autónoma para organizar sus propios sistemas de salud, sin necesidad de responder a un modelo único, agregando heterogeneidad y complejidad a un sistema de salud de por sí complejo.

Históricamente, el modelo de organización del sector salud en la Argentina fue definido por las administraciones centrales –nacional o provinciales– e instrumentado mediante sus órganos territoriales, desconcentrados en forma homogénea y programados con carácter universalista, caracterizándose por una división en tres subsectores:

1) *Público*, que depende de la administración pública –nacional, provincial y municipal– y está conformado por la red de efectores de salud de amplia cobertura, distribuidos en todo el territorio, con diversos grados de complejidad y de cobertura gratuita.
2) *De la seguridad social*, integrado por las obras sociales para trabajadores formales asalariados.
3) *Privado*, de aparición tardía, integrado por una compleja red de instituciones empresariales de diagnóstico, clínicas y sistemas prepagos de atención médica.

Diversas características aparecen como constantes en los procesos de reforma y descentralización de los sistemas de salud efectuados en Argentina en la década del '90 (1-5):

1) la aplicación de criterios fiscalistas en el sector, con la consiguiente política de reducción de costos en desmedro de las condiciones de atención de la población;
2) la separación de funciones de regulación, gestión, provisión y financiamiento del sector;
3) la introducción del supuesto de "libertad de elección" del proveedor para el asegurado o usuario de los sistemas de seguro social u obras sociales;
4) la implementación de un paquete básico de prestaciones médicas;
5) la escasa consideración de la importancia estratégica del recurso humano afectado;
6) la reducción del gasto público y la implementación de mecanismos de recuperación de costos a través de sistemas de co-pagos o cuotas "voluntarias";
7) la neutralidad en términos de género con que se aplicaron las reformas, tanto a nivel de los trabajadores sectoriales como de los usuarios.

Como respuesta a las nuevas disparidades e inequidades que añadieron las reformas en salud se incorpora la necesidad de garantizar la salud como un derecho. En consecuencia, comienza a desplegarse un importante activismo judicial vinculado a lograr mayores garantías en materia de salud. En tal sentido, entendemos aquí por activismo judicial, tanto el uso estratégico de los tribunales por organizaciones dedicadas al litigio de interés público, como el mayor uso de los tribunales por particulares para canalizar demandas al Estado o a empresas prestadoras de servicios de salud. El concepto de activismo en

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 4(3):261-282, Septiembre - Diciembre, 2008

este artículo comprende a su vez la mayor disposición de los tribunales a involucrarse en estos asuntos, fiscalizar políticas públicas o establecer equilibrios en las relaciones contractuales entre particulares (6).

Lo novedoso del proceso, a diferencia de otras áreas donde se extendió una importante tradición en materia de litigio, como puede ser el derecho laboral o a la seguridad social, es que a partir de la década del '90 y en el marco del proceso de retracción de las instituciones sociales y en especial del sector salud, la población accede en mayor medida a plantear demandas relacionadas con la salud. En la actualidad, tanto la Corte Suprema de Justicia de la Nación como los tribunales inferiores han tratado un número importante de casos en relación con el derecho a la salud.

Este artículo persigue como objetivo principal presentar una visión general de los temas que han sido considerados por los tribunales como también la orientación jurisprudencial en Argentina. En los casos seleccionados, analizaremos el tipo de conflicto examinado y la respuesta judicial, considerando especialmente los principios y criterios establecidos por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, máximo tribunal, así como los posibles efectos de ciertas decisiones de los tribunales sobre las reglas que articulan el sistema de salud. Asimismo se presentan algunos de los temas más conflictivos examinados por los tribunales, tales como el alcance de la función reguladora del Estado frente a los prestadores privados, las relaciones de articulación entre el Estado federal y las provincias, y el rol del Estado nacional ante las desigualdades en el acceso a la salud entre las diferentes jurisdicciones.

Cabe destacar que no existen aún estudios empíricos sobre el impacto real de las decisiones judiciales en las políticas sectoriales. Por tal motivo el análisis que realizamos en este artículo no aportará información sobre los resultados concretos de la intervención judicial sobre el sistema de salud. Sí presentaremos la premisa de que algunas líneas jurisprudenciales desarrolladas por los tribunales podrían entrar en conflicto o al menos resultar discordantes con la orientación de las políticas de salud y con las reglas que articulan el funcionamiento del sistema.

2. GARANTÍAS EN TORNO AL DERECHO A LA SALUD

La República Argentina ha adoptado, desde la sanción de la Constitución en 1853, un sistema de gobierno representativo, republicano y federal. El Estado federal está conformado por la unión de veintitrés provincias –que conservan todo el poder y la autoridad no expresamente delegados en el gobierno nacional–, y la ciudad de Buenos Aires, a la que se le reconoció autonomía en virtud de la reforma constitucional de 1994. Cada provincia tiene su propia Constitución local, conforme al sistema republicano y representativo de gobierno, que respeta las declaraciones, los derechos y las garantías de la Constitución nacional. Entre los poderes reservados por las provincias, se encuentra la facultad de crear sus propias instituciones locales y de elegir a sus gobernadores, legislaturas, a los miembros del Poder Judicial y demás funcionarios provinciales sin interferencia del gobierno federal. A su vez, la mayoría de las provincias garantizan el derecho a la salud en las constituciones provinciales, y cada provincia goza de autonomía para organizar su propio sistema de provisión de salud (c). En igual grado los municipios cuentan con programas de atención o efectores de salud de diversa complejidad para satisfacer las demandas locales de salud.

El derecho a la salud, a diferencia de otros derechos sociales, no tuvo un adecuado tratamiento constitucional en Argentina. La primera referencia al derecho a la salud se encuentra en el texto de la reforma constitucional de 1957, en el artículo 14 bis, que lo menciona de manera indirecta al consignar que el Estado debe otorgar *"los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable"*, y el establecimiento de un *"seguro social obligatorio"* (8). Es decir, no existe una garantía expresa a la salud como derecho, sino que la disposición se relaciona con la cobertura de contingencias sociales vinculadas a la inserción laboral formal y asalariada.

De esta forma, y a pesar que no se encontraba reconocido explícitamente el derecho a la salud en el texto constitucional, no resultó un impedimiento para que en los hechos se desarrollara un sistema de salud público, bajo la concepción de la cobertura de la salud como

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 4(3):261-282, Septiembre - Diciembre, 2008

Las tendencias futuras que se delinean muestran un escenario donde probablemente se requiera de ajustes institucionales para adecuar el actual sistema de salud a los estándares constitucionales. La complejidad de estos ajustes podría requerir no solo interpretaciones jurisprudenciales, sino acuerdos políticos expresados en marcos legales que implementen esos compromisos y los desarrollen en servicios y políticas. El debate en los órganos de representación popular permitiría fijar reglas institucionales más coherentes, estables y legítimas. También podría contribuir a lograr este ajuste entre normas y políticas, la recomposición efectiva del rol rector del gobierno federal que establece la ley, y una mejora en los mecanismos de articulación entre el gobierno federal con los gobiernos locales. Si bien no afirmamos que en el corto plazo se esté consolidando este escenario, sería deseable avanzar en dirección a restituir garantías amplias y condiciones equitativas en salud.

NOTAS FINALES

a. Una versión similar de este artículo, será publicada en la revista Health and Human Rights: An International Journal, Volumen 10, Número 2 de 2008, bajo el título *"Judicial activism in relation to Argentina's health system: Recent trends"*.

b. En forma esquemática, las políticas recomendadas por los organismos internacionales de asistencia crediticia instaban a lograr la estabilidad económica a través de la apertura comercial, liberalización de mercados, atracción de inversiones, reducción del sector público, expansión de los sectores privados, y en materia de políticas sociales, a partir de programas focalizados dirigidos a los sectores más pobres.

c. La Constitución Nacional de 1853 fue sucesivamente reformada en 1860, en 1866, en 1898, en 1949 (sin vigencia), en 1957 y, finalmente, en 1994. En esta última oportunidad, se incorporaron once pactos y tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional (7).

d. La mayoría de estos instrumentos incorporan expresamente el derecho a la salud –Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial–, estableciendo en cada caso, el alcance, las obligaciones para el Estado, objetivos o metas de política pública en el área y consideraciones específicas para grupos que requieren protección especial.

e. Los trabajadores autónomos son aquellos que ejercen por sí mismos o en forma asociada, la dirección y conducción de empresas, las tareas que realizan los graduados universitarios, la producción y cobranza de seguros, entre otras. El requisito excluyente es que este tipo de actividades que no se encuentren encuadradas en una relación de dependencia. El Monotributo –o Sistema de Régimen Simplificado– consiste en concentrar en un único tributo el ingreso de un importe fijo, obligatorio y mensual, el cual está formado por un componente previsional destinado a aportes al sistema de seguridad social y otro impositivo (impuestos a las ganancias) y dirigido exclusivamente a pequeños contribuyentes.

f. A su vez, en el subsistema de obras sociales se produce una subprestación notoria, la cual no responde en general a un único motivo, sino tal como señala Belmartino (2) puede presentarse como resultado de dificultades de diferente índole para el acceso de los beneficiarios al sistema de servicios o de una estrategia de los proveedores destinada a reducir el consumo de atención cuando el contrato con la organización financiadora se negocia sobre la base de un pago por cápita. De manera similar, las reformas realizadas

Recorte realizado por Lic Omar Grimalt y Lic. Eva Pacheco de Rivas-Muñoz, Fábio, Garrafa, Volnei, Feitosa, Saulo Ferreira, & Nascimento, Wanderson Flor de. (2015). Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad. *Saúde e Sociedade*, *24*(Suppl. 1), 141-151. Epub June 00, 2015.https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01012

Ética

Bioética de intervención, Interculturalidad y no colonialidad

Palabras claves: Bioética, Interculturalidad, Colonialidad

Deontología:

Parte de la ética que trata de los deberes principios que afectan a una profesión (Deontología Médica).

La bioética se centra en 4 principios universales: Circunscriptos a los ámbitos Hospitalarios y centros de investigación	• Autonomía • Beneficencia • No maleficencia • Justicia

A partir de los años 70 comienza al ser debatida esta mirada por ser reducida el comité de ética de la asistencia o de la investigación en salud.

Comités interdisciplinarios no interculturales que buscan la solución a conflictos éticos en el campo sanitario, dejando por fuera otras formas de conocimiento.

- Maneras de entender la vida en el planeta.
- Perspectivas de salud o el bienestar.
- Otras organizaciones de las sociedades humanas, otras visiones de democracia.

En 1995 La Enciclopedia de bioética definió que la bioética es un estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias y la atención en la salud, en cuanto se examina esta conducta a la luz de los valores y principios morales (Reich 1995).

Una particular forma de democracia donde el centro plantes los problemas que debe tener la periferia, como abordarlos y a que soluciones debe llegarse. Si esto es democracia no hay manera de saber en qué se diferencia del sentimiento o la obediencia ciega, que se suponía traba de contrarrestarla.

Según Sotolongo (2004 – 2005) la reflexión de prácticas y bioéticas están siendo condicionadas por una amplia y profunda mutación cualitativa que está teniendo lugar en el pensamiento de las praxis de nuestra época.

La bioética no es ajena al ejercicio del poder y aunque algunos bioeticistas no gusten los asuntos políticos, habrá que tocarlos si queremos avanza en una perspectiva diferente y necesaria de la bioética desde y para Nuestra América.

La Bioética de Intervención (BI) en el contexto Latino Americano

En 1990 comienzan las propuestas para la bioética desde América Latina, se trata de la bióetica de protección con autores como Sherman y Kotton con un pensamiento que gira alrededor del concepto de vulnerabilidad, centrando a la bioética de los Derechos Humanos Universales, con Tealdi como representante; por último la llamada bioética de intervención centrada en la justicia y la Salud Publica propuesta por Garrafa y Porto .

Tanto la protección como los derechos humanos y la intervención, son parte de la historia de la bioética y de su ejercicio.

La bioética subvirtió el orden de hospitales y centros de investigación poniendo en el centro a los pacientes y a los sujetos en quien se investiga en aras de la ciencia.

La bioética tuvo y tiene que proteger a los vulnerables y hace valer sus derechos, interviniendo cuando se pasa por encima de la dignidad de los derechos humanos, tanto en la atención como la investigación.

Según Garrafa (2005) "hacer frente a microproblemas persistentes o cotidianos, frecuentes en sociedades con significativos niveles de exclusión social" insuficiente y se queda corta cuando se trata de problemas que sobrepasan los alcances de los comités de ética de la asistencia en salud o ética de la investigación en salud.

La Práctica de Salud Publica emana problemas que desbordan la capacidad de estos comités por ejemplo los determinantes sociales o determinación social de la enfermedad, bastante lejos de la intencionalidad de dichos comités. La bioética de intervención toma cauce centro de interés temas como la exclusión, la discriminación, la solidaridad la cooperación `, además de la vulnerabilidad social. Estos temas también son foco de la bióetica de protección y de la bioética de los derechos humanos. se trata de los llamados problemas Macro o "Persistentes" comunes en países latinoamericanos que requieren atención por parte de una inter-disciplina que apunte a la responsabilidad social y la salud de acuerdo con el artículo 14 de la declaración universal sobre bioética y Derechos Humanos de la Unesco (2005) Viendo la salud como un derecho y no simplemente como un bien de consumo al cual se accede por vía de mercado siendo regido por la oferta y la demanda como cualquier otra mercancía.

La B.I reflexiona y da repuesta a problemas morales surgidos en los últimos tiempos o "Situaciones emergentes" asociados a los avance científicos – tecnológicos como la genómica, la utilización de células madres, nuevas tecnologías reproductivas. I os trasplantes, etc, viendo una bioética que surge desde América Latina con una creciente desigualdad en el fenómeno de la globalización".

Asumiendo que el estado tiene una responsabilidad frente a los ciudadanos más frágiles y necesitados y frente a la preservación de la biodiversidad y el propio ecosistema, patrimonio que deben ser preservados paras las generaciones futuras (Garrafa2005).

Cuatro criterios fundamentan la postura ético-política de la bioética de intervención.

- ✓ La prudencia frente a los avances científicos tecnologicos
- ✓ La prevención de posibles daños e iatrogenias.
- ✓ La precaución ante lo desconocido.
- ✓ La protección de los excluidos, los frágiles y los no atendidos.

En 2002 se realizo el sexto congreso Mundial de bioética bajo la denominación de Bioética de Intervención y anclándose en el paradigma de la perspectiva de universalidad de los Derechos Humanos.

La B. I y su dialogo con el Utilitarismos y los Derechos Humanos

Una de las debilidades esta en haber puesto juntos el UTILITARISMO y los Derechos Humanos.

John Stuart Mill defensor de la ética utilitarista .

La noción de justicia no está conectada con su contenido, sino con la utilidad social, su visión de justicia está vinculada tanto con su mirada de la felicidad como lo que para la bioética principalista son los principios de Beneficencia y no Maleficencia.

Para Mill hay un acercamiento entre las perspectivas de felicidad, justicia, dignidad.

Según la **Unesco** (2005), si se reemplaza la palabra felicidad por dignidad o derechos el sentido del párrafo sigue siendo el mismo.

La dignidad es uno de los pilares en que se sustenta la declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

a) La dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales deben ser respetadas en su totalidad.

b) Los intereses y el bienestar del individuo deben tener prioridad sobre el interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Una de las maneras que la B.I utiliza para atenuar la tensión entre el utilitarismo y los derechos humanos es dirigir el utilitarismo hacia la reducción de la inequidad, quebrando los paradigmas vigentes, con un utilitarismo orientado a la búsqueda de la equidad entre los segmentos de la sociedad (Garrafa, Porto 2002).

El encuentro entre el utilitarismo y equidad ocurre mediante el carácter solidario incorporado por B.i .

Según Selli; Garrafa 2006 la solidaridad aparece comprometida que persigue la transformación social en la búsqueda de políticas públicas democráticas y equitativas, procediendo cambios a nivel individual y colectivas.

La B.I se inclina por la solidaridad y el compromiso voluntario y critico como estrategias que palien las vulnerabilidades típicas de países llevados a la periferia por la dinámica de la colonialidad que se ejerce actualmente no solo desde el centro . La solidaridad social apoyándose en el bien común, el bien de la comunidad.

Según Sève (1994) está en la necesidad de conjugar los derechos individuales y los derechos de las colectividades humanas, las culturas e identidades.

La B.I y el concepto del Buen Vivir

Se origina en América Latina el debate sobre el concepto de Buen Vivir, antigua filosofía de vida de las sociedades indígenas de la región andina, especialmente Bolivia, Ecuador y Perú.

En la filosofía del Buen Vivir no son considerados solo los bienes materiales, sino el conocimiento, el reconocimiento social y cultural, los códigos éticos y espirituales de conducta, la relación con la naturaleza, los valores humanos, la visión de futuro.

El Buen Vivir o Sumak Kawasay (quichua)

Es una propuesta de vida originaria de los pueblos amerindios se presenta como una alternativa concreta para la humanidad, en oposición con el modelo desarrollista Neoliberal que somete a la naturaleza a los intereses del capital, legitimizando así la dominación de los países centrales sobre los considerados periféricos, concentra las riquezas en las manos de unos pocos y amplia la brecha social que separa los ricos de los pobres.

El Buen Vivir promueve un cambio de paradigma a partir de una ruptura epistemológica con el pensamiento occidental hegemónico a diferencia del capitalismo que impone al capital como centro refencial y del socialismo que coloca al ser humano en el centro, el Buen Vivir tiene como referencia central la vida de todos los seres del planeta, donde la especie humana es comprendida como parte de la naturaleza, asi como las demás especies.

"la angustia global por la crisis ambiental originada en el cambio climático, impone la búsqueda de propuesta jurídicas y políticas innovadoras.

El reconocimiento de Derechos a la Naturaleza esta a la vanguardia de ellos a nivel mundial (Melo 2002).

Hay varias dimensiones éticos y de principios como: justicia social y económica, justicia democrática, participativa, justicia intergeneracional e interpersonal, justicia inter-racial e inter étnica, justicia ambiental, justicia transicional.

Alba y Galindo dicen que el Buen Vivir, se contrapone al vivir mejor entendido en el sentido social de que unos cuantos viven mejor a costa de otros que siguen viviendo peor.

Vivir Mejor es una propuesta basada en el modelo capitalista que implica aumentar el consumo de mercancías que provocan el desequilibrio social y ecológico.

El proyecto de vida implica una forma de organización social comunitaria e intercultural, sin asimetría de poder, de género de raza.

Para vivir en armonía es necesario respetar las diferencias. El respeto se extiende a todos los seres que habitan el planeta.

Aceptar las diferencias significa aceptar las semejanzas.

La interculturalidad es una herramienta que garantiza la equidad cultural, se procura llagar a un punto de mentalidad en que todos coincidan.

La B.I vislumbra la posibilidad de utilizar la perspectiva del Buen Vivir en el contexto de la Bioética Latinoamericana, orientando en una relación con la naturaleza que no sea de utilización y explotación, redistribuyendo, siendo solidarios y buscando la reciprocidad.

Modernidad y Colonialidad

Según Duran (1994) La bioética surge del cruce entre diversas disciplinas : las tecno ciencias como la medicina o la biología y sus especialidades ; la ciencias humanas como la sociología, el psicoanálisis, la politología y otras como el derecho, la ética, la filosofía, la teología.

El rumbo al que debe dirigirse la B.I es la **interculturalidad,** un saber de saberes. No es lo mismo un saber interdisciplinar que uno intercultural.

Una bioética en perspectiva latinoamericana no puede ser simplemente interdisciplinar, debe avanzar a la interculturalidad, de otra manera seguirá siendo excluyente aunque siga hablando de democracia y pluralismo.

La B.I las declaraciones internacionales

La Unesco produjo dos declaraciones importantes

2001- Declaración Universal de derechos culturales.

1997- La declaración Universal sobre el genoma humano y los Derechos Humanos.

- ✓ La cultura adquiere formas diversas a través del tiempo y del espacio.
- ✓ Esta diversidad se manifiesta en la originalidad y la pluralidad de la entidades que caracterizan a los grupos y las sociedades que componen la humanidad.

La segunda de las declaraciones plantea que el genoma humano es un patrimonio común de la humanidad.

No justificar la discriminación por atentar contra la dignidad de los seres humanos.

Consideraciones Finales

En materia de derecho y dignidad de los seres humanos, B.I explicita 2 diferentes declaraciones de la Unesco.

Logro introducir sus perspectivas social y política en la declaración universal sobre bioética y Derechos Humanos.

La B.I incorpora la filosofía del Buen Vivir promoviendo su difusión. Todas las personas tienen derecho a una vida decente que les asegure salud, alimentación, agua limpia, oxigeno puro, vivienda adecuada, saneamiento ambiental, educación trabajo, descanso y ocio, cultura física, vestuario, pensión etc.

Tenemos la posibilidad de construir una bioética que apunte a la emancipación de los individuos y los pueblos.

No es suficiente una bioética que entre su teoría y su práctica en asuntos reducidos a normas de buenas prácticas clínicas y de investigación con seres vivos como si estos fueran los únicos problemas.

Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires (25 de febrero de 1999) . Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires [Ley N° 153 ,1999] Recuperado en http://biblioteca.uexternado.edu.co/b1BI1073k4/wp-content/uploads/Manual-de-citaci%C3%B3n-APA-v7.pdf

Buenos Aires, 25 de febrero de 1999.-

La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

sanciona con fuerza de Ley

LEY BASICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

TITULO I. DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO 1. OBJETO, ALCANCES Y PRINCIPIOS

Artículo 1°.- Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin.

Artículo 2°.- Alcances. Las disposiciones de la presente ley rigen en el territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires.

Artículo 3°.- Definición. La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

a. La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.
b. El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.
c. La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.
d. La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.
e. La cobertura universal de la población;
f. El gasto público en salud como una inversión social prioritaria;
g. La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones
h. El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.
i. La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel;
j. La descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales;
k. El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.
l. La fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

CAPITULO 2. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS.

Artículo 4°.- Derechos. Enumeración. Son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

a. El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural;
b. La inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial; de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden;
c. La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad;
d. El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso;
e. Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba;

f. Libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad;
g. Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud;
h. Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos;
i. Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas.
j. Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación;
k. Internación conjunta madre-niño;
l. En el caso de enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento;
m. Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores;
n. Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen;
o. En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores;

Artículo 5°.- Garantía de derechos. La autoridad de aplicación garantiza los derechos enunciados en el artículo anterior en el subsector estatal, y verifica su cumplimiento en la seguridad social y en el subsector privado dentro de los límites de sus competencias.

Artículo 6°.- Obligaciones. Las personas tienen las siguientes obligaciones en relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

a. Ser cuidadosas en el uso y conservación de las instalaciones, los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición;
b. Firmar la historia clínica, y el alta voluntaria si correspondiere, en los casos de no aceptación de las indicaciones diagnóstico-terapéuticas;
c. Prestar información veraz sobre sus datos personales.

Artículo 7°.- Información de derechos y obligaciones. Los servicios de atención de salud deben informar a las personas sus derechos y obligaciones.

CAPITULO 3. AUTORIDAD DE APLICACIÓN Y CONSEJO GENERAL DE SALUD

Artículo 8°.- Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en materia de salud.

Artículo 9°.- Consejo General de Salud. El Consejo General de Salud es el organismo de debate y propuesta de los grandes lineamientos en políticas de salud. Tiene carácter consultivo, no vinculante, honorario, de asesoramiento y referencia para el Gobierno de la Ciudad. Arbitra los mecanismos para la interacción de los tres subsectores integrantes del sistema de salud, y para la consulta y participación de las organizaciones vinculadas a la problemática sanitaria.

TITULO II. SISTEMA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CAPITULO UNICO

Artículo 10.- Sistema de Salud. Integración. El Sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia: estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad.

Artículo 11.- Recursos de Salud. Entiéndese por recurso de salud, toda persona física o jurídica que desarrolle actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, investigación y docencia, producción,fiscalización y control, cobertura de salud, y cualquier otra actividad vinculada con la salud humana, en el ámbito de la Ciudad.

Artículo 12.- Autoridad de aplicación. Funciones. La autoridad de aplicación conduce, controla y regula el sistema de salud. Son sus funciones:

a. La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente ley y en la Constitución de la Ciudad;
b. El impulso de la jerarquización de los programas y acciones de promoción y prevención en los tres subsectores;
c. La organización general y el desarrollo del subsector estatal de salud, basado en la constitución de redes y niveles de atención;
d. La descentralización del subsector estatal de salud, incluyendo el desarrollo de las competencias locales y de la capacidad de gestión de los servicios;
e. La promoción de la capacitación permanente de todo el personal de los tres subsectores;
f. La promoción de la salud laboral y la prevención de las enfermedades laborales de la totalidad del personal de los tres subsectores;
g. La implementación de una instancia de información, vigilancia epidemiológica y sanitaria y planificación estratégica como elemento de gestión de todos los niveles;
h. La articulación y complementación con el subsector privado y de la seguridad social;
i. La regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud;
j. La regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud, y la evaluación de la calidad de atención en todos los subsectores;
k. La regulación y control de la tecnología sanitaria;
l. La regulación y control de la producción, comercialización y consumo de productos alimenticios, suplementos dietarios, medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y de curación, materiales odontológicos, materiales de uso veterinario y zooterápicos, productos de higiene y cosméticos;
m. La regulación y control de la publicidad de medicamentos y de suplementos dietarios y de todos los artículos relacionados con la salud;
n. La promoción de medidas destinadas a la conservación y el mejoramiento del medio ambiente;
o. La prevención y control de las zoonosis;
p. La prevención y control de las enfermedades transmitidas por alimentos;
q. La promoción y prevención de la salud bucal;
r. La regulación y control de la fabricación, manipulación, almacenamiento, venta, transporte, distribución, suministro y disposición final de sustancias o productos tóxicos o peligrosos para la salud de la población;
s. El control sanitario de la disposición de material anatómico y cadáveres de seres humanos y animales;
t. El desarrollo de un sistema de información básica y uniforme de salud para todos los subsectores, incluyendo el establecimiento progresivo de la historia clínica única;
u. La promoción e impulso de la participación de la comunidad;
v. La garantía del ejercicio de los derechos reproductivos de las personas, incluyendo la atención y protección del embarazo, la atención adecuada del parto, y la complementación alimentaria de la embarazada, de la madre que amamanta y del lactante;
w. El establecimiento de un sistema único frente a emergencias y catástrofes con la participación de todos los recursos de salud de la Ciudad;
x. La articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense, orientadas a la constitución de un consejo y una red metropolitana de servicios de salud;
y. La concertación de políticas sanitarias con el gobierno nacional, con las provincias y municipios.

TITULO III. SUBSECTOR ESTATAL DE SALUD

CAPITULO 1. DEFINICION Y OBJETIVOS

Artículo 13.- Subsector estatal. Definición. El subsector estatal de la Ciudad está integrado por todos los recursos de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por medio de los cuales se planifican, ejecutan, coordinan, fiscalizan y controlan planes, programas y acciones destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, sean ellas asistenciales directas, de diagnóstico y tratamiento, de investigación y docencia, de medicina veterinaria vinculada a la salud humana, de producción, de fiscalización y control.

Artículo 14.- Subsector estatal. Objetivos. Son objetivos del subsector estatal de salud:

a. Contribuir a la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable y a las causas de morbimortalidad prevenibles y reductibles;
b. Desarrollar políticas sanitarias centradas en la familia para la promoción comunitaria de herramientas que contribuyan a disminuir la morbimortalidad materno-infantil, promover la lactancia materna

exclusiva hasta los seis (6) meses de edad y continuada hasta el primer año de vida, con el agregado de alimentos complementarios, adecuados, oportunos y seguros, y generar condiciones adecuadas de nutrición; ***(Conforme texto Art. 9º de la Ley Nº 2.524, BOCBA Nº 2832 del 14/12/2007).***

c. Desarrollar políticas integrales de prevención y asistencia frente al VIH/SIDA, adicciones, violencia urbana, violencia familiar y todos aquellos problemas que surjan de la vigilancia epidemiológica y sociosanitaria;
d. Desarrollar la atención integrada de los servicios e integral con otros sectores;
e. Reconocer y desarrollar la interdisciplina en salud;
f. Jerarquizar la participación de la comunidad en todas las instancias contribuyendo a la formulación de la política sanitaria, la gestión de los servicios y el control de las acciones;
g. Asegurar la calidad de la atención en los servicios;
h. Organizar los servicios por redes y niveles de atención, estableciendo y garantizando la capacidad de resolución correspondiente a cada nivel;
i. Establecer la extensión horaria de los servicios y programas, y el desarrollo de la organización por cuidados progresivos, la internación domiciliaria, la cirugía ambulatoria y los hospitales de día, la internación prolongada sin necesidad de tecnología asistencial y demás modalidades requeridas por el avance de la tecnología de atención;
j. Garantizar el desarrollo de la salud laboral, y de los comités de bioseguridad hospitalarios;
k. Establecer la creación de comités de ética en los efectores;
l. Descentralizar la gestión en los niveles locales del subsector, aportando los recursos necesarios para su funcionamiento;
m. Garantizar la educación permanente y la capacitación en servicio, la docencia e investigación en sus servicios;
n. Desarrollar el presupuesto por programa, con asignaciones adecuadas a las necesidades de la población;
o. Desarrollar una política de medicamentos, basada en la utilización de genéricos, y en el uso racional que garantice calidad, eficacia, seguridad y acceso a toda la población, con o sin cobertura;
p. Instituir la historia clínica única para todos los efectores;
q. Desarrollar un sistema de información que permita un inmediato acceso a la historia clínica única y a la situación de cobertura de las personas que demandan servicios, garantizando la confidencialidad de los datos y la no discriminación;
r. Garantizar la atención integral de las personas con necesidades especiales y proveer las acciones necesarias para su rehabilitación funcional y reinserción social;
s. Contribuir a mejorar y preservar las condiciones sanitarias del medio ambiente;
t. Contribuir al cambio de los hábitos, costumbres y actitudes que afectan a la salud;
u. Garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas a través de la información, educación, métodos y prestaciones de servicios;
v. Eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer en la atención de salud;
w. Desarrollar en coordinación con la Provincia de Buenos Aires y los municipios del Cohurbano Bonaerense la integración de una red metropolitana de servicios de salud.

CAPITULO 2. ORGANIZACIÓN

Artículo 15.- Subsector Estatal. Organización General. El subsector estatal de salud se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel; y la descentralización progresiva de la gestión dentro del marco de políticas generales, bajo la conducción político-técnica de la autoridad de aplicación.

Artículo 16.- Subsector estatal. Organización por niveles de atención. La autoridad de aplicación debe contemplar la organización y control de las prestaciones y servicios del subsector estatal sobre la base de tres niveles de atención categorizados por capacidades de resolución.

Artículo 17.- Articulación de niveles. La autoridad de aplicación garantiza la articulación de los tres niveles de atención del subsector estatal mediante un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia con desarrollo de redes de servicios, que permita la atención integrada y de óptima calidad de todas las personas.

Artículo 18.- Primer nivel. Definición. El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

Artículo 19.- Primer nivel. Organización. Son criterios de organización del primer nivel de atención:

a. Constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención;
b. Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
c. Garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales;
d. Realizar las acciones de promoción, prevención, atención ambulatoria, incluyendo la internación domiciliaria, y todas aquéllas comprendidas en el primer nivel según la capacidad de resolución establecida para cada efector;
e. Promover la participación comunitaria;
f. Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia;
g. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;
h. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Artículo 20.- Segundo nivel. Definición. El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación.

Artículo 21.- Segundo nivel. Organización. Son criterios de organización del segundo nivel de atención:

a. Constituir el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención;
b. Garantizar la atención a través de equipos multidisciplinarios;
c. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
d. Realizar las acciones de atención de especialidades, de internación de baja y mediana complejidad, de diagnóstico y tratamiento oportuno, de rehabilitación, y todas aquéllas comprendidas en el nivel y según la capacidad de resolución establecida para cada efector;
e. Desarrollar nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, la internación domiciliaria y el hospital de día;
f. Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrareferencia;
g. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;
h. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Artículo 22.- Tercer nivel. Definición. El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial.

Artículo 23.- Tercer nivel. Organización. Son criterios de organización del tercer nivel de atención:

a. Garantizar la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados;
b. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
c. Establecer articulaciones con los otros niveles y con otros componentes jurisdiccionales y extrajurisdiccionales del propio nivel, a fin de garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención;
d. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;
e. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Artículo 24.- Efectores. Definición. Los efectores son los hospitales generales de agudos, hospitales generales de niños, hospitales especializados, centros de salud polivalentes y monovalentes, médicos de cabecera, y toda otra sede del subsector estatal en la que se realizan acciones de salud.

Artículo 25.-Efectores. Organización general. Los efectores deben adecuar la capacidad de resolución de sus servicios a los niveles requeridos por las necesidades de las redes locales y jurisdiccionales.

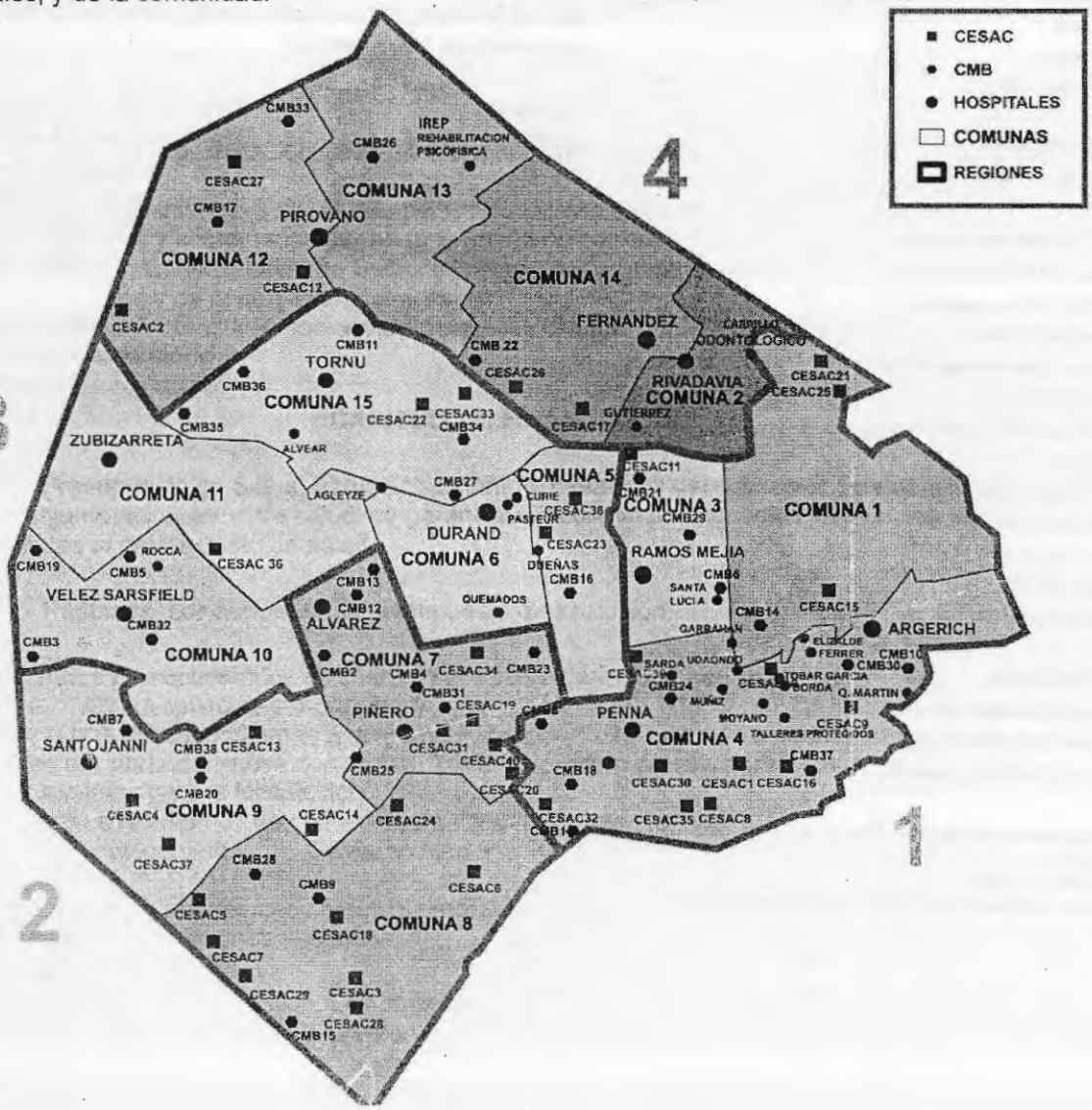
Artículo 26.- Efectores. Descentralización. La autoridad de aplicación debe desarrollar la descentralización administrativa de los efectores dirigida al incremento de sus competencias institucionales en la gestión operativa, administrativo-financiera y del personal, manteniendo y fortaleciendo la integridad del sistema a través de las redes.

Artículo 27.- Subsector estatal. Organización territorial. El subsector estatal de salud se organiza territorialmente en unidades de organización sanitaria denominadas regiones sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud.

Artículo 28.- Regiones sanitarias. Número y delimitación. La autoridad de aplicación debe establecer regiones sanitarias en un número no menor de tres (3), orientándose a desarrollar la capacidad de resolución completa de la red estatal en cada una de las mismas, coordinando y articulando los efectores de los tres subsectores, y contemplando la delimitación geográfico-poblacional basada en factores demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológicos, laborales, y de vías y medios de comunicación.

Artículo 29.- Regiones sanitarias. Objetivo. Las regiones sanitarias tienen como objetivo la programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias de sus efectores. Tienen competencia concurrente en la organización de los servicios de atención básica y especializada según la capacidad de resolución definida para las mismas, y en su articulación en redes locales, regionales e interregionales con los servicios de mayor complejidad.

Artículo 30.- Regiones sanitarias. Conducción y Consejos regionales. Cada región sanitaria está conducida por un funcionario dependiente de la autoridad de aplicación, y establece un consejo regional integrado por representantes de los efectores, de las áreas de salud, de los trabajadores profesionales y no profesionales, y de la comunidad.



http://estatico.buenosaircs.gov.ar/areas/salud/regionalizacion/mapa_regiones.jpg

AUTORIDADE

Presidenta de la Nación

Ministra de Salud
Lic. Graciela OCAÑA

Secretario de Programas Sanitarios
Dr. Juan Luis [illegible]

Subsecretario de Prevención y Control de Riesgos
Dr. Humberto JURI

Director Nacional de Prevención de Enfermedades y Riesgos
Dr. Hugo FERNÁNDEZ

Director de Epidemiología
Dr. Juan Carlos BOSSIO

COORDINADORA DEL COMITÉ EDITORIAL
Dra. Graciela Abriata

COMITÉ EDITORIAL
Dra. Laura Martínez
Lic. Laura Casas
Lic. Ana Prizze
Lic. Lisa Roques
Dra. M. Olenka Codebó

DISEÑO EDITORIAL
María Eugenia de León

COMITÉ CIENTÍFICO REVISOR
Dr. Salvador GARCÍA JIMÉNEZ
Asesor OPS/OMS en Argentina
Dra. Marcia MOREIRA
Consultora en Epidemiología OPS/OMS en Argentina
Dr. Mario PECHENY
Investigador, Instituto Gino Germani, UBA
Lic. Laura B. RUIZ
CONICET - Area Toxicología de IPESA S.A. - Docente UCES
Dr. Oscar Daniel SALOMÓN
Director CeNDIE-ANLIS Dr. Carlos G. Malbran
Dr. Enrique VAZQUEZ
Consultor en Epidemiología OPS/OMS en Paraguay

DIRECCIÓN POSTAL
Dirección de Epidemiología - Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio 1925, Piso 9° - (C1073ABA) Cdad. Autónoma de Buenos Aires, República Argentina

Boletín Epidemiológico Periódico Nro. 42
ISSN 1851-295X
ISSN 1851-4014 (en línea)
Imágen de tapa: Comuna 8 de la Cdad. de Buenos Aires, cedida por las autoras

Nota del editor

El Departamento de Análisis y Monitoreo de la Salud tiene como meta contribuir a la toma racional de decisiones para dar respuesta a las necesidades en salud de la población y disminuir las inequidades. Adhiriendo a los enunciados de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) como una acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, el Departamento realiza análisis de situación de salud (ASIS) generando evidencias que pone al alcance de aquellos que tienen que tomar decisiones y de la comunidad, a través de publicaciones gráficas y electrónicas disponibles en el sitio Web del Ministerio de Salud de la Nación.

Mediante estas publicaciones, la Dirección de Epidemiología promueve la divulgación de la información como uno de sus ejes estratégicos para fortalecer a los equipos de análisis y promoción de la salud de todos los niveles del sistema. Ofrece también a estos equipos un espacio para la publicación de artículos originales, de revisión y de actividades en terreno de epidemiología de campo (investigaciones), o relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El propósito de este boletín es el de difundir en forma breve y sintética la información referida a la situación de la morbilidad y mortalidad observada en el país y sus jurisdicciones, divulgar las metodologías utilizadas y promover su utilización en análisis a nivel local impulsando el trabajo en equipos interdisciplinarios a través de una visión integral del proceso salud – enfermedad – atención.

La presente edición es un número especial dedicado al Análisis de Situación de Salud (ASIS) e incluye dos artículos: el primero aborda las características centrales y el desarrollo en nuestro país del ASIS como metodología privilegiada de la vigilancia y el análisis epidemiológico; el siguiente, evaluado por el comité científico revisor, refiere a la aplicación de esta metodología en la Comuna 8 de la Ciudad de Buenos Aires en 2007.

Esperamos contar con la participación de nuestros lectores mediante la publicación de artículos y experiencias o a partir de sus sugerencias para mejorar el boletín.

unamos@msal.gov.ar

Impresión: Marzo/2009
Suscripción gratuita

ASIS - NOTAS METODOLÓGICAS

AUTORAS: DRA. M. GRACIELA ABRIATA Y LAURA CASAS

El Análisis se Situación de Salud (ASIS) es un proceso analítico sintético que debería incorporarse en la práctica de la Atención Primaria de la Salud (aunque puede realizarse en todos los niveles del sistema), así como en la gestión. El ASIS consiste en una serie de procesos, desencadenados a partir de diversas actividades que incluyen la recolección y el análisis de los datos con el propósito de identificar problemas de salud prioritarios y sus determinantes, desde un abordaje interdisciplinario e intersectorial que promueva la participación social y comunitaria y la gestión descentralizada.

El ASIS propone un abordaje de la salud que contempla la interrelación de las dimensiones ecológicas, subjetivas, socioculturales y económicas, así como la distribución desigual de los problemas de salud, entendiendo que estas desigualdades no son azarosas, sino que devienen de procesos con múltiples orígenes y condicionantes, susceptibles de ser modificados para la reducción de las brechas entre los diferentes grupos poblacionales.
Forma parte de los objetivos del ASIS identificar estos condicionantes o determinantes de la salud que inciden en los orígenes y la continuidad de las inequidades.

La realización del ASIS requiere de la obtención oportuna de datos válidos y confiables; así como del análisis e interpretación pertinente de estos datos. La información obtenida de los datos previamente consolidados en indicadores de salud, debe considerar la multiplicidad de factores y actores sociales involucrados en los procesos de salud enfermedad, para poder interpretarla en cada contexto particular y en escenarios prospectivos, a partir de la construcción de tendencias y de una visión de conjunto; difundiendo de manera eficiente y eficaz el conocimiento obtenido.

De este modo pueden discriminarse al menos dos ámbitos o momentos de este proceso continuo que se retroalimentan entre sí, y que pueden ser entendidos como subsistemas del sistema de vigilancia epidemiológica: la vigilancia y el análisis y monitoreo. El primero está abocado a la recopilación, validación y evaluación de la confiabilidad y calidad de los datos para su posterior análisis e integración en una visión global, contemplando la multiplicidad de variables y la intersectorialidad que afecta a los procesos de salud enfermedad atención.

Posteriormente, y como consolidación de la etapa de análisis y monitoreo, la información y el conocimiento obtenido de la exploración de los datos, interpretación y comparación de los resultados, deben ponerse a disposición de los tomadores de decisiones, los ámbitos académicos de la salud pública y la población en general.

Las dificultades en alguno de estos pasos modifica la validez y eficacia del sistema de vigilancia epidemiológica que, en cada una de estas instancias, produce insumos a partir de los cuales se construyen los datos, se elaboran los análisis, se planifican acciones y se distribuye información que retroalimenta el sistema, constituyendo una de las condiciones necesarias para el ejercicio ciudadano del derecho a la salud[1].

Los ASIS pueden realizarse a nivel nacional, regional o departamental. La ventaja de realizarlos en los ámbitos locales es la de contar con mayores posibilidades de incluir en el análisis las perspectivas de los actores sociales involucrados en los procesos de salud enfermedad atención, ya que esta estrategia presupone que las distintas visiones inciden en estos procesos, dado que cada individuo identifica, explica y jerarquiza los problemas de salud que considera prioritarios según sus propios criterios. Las diferentes percepciones se confrontan en diferentes planos (ideológico, técnico, operativo) y se sustentan en los modos de vida, es decir, en la expresión, en el espacio de la vida cotidiana, de la articulación de los procesos biológicos y sociales y las diferentes dimensiones de la vida en sociedad: individual, grupal y social.

[1] La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Declaración de Alma Ata de 1978, la Carta de Ottawa de 1986 y la Convención Americana sobre Derechos Humanos, formalizaron el derecho a la salud y establecieron el derecho a la información (artículo 19 de la Declaración de los Derechos Humanos) como requisito indispensable para su ejercicio. Cabe señalar además, que los Derechos Humanos constituyen un conjunto indivisible que se ejerce en conjunto.

ISSN 1851-4014 (en línea)

La salud pública interviene en estos tres niveles y, si bien tiene como propósito la eliminación de las enfermedades, persigue también la transformación de las situaciones de salud, de manera que no interfieran en las posibilidades de desarrollo personal y colectivo de las poblaciones y en las aspiraciones y proyectos sociales compartidos.

Además de intervenir en los niveles personales, grupales y sociales, la salud pública tiene como ámbitos de acción los diferentes momentos e instancias de la reproducción social de la vida, los momentos en los que predomina la dimensión biológica, aquellos en los que predomina lo ecológico, lo psicológico cultural o lo económico.

De este modo, podría decirse que las políticas de control o promoción de la natalidad, del cuidado de la madre y el niño o las políticas de inmunizaciones, tienen mayor incidencia en el plano de la reproducción biológica; así como las acciones tendientes al control de la contaminación o de la reducción de riesgos en los ámbitos laborales incidirán mayormente en los aspectos ecológicos. A su vez, acciones de promoción de conductas saludables se manifiestan particularmente como una dimensión psicológica cultural y las acciones de redistribución de recursos tecnológicos y reingeniería de los procesos productivos de los sistemas de salud, tienen mayor impacto en la dimensión económica.

La mayor incidencia en alguna de estas dimensiones no anula el hecho de que los procesos de salud enfermedad se construyan en todos estos planos simultáneamente. De la misma manera que sucede con los niveles individuales, grupales y sociales, estas dimensiones se hallan implicadas entre sí, pero, a los fines analíticos o de la implementación de acciones sanitarias, pueden considerarse de manera independiente.

Conforme a lo expresado en documentos de la OPS, la importancia de los ASIS radica en el hecho de proporcionar información valiosa para el componente técnico de los sistemas de salud para conducir, gerenciar y tomar decisiones en materia de salud pública de manera eficiente, enfatizando, como procesos constitutivos del ASIS, la definición de necesidades, prioridades y políticas de salud, la formulación de estrategias de promoción, prevención y control de daños y la construcción de escenarios prospectivos[1,2].

Los antecedentes en los que es posible fundamentar y rastrear esta práctica, se ubican tanto en las concepciones de salud como constructo complejo que excede los aspectos biomédicos[2], como en las diferentes estrategias y concepciones de planificación para la salud que fueron implementándose y discutiéndose en la región, contemporáneamente a los desarrollos conceptuales impulsados por los organismos internacionales de salud pública, que la consolidaron como un derecho ciudadano en el que se encuentran implicados múltiples sectores y dimensiones de lo social.

Más concretamente pueden mencionarse como antecedentes el informe Lalonde, la formulación de la Atención Primaria como estrategia privilegiada para la intervención en salud pública y el reconocimiento formal, en el ámbito internacional, de la salud como derecho humano fundamental[3].

El "informe Lalonde", publicado a mediados de los 70 por el ministro de salud canadiense del que toma su nombre, define la salud como campo en donde convergen la biología, los servicios, el ambiente (social, psicológico y físico) y el estilo de vida (trabajo, estándares de consumo y riesgos asociados a las actividades de ocio). El informe propone la promoción de la salud, la investigación, la eficiencia en la atención y el establecimiento de objetivos como las acciones principales en el área sanitaria[3].

La definición y descripción de la atención primaria como estrategia recomendada por los organismos internacionales de salud pública, se formuló simultáneamente con el reconocimiento formal del derecho a la salud como derecho humano fundamental, en el documento resultante de la asamblea general de la OMS celebrada en Alma Ata en 1978.

---

[2] Los abordajes de la tradición de pensamiento que se conoce con el nombre de "medicina social latinoamericana" y que, si bien puede rastrearse en pensadores del siglo XIX, reconoce un momento de consolidación en la Latinoamérica de la década del 60 y 70. Esta perspectiva considera los fenómenos biológicos y sociales en una mutua implicación y a la salud en su relación con la enfermedad y la atención.

ISSN 1851-295X

El texto explicita que "el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud"[4].

Otros antecedentes a tener en cuenta en América Latina[5,6,7] en este caso vinculados al ámbito operativo o de definición de políticas, más que a la formulación de enfoques u orientaciones; son las publicaciones científicas de la OPS publicadas y estudiadas en la región a mediados de los sesenta, el trabajo de los sanitaristas de este organismo, en particular los de Pedro Luis Castellanos[3] y, en nuestro país, los trabajos de Hugo Spinelli desde la Auditoria Médica de la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas del Programa Federal de Salud (PROFE).

En 1965 se editó la Publicación Científica N° 111 de OPS, "Programación de salud, bases conceptuales y metodológicas" en la que se divulgó el método CENDES/OPS a partir del cual se "intentaba aplicar los principios y métodos de la planificación económica a un área social como la salud"[8]. Con el apoyo de este organismo se impulsaron "mecanismos burocráticos de planificación de salud en los países de la región" y actividades para la capacitación de recursos humanos en el conocimiento y la implementación de estas herramientas.

La investigación de esta metodología se desarrolló de manera sostenida hasta 1975, momento en el que la dictadura de Pinochet cierra el Centro Panamericano de Planificación de Salud (Chile). Se basaba en un diagnóstico de la situación de salud que incluía el estudio de la mortalidad agrupada en aproximadamente 30 causas, la exploración de los recursos comprometidos en los diferentes procesos de trabajo, su forma de organización y rendimiento y, finalmente, el análisis de la relación existente entre éstos y los daños. A partir del diagnóstico se reasignaban prioridades de acuerdo a la magnitud del daño, la trascendencia y vulnerabilidad del evento y los costos involucrados en evitar una muerte. Posteriormente se formulaban planes que tenían como finalidad la optimización de los recursos. Desde sus inicios despertó gran interés y posteriormente se fue complementando con propuestas que contemplaron el ámbito institucional y los conflictos políticos.

En 1997 Hugo Spinelli, desde la Auditoría Médica de la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas del PROFE, diseña las carpetas de "Diagnóstico de situación de salud de las provincias", las cuales superan muchas de las limitaciones identificadas en el método CENDES/OPS. Las mismas se ponen en práctica en 1998 como marco de referencia para la toma de decisiones ya que en ellas se contempla el análisis de la morbilidad y la mortalidad de la población a cargo, teniendo en cuenta el contexto sociodemográfico, el sistema de servicios de atención de la salud organizado por cada jurisdicción para garantizar la cobertura y accesibilidad de los beneficiarios, los aspectos políticos de la gestión (algunos de ellos detectados a partir de conflictos surgidos durante las auditorias en terreno) y los costos que representa el mantenimiento administrativo del programa y de los servicios de atención en todos su niveles. Si bien los problemas entre teoría y práctica, surgían permanentemente en la articulación del trabajo diario; las discusiones enriquecían la información que finalmente se utilizaba para tomar decisiones.

Prácticamente en paralelo se difundió desde OPS una metodología similar de trabajo con el nombre de "Análisis de Situación de Salud - ASIS"[9]. El propósito de estos análisis, compartido con el de las publicaciones de Pedro Luis Castellanos, el de las carpetas del PROFE y el de la metodología CENDES/OPS, sigue siendo contribuir a la toma racional de decisiones para la satisfacción de las necesidades de la población. Es en este punto (el de las necesidades), donde es importante rescatar la propuesta de Jesús Ibáñez[10] a partir de la cual y desde una perspectiva dialéctica, introduce al sujeto como parte activa de las instituciones y lo hace partícipe de estos instrumentos diagnósticos para producir verdaderas transformaciones sociales.

[3] Pedro Luis Castellanos, además de desarrollar una intensa actividad académica, fue consultor internacional de OPS y OMS durante 19 años, en varios países y en Washington, y miembro del equipo técnico del Instituto Dominicano para el Desarrollo Social (IDESARROLLO) y de la Comisión de Salud y Seguridad Social de Foro Ciudadano.

ISSN 1851-4014 (en línea)

Los "ASIS", se pueden diferenciar en dos tipos básicos de análisis: de tendencia y de coyuntura. Los Análisis de Tendencia buscan determinar la evolución del proceso salud-enfermedad-atención de las poblaciones a mediano o largo plazo. Permiten identificar cambios en la tendencia de salud (ya sea cambios en el patrón de los "viejos problemas" o en la aparición de nuevos) para construir proyecciones y evaluar el impacto de programas y acciones.

Los Análisis de Coyuntura describen rápidamente situaciones puntuales y generalmente surgen como consecuencia de situaciones de emergencia, para tomar decisiones inmediatas. Este tipo de estudios es útil para realizar evaluaciones de situaciones ambientales, sociales, de salud y de la red de servicios de salud.

Asimismo existen diferentes modelos de análisis para la comparación entre países o jurisdicciones de un mismo país. El modelo a aplicar cambia de acuerdo al tamaño de la unidad de análisis. Para las grandes comparaciones, los indicadores son fundamentalmente cuantitativos y generales. Para jurisdicciones políticas pequeñas o micro áreas, si bien se utilizan los indicadores ya mencionados, es más útil la información cualitativa[11,12]. Esta información admite la participación comunitaria y permite analizar con más detenimiento los procesos de tipo cultural: hábitos, costumbres, organización comunal y las distintas formas de representación social de la salud.

Ambos tipos de información (cuantitativa y cualitativa) se complementan para la realización de los ASIS. La primera permite estimar la frecuencia, magnitud y gravedad de los problemas de salud y de los factores de riesgo que los determinan; mientras que la cualitativa permite una mejor comprensión de los problemas políticos, humanos, sociales, económicos y ambientales[13].

Las técnicas cuantitativas y el enfoque por indicadores son los métodos más utilizados, a pesar de que la tendencia generalizada a analizar los datos globales enmascara situaciones particulares. Este enfoque consiste en la elaboración y observación de una serie de indicadores (y sus posibles desvíos), que expresan en forma resumida ciertas características de la población que se está estudiando para facilitar y estandarizar el análisis de la información.

Para la construcción de indicadores es necesario "...realizar un proceso de abstracción ya que de los datos registrados se toman sólo los elementos que se consideran pertinentes y se los relaciona con componentes que pueden no estar contenidos en estos datos. Esta relación es la que transforma el conjunto de datos de registro en indicador, la cual puede homologarse a otras formas de creación de conocimiento a partir de una base empírica: la investigación social o el diagnóstico de salud puede interpretarse también como la parte técnica de la construcción del mismo[7]".

La calidad y utilidad de estos indicadores está definida por la calidad de los sistemas de información, de los datos registrados y de sus componentes (frecuencia de los eventos, tamaño de la población, etc.). Algunos de sus atributos indispensables son: validez (es decir, que mida efectivamente lo que quiere medir), confiabilidad (mediciones repetidas en condiciones similares producen iguales resultados), especificidad (tiene capacidad de distinguir sólo el fenómeno que se está investigando), sensibilidad (capacidad de distinguir cambios en los fenómenos que mide), fácilmente medibles, políticamente relevantes y costo efectivos (sus resultados justifican la inversión de tiempo y otros recursos)[12]. A su vez existen múltiples clasificaciones según sus características específicas (además de la ya citada, en cualitativos o cuantitativos); simples o complejos (de acuerdo al grado de complejidad de los mismos); sincrónicos o diacrónicos (estáticos o dinámicos o bien, de acumulación y de proceso) y tradicionales o estratégicos (que surgen de los propósitos del análisis: de crecimiento o de cambio)[7].

En síntesis, los indicadores son seleccionados teniendo en cuenta que los temas a los que se refieren se consideran relevantes e indispensables para llevar a cabo el análisis y que deben ser relativamente sencillos en su elaboración e interpretación. A modo de ejemplo, se presentan en el siguiente cuadro las dimensiones a tener en cuenta para la cuantificación y el análisis del estado de salud de las poblaciones.

ISSN 1851-295X

Ejemplos de indicadores del estado de salud y sus determinantes

Indicadores incluyen: población con acceso a servicios como agua potable, alcantarillado o eliminación de excretas, niveles de mercurio en agua, % de análisis de agua aceptables...

Determinantes sociales

Indicadores demográficos: población por edad y sexo, tasa cruda de natalidad, tasa de fertilidad, población urbana, esperanza de vida al nacer...

Indicadores socioeconómicos: población alfabeta (15+ años), crecimiento medio anual del PIB, disponibilidad de calorías, razón de ingreso 20% superior / 20% inferior....

Determinantes de conducta individual

Indicadores incluyen: proporción de fumadores regulares, uso de contraceptivos...

Determinantes relacionados con el sistema de salud

Indicadores incluyen: recursos humanos por 10.000 hab., cobertura de inmunización en niños menores de 1 año, % de partos atendidos por personal capacitado.

Salud percibida

- Satisfacción: proporción de la población de 15 años o más que refiere no estar satisfecha con su vida social...
- Calidad de vida: proporción de la población que refiere tener salud razonablemente buena o pobre...

Salud objetiva

- Mortalidad: mortalidad materna, infantil, defunciones registradas por homicidio, tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles...
- Morbilidad: incidencia de sarampión, casos confirmados de dengue, tasas de incidencia anual de SIDA, incidencia de cáncer...
- Discapacidad: prevalencia de diferentes tipo de discapacidad en una población dada. Número medio de días de escuela, trabajo, trabajo de hogar y otros roles sociales perdidos por año en una población definida...

ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Fuente: OPS. Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico 2001:22(4.

De esta forma, el proceso de toma de decisiones respecto de las políticas o acciones de salud pública a implementar surge del análisis de una serie de indicadores que pueden expresar desigualdades (inequality) o inequidades (inequity) en salud. Para diferenciarlas, Whitehead plantea claramente como factor decisivo el sentido de injusticia que deriva de ciertas situaciones que implican vulnerabilidad o "mayores tasas de mala salud" para ciertos grupos o individuos, en la medida en que no eligieron esas situaciones. Teniendo en cuenta que los criterios para definir equidad en salud son complejos, quizás sea posible operacionalizar estos estudios a partir del análisis propuesto por la misma autora en 1991: igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; igual calidad de atención para todos. De esta forma, la discusión ya no se centraría en el término "equidad", sino en "necesidad"[14].

En los últimos años se ha señalado la necesidad de contemplar la ciudadanía como indicador de equidad, y el empoderamiento y la discusión como herramientas para enfrentar las desigualdades. entendiendo que la identificación y estudio no se realiza por curiosidad académica sino para ubicarlas y corregirlas y es con este propósito que resulta prioritario recomponer la secuencia datos – información - conocimiento –decisiones para al implementación de acciones de salud pública que garanticen el acceso igualitario a la salud de toda la población[15,16].

Ministerio de Salud de la Nación. Unidad 3 Lectura complementaria 1 .Anexo. En Módulo 4: Herramientas para la planificación y programación local. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Buenos Aires, 2010. Recuperado http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/material-bibliografico consultado julio 2017

Unidad 3

Lectura complementaria 1 [4]

Formulación de proyectos

Definición y características de un Proyecto

Los proyectos constituyen una de las formas de planificar y se proponen como una solución a problemas específicos particulares, dentro de una situación social dada.

Entre los **elementos que caracterizan a un proyecto** se pueden citar las siguientes:

- un conjunto interrelacionado de actividades;
- objetivos o productos claramente definidos;
- períodos de tiempo limitados, finitos, específicos y con metas claramente establecidas;
- en términos generales, disponibilidad de recursos y estructura propia;
- gastos claramente atribuibles al proyecto y con un presupuesto afectado al mismo;
- un cuerpo normativo que le es propio;
- en general, no producen interferencia con la actividad regular de las instituciones o servicios que los ejecutan;
- una vinculación o relación con fenómenos de inicio o despegue para la solución de un problema específico, con el supuesto de que una vez concluida su realización, si quedan actividades residuales, éstas serán incorporadas a las estructuras regulares.

La ausencia de algunos de estos aspectos no implica que un proyecto pierda carácter de tal.

La preparación de un proyecto requiere la constitución de un grupo de trabajo, funcionalmente creado, encargado de llevar a cabo una serio de funciones técnico-administrativas que darán como resultado un proyecto o programa documento. El individuo o grupo en cargado de la fomulación del proyecto puede pertenecer a las estructuras estables de la institución o bien ser especialmente designado para ello, en razón de la naturaleza del problema y la necesidad de conocimientos específicos.

En un proceso participativo deben intervenir los propios interesados en la

4 Moreno, Elsa. Guía de formulación de proyectos. Proyecto UNIR-UNT 1998.

solución del problema, la comunidad, así como representantes de diversas disciplinas necesarias para el abordaje del problema.

Etapas de un Proyecto

Esta es la primera etapa en la formulación de un proyecto y es en sí una función compleja. Supone una generación de información o producción de datos específicos, resumidos y ordenados que luego deberán ser comparados y analizados.

Este análisis de la situación-problema conlleva elementos descriptivos, explicativos, evaluativos y pronósticos y da origen a una conclusión, modelo o teoría que funcionará a manera de hipótesis, o diagnóstico de situación.

El diagnóstico de situación es una importante etapa en la formulación de proyectos pues permite instrumentar, fundamentadamente, las etapas posteriores. Los datos que se recogen están referidos al problema específico, a los recursos existentes destinados a solucionarlo y a los factores que lo condicionan.

Del problema se darán los indicadores más relevantes, la historia del mismo, referencias sobre gestiones previas de coordinación o acuerdos existentes o proyectados, su magnitud y situación actual así como sus tendencias o pronósticos de su evolución probable o espontánea. De los recursos que hasta entonces están destinados a afrontar el problema se analizarán aspectos tales como: cuantía, organización y sistemas decisorios, programas y políticas existentes, utilización de los mismos, pautas de trabajo, etc.

Los principales factores condicionantes a ser tenidos en cuenta estarán referidos a: características de las poblaciones y sus tendencias en aspectos estructurales y dinámicos, las particularidades políticas, económicas y culturales del ámbito social en el que el problema se presenta y las características ecológicas vinculadas causalmente al problema.

Propósitos y Objetivos

Los propósitos del proyecto expresan la situación que se quiere alcanzar con respecto al problema o a los factores que lo condicionan. Puede incluirse también algún enunciado respecto al ordenamiento de recursos destinados a darle solución.

Para la expresión de los propósitos puede usarse indicadores, en la medida que éstos muestren sensibilidad y especificidad respecto a las situaciones que pretenda cambiar el proyecto.

Los *objetivos* son propósitos generalmente cuantificados, en número de actividades a cumplir o indicadores. Pueden fomularse objetivos generales y específicos, de corto y mediano plazo dependiendo del tipo de proyecto y su complejidad. En todos los casos los objetivos deben expresar:

población o parte del ambiente sobre la que actuará el proyecto; es sinónimo de

cobertura y se expresa en porcentaje de población sobre la que se cumplirán las actividades;
delimitar el área geográfica del proyecto o área programática;
precisar el tiempo de duración del proyecto.

Las *metas* expresan actividades a cumplir en períodos en períodos más reducidos que el total del proyecto. Así por ejemplo, para un proyecto anual pueden fijarse metas trismestrales, cuatrimestrales, etc.

Antecedentes y justificación del Proyecto

En este punto puede señalarse el origen, contexto y relevancia del proyecto, respondiendo a las siguientes cuestiones:

- ¿Cuál es el problema a resolver? ¿Por qué se necesita el proyecto?
- ¿Cómo el proyecto permitirá alcanzar los objetivos?
- ¿Quién o quiénes están interesados en el proyecto?
- ¿Quiénes participaron en la formulación del proyecto?

Además puede agregarse información acerca del programa del cual el proyecto forma parte y las actividades preparatorias realizadas.

Estrategias

Las estrategias expresan un enfoque de organización, gerencia entrega de servicios u organización de los recursos que se estima es la forma más adecuada para lograr el cumplimiento de los objetivos y evitar obstáculos. Dicho de otra forma, es el camino alternativo elegido como el más adecuado para lograr los objetivos.

Actividad

Acción o conjunto de acciones que se diseñan para lograr un objeto definible y mensurable. Ejemplos de actividades son la construcción de letrinas, la capacitación de un grupo de comunidad, la formación de una cooperativa, etc.

Tareas

Las tareas son acciones realizadas para lograr el cumplimiento de una actividad. Así por ejemplo, la capacitación de un grupo comunidad reqniere una serie de tareas previas tales como el diseño del curso, la preparación del material docente, la contratación de los instructores, etc.

Plan de trabajo

El plan de trabajo debe describir, para cada objetivo, las actividades a realizar, las tareas, las metas, los resultados, los recursos necesarios y los responsables de cada actividad. En términos generales puede decirse que el plan de trabajo provee la información básica del proyecto.

El plan de trabajo debe incluir un Cronograma de Actividades que señale las fechas tentativas en que se realizarán las actividades previstas. Para su elaboración puede usarse un gráfico de barras que permita objetivizar el inicio y finalización de cada actividad o tarea. Algunos proyectos más complejos usan otro tipo de gráficos.

Presupuesto

Las necesidades de recursos precisadas en el Plan de Trabajo deberán traducirse en los recursos financierosn necesarios en tiempo y forma. En todos los casos se aconseja que se agregue al cálculo de recursos la llamada "justificación de los insumos", donde se aclarará como se estimaron las cifras solicitadas para cada uno de los rubros.

Para los proyectos en que participan diversas instituciones, deberán diferenciarse los recursos según fuente de financiamiento.

Organización

En este capítulo deberá describirse la organización elegida para la ejecución, monitoreo y evaluación del proyecto. En todos los casos deberán expresarse cuáles son las atribuciones y las responsabilidades de cada uno de los que participan en el proyecto.

También es conveniente es este capítulo precisar cuáles son los mecanismos o espacios de comunicación, deliberación y concertación entre los diferentes actores de manera que se asegure la gestión participativa de los proyectos.

Evaluación

La evaluación tiene por objeto reconocer y eventualmente medir los logros y fracasos del proyecto en relación con sus objetivos.

¿Qué evaluar?

El proceso de evaluación incluirá:

- la evaluación de resultados,
- la evaluación de los procesos que llevaron a esos resultados y
- la evaluación del uso de los recursos.

En la evaluación de *resultados* o de *impactos*, deberán precisarse los indicadores a usar para medir en qué medida se han logrado objetivos.

En la evaluación de *procesos* se medirá si se han realizado las actividades programadas en tiempo y forma así como también todos aquellos factores externos pertinentes que hubieran tenido influencia en los resultados obtenidos.

La evaluación de los recursos empleados en la realización las actividades, corresponde a la llamada evaluación de la *estructura*. Esta permite conocer la cuantía, organización y oportunidad de los recursos humanos, físicos y financieros utilizados durante la realización del proyecto.

¿Cuándo evaluar?

Como el propósito de las evaluaciones es orientar decisiones que mejoren la gestión del proyecto, es recomendable que éstas se realicen en forma periódica a lo largo de la implementación de manera que sea posible la introducción de modificaciones si son necesarias.

En los proyectos sociales la evaluación de los resultados sólo podrá realizarse si ha transcurrido el tiempo necesario para que el impacto social sea perceptible. En cambio puede evaluarse en plazos cortos durante la implementación, la eficiencia de la gestión y la satisfacción de los beneficiarios.

PREGUNTAS

BÁSICAS	COMPLEMENTARIAS	
1.- ¿Quién propone?	¿Qué características? ¿Qué experiencias?	IDENTIFICACIÓN
2.- ¿Cuál problema?	¿Por qué es importante?	PROBLEMA
3.- ¿Qué trata de lograrse?	¿Cuál es la meta? ¿Qué hay que ir logrando para alcanzarla?	OBJETIVOS
4.- ¿Quién se beneficiará?		COMUNIDAD
5.-¿Cómo? (¿qué acciones?)	¿Cuál es la innovación?	METODO/ ESTRATEGIAS
6.- ¿Cómo del cómo? (¿Cómo se llevarán a cabo las acciones?)		ACTIVIDADES

continuación

7.- ¿Cuándo?		PROGRAMACION
8.-¿Qué se necesita?	¿Con quiénes? ¿Cuántas? ¿De qué tipo? ¿Con qué? ¿Dónde? ¿Cuánto? ¿Cuánto tengo? ¿Cuánto necesito?	RECURSOS HUMANOS MATERIALES FISICOS FINANCIEROS
9.- ¿Cómo organizar los recursos?	¿Quién será responsable de qué? ¿Quién tendrá autoridad para qué y sobre quién? ¿Qué debe comunicarse, cómo, cuándo, quién?	ORGANIZACIÓN
10.- ¿Cómo sabré que alcanzó los objetivos?	¿Qué preguntas deberán responderse? ¿Qué evidencias voy a buscar (cantidad y calidad)? ¿Cómo? ¿Quién? ¿Con qué frecuencia? ¿Dónde? ¿Qué haré si las cosas resultan bien? ¿Qué haré si las cosas resultan mal?	EVALUACION
11.- ¿Qué se hará para que exista continuidad?		CONTINUIDAD

¿Qué comunicación para qué salud?

Una receta con letra ilegible. Un juego en sala de espera. Una pared sobrecargada de afiches. Un vaso de agua fresca. Una voz hostil que grita que no hay más turnos. Una caminata en la plaza del barrio. Un cartel que prohíbe. Una sonrisa que invita.

Todas esas escenas y muchas más conviven en un centro de salud. ¿Y qué tienen en común? Que son espacios, actividades, estrategias y formas de comunicación.

Quienes trabajamos en salud aún nos cuesta reconocernos en nuestro rol de comunicadores/as sociales. Muchas veces –y hasta sin siquiera saberlo- somos emergentes de un sistema que sigue basado en el modelo médico hegemónico y que aún padece una fragmentación y una desarticulación históricas. Y desde ese paradigma, se piensa a la comunicación como la asimétrica relación "médico-paciente", donde el primero debe traducir para que el segundo obedezca. Y tanto en la formación de las ciencias de la salud como en la planificación de las tareas cotidianas no se suelen incluir a la comunicación como una disciplina de directa intervención en la práctica, sino como un aspecto secundario frente a las dimensiones clínicas.

Si entendemos a la salud como un proceso dinámico, complejo y colectivo, podemos entender a la comunicación como una dimensión transversal a todos los equipos que tiene una potencia tal que puede transformar la cultura organizacional, crear y recrear otros sentidos posibles y mejorar las interacciones con nuestros interlocutores, públicos de interés y ciudadanía.

Este material pretende ser un aporte concreto para que trabajadores/as de salud puedan reflexionar sobre las propias prácticas desde la esfera comunicacional y propiciar la formulación de nuevas estrategias de comunicación que contemplen a la comunidad como actor protagónico de su salud. Una forma más de apostar a la salud pública.

Lic. Luciana Mignoli
Comunicación Social
Secretaría de Salud Comunitaria
Ministerio de Salud de la Nación

Ministerio de Salud (2015) 1 Serie Comunicación y Salud desde una perspectiva de derecho . Guía de comunicación para equipos de salud. Segunda edición. Recuperado en http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/guia-comunicacion.pdf

Nuestros miradores

Pensamos la Serie *Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos*, como un material de orientación y apoyo para los equipos de salud que trabajan en Centros de Atención Primaria (CAP's), hospitales o centros de salud desarrollando tareas de asistencia, prevención y promoción de la salud.

Entendemos que comunicación y salud son dos prácticas que necesitan caminar juntas para que la salud esté enraizada con las comunidades. Este encuentro entre comunicación y salud configura un campo clave y estratégico, ya que involucra el derecho a la información ligado directamente a una mayor accesibilidad al servicio de salud.

En la actualidad el sistema de salud presenta todo tipo de barreras (desinformación, lenguaje técnico, demoras), tanto para los usuarios como para los integrantes de los equipos de salud. La comunicación puede transformarse en un puente para sortear esas barreras y mejorar las condiciones para quienes se atienden en los centros de salud, así como para quienes trabajan en ellos.

Todo modelo de salud se corresponde con un modelo comunicacional. ¿Cuál es el que subyace detrás de nuestras prácticas?
Un modelo de salud piramidal, donde las informaciones 'bajan', suele acompañarse de un paradigma de salud autoritario, verticalista. Los modelos verticales no favorecen la participación en la propia curación por parte de los pacientes. Consideramos que los procesos de comunicación circulares son más convocantes, inclusivos y humanos.

Esta Serie invita a pensar el trabajo en nuestros centros de salud desde el mirador de la comunicación, teniendo en cuenta que el derecho a la información y a la comunicación son piezas centrales en la posibilidad del acceso a la salud. Más aún, desde una concepción de la salud integral, la comunicación es parte constitutiva del proceso de atención y cuidado del paciente.

Mirador 1: Perspectiva de derechos

Pensar la salud como un bien público, como un derecho social, supone un abordaje integral del ser humano. Esta perspectiva permite pensar al ser humano como un ser biopsicosocial, entramado en la familia, en la cultura, en su historia individual y social, y a la salud como un proceso dinámico. También nos orienta a superar el concepto de salud como 'la ausencia de enfermedad'. Salud entonces no sólo como algo que se ofrece desde el saber/poder médico, a lo que la gente accede o no, sino también como la capacidad permanente de los individuos y las comunidades organizadas para modificar los aspectos y las condiciones que obstaculizan el desarrollo de una vida plena, con mayor bienestar.

Desde esta concepción la salud no se limita a la asistencia sanitaria. Es un derecho humano básico, vinculado con las condiciones de vida.

La salud se construye así desde una doble perspectiva: como un derecho compromiso y tema de todos/as. No es exclusivamente un tema médico, es un tema cívico. Es la construcción colectiva de un proyecto de vida digno.

Mirador 2: Derecho a la información

El acceso a la información es también un derecho que permite, entre otras cosas, que las personas puedan tomar decisiones en relación con su salud. Es necesario asegurar que la información sobre derechos, servicios y recursos llegue a toda la población, en particular a aquellos sectores sociales más vulnerados.
Se trata de proporcionar herramientas que posibiliten mejorar la capacidad de cuidado sobre la propia salud y la salud de la comunidad.

El acceso a la información facilita que los individuos y las comunidades puedan desarrollar una participación concreta en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la puesta en marcha de estrategias para alcanzar un mayor nivel de salud.
Pero para que la información llegue a destino debe estar presentada de manera clara, en un lenguaje accesible y adecuado y diferenciado según las prácticas culturales de cada comunidad y población destinataria.

Mirador 3: Perspectiva comunicacional

El paradigma clásico y hegemónico de la comunicación (propio de la modernidad), reduce el campo meramente a un aspecto tecnológico: comunicación = medios de comunicación.
Sin embargo, más que un fenómeno tecnológico o instrumental, la comunicación es un proceso antropológico.

"Antes que la tecnología desarrollara sus avances en el campo comunicacional e informático, antes de que la comunicación adquiera el carácter de mediático, la comunicación fue, es y será un fenómeno antropológico, social, un fenómeno específicamente humano"[1].

Cuando decimos 'comunicación' estamos expresando algo más amplio y complejo que el simple hecho de difundir o informar.

Rosa María Alfaro nos dice que "lo comunicativo es para nosotros una dimensión básica de la vida y de las relaciones humanas y socioculturales. Es el reconocimiento de la existencia de actores que se relacionan entre sí dinámicamente, a través de medios o no, donde existe un UNO y un OTRO, o varios OTROS, con quienes cada sujeto individual o colectivo establece interacciones objetivas"[2].

Nuestro lenguaje constituye una característica esencial, en tanto diferenciadora, del ser humano. El lenguaje es fundamentalmente productor y portador de sentido a través de ideas, sentimientos, valores, ideales. Por esto, cuando hablamos, escribimos, informamos; reforzamos valores, modelos, estereotipos.

No se trata de lo que queremos decir sino qué sentido tiene lo que decimos al ser escuchado por otros. Como afirma Rafael Echeverría, lo que importa no es lo que se dice sino lo que la otra persona interpreta.

Las concepciones tradicionales hoy van cediendo paso a otros modos de concebir la comunicación y su relación con la salud. La sociedad toda va tomando conciencia de que el lenguaje 'construye el mundo'. Lo recrea, lo sostiene, e incluso prefigura 'otros mundos posibles'.
Esto implica cambios sustanciales para el campo de la comunicación, la labor de los equipos de salud de CAP, hospitales y centros de salud en iniciativas de comunicación y salud.

La comunicación ha dejado de ser un 'instrumento al servicio de', para convertirse en una dimensión estratégica en el campo de la salud. Es el espacio común donde las interacciones posibilitarán nuevos sentidos y mejoras en la salud de la comunidad.

El sentido de la Serie Comunicación y Salud, desde una perspectiva de derechos, es facilitar la tarea diaria de todos y todas los/las que trabajan en prevención como verdaderos comunicadores para la salud.

> "El Diálogo es una relación horizontal de 'A' con 'B'. Nace de una matriz crítica y genera criticidad. Cuando los dos polos del diálogo se ligan así, con amor, con esperanza, con fe el uno en el otro, se hacen críticos en la búsqueda común de algo. Sólo ahí hay comunicación. Sólo el diálogo comunica".
> **Paulo Freire**

La Guía 1 de la Serie les propone un trayecto de lectura que comienza con un primer capítulo abordando la dimensión de la comunicación al interior del equipo de trabajo, puertas adentro del hospital, CAP's o centro de salud: Los procesos de comunicación que se dan desde la recepción, pasando por la sala de espera, el consultorio, actividades grupales y la comunicación en el equipo de trabajo.

[1] Magarola Oscar, "Una aproximación al campo de la Comunicación Comunitaria", apunte de cátedra TAO Comunitaria, UBA, 2005.
[2] Rosa María Alfaro: "Una comunicación para otro desarrollo", 1993.

1 La comunicación EN los equipos de salud

Las personas somos seres de relación, contamos con un lenguaje, palabras, risa y sonrisa, gestos, posturas. Un amplio repertorio que nos permite entrar en juego con las otras personas. Comunicarnos.

Los hospitales, CAP, centros de salud, son espacios donde se desarrollan múltiples y complejos procesos de comunicación. De puertas adentro y también hacia fuera. Son en sí mismos eventos comunicacionales. Se presentan como textos colmados de significados: las paredes, los carteles, los espacios, las conversaciones, los cuerpos, los uniformes. Todo comunica con un orden marcado por los procesos de comunicación generados por el equipo de salud.

Los invitamos a descubrir y analizar el complejo entramado de procesos de comunicación internos del equipo de salud.

1.1 En la recepción

Ninguna relación comunicacional sucede en el vacío, nos comunicamos desde espacios concretos, que tienen una historia, una geografía. Somos parte de una trama social compuesta por una red de relaciones interpersonales y mediáticas.

El lugar de la recepción o administración de un hospital o un CAP, es la puerta de entrada al sistema de salud, el primer eslabón de la consulta. Por lo tanto, es la cara visible o la tarjeta de presentación de la institución ante las personas. Al poseer semejante jerarquía es, sin lugar a dudas, un espacio, clave, estratégico y fundamentalmente sensible para ofrecer una atención amigable en salud. El acceso a los servicios de salud puede verse obstaculizado por una recepción que no comprende su rol comunicador.

El contacto directo, personal y cara a cara, con las personas que se van a atender nos permite una interacción mayor y más intensa. También nos expone mucho más que un trato despersonalizado.

En la recepción hay salas, pasillos, sillas, camillas, carteles. Hay médicos, enfermeras, agentes sanitarios, psicólogos, administrativos que establecen, vínculos, jerarquías, y desde sus emociones, convicciones y modalidades de relación y liderazgo construyen, climas de trabajo. Los mensajes que producen están inscriptos en esa trama organizacional y sociocultural.

Todo transmite un mensaje:

> a nivel verbal (órdenes, consignas, sugerencias, consejos, información),
> a nivel no verbal (gestos, posturas, silencios, miradas, tonos de voz),
> el contexto (carteles o indicadores, las sillas, el ruido, la iluminación, la cantidad de gente),
> los soportes o insumos (turnos, planillas, volantes, afiches, remedios).

LECCIONES APRENDIDAS

¿Prejuicios, maltrato o discriminación?
Cartel puesto en un CAPS: "No se entregará leche si tiene las manos sucias".

Desinformación
Una mujer pregunta dónde denunciar un abuso sexual contra una niña, y le responden: "No sé, señora, pero acá no. ¿Por qué no va a la comisaría?"
Estos mensajes son producidos sin una planificación, muchas veces sin acuerdo del equipo. Sin embargo, resultan muy significativos para quien los recibe.

A la vez, no comunicamos todo lo que queremos. Por ejemplo, se comunica *'sin querer'*, que hay desinterés en las personas si no hay donde sentarse a esperar; o en cambio, que su tiempo es valioso si damos números y llamamos por orden.

Quien recibe

Las personas que atienden a la gente en primer lugar, tienen reservada una tarea muy importante la de establecer una comunicación empática. Empatía significa poder ponerse en el lugar del otro, intentar sentir como el otro siente. Mirar desde sus ojos. Significa abrir la puerta para que se entable una relación de confianza.

Vale la pena recordar que la persona que viene a atenderse tiene derecho a acceder a la salud, a recibir un trato amable y ser respetada como ciudadana. No es un número ni un objeto pasivo ('paciente'= que en paz espera).

El contexto de la atención primaria de salud muchas veces se desarrolla en el marco de una gran carga de emociones: angustia, preocupación, miedo, incertidumbre. Quien está en la recepción puede ser un referente que encauce esta energía brindando información válida. Por el contrario, también puede promover el desborde o provocar si utiliza lenguaje o tono inadecuado: 'Si hubieras venido antes, ahora no estarías así.' También altera el sentido de su rol cuando omite información clave (indicar que el paciente acuda al día siguiente sin especificar horario de atención o documentación requerida) o cuando obstaculiza con pedidos burocráticos o administrativos que no corresponden (por ejemplo, solicitar DNI a quien concurre a la consulta).

Ofrecer un trato amable e información clara y precisa será de vital importancia en esta tarea.

Los empleados/as que atienden en este sector, son verdaderos comunicadores, y en tal sentido deben hacer un esfuerzo por:

> escuchar, contener,
> guiar, orientar, facilitar,
> explicar, informar, aconsejar, derivar,
> hacer sentir cómodo/a.

a sonrisa invita a la sonrisa.
' los gestos tienden a imitarse.

Comunicar en la recepción o administración, en síntesis, no se trata sólo de transmitir información o datos, sino de:

> dialogar con las personas,
> ayudar a entender,
> orientar,
> re-preguntar,
> reducir dudas,
> evitar todo tipo de malos entendidos o confusiones.

Crear confianza es clave para que los usuarios regresen al centro y continúen con los tratamientos o consultas.

> Una herramienta muy útil para crear un ambiente provechoso, es una **cartelera** que contenga información acorde a los temas más tratados en las consultas. Por ejemplo: un mes se dedica a temas generales: alimentación, salud y afecto, importancia del ejercicio. Otro, a problemas específicos: alcoholismo, sobrepeso, bulimia y anorexia. Puede incluirse información institucional: días y horarios de atención de los médicos especialistas, días y horarios de charlas y grupos de apoyo, etc. Es muy importante que la información esté ordenada para que se pueda leer con facilidad.

> Otro elemento a considerar es la existencia de una **mesa de orientación** con una persona que brinde asesoramiento. Ahí se pueden ofrecer folletos y cartillas para profundizar los temas consultados e informar acerca del tiempo de espera.

> En lo posible, es útil disponer de **soportes audiovisuales**, como una pantalla y reproductor de DVD, donde se puedan proyectar materiales de educación para la salud.

"Las carteleras de los CAP no están bien utilizadas. Son poco atractivas y no están actualizadas."
Administrativa de CAPS.

Además de servir como un espacio de contención y orientación para matizar la espera, la sala puede ser un lugar ideal para **realizar acciones de promoción de la salud**.

Posibles acciones a realizar en el espacio de sala de espera:

> Una interesante y sencilla acción es utilizar este tiempo para recoger preguntas e intereses de los pacientes (que luego pueden usarse como insumo para otras actividades).

> Para esta acción se puede elaborar una encuesta autoadministrada para que los pacientes la completen mientras esperan y luego la depositen en una urna ubicada en algún lugar visible.

Ejemplos.

> Una lista de temas, para marcar con una cruz aquellos que les interesan para una charla.

> Un auto test que tenga varios ítems y puntaje para cada uno: alimentación, ejercicio, dormir, horas de TV por día, etc. Quien llena los datos luego puede comparar sus resultados con los valores propuestos en el dorso de la hoja.

Es importante que haya personal preparado para explicar de qué se trata la encuesta y responder a las dudas.

> Es muy efectiva la realización de actividades tales como una charla sobre un tema en particular, juegos, talleres participativos, entre otros. Vale la pena conocer la experiencia de talleres en sala de espera del Hospital Argerich (Ver punto 1.4).

Un taller en sala de espera tiene características especiales:
> el tiempo es limitado
> es un grupo abierto
> las edades o intereses pueden ser dispares.

> Una acción muy sencilla, y que no requiere demasiada preparación, es el reparto de folletería entre los presentes en la sala. Esta actividad ayuda al inicio de alguna conversación y puede ser fuente de información sobre las dudas e inquietudes de los pacientes. Los folletos pueden darse en mano, o estar en dispenser o mesas.

> Cuando no existen los recursos humanos necesarios, se puede contar con voluntarios/as que trabajen en salas de espera conversando sobre temas de salud, mostrando materiales de prevención, intercambiando opiniones. Este tipo de actividades puede aliviar la tarea médica, ya que los profesionales tienen poco tiempo para cada consulta y mucho para intercambiar con el paciente.

Transformar el tiempo de espera en aprendizaje

La sala de espera, de un hospital o CAP, puede convertirse en un lugar hostil. La gente llega con alguna dolencia y está esperando, muchas veces incómoda. La experiencia que se vive en la sala de espera condiciona el futuro de la relación del usuario con el centro de salud, y con su tratamiento, ya que ese mensaje funciona como antesala de la consulta propiamente dicha. Cuando se combinan la falta de información sobre el funcionamiento del lugar, los problemas organizativos, con la larga espera de varias personas aquejadas por diferentes dolencias o problemas de salud, se genera un contexto negativo que condiciona la atención de los/as usuarios/as.

Históricamente, la sala de espera ha sido considerada como un lugar de *'pérdida de tiempo'* donde las personas se *'acumulan'* con el único fin de aguardar su turno para ser atendidas. Si el tiempo de espera es prolongado y no se proporciona ninguna explicación razonable, entonces se genera el clima propicio para toda clase de comentarios y quejas en relación con la forma de atención del establecimiento y de los médicos en especial.

La sala de espera es un escenario ideal para trabajar los temas de salud, ya que hay tiempo de espera y necesidad de información. El desafío está en cómo aprovechar el tiempo de la espera y trasformarlo en un tiempo activo de participación grupal para realizar acciones de promoción de la salud.

Andrés llega al Centro de Salud de su barrio para hacer una consulta con su médico. En la recepción le avisan que hay demora en la atención pero no le aclaran por qué. Alza la vista en busca de un asiento pero se da cuenta de que están todos ocupados y debe aguardar su turno de pie. Hace mucho calor y no hay agua fresca. Algunos chicos lloran, otros juegan. El clima es de impaciencia para algunos, de charla para otros. En el tiempo de espera pueden pasar muchas cosas. Por ejemplo: una señora se acerca a Andrés quejándose de la demora en la atención. De paso, le cuenta lo que le pasa. Andrés la escucha y luego le comenta a qué viene él: hablan de la alta presión, de la sal. Siguen con el tema del colesterol. Pasan por un listado de alimentos. Qué conviene y qué no conviene...

Planificar la comunicación en la sala de espera

Si no planificamos la comunicación en nuestros espacios de acción y la dejamos librada al azar, muy posiblemente ese azar nos juegue en contra. Todo comunica, decía Watzlawick, o al menos es imposible No comunicar.

Planificar es:

> pensar previamente
> definir qué objetivos se persiguen
> establecer cómo lograrlos

Si queremos planificar lo que sucede en la sala de espera de nuestro centro de salud, hospital o CAP para modificar la situación actual, es necesario empezar por un buen diagnóstico: ¿Cuáles son los principales problemas que se manifiestan en la sala de espera? ¿Cuáles podrían ser sus causas? ¿Cómo es el clima? ¿Cómo se sienten las personas mientras esperan ser atendidas?

SUGERENCIAS

> Es importante que la sala de espera cuente con **sillas móviles** y en lo posible ubicadas de manera **circular**, porque favorece el diálogo entre los asistentes.

Estas actividades se consideran imprescindibles cuando los equipos tiene un concepto integral de salud: la salud como una forma de vida, de expresar las emociones, de vivir cada día. En la sala se puede trabajar la idea de salud como posibilidad de prevenir enfermedades o situaciones que conduzcan a riesgos futuros: consumo excesivo de alcohol, automedicación, embarazos no planeados. También se puede plantear que la manera de enfermarse menos no es sólo tomar medicamentos, sino aprender a vivir de manera más saludable, caminar por la vereda del bienestar.

SUGERENCIAS

> **Tratar con respeto** (saludar, agradecer, no levantar la voz).
> Ponerse en el lugar del otro (hacer un esfuerzo por entender su punto de vista).
> **Brindar los datos por escrito: cuándo, quién, dónde.** Buscar códigos y un lenguaje común (con especial atención con culturas o costumbres diferentes a las propias).
> **Repetir las ideas principales** que se quieren transmitir.
> **Repreguntar** para asegurarse de que se responde a la real necesidad de quien consulta.
> **Consultar con un colega** cuando no se conoce la información adecuada.
> **Incluir, no expulsar:** derivar al centro adecuado cuando el tema de consulta no lo toma nuestro Centro de Salud. (Hay situaciones en que la respuesta adecuada a esa primera consulta será la única oportunidad de recibir ayuda: por ejemplo, en situaciones de violencia contra mujeres y niños).
> Tener en cuenta que **no todas las personas saben leer y escribir**.
> **Observar los rostros** de nuestros interlocutores, podemos interpretar si comprenden o no el mensaje que transmitimos.
> Fundamentar cuando algo no se puede resolver.
> Al hablar, **mirar a los ojos**.

Ministerio de Salud C.A.B.A. RIEpS .(2013)Primera parte : Abordajes conceptuales y perspectivas para el trabajo en educación para la salud . EnGuía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Recuperado en http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/620/Guia%20de%20dispositivos%20de%20intervencion%20en%20EPS%20-%20RIEPS.pdf

El equipo interdisciplinario demanda una organización que distribuya tareas y responsabilidades en función del problema que convoca a la intervención y no en relación al peso o tradición de cada profesión (Stolkiner, 2005). En el desarrollo mismo de la tarea, los aportes específicos se irán definiendo junto con el lugar de cada uno/a dentro del equipo.

La importancia de la planificación

Al momento de seleccionar un dispositivo de EpS para poner en práctica, se deben considerar ciertos aspectos que determinarán la pertinencia de la elección. Puesto que todo dispositivo tiene como intencionalidad favorecer transformaciones sobre una situación problemática, las cuestiones que hacen a la selección de un dispositivo están íntimamente relacionadas con el propio proceso de planificación, dado que "planificar consiste, principalmente, en identificar problemas (actuales y futuros) y prioridades de intervención para implementar soluciones; determinar si éstas están dentro de la capacidad de acción de quien planifica; identificar los factores que determinan el estado de cosas considerado insatisfactorio; establecer los cursos de acción que pueden ser seguidos para solucionar los problemas; determinar quiénes serán responsables de la ejecución de dichas acciones, y definir los procedimientos de evaluación (...) que permitirán monitorear si el curso de acción seguido es el adecuado para los fines perseguidos, y si los resultados obtenidos están dentro de lo esperado" (Chorny, s/d:24).

Si bien no es nuestra intención en este trabajo profundizar sobre los momentos que componen el proceso de planificación, sí nos interesa especificar algunas cuestiones que hacen a la elección de un dispositivo:

Problema o situación problemática: Se trata del punto de partida. A través de la aproximación diagnóstica situacional que realice el equipo de salud (en ocasiones, con la participación de la población) se define un problema sobre el que se intentará intervenir. Sosteniendo una mirada compleja sobre los determinantes de los PSEA, se hace necesario identificar las causas y/o consecuencias de la situación sobre las que se pretende y es posible intervenir.

Marco conceptual: Se refiere a las perspectivas y los conceptos desde los que abordamos las problemáticas. El marco conceptual también estará presente al momento de definir la situación problemática.

Objetivos: Son los fines que persigue el dispositivo, es decir, los aspectos que se intentarán cambiar partiendo de la situación problemática que se haya definido previamente.

Experiencias previas / antecedentes: Se trata de relevar y conocer aquello que ya se ha realizado a fin de utilizar un

dispositivo adecuado y pertinente. Incluye tener en cuenta tanto las experiencias de trabajo previas realizadas con la misma población, como aquellas que hayan realizado otros equipos de salud con otras poblaciones. Estas experiencias previas pueden utilizarse para la realización del diagnóstico o definición del problema, y para evaluar la pertinencia del dispositivo en función de las posibles similitudes de situaciones problemáticas, características poblacionales, etc.

Análisis institucional y contextual / Viabilidad: Es un aspecto muy importante en la selección del dispositivo. En muchos casos se diagnostican situaciones problemáticas dentro de contextos institucionales y políticos cuyas características no permiten su abordaje. En este sentido, es necesario hacer acuerdos estratégicos con diferentes actores en la medida que sea posible, teniendo en cuenta que la viabilidad es un aspecto a construir, que no siempre está dada y que es necesario generar las condiciones para desarrollarla. Cuando un dispositivo, ya sea por los temas que aborda o por los contextos en que se inserta, genera controversia y encuentra dificultades en términos de viabilidad, la apuesta es buscar modalidades estratégicas para poder llevarlo a cabo[6]. En este punto resulta fundamental detenerse, ya que la construcción de viabilidad tiene varias aristas:

La viabilidad política hace referencia al análisis de las condiciones contextuales más amplias en que se insertan la institución y la población. Implica tener en cuenta la existencia de otros actores extra institucionales, su grado de influencia, intereses y capacidad de acción.

La viabilidad social implica tener en cuenta que no se presenten resistencias en las actitudes, creencias, costumbres y expectativas de parte de los diferentes actores que intervendrán en el desarrollo del dispositivo. Esto requiere tener en cuenta características generales de la población, así como generar la participación activa en las diferentes etapas tanto de los actores institucionales como de aquellos que no lo son.

La viabilidad técnica está vinculada con la pertinencia y la coherencia de la propuesta de intervención en lo referido a la identificación de la situación problemática, las líneas de acción posibles y los objetivos. Por otra parte, es fundamental tener en cuenta la formación, capacitación, experiencia e interés de los/as trabajadores/as que llevarán adelante las actividades, como así también de las diferentes organizaciones que participen de la propuesta. Un punto de importancia crucial es contar con la disponibilidad, inclusión y adecuación de aquellos recursos que resulten críticos para el desarrollo de las diferentes actividades, entre ellos los recursos materiales. La viabilidad técnica se relaciona íntimamente con la factibilidad, es decir, la capacidad técnica y profesional y la disponibilidad de recursos en términos de cantidad y calidad que se disponen o se podrían disponer.

La viabilidad de finalización es un pun-

6. Al interior de las instituciones, siempre existen intersticios donde otras formas de producir salud son posibles, el desafío es encontrar las grietas donde las cuestiones y perspectivas de salud no hegemónicas puedan desarrollarse.

to fundamental vinculado con el momento de la finalización del proyecto de intervención y/o dispositivos. Requiere prever las estrategias de institucionalización y la posibilidad de dejar capacidades instaladas dentro del servicio y/o institución donde se desarrollan las actividades. Para que esto se vea facilitado, es esencial fomentar la participación de los actores locales en las últimas etapas de intervención.

Evaluación y sistematización: Toda intervención que pretenda modificar situaciones identificadas como problemáticas, debe contemplar su propia evaluación para determinar los cursos de acción futuros. En este sentido, es importante llevar registro de las distintas intervenciones, teniendo en cuenta que registrar no es meramente acumular información escrita sobre lo ocurrido, sino recuperar los sentidos, representaciones y conocimientos previos de los participantes; reflexionar sobre las situaciones imprevistas y los reacomodos en la forma de intervención derivados de su puesta en práctica, etc.

Establecer los momentos pertinentes de sistematización de las experiencias acumuladas y su evaluación es un aspecto insoslayable de toda intervención en salud, puesto que los procesos de reflexión sobre las propias prácticas evitan caer en intervenciones estériles que sólo se sostienen a fuerza de repetición.

Ministerio de Salud C.A.B.A. RIEpS .(2013)Segunda parte : Dispositivos de intervención en educación para la salud . En Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Recuperado en http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/620/Guia%20de%20dispositivos%20de%20intervencion%20en%20EPS%20-%20RIEPS.pdf

Segunda parte

Dispositivos de intervención en Educación para la Salud

Componentes analíticos de los dispositivos

Las consideraciones que presentaremos a continuación han sido pensadas como guía para el trabajo de los equipos de salud desde la perspectiva de la EpS y, lejos de ser un manual para su aplicación lineal, se propone sistematizar la amplia variedad de dispositivos de EpS que ponen en práctica distintos equipos para que otros puedan tomarlos desde su generalidad y reinventarlos en la especificidad de su trabajo cotidiano.

Como se mencionó anteriormente, un dispositivo organiza y dispone ciertos componentes que le brindan características particulares. Los componentes que utilizaremos para la sistematización de los dispositivos de EpS son:

Objetivos: *Para qué*. Indica los fines que se persiguen en la puesta en práctica del dispositivo.

Persona / Roles: *Quiénes*. Indica la cantidad de personas intervinientes en el dispositivo y sus roles (participantes, observadores/as, coordinadores/as).

Tiempo: *Cuándo/Cuánto*. Alude al momento en que se llevará a cabo el dispositivo, el tiempo necesario para la realización de las actividades, y la cantidad y frecuencia de los distintos encuentros.

Lugar: *Dónde*. Hace referencia al espacio físico y sus características, tales como ubicación y tamaño.

Metodología: *Cómo*. Hace referencia al particular despliegue o puesta en práctica, y a la combinación específica de técnicas, herramientas y recursos.

Recursos: *Con qué*. Se refiere a los recursos materiales, físicos, discursivos, simbólicos, entre otros, necesarios para llevar a cabo el dispositivo.

Es necesario aclarar que, si bien un dispositivo posee ciertas características y componentes que lo definen y le otorgan su especificidad, en la práctica las posibilidades son flexibles y variadas. Además, no todos los componentes poseen la misma importancia en todos los dispositivos y pueden variar dependiendo de las circunstancias. Por lo tanto, las características que se detallan a continuación están pensadas en términos generales y a modo de orientación.

Recorte

Ministerio de Salud de la Nación. Unidad 2 La Estrategia de atención primaria de la Salud (APS). En Curso de Salud Social y Comunitaria. Salud y Sociedad. Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención. Programa Médicos Comunitarios. Recuperadodehttp://www.msal.gob.ar/equiposcomunitarios/images/stories/Equipos/curso-salud-social-comunitaria/mod_1_salud_sociedad_2016_web.pdf consultado julio 2017.

Introducción

Tal como vimos en la Unidad 1, las personas conciben su propia salud de modos diversos, como producto de todo lo que el hombre hace y sabe, condicionados también por variables sociales que interfieren en la definición de cómo será la salud de una comunidad en un momento histórico determinado.

El **rol del Estado** es primordial para proteger el derecho a la salud. A través del diseño de políticas sanitarias y de lineamientos ejercidos por el Ministerio de Salud de la Nación.

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los procesos de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la **asistencia**, la **prevención** de enfermedades, la **promoción** y la **rehabilitación** de la salud.

En esta unidad presentaremos algunos conceptos básicos de la **Estrategia de Atención Primaria de la Salud (EAPS).**

Según Ginés González García, la estrategia de Atención Primaria de la Salud *puede ser la respuesta social organizada más contundente para defender el más importante de los derechos humanos: el derecho a la vida, con equidad y justicia social*[1].

El propósito de la atención primaria de la salud es mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud.

Por lo tanto, para la EAPS es decisivo asegurar el vínculo entre la comunidad y el equipo de salud, la articulación con las redes locales, alcanzando desde el sistema sanitario los hogares, permitiendo conocer la realidad social y las condiciones de salud de la población favoreciendo así otras formas de organización al interior del equipo de salud.

Las líneas de trabajo impulsadas con esta estrategia buscan **superar las barreras de acceso a la atención** e integrar las acciones de **promoción** y **prevención** en el día a día de los equipos de salud, como así también fortalecer la **participación comunitaria** como un elemento clave en el acceso a la salud y en la toma de decisiones de sujetos libres y soberanos, que puedan ejercer una verdadera ciudadanía.

La propuesta de la estrategia de Atención Primaria de la Salud impulsó la revisión de muchos conceptos tradicionales sobre **salud** y **enfermedad**. Pero también puso en revisión las **prácticas personales e institucionales** de los equipos de salud y el modo en que las naciones **enfocan** y **organizan el sistema de atención de la salud de la población.**

La conformación actual del sistema de salud es el resultado de la historia sanitaria de nuestro país. Para aproximarnos al desarrollo del concepto de APS creemos conveniente situarnos en el contexto de nuestro sistema de salud.

1. GINÉS GONZÁLEZ GARCIA, RUBÉN TORRES, "Políticas de Salud".Posgrado en Salud Social y Comunitaria-Programa Médicos Comunitarios. Módulo 5.Buenos Aires, 1º Edición.2005

¿Cómo está organizada la atención de la salud en nuestro país?

La clasificación por niveles de atención es una concepción de tipo técnica y administrativa, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud, que define objetivos específicos para cada nivel de acuerdo a su ubicación, su nivel de complejidad y las particulares experticias que ha desarrollado (OPS / OMS, 1986)[2].

Entonces, la atención en salud se organiza en tres niveles diferentes:

Primer Nivel de Atención[3]

Abarca a los efectores que brindan atención ambulatoria y se dedican a la atención, prevención y promoción de la salud y son reconocidos por la población como referentes locales de salud.

Por lo tanto, en este nivel se realizan acciones de promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano del daño, atención de todos aquellos problemas de salud percibidos por la población por los que realiza la consulta *-demanda espontánea de morbilidad percibida-*. Como así también, la búsqueda activa de las personas que nunca llegan a atenderse en el centro de salud *-demanda oculta-* que habitualmente se trata de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad social.

Para cumplir con calidad con el objetivo de cobertura total de la población a cargo, el equipo de salud define sus tareas teniendo en cuenta las características de la población y sus problemas de salud más frecuentes, pero también revisa las prácticas y los dispositivos de atención como pautas de mejora de la calidad.

Dentro de este nivel están comprendidos: los centros de salud, las postas y unidades sanitarias, las salas de primeros auxilios y los CICs. En nuestro país, también se ha incluido en algunos casos a los consultorios externos de hospitales de baja complejidad en zonas rurales, cuando tienen a su cargo un área programática.

Es importante tener en cuenta que el primer nivel de atención es el lugar donde se desarrolla *tu tarea hoy*. Que tiene una especificidad que requiere **trabajar en equipo y pensar críticamente sobre el hacer cotidiano**. Los problemas de salud que se observan en este lugar de trabajo, son socialmente complejos y contienen las características de las condiciones de vida del propio lugar. Este es el desafío del equipo: ampliar su mirada y su concepción sobre la salud.

La mayor parte de los problemas de salud que se consultan en el centro se pueden resolver **allí**, por lo general son aquellos que se presentan con mayor frecuencia en la población y son habitualmente el 90% de los llamados **problemas prevalentes de salud.**

2. La Organización Mundial de la Salud, OMS - La Organización Panamericana de la Salud, OPS

3. Lineamientos del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de salud del Primer nivel de atención- Ministerio de Salud de la Nación- Julio de 2009.

Segundo nivel de atención

Se trata de instituciones de salud, con internación en servicios básicos: Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General, Guardia y Maternidad, además de la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos correspondientes a este nivel.

Incluye la atención ambulatoria de especialidades para problemas de salud más específicos como: neurología, traumatología, cardiología, etc.

Es el lugar que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren de una derivación, sea para interconsultas con otros especialistas o para internación por parto o cirugías simples. Cuando derivamos a una persona al segundo nivel hablamos de *referencia* y lo hacemos con el acompañamiento correspondiente, personal o a través de documentación que pueda ser de utilidad.

Dentro de este nivel de atención se encuentran los hospitales generales, algunos hospitales regionales y las maternidades.

Tercer nivel de atención

Comprende las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y mayor aparatología.

Estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas; (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y otras) infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos; unidad de terapia intensiva y unidades coronarias.

Debe recibir las derivaciones del segundo nivel de atención.

Los efectores de salud pueden ser de jurisdicción municipal, provincial o nacional, y de administración pública, de la seguridad social o privada.

Programas de Salud

Situándonos en el primer nivel de atención, en cada jurisdicción existen programas nacionales, provinciales y municipales que instrumentan las políticas de salud.

El Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante diferentes programas nacionales. Algunos apuntan a fortalecer los objetivos del primer nivel de atención, sea a través de la formación de recursos humanos, o bien a través de la provisión de insumos o medicamentos.

Es importante que identifiques qué dependencia tienen los programas que se implementan en el Centro: ***nacional, provincial o municipal.*** *Esta información te será útil a la hora de gestionar o realizar reclamos y saber a quién dirigirte para encontrar la solución a un problema.*

Prácticas de salud

Cuando hablamos de prácticas de salud nos referimos a **un proceso que combina conocimientos y acciones en torno a la asistencia, la promoción y la prevención de la salud** y no exclusivamente a las acciones que llevan adelante los profesionales de la salud.

Estas acciones no sólo incluyen conocimientos técnicos específicos sino que también incluyen pensamientos, hábitos, creencias, valoraciones, sentimientos y comportamientos.
En el primer nivel de atención el **amor** y el **compromiso por la tarea** como la **escucha activa** son condiciones básicas necesarias para poder contener a las personas,

conocer sus sufrimientos y necesidades. Muchas veces, el equipo desde lo académico/científico no puede dar respuesta a todos los padecimientos, y claro está, que hay habilidades que se desarrollan por la propia experiencia y por la participación y el enriquecimiento mutuo dentro del equipo.

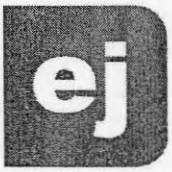
En el primer nivel las **prácticas asistenciales** son particulares (cuando hablamos de prácticas asistenciales nos referimos a la atención de los problemas de salud en cualquiera de los niveles de atención), la **atención** dentro del centro de salud la realiza cualquier integrante del equipo: si es un médico atenderá una consulta por enfermedad o por un control de salud- por ejemplo-; si es un administrativo también atiende cuando le consultan horarios para turnos, o le comentan problemas o dificultades personales o familiares. Si es un agente sanitario también está atendiendo al escuchar necesidades o pedidos de la población del barrio.

Todas las **actividades extramuros** son-por tanto-también prácticas de atención. Así como las **reuniones de equipo** en las que se trabajan problemas de salud individuales, familiares o comunitarios[4].

Si nos referimos a las **prácticas de promoción de la salud** hablamos de los procesos que estimulan las prácticas saludables, sea en forma individual y especialmente colectiva, favoreciendo la participación social y la construcción de ciudadanía y revalorizando los recursos que la comunidad tiene para la resolución de problemas de salud. A través de ellas, se impulsa la acción comunitaria y se proponen espacios de encuentro, donde la comunidad se involucra definiendo sus problemas y preocupaciones.

Todas las prácticas de promoción, como la recreación, las actividades deportivas, los juegos, el cuidado del ambiente, las huertas comunitarias, pueden considerarse también prácticas de prevención de enfermedades en la medida que fortalecen las "causas" de la salud.

"en un barrio la población decide que es necesario tener un espacio de encuentro y recreación para la gente del lugar, con música, espacios para hablar y escuchar, actividades recreativas o deportivas. Se está trabajando en prevención del aislamiento, el sedentarismo, la hipertensión, la diabetes y promoviendo modos de vida más saludables"



4. Lineamientos del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de salud del Primer nivel de atención- Ministerio de Salud de la Nación- Julio de 2009

La Atención Primaria de Salud concebida en Alma Ata

En los años 70, la Organización Mundial de la Salud promovió una serie de conferencias regionales e internacionales sobre atención primaria de salud bajo la dirección de Dr. Hafdan Mahler.

El día **12 de setiembre de 1978** en la ciudad de Alma Ata se firma el documento llamado Declaración de **Alma Ata**[7] en la cual se establecen principios básicos fundacionales de lo que se llama hoy Atención Primaria de Salud *integral, comprensiva, universal e incluyente.*

7. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de *Alma-Ata*, fue en realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978 en la antigua URSS (Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas)

La Declaración define la **atención primaria de la salud** como la **asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación** a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Se establece entonces, que es obligación de los gobiernos cuidar la salud de sus pueblos y adoptar medidas sanitarias y sociales adecuadas con el objetivo de que todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

Alma Ata propone algo superador: que **todas las políticas globales, no sólo las de salud, se centren en la imagen horizonte de un mundo en que todos los pueblos gocen del mayor nivel de salud posible, bajo el lema salud para todos en el 2000.**

En 1985 el Grupo de Investigación y Difusión de Atención Primaria de la Salud (G.I.D.A.P.S.) de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UBA desarrolló 8 componentes esenciales que conforman los ejes sobre los cuales se diseñan todos los programas y actividades de la APS.

El siguiente gráfico nos muestra como podemos presentar estos conceptos[8]:

8. Tomado de SPT, GIDAPS, Conceptualización de APS, 1985. Modificado

Cobertura total

La asistencia sanitaria debe ser puesta al alcance de todos los individuos y las respuestas que de ella emanan deben satisfacer las necesidades y aspiraciones de la población.

Esto implica mejorar la accesibilidad y utilización de los servicios de salud, aumentar la disponibilidad de los recursos y contar con un sistema capaz de responder eficaz y eficientemente.

Tecnología apropiada

Por tecnología se entiende un conjunto de métodos, técnicas y equipo que, puesto en manos adecuadas, pueden representar una contribución importante para la resolución de un problema de salud.

Contar con aparatología sofisticada en los hospitales de segundo y tercer nivel no garantiza, por si sola, tener respuestas adecuadas ante los problemas. Está claro, entonces, que no es posible hacer esto si en la definición de problema y en la búsqueda de soluciones no participan la comunidad y los demás sectores involucrados.

En el primer nivel, es imprescindible contar con una balanza de pie y balanzas de resorte para hacer controles de peso en el centro y en la casa de los vecinos en caso de visitas domiciliarias.

ej

Nuevas modalidades de organización

La APS plantea un desafío formidable a la imaginación y a la participación popular. En definitiva se trata de poner en discusión la organización sanitaria para no quedar *entrampados* en estructuras y funcionamientos preexistentes, caducos y/o inapropiados. Se trata, de no hacer "más de lo mismo" y pensar creativamente nuevos modos de organizarnos para el cuidado de la salud.

Programación integrada por necesidades

La APS parte de las necesidades de la población para poder dar las respuestas adecuadas. Estas deben ser llevadas al nivel operativo a través de programas o proyectos, o sea como formulaciones de actividades a realizar en una determinada área y en un tiempo determinado. La APS exige que esta programación sea concertada con la comunidad y los demás sectores institucionales, pues dado que los problemas de salud tienen determinantes y condicionantes multifactoriales y sólo una programación local e integrada podrá proveer una respuesta eficaz.

Participación social

Un punto clave de la estrategia es fomentar la plena participación de los individuos y las comunidades en todas aquellas decisiones y aplicaciones que afecten su salud.

Las personas dejan de ser objeto de atención y se transforman en **actores** que conocen, participan y deciden sobre su propia salud, asumiendo responsabilidades específicas frente a ella. Hablamos aquí del nivel más alto de participación: *la toma de decisiones.*

Reorientación del financiamiento sectorial

Se sabe que los recursos financieros no son infinitos. La APS implica privilegiar la asignación de los recursos estratégicamente allí donde están las necesidades, donde están los problemas de salud, en definitiva donde está la gente y donde la gente decida. Este componente está claramente relacionado con las decisiones de los gobiernos y la política local.

Articulación Intersectorial

Implica conocer las otras instituciones y organizaciones del barrio sumando esfuerzos y aprovechando los recursos. Es necesario proponer un trabajo conjunto para que se pueda tener una comprensión completa del problema, una solución suficiente y sustentable, una competencia interinstitucional, sumatoria de esfuerzos y aprovechamiento de recursos.

Recursos humanos apropiados

La APS necesita de trabajadores del primer nivel (profesionales, técnicos, agentes sanitarios, etc) convencidos de sus principios. Que sean capaces de aceptar el desafío que implica incorporar nuevos saberes y cambiar estructuras. Dado que son las personas quienes llevarán a cabo la transformación propuesta por la EAPS, es importante orientar el financiamiento hacia la formación del recurso humano reforzando los conocimientos para el trabajo participativo, interdisciplinario e intersectorial.

Distintas perspectivas de la APS

La Atención Primaria de la Salud es concebida de distintas formas: como estrategia, como programa, como nivel de atención. En cualquiera de los casos siempre tiene el valor de movilizar la reflexión y la acción con el fin de cuidar la salud de la población.

Analicemos cada perspectiva:

APS como Estrategia

Se apoya en tres pilares fundamentales:

- Mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud.
- Sostener con los recursos adecuados la oferta de servicios.
- Adaptarse a las necesidades y aspiraciones de la población.

Así, se escalona la atención según niveles ascendentes de complejidad, desde los primeros que son las **unidades y centros de salud** hasta los niveles más altos como

- asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia
- inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
- prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales
- tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes
- suministro de medicamentos esenciales.

APS como respuesta integral

Seguramente es común escuchar que la APS propone dar una **respuesta integral** a los problemas de salud. Esto significa poder desarrollar actividades de promoción y prevención a la vez de dar alivio al sufrimiento cotidiano de las personas.

La APS debe ser *integral* porque la realidad misma de la salud y de la enfermedad es *integral*.

La *integralidad* en el sistema nacional de salud requiere estar reflejada en recursos humanos competentes, existencia de estrategias eficientes, expresadas en acciones consecuentes que estén en correspondencia con la voluntad política.

Grodos y Berthune[9] nos dicen que la *integralidad* implica que se tome a cargo a la vez el alivio del sufrimiento cotidiano de las personas (su "demanda de atención") y los aspectos de prevención y promoción de la salud. Es decir, se propone un modelo de atención "que integra las actividades de medicina curativa, de prevención y promoción sanitaria".

9. Grodos, D. Y de Bethune, X. Las intervenciones sanitarias selectivas. **Una trampa para las políticas del tercer mundo.** Pag. 72 y 73 en Cuadernos Médico Sociales Nffl 46. Rosario, Santa Fe. Argentina.

Al respecto, Ginés González García señala:

"Esta estrategia (APS) tiene un componente muy fuerte de participación comunitaria en un doble sentido; por un lado, buscando más consenso y democratización del poder y por otro, más legitimación del sistema de salud que en muchos casos no es suficiente. De allí surge la necesidad de buscar algunos cambios instrumentales que mejoren la performance de los sistemas, la legitimación con los ciudadanos y niveles más activos de participación de estos últimos. Es indiscutible que se incrementa la responsabilidad individual en todo lo que podrá ser la estrategia de promoción y prevención de la salud, tales como los estilos de vida, cambios de hábitos y cuidado de la salud, que tradicionalmente la salud pública ha señalado como las más efectivas para mejorar la calidad de vida de la población.
En este sentido, las estrategias de la atención primaria y la participación comunitaria mejoran la responsabilidad individual y activan muchas fuerzas comunitarias en esto de producir salud en términos colectivos y no sólo consumir atención médica."[10]

APS renovada[11]

En Julio del 2005, en la ciudad de Montevideo se desarrolló la Consulta Regional sobre la Renovación de la Atención Primaria de la Salud (APS) en las Américas -OPS/OMS.

En esta reunión internacional se definieron los valores, principios y elementos esenciales que deben estar presentes en un enfoque renovado de APS.

Los documentos describen que desde hace más de un cuarto de siglo la Atención Primaria de la Salud (APS) es reconocida como uno de los componentes clave de un sistema de salud efectivo.

Las experiencias de los países desarrollados y en desarrollo demuestran por igual que la APS pudo ser interpretada y adaptada hasta ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS se incluye el reconocimiento creciente de que esta estrategia es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.

Un enfoque de la APS es una condición esencial para afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar la mejor calidad de cuidado de la salud posible para cada persona.

Este enfoque renovado, parte de reconocer la salud como una capacidad humana básica, un prerrequisito que le permite a las personas realizar sus proyectos de vida, elemento indispensable en la construcción de sociedades democráticas y un derecho humano fundamental.

El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población.

10. GINÉS GONZÁLEZ GARCÍA Apertura. En: Torres, Rubén (org) (2001) Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Edic. I Salud Nº3, pág. 5

11. Renovación de la APS en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS Julio 2005

A 30 años de la Declaración de Alma Ata

El Gobierno de la República Argentina convocó en el año 2007 en la ciudad de Buenos Aires a una Conferencia Internacional -Buenos Aires 30/15- para debatir distintos temas vinculados a la realidad de la salud de todos los pueblos.

La convocatoria se realizó con el auspicio de la Organización Mundial de la Salud, y su oficina regional para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud junto con otras entidades internacionales.

En síntesis, a 30 años de Alma Ata, estamos distantes de la salud *para todos* y *por todos* como derecho, con sistemas equitativos, solidarios y con una atención universal efectiva, con acciones de prevención y promoción en un trabajo en equipo y con participación comunitaria.

Salvo algunas experiencias, falta mucho por hacer en cuanto a la formación del equipo de salud hacia el abordaje de las necesidades sanitarias en una realidad compleja.

Es necesario sortear estas dificultades y re pensar estrategias y acciones para conseguir un acercamiento a que el derecho a la salud realmente pueda ser ejercido por toda la población mundial.

La Conferencia Internacional -Buenos Aires 30-15- permitió reforzar consensos ya establecidos e intercambiar nuevos aportes tendientes al fortalecimiento de una estrategia de cuidado integral para todos y con todos, mejorando el funcionamiento del sistema de salud, la responsabilidad de los ciudadanos y las comunidades, construyendo la salud en todos los ámbitos del quehacer social cotidiano y replanteando el rol del Estado, la comunidad y las familias en garantizar el bienestar y la integralidad de las acciones de salud.

Barreras en la implementación de la APS

Son muchos los obstáculos o barreras que se interponen al **acceso real**, considerando el **uso efectivo de los servicios de salud por parte de la comunidad**: la disponibilidad y disposición del personal, la calidad y oportunidad de la respuesta, la satisfacción de la comunidad y las personas. Ello abarca un amplio campo de procesos de intercambio social y sanitario, tanto en la lógica de las prácticas asistenciales como en las experiencias vividas por las personas al utilizar los servicios de salud locales y en la percepción que la comunidad tiene de la resolución de sus necesidades vinculadas a la salud.

Entonces, entre los servicios de salud y la comunidad existen **distintos tipos de barreras** que constituyen un obstáculo importante para la salud de las personas y acaban potenciando los efectos de los determinantes sociales. De manera simple podemos identificar algunas de estas barreras:

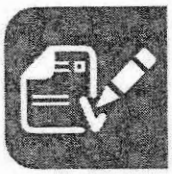
- **La dificultad geográfica de acceso al servicio de salud por parte de la comunidad.** Ello incluye los medios de transporte público y sus costos para las personas más pobres, o la distancia a pié que las personas deben recorrer para llegar al servicio de salud, muchas veces con terrenos llenos de obstáculos.
- **La organización de los servicios y sus modalidades administrativas**, que a veces impiden el acceso al servicio y la atención oportuna.
- **Las distancias culturales y de género entre el equipo y la gente**, incluyendo las dificultades para la comprensión de las necesidades, la comunicación, el diálogo y las diferentes concepciones en relación a los valores y a la salud.
- **Las dificultades en la capacidad resolutiva del servicio de salud**, para dar atención y respuestas efectivas a las necesidades de salud y su reestablecimiento.

La ampliación de los servicios de salud, incluyendo centros de primer nivel de atención instalados en las comunidades, ha significado un importante aporte en la búsqueda de acercamiento a la comunidad y a la mejora de su salud. Sin embargo, estas barreras siguen influenciando a las prácticas y a los resultados sanitarios. No sólo es necesario estar más cerca y pertenecer a la comunidad. Se requiere, fundamentalmente, el desarrollo de un nuevo modelo de trabajo que supere la visión meramente curativa.

¿Qué barreras percibe la población?

A continuación transcribimos un relato de un vecino que hace referencia a las barreras percibidas que dificultan el acceso a los servicios de salud.

"(...) Ahí en el hospital te tenés que levantar a las cinco de la mañana, hacer la cola hasta las siete...te abra la ventanilla y después tenés que esperar hasta las diez que te llame la ginecóloga, que te atienda o te de la pastilla, si te la da o no te la da...(...) Acá tenés que estar a las cinco para salir a las doce más o menos, todas las veces que he ido he tardado, tenía que estar toda la mañana ahí...con todo lo que uno necesita para los chicos (...)" [12]



12. Testimonios de pobladores- Modulo 1 Salud y Sociedad. PMC - Programa Médicos Comunitarios

ACTIVIDAD

1) ¿Qué reflexión te merece este relato? ¿Cuáles son las barreras con las que se encuentra esta persona?

.....

.....

2) Te sugerimos que realices algunas preguntas a los integrantes de tu comunidad consultando sobre las barreas de acceso percibidas por ellos.

Es importante escuchar atentamente tratando de entender lo que el otro está diciendo ya que la percepción de la otra persona es diferente.

Barreras institucionales y profesionales

Existen algunas barreras que están vinculadas directamente con las personas que trabajan en los servicios de salud y con las propias instituciones. Tomaremos algunas de las ideas del texto de Kroeger y Luna donde se describen algunas de las barreras en el vínculo comunidad- equipo:

- La inestabilidad de los profesionales de la salud en las zonas rurales o suburbanas no ofrece suficiente tiempo para el conocimiento de la comunidad.
- El desconocimiento profesional de los determinantes sociales y culturales que influyen en la salud impide la comprensión del comportamiento de la comunidad frente a los servicios de salud (particularmente entre grupos de alta vulnerabilidad social).
- El modelo hegemónico de atención, que es el predominante, con una visión individual de los problemas, centrado en la práctica medicalizada, la enfermedad y los medicamentos.

Es decir, existen barreras profesionales e institucionales para la consolidación del vínculo necesario para trabajar en el marco APS que se deben a los propios modelos de atención construidos a lo largo de la historia, presentes en las prácticas de salud.

Recorte:

Ministerio de Salud de la Nación. Unidad 3 Una visión intercultural de de la Salud. En Curso de Salud Social y Comunitaria. Salud y Sociedad. Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención. Programa Médicos Comunitarios. Recuperadodehttp://www.msal.gob.ar/equiposcomunitarios/images/stories/Equipos/curso-salud-social-comunitaria/mod_1_salud_sociedad_2016_web.pdf consultado julio 2017.

Introducción

En esta unidad nos proponemos ampliar la mirada sobre las ideas y prácticas culturales de la comunidad en relación a los cuidados de su propia salud, que son parte de los procesos salud - enfermedad - atención - cuidado de las personas que la integran.

Para comenzar, presentamos algunos interrogantes que trataremos durante el recorrido de la unidad:

- ¿Cómo inciden las diferentes ideas sobre la salud, el cuerpo y sus cuidados, la enfermedad y su atención, en el trabajo diario del equipo de salud?
- ¿Cuál es el posicionamiento del equipo de salud que trabaja en el centro ante la medicina que practica la comunidad?
- ¿Cómo inciden los procesos migratorios en la percepción de la enfermedad, su pronóstico y la forma de abordarla?

A lo largo de nuestra vida construimos creencias, saberes y teorías que guían nuestras prácticas de salud cotidiana. Estos saberes, son en general compartidos con la comunidad en que vivimos y trabajamos.

Aquello que aceptamos como *habitual* para cuidar la salud, no es necesariamente lo que para otras culturas y comunidades es *habitual* o *natural*. Por eso, es importante que como trabajador de la salud puedas escuchar atentamente aquello que las personas cuentan acerca de sus creencias y comportamientos respecto de los problemas de salud, como así también observar las prácticas que realizan para conservarla. Comprender la mirada que los otros tienen sobre su propia salud y enfermedad es el primer paso para establecer un vínculo sólido de respeto mutuo.

Al finalizar esta unidad podrás:

- Promover una actitud atenta y abierta frente a los problemas de salud de la comunidad.
- Fortalecer tu sensibilidad respecto a la diversidad cultural, para lograr la mejor calidad posible de atención.
- Desarrollar prácticas de salud respetuosas de las particularidades de la comunidad, complementando las medicinas tradicionales.

Cultura y representaciones sociales

Para comenzar a hablar de interculturalidad es importante revisar y tener en claro a que nos referimos cuando hablamos de cultura y lo que representa para las personas, comunidades y pueblos.

La cultura comprende valores, actitudes, normas, ideas, hábitos y percepciones que, son compartidas entre un grupo de personas.

Existen comunidades en las que confluyen una gran variedad de subgrupos, producto de migraciones (internas o de otros países) y de distintos grupos étnicos locales. Cada uno de estos grupos aporta un conjunto de conocimientos, saberes, mitos, prejuicios y creencias elaboradas en torno a la idea de salud y las causas de la enfermedad que se entraman y se comparten en un proceso de encuentro y articulación construido a lo largo de la historia de una comunidad o grupo étnico.

Para Jodelet las **representaciones sociales** son:

"...una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social"; configuran lo que conocemos como 'conocimiento cotidiano', o de 'sentido común' o 'conocimiento ingenuo' ..."

Estas ideas, conocimientos y creencias, muchas veces fundados en la experiencia de los grupos, coordinan toda una gama de prácticas sociales que van desde las formas de nacer, crecer, aparearse o estar en pareja, producir en la economía familiar, envejecer y morir, presentándose a través de diversos comportamientos humanos. Por su capacidad para organizar la vida de las personas, estas creencias se transmiten de generación en generación.

Cuando planteamos trabajos con grupos y comunidades, necesitamos tener en cuenta cómo juega la cultura y las representaciones sociales de la salud y la enfermedad en esas comunidades y grupos, y también cómo juega el contexto social y económico, cómo juegan las instituciones de salud y los profesionales frente a esos mismos problemas.

Los saberes colectivos, las prácticas locales, los sanadores y los recursos de la comunidad, si bien son de gran valor en el contexto del mantenimiento general de la vida y la cultura de la gente, no siempre son suficientes a medida que se complejiza el perfil epidemiológico.

Aceptamos la noción de cultura como forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar de cada pueblo, construida a lo largo de su historia, entonces habría culturas y no una sola cultura porque cada pueblo tiene historias diferentes.

Hacia un enfoque intercultural de la salud

La interculturalidad es un tema esencial en el diseño de políticas públicas, particularmente sensible cuando se trata de políticas sanitarias. Los organismos rectores en salud (Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios Provinciales, OPS, OMS y otros) se encuentran desde hace años frente al desafío, no sólo operativo, sino también conceptual e ideológico, a la hora de pensar, legislar y actuar frente a esta realidad.

La incorporación del enfoque intercultural es esencial para garantizar el trabajo en el contexto indígena. Cada pueblo indígena tiene sus creencias y prácticas únicas en lo referente a la salud, así como sus propios recursos comunitarios para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades o la cura de los males comunes (Sandra Land, OPS).

Por eso, y para garantizar los propósitos de lograr equidad en salud y una mejor calidad de la atención hacia los destinatarios, la formación del personal de salud debe considerar entre las competencias técnicas y humanas a desarrollar la habilidad para tomar respetuoso contacto y armar vínculos de trabajo sólidos con las diversas comunidades, sean estas indígenas o no.

No sólo está en juego la buena relación social y convivencia entre los interlocutores de distinto origen cultural, las actitudes entre personas son un factor terapéutico fundamental cuando se trata de brindar atención a otro.

Las comunidades indígenas mantienen una percepción propia de los procesos de salud-enfermedad, prevención y restauración de la salud individual y colectiva. Para muchas de esas comunidades, **la salud es entendida como el resultado de relaciones armoniosas** del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza siendo parte de un todo. La **enfermedad**, por su parte, es entendida como la **pérdida de equilibrio de las relaciones ser humano-espíritu-naturaleza.**

La medicina tradicional mantiene su vigencia en los pueblos indígenas, recurriendo al empleo de plantas medicinales -entre otros recursos terapéuticos- y a la práctica de los sanadores tradicionales como *parteros, hueseros, sobadores, etc.*

El jefe de la comunidad, médicos tradicionales, chamanes, curanderos, parteras, hueseros, consejos de ancianos, líderes y promotores, con sus saberes, experiencias y oportunidades de cercanía privilegiada a los niños/as indígenas de la comunidad, constituyen una red de autoridades legitimadas para el cuidado de sus destinos, incluyendo el cuidado de la vida, la salud y el desarrollo de los individuos y sus entornos.

En el caso de las poblaciones que se *mueven* o migran no siempre hay referentes de su comunidad de origen que puedan ser nexos o enlaces con la comunidad de destino. No se debe perder de vista a la hora de atender a sus necesidades que la migración suele ser una experiencia de sufrimiento y es fundamental reconocer las especificidades socioculturales, además del proceso y las circunstancias que llevaron a una comunidad a migrar.

El proceso migratorio en si mismo puede condicionar la actitud y percepción de la enfermedad, modificar su pronóstico y la forma de abordarla. Por otro lado, cada cultura trae consigo sus propias prácticas y formas de conservar la salud, por eso es muy importante escuchar para poder comprender el punto de vista del otro, sin -y antes de- cuestionar las diferencias.

¿Qué implica trabajar en salud desde una perspectiva intercultural?

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad entre diferentes culturas.

Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para validar derechos y fortalecer valores. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados *etnias, sociedades, culturas o comunidades.*[4]

Entonces, trabajar en salud desde una perspectiva intercultural supone:

- establecer una relación entre iguales, donde se reconozca a la persona,
- desarrollar formas de interacción basadas en el vínculo y la expresión de afectos,
- generar canales de comunicación que permitan tomar contacto con las concepciones del/de los otros,
- promover confianza a través del respeto de las concepciones culturales propias del/de los otros.
- proponer articulaciones entre culturas en aquellas circunstancias donde la complementariedad de ambas puedan resultar en soluciones para los problemas de salud de la población/comunidad en cuestión.

4. TOMÁS R. AUSTIN MILLÁN. Comunicación Intercultural: conceptos y consecuencias. Diálogos en la acción. Primera etapa, 2004.

Atención Primaria de la Salud e Interculturalidad

La interculturalidad aspira al reconocimiento y valoración de saberes y prácticas, entre ellas las prácticas de salud locales. La incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales es una herramienta para la aceptabilidad y consolidación de un sistema más equitativo y participativo.
Como sostiene Rufino Chuquimamani:

"Interculturalidad habrá cuando en realidad valoren nuestros símbolos y no sólo trafiquen con ellos. Cuando en realidad aprendan el quechua, hagan uso de él, y que en los conocimientos que se imparten en las diferentes instituciones educativas y los servicios de salud sobre diferentes temas estén presentes los enfoques de los pueblos indígenas al lado de los enfoques no andinos; pero que también respeten a sus usuarios quechuas y a los pueblos indígenas. Somos como todos los seres humanos, somos como los blancos, como los ingleses, como los chinos, lo único que nos diferencia son nuestras costumbres y nuestra manera de pensar..."[5]

Teniendo en cuenta los enunciados de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, una mejor comprensión de las barreras que impiden el acceso a una atención de salud de calidad permitiría conocer los problemas prioritarios, los contextos específicos de estos pueblos y, mejorar la calidad de la atención de la salud.

Las acciones deben tomar en cuenta el ámbito geográfico de los pueblos indígenas, urbano, rural, fronterizo, el *perfil epidemiológico*, las condiciones de vida y los determinantes sociales presentes para el desarrollo de estrategias curativas, y acciones de prevención de las enfermedades, de rehabilitación y promoción de la salud.

En esta perspectiva, la interculturalidad es entendida y practicada como un **proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varias culturas**, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, social, cultural, lingüístico y de género.

Para mejorar la salud de la población indigena se hace imprescindible la incorporación de la dimensión intercultural en el cuidado de la misma, la detección de problemas y el diseño de las intervenciones con la participación de la comunidad.

La formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejorar la competencia técnica y humana de los equipos de primer nivel de atención, incidir en el respeto, en los vínculos y en el trato entre personas, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en la atención de la salud con equidad a los distintos grupos étnicos, generando mayor inclusión.

Las comunidades se encuentran habitualmente alejadas de los centros asistenciales y hospitales. En general, cada comunidad tiene designado un médico para que los

5. MENÉNDEZ, E. L. (1990). Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. CIESAS,México.

visite periódicamente. La mayoría cuenta con un consultorio de atención donde recibe el médico una vez por semana. La relación con el profesional de la salud se deteriora cuando se deriva a los integrantes al hospital o cuando faltan de remedios o de medios para curar, ya que estas dificultades son interpretadas como una falta de interés para atenderlos.

De allí que los integrantes de las comunidades prefieran el curandero o sanador y perciban con desconfianza a los médicos que no son de la comunidad.

Una figura que importa considerar es la de **enlace intercultural.** Es decir, la preparación de personal comunitario hablante de lengua indígena que recibe capacitación intercultural en salud, para acompañar el proceso de salud - enfermedad - atención - cuidado de la persona y la comunidad.

Pocas provincias han desarrollado programas de atención de la salud capacitando enfermeros originarios para que realicen recorridos en las comunidades.

La interculturalidad puede ser entendida como un espacio de consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la medicina oficial y la medicina tradicional. El contacto entre dichos sistemas de salud permitirá el enriquecimiento de ambos y la construcción de nuevos canales de comunicación mediante la valoración y rescate de las prácticas tradicionales en el cuidado de la salud. Se trata de construir un espacio de interculturalidad basado en el reconocimiento y respeto por la diversidad cultural.

Una de las herramientas reconocidas y aceptadas son las *consultas previas, libres e informadas* que dan lugar a un amplio apoyo por parte de las comunidades indígenas.

Por consultas previas, libres e informadas se entiende un proceso colectivo y adecuado, desde el punto de vista cultural, de toma de decisiones. Consultas de buena fe y participación informada respecto del diseño, preparación, implementación, ejecución, y evaluación de toda política de salud que los involucre sea directa o indirectamente.

En síntesis...

La interculturalidad en salud supone reconocer que en el proceso de salud-enfermedad-atención- cuidado se están produciendo y reproduciendo valores, creencias, formas de pensar y de abordar la realidad.

Por todo ello es importante trabajar para lograr mayor complementariedad en la organización de los servicios, los horarios de atención, la disposición física y, la disposición de los equipos de la salud al diálogo entre distintas culturas.

Diseñar y proponer acciones, desde una perspectiva intercultural, orientadas a identificar y sortear barreras que condicionan el acceso de la población indígena al sistema de salud, es un desafío para los equipos de salud del primer Nivel de Atención.

Este desafío nos invita desde nuestros espacios de trabajo, a facilitar el acceso universal de la población a los servicios de salud, a poner énfasis en la promoción y prevención de la salud y a promover la participación activa y organizada de la población en las decisiones referidas al cuidado de su salud.

Apéndices

Categorías para comprender la intersubjetividad en el conocimiento y la acción

Figura N° 19 *INTERCULTURALIDAD* (Como forma de Intersubjetividad)

AMBITO o DOMINIO	TIPO DE RELACION	BREVE CONCEPTUALIZACION
INTERCULTURALIDAD (relación entre todos los saberes, que comparten un espacio histórico de reproducción de cultura, pero que se gestan en grupos específicos)	Pluriculturalismo (Opuesto del monismo cultural)	El pluralismo cultural es el simple reconocimiento de la diversidad cultural como una característica importante de los humano, y el respeto a las diferencias culturales en un escenario social común, donde diferentes culturas deben coexistir bajo equidad de derechos, responsabilidades y oportunidades. Como una posibilidad histórica, puede devenir en multiculturalismo crítico y democrático.
	Interculturalidad	Relación estratégica o dialógica entre culturas, con objeto y propuesta global integrados, para construir / contraconstruir / deconstruir. La Interculturalidad presupone equidad de derechos; reconocimiento y respeto por la cultura de los/as otros/as; así como reconocimiento de características sociales y metas estratégicas socialmente compaginadas.
	Multiculturalismo (Crítico y democrático)	Forma de pluriculturalismo que involucra un programa, políticas y movimiento nacido del reconocimiento de la diversidad y derechos culturales. Es la integración de varias culturas, por medio del análisis intercultural, y en medio de una visión cultural solidaria, para la construcción de un proyecto común de democratización y equidad.
	Epiculturalidad (Hegemonía cultural)	La cultura, visión y proyecto de un grupo poderoso alcanza preeminencia sobre los de los grupos subordinados, tendiendo a la inclusión o fusión de las otras culturas en el marco de la cultura hegemónica.
	Transcultural	Proceso o característica común a varias culturas.

Figura N° 20 *INTERDISCIPLINARIDAD* (Como forma de Intersubjetividad)

AMBITO o DOMINIO	TIPO DE RELACION	BREVE CONCEPTUALIZACION
INTERDISCIPLINARIDAD (relación entre saberes académicos, que comparten un espacio)	Pluridisciplinaridad	Coparticipación en un escenario académico de quehaceres de diversas disciplinas. Puede convertirse en multidisciplinaridad o estancarse bajo mínima colaboración.
	Interdisciplinaridad	Relación simétrica, activa de colaboración sistemática entre disciplinas alrededor de una construcción / deconstrucción / contraconstrucción de objeto de estudio.
	Multidisciplinaridad	Integración de disciplinas a través del análisis interdisciplinario en un proceso científico solidario para la construcción de un proyecto común.
	Epidisciplinaridad	Coparticipación en un espacio donde una disciplina tiene mayor Estatuto explicativo o epistemológico
	Metadisciplinario	Un nuevo campo explicativo surgido de la colaboración multidisciplinaria de disciplinas.
	Transdisciplinario	Elemento común a varias disciplinas.

Breilh, Jaime. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Argentina. Lugar editorial, 2003.

¿Es estratégica la estrategia de Atención Primaria?

Mario Rovere

Médico, ha sido Director de Hospital y de Zona Sanitaria en la Provincia de Salta, Director de Planificación de la Ciudad de Buenos Aires y Secretario de Políticas Sociales de la Nación. Se desempeño como Consultor regional de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS y actualmente es Director de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario y Coordinador de la sede Buenos Aires de El Agora.

Introducción

Este trabajo no pretende disminuir en nada la gesta que -bajo el nombre genérico de atención primaria de la salud- ha surgido por el esfuerzo y la movilización de decenas de millones de trabajadores de salud en todo el mundo por casi tres décadas y ha llevado beneficios en salud y condiciones de participación social a rincones del planeta donde esto no había sucedido antes.

Antes bien intenta poner el foco en la responsabilidad de quienes hoy participamos de reuniones, en encuentros, en preparación de documentos consensuados que suelen servir de orientación para ajustar nuestras propuestas, a un estudio preciso de la realidad, en una mezcla extraña que el propio pensamiento estratégico sugiere: tener al mismo tiempo ideales firmes y los pies en la tierra.

Definimos como **estrategia** a "todo movimiento tendiente a poner el objetivo al alcance, usualmente mediante aproximaciones indirectas" -lo cual nos hace inferir que el objetivo no está al alcance y que por su sólo enunciado la estrategia configura y se configura en un campo de fuerzas que incluye necesariamente a quienes están más, menos o nada proclives a que nuestros objetivos se logren y operan en consecuencia. En el marco de esa breve definición usamos el adjetivo **estratégico** para caracterizar a toda interpretación -y/o a toda acción basada en una interpretación- que percibe la realidad como "producida" por la interacción entre fuerzas, agentes o actores sociales que concurren en un determinado campo.

En ese entendido inicial se enmarca nuestra pregunta del título más como una invitación a pensar que como un juicio de valor.

Desde hace casi 30 años la noción de APS ha cambiado el discurso sanitario en todo el mundo. Sin embargo una suerte de frustración o de sensación de fracaso se asocia a su nombre probablemente en función de las altísimas expectativas sobre las que se basó su lanzamiento y una franca disociación entre el discurso y la acción especialmente en la esfera política.

Las experiencias internacionales que sirvieron de respaldo a su formulación original, -el caso de China y otros países asiáticos y Africanos- no fueron leídas ni presentadas en la clave política que las posibilitaban, y el discurso sanitario y sus complementos técnicos generaron una gran expectativa sobre que era posible salvar en relativamente pocos años una brecha percibida como universalmente dolorosa mientras que al mismo tiempo su solución era universalmente valorada. Así se suponía que salud para todos era aceptado por todos o bien que no había quien pudiera oponerse,

Todos querían, todos queríamos salud para todos. Sin tomar en cuenta que muchos de los organismos internacionales que parecía imposible que discreparan y muchos de los países signatarios estaban aplicando en ese mismo momento o a pocos años de firmar este acuerdo políticas económicas en el ámbito internacional y doméstico que incrementaban la exclusión, promovían operaciones y acuerdos comerciales que tendían a esterilizar los avances de las organizaciones de los países productores de materias primas y para colmo en una de las mayores y más doloro-

Rovere, Mario ¿Es estratégica la estrategia de atención primaria? En Barten F., Rovere M. y Espinoza E. En Salud para todos una meta posible Pueblos Movilizados y Gobiernos Comprometidos en un nuevo contexto global. Construyendo prioridades para la Investigación en APS con la Sociedad Civil. Argentina. Buenos Aires .2009

sas paradojas para América Latina: muchos gobiernos signatarios de Alma Ata eran regímenes dictatoriales y genocidas y pese a eso en forma cínica no solo firmaron sino también, en muchos casos, publicaron documentos celebratorios del acuerdo que invitaban a la misma participación social y comunitaria que ellos mismos reprimían.

La meta Salud para Todos en el año 2000 fue un hallazgo comunicacional notable que movilizó y catalizó ideas e iniciativas en todo el planeta pero al mismo tiempo representa la quintaesencia del idealismo y como tal fue expresada: con escasas precisiones, con ninguna consideración sobre las dificultades y oposiciones con las que una meta de estas características debía enfrentarse. Si todo el mundo estaba de acuerdo, entonces esto era innecesario. En consecuencia cabe preguntarse si todos estaban de acuerdo -obviamente sólo lo estaban en forma discursiva- con la meta porque no se cumplió y si en la práctica tal acuerdo no existía una perspectiva estratégica requiere preguntarse cuales fueron los actores y factores que en estos 30 años operaron activamente en contra de la equidad.

El surgimiento de los organismos internacionales en la segunda posguerra inmediata representa per se y sin que esto pretenda sonar peyorativo, el triunfo –transitorio por cierto- de las **escuelas idealistas** de las Relaciones Internacionales. Aprovechando la memoria fresca de las consecuencias de no haber hecho lo suficiente por promover la paz y por prevenir la guerra a través de la fallida Sociedad de las Naciones y con la memoria reciente de cientos de miles de muertos y gravísimas y masivas violaciones a los derechos humanos se construyen acuerdos que empiezan a debilitarse cuando la memoria falla y la "marca" en los sufrimientos de una generación entera se va diluyendo.

El carácter idealista que preside la creación de la mayor parte de los Organismos Internacionales explica que su producción esté frecuentemente sobre adjetivada, plena de buenas intenciones y poco afecta a explicitar los conflictos que los mismos redactores perciben pero que no son habituales en una prosa teñida por esta perspectiva.

El caso de Alma Ata extrema este rasgo, tal vez apoyado en ciertas coincidencias políticas: la política de Derechos Humanos del Gobierno demócrata en EE UU, la gran expectativa de poner fin o límite a la guerra fría, el éxito relativo del club de países exportadores de materias primas (especialmente de petróleo), el peso mediador de la social democracia europea, todo esto seguramente insuficiente de no haber existido los liderazgos carismáticos de de las máximas autoridades de la OMS y de UNICEF en la época.

La Atención Primaria fue lanzada como la "estrategia" privilegiada para lograr Salud Para Todos en el año 2000, (en ese sentido cumple un requisito necesario, pero no suficiente, para ser una estrategia que es el de constituir un medio para alcanzar un fin) pero remite a instrumentos clásicos del pensamiento normativo donde la idea de estrategia queda fuertemente asociada a un ¿cómo? de naturaleza instrumental.

El carácter técnico de los organismos especializados y el contexto político favorable alentó los supuestos que "las tecnologías apropiadas" podían exportarse

sin tomar del todo en cuenta las bases culturales, sociales, económicas y políticas que la alimentaban en su propio contexto de descubrimiento y desarrollo.

Casi simultáneamente en América Latina el movimiento de la medicina social se vería enriquecido por los aportes de un movimiento más modesto que venía a ofrecer una mirada crítica sobre el idealismo y sobre las perspectivas tecnocráticas prevalentes en la época. Nos referimos a los aportes de la planificación estratégica –una herramienta que nació del doloroso ejercicio de la autocrítica- desde cuyos marcos podían anticiparse ya fallas que estaban encerradas en la propia formulación de la atención primaria.[1]

Desde comienzos de la década de los '70 un movimiento conceptual, ideológico y académico intenta contestar el neto predominio positivista de la salud pública de la época constituyendo batallas conceptuales y teóricas épicas que aun están en la memoria de los expertos de la época y que devino luego en un juego mucho más plástico y dialogal a medida que las posiciones se iban apartando de las opciones excluyentes.

Esto fue completado justamente a comienzos de los '80 con el surgimiento de la planificación estratégica que facilitó en muchos casos una cierta traslación desde lo ideológico hacia lo político y desde lo analítico hacia lo programático.

Sin embargo el sustrato idealista de los organismos internacionales impidió que -al menos públicamente- se aceptaran los aportes de la planificación estratégica lo que no quiere decir que no se aplicara esa perspectiva o que utilizándola no podamos reconstruir el sentido de ciertas acciones sin poder dilucidar si fueron intencionadas o no.

La ausencia casi absoluta de actores en los diagnósticos, las formas asépticas de referirse a procesos intrínsecamente políticos como la participación social, la intersectorialidad o la reconversión de los recursos humanos, entre otros rasgos muestran omisiones de la propuesta pero al mismo tiempo invitan a explorar nuevas formulaciones que combinan análisis realistas con ideales y valores sólidos para encontrar o retomar un camino hacia la equidad.

A fines del 2007 en una reunión sobre este tema en Buenos Aires Halfdan Mahler manteniendo su nervio político y su fuerte compromiso militante con la APS centraba sus críticas sobre la posición de otro organismo internacional como UNICEF "acusándolo de abandonar precozmente la alianza que habían constituido". Este mismo dato amplificado por la prensa y asumiendo que fue real podría leerse en términos más macro-políticos.

Apenas 18 meses después de Alma Ata asume Ronald Reagan la presidencia de EE UU personificando junto con Margaret Thatcher el período recordado como revolución conservadora que operó entre otras cosas: (i.) debilitando los organismos multilaterales, especialmente aquellos en los que la presencia del G 7 era muy fuerte

1. Al respecto puede verse el importante esfuerzo realizado a comienzos de los '80 por JJ Barrenechea y E. Trujillo para compatibilizar APS y Planificación Estratégica publicado por la Facultad Nacional de Salud Pública de Medellín Colombia.

–el caso de la sanción y el retiro de financiamiento por parte de EE UU y UK a la UNESCO puede considerarse casi paradigmático- y (ii.) quebrando la resistencia y organización de la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP). Por lo tanto en menos de cinco años el panorama había cambiado tanto respecto a Alma Ata que el mismo Mahler entre sus últimas acciones al frente de la OMS propone lo que se puede interpretar como una medida para conservar "al menos" lo que se había logrado. Nos referimos a la política de "District Health" que en las Américas se conocerá como Sistemas Locales de Salud (SILOS).

La lectura estratégica nos sugiere que UNICEF al ser un fondo con sede en Nueva York tenía menos autonomía relativa respecto a EEUU que la OMS y que los "District Health" o SILOS pudo haber sido una medida desesperada por "salvaguardar" lo que se había logrado en cinco años cuando empieza a haber evidencias marcadas que la revolución conservadora comenzaba a arrasar con los tímidos avances redistributivos de fin de los '70 y comienzos de los '80.

En ese mismo código puede leerse el traslado progresivo de la expectativa de los países del G 7 movilizando sus favores hacia las instituciones de Bretton Woods (Banco Mundial y FMI) rompiendo un pacto histórico de convivencia dentro de "la familia " de organismos de las Naciones Unidas en desmedro, claro, de los organismos técnicos multilaterales.

En la práctica al unir las funciones de asistencia técnica con las financieras, el Banco Mundial, Los Bancos Regionales (en nuestro caso el BID) y el FMI constituyeron una fuerza de presión muy difícil de resistir para los países. Estas instituciones combinaron recetas técnicas con créditos altamente condicionados y evolucionaron de instituciones crediticias o "salvavidas", para compensar crisis en los '60 y '70, a "arquitectas de un nuevo orden" y líderes de reformas y modernizaciones en los '80 y los '90. Esta reformas –fueran en áreas más económicas o más sociales- siempre se orientadas al interés superior de expandir y globalizar los mecanismos de libre mercado.

Resulta ilustrativa y nos ahorra muchas descripciones sobre los '90 una anécdota que pudimos conocer recientemente. A fines de 1993 dos funcionarios del Banco Mundial se están trasladando dentro del hotel en ascensor hacia una reunión muy publicitada en Buenos Aires, en donde se iba a presentar el informe del Banco Mundial "Invertir en Salud", un importante funcionario de la OPS no es reconocido por ellos lo que le permite escuchar un comentario por demás revelador "con este documento enterramos a Alma Ata" un comentario que desde la perspectiva histórica que tenemos hoy adquiere una significación, una comprensión y una relevancia mucho mayor.

Afortunadamente hoy no se escuchan muchas voces defendiendo ese documento del Banco (ni siquiera dentro de esta institución) , más bien ha quedado caracterizado como un símbolo de la destrucción o del deterioro de varios sistemas de salud en el continente (con el caso extremo de Colombia) y en cambio se renuevan las expectativas por actualizar el compromiso de aquella reunión histórica con el derecho a la salud y con la atención primaria lo que sin dudas debemos celebrar como un triunfo del sentido común.

Lo concreto es que Salud para Todos en el año 2000 no ocurrió y no sólo eso sino que, sin desconocer los avances en reducir algunos daños específicos del sector, el mundo y sobre todo América Latina es hoy mas injusto, con mas exclusión, con peor distribución del ingreso y la inaccesibilidad a los servicios de salud lejos de reducirse se ha acrecentado.

Los propios 8 componentes estratégicos de la estrategia de la Atención Primaria -tal como se los conoció en los documentos de OPS que insistieron en no facilitar la simple lógica de asociar APS con atención básica- requieren hoy un replanteo. En efecto propuestas como reorientar el recurso humano, participación social, programación por necesidades, tecnologías apropiadas, nuevas formas de organización, articulación intersectorial, reorientación del financiamiento y cobertura total pueden ser susceptibles de una renovada lectura técnica pero sobre todo requieren de la incorporación de una mirada política que revierta el escepticismo que generaría el simple enunciado de una nueva meta de salud para todos, sin explicar por qué antes no funcionó y ahora habría que creer que esto sucederá.

En la tabla siguiente planteamos en forma sumamente reducida la naturaleza y la complementariedad de estas miradas tratando de explicar cuales son las perspectivas de "otros actores" que no pueden soslayarse si se quiere reformular, resignificar, relanzar la estrategia con sentido estratégico.

COMPONENTES	MIRADA TÉCNICA	MIRADA POLÍTICA
Recursos Humanos	Mas gente formada y trabajando en el 1er nivel	Posición de las Universidades
Participación social	Multiplicación de las instancias de representación, consulta y control	Posición de los partidos políticos
Programación por necesidades	La epidemiología ayudando a definir la agenda del sector	Posición de las corporaciones
Tecnologías apropiadas	Nuevos desarrollos orientados a lo prevalente, a las enfermedades olvidadas	Posición de los productores
Nuevos modelos de organización	Cambiar la centralidad de los hospitales complejos, desarrollo amplio de nuevos escenarios de atención	Posición de los funcionarios
Articulación Intersectorial	Pasar de salud a saludable involucrando a los otros sectores en esa construcción	Posición de los otros sectores
Reorientación del financiamiento.	Mostrar las prioridades en el financiamiento sectorial e intersectorial	Posición de los financiadores
Cobertura Total	Contribuir al derecho a la salud garantizando la equidad en la atención	Posición de los "donantes"

Asumimos que la meta salud para todos, en realidad, crea las condiciones para plantear el derecho a la salud, asumimos que el derecho a la salud se basa en el principio de equidad es decir en "el perfeccionamiento de lo que es justo" y que una lectura compleja de la salud indica que al menos pueden desdoblarse y garantizarse tres equidades:

- Equidad en la protección: vinculada a los determinantes: sociales, económicos culturales y ambientales que promueva la salud, que evite la exposición y proteja de los riesgos evitables por igual a toda la población
- Equidad en la atención: de naturaleza sectorial que garantice el acceso a servicios de salud de igual calidad y capacidad resolutiva a todos los habitantes (incluyendo los migrantes y visitantes) sin más distinción que la que su estado de necesidad requiera y
- Equidad en la democratización del saber y del poder en salud: haciendo accesible el conocimiento y la información pertinente saltando cualquier barrera cultural y en forma articulada fortaleciendo la capacidad decisoria de la población a diferentes niveles desde el auto-cuidado a la cogestión sanitaria.

Un desafío adicional tal como se está concentrando el poder y los recursos en el planeta es definir si cuando hablamos de equidad estamos hablando de un concepto local (equidad local), nacional (equidad nacional) o global (equidad global) ya que las consecuencias, los actores involucrados, las responsabilidades, las acciones prácticas resultan muy diferentes.

Obviamente no permanecemos neutrales frente a estos dilemas. En realidad creemos posible recuperar esa misma globalización que los agentes económicos explotan en su propio beneficio desde hace casi dos décadas para globalizar la solidaridad, para globalizar la equidad y la responsabilidad de todos las naciones del Planeta (sus gobiernos y sus pueblos) para el alcance de una meta universal de salud.

Finalmente nos parece importante definir quienes van a ser las instituciones y quienes van a ser los actores que van a liderar, que van a hacer inteligencia, que van a desarrollar estrategias en un campo de fuerzas complejo para que el derecho a la salud sea una realidad, y no un sueño, para toda la población del planeta.

Casualmente en un discurso pronunciado al recibir el premio Nóbel de la Paz el Secretario General de la ONU, Kofi Annan, recordaba que en el acta fundacional de la ONU no se habla sólo de gobiernos, sino que las Naciones Unidas es un espacio de unión de gobiernos y pueblos. Tal vez allí esté la respuesta, seguramente deberán ser nuestros gobiernos y nuestros pueblos -básicamente aquellos que entiendan que la preservación del planeta y el desarrollo social con sentido de equidad, son una misma meta- los que garanticen esta vez caminos sólidos hacia el derecho a la salud.

Con ideales fuertes, con actores comprometidos y con un razonable sentido de realidad haremos "estratégica la estrategia" de la Atención Primaria de la Salud.

Determinantes sociales de la salud, derecho a la salud y APS: vínculo para enfrentar las causas de fondo de los problemas de salud

Mauricio Torres Tovar
Medico, Sanitarista Ocupacional. Miembro del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social de Colombia y de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

"... nuestra filosofía, basada en la prioridad del desarrollo intelectual del ser humano frente a la moderna civilización occidental que apuesta por los bienes materiales y mide el éxito con mansiones, yates y restaurantes. Nuestra misión es reorientar al mundo hacia la justicia y el desarrollo intelectual y espiritual"

Leonid Ivashov

Introducción

Esta ponencia busca hacer una reflexión sobre la perspectiva de la determinación social de la salud y su vínculo con la Atención Primaria en Salud.

La reflexión busca precisar en que ámbito la APS puede afectar los determinantes sociales de la salud, sentando como tesis que el nivel de acción de la APS está en los determinantes intermedios, especialmente en la trasformación del modo de atención, que posibilita una respuesta adecuada en promoción, prevención y atención a los problemas de salud de las poblaciones, asunto que se configura en un de los aspecto esencial de la garantía del derecho a la salud.

En esta vía, hacer un balance de lo que ha significado la propuesta de la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) durante estas tres décadas de impulso, pasa necesariamente por hacer un conjunto de preguntas:

- ¿Ha podido colocarse en operación la APS como fue concebida en la Declaración de Alma Ata en 1978?
- Sabemos que no se alcanzó la meta de salud para todos en el año 2000, ¿en que tuvo que ver esto la estrategia de APS? ¿Fue por que no se pudo implementar la APS como se concibió inicialmente o es que la estrategia en sí misma no logra este propósito?
- ¿Hasta dónde en el marco de la actual globalización, que define unas relaciones sociales, económicas y políticas que producen acumulación exorbitante y dominación colonial por parte de un grupo reducido de actores, es posible avanzar en unas condiciones de vida digna y con salud para tod@s?
- ¿Hasta dónde la APS ha sido cooptada e instrumentalizada sin lograr avanzar en modificar las situaciones de inequidad e injusticias sociales y sanitarias?
- ¿Hasta dónde la APS desarrollada por las propias comunidades le ha quitado la responsabilidad al Estado de garantizar el derecho a la salud y hasta donde ha empoderado a las comunidades para exigir la garantía del derecho a la salud al Estado?
- ¿Nuestro propósito central debe seguir siendo salud para tod@s, entendido como acceso a la atención en salud para tod@s, o debemos hablar mejor de condiciones

Torres Tovar Mauricio. Determinantes de sociales de la salud , derecho a la salud y APS: vinculo para enfrentar las causas de fondo de los problemas . En Salud para todos una meta posible Pueblos Movilizados y Gobiernos Comprometidos en un nuevo contexto global. Construyendo prioridades para la Investigación en APS con la sociedad Civil. Argentina. Buenos Aires .2009

de vida digna para tod@s, en una comprensión más integral de la salud en vinculo con un proyecto de vida civilizatorio para la humanidad?

- ¿Existen otras estrategias y perspectivas que podrían contribuir con este propósito central?

- ¿La perspectiva de determinantes de la salud puede ser un marco conceptual que fortalezca el desarrollo de la APS? ¿La perspectiva de los derechos económicos, sociales y colectivos puede ser otro marco conceptual que fortalezca el desarrollo de la APS?

Responder estas preguntas debe hacerse a partir de las evidencias y lecciones que han dejado estas tres décadas de estar insistiendo e impulsando la estrategia de APS y otro conjunto de perspectiva y estrategias y a la vez dar luces para el inmediato futuro de cómo avanzar en hacer realmente posible la garantía del derecho a la salud para todas y todos.

Aspectos conceptuales

Antes de analizar las evidencias de lo que ha producido la APS durante estos años y de lanzar unas tesis sobre las posibilidades de esta estrategia, vale la pena revisar algunas de las perspectivas conceptuales en torno a la APS y a otras perspectivas que se consideran pueden contribuir a avanzar en ese propósito civilizatorio que se trazó en 1978 de alcanzar salud para todas y todos.

APS: diversas formas de entenderla

Cuando se habla de la estrategia de APS no se habla de un sólo asunto. Desde 1978 cuando se expresó en Alma Ata una manera de entender la APS se ha pasado por la conceptualización y puesta en operación de diversas estrategias de atención primaria: APS Selectiva, APS Detallada, APS Renovada, APS Integral entre otras[1].

De las diversas maneras de entender la APS se destaca la de entenderla como una estrategia de cuidado integral de la salud para todos y por todos[2] y de que es una estrategia para superar inequidades y exclusiones de los sistemas de salud[3].

Desde los sectores que se han comprometido con la perspectiva de la APS surgida de la reunión de Alma Ata se ha planteado insistentemente que la APS no es sólo el primer nivel de atención, que no es una atención básica en salud, que no es salud pobre para pobres.

1. OPS. Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Washington. 2005.
2. Secretaría Distrital de Salud. La Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. 2004.
3. Starfield B., *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology.* New York: Oxford University, 1998.

Desde las experiencias construidas por estos sectores se ha ubicado que la APS es una estrategia excelente al constituirse en puerta de entrada de las personas al sistema de salud, que tiene una alta capacidad resolutiva (entre el 80 a 90%) de los problemas de atención en salud, que su labor en territorios específicos con poblaciones específicas le posibilita reconocer las necesidades sanitarias y sociales que se encuentran allí, lo que a su vez demanda y posibilita la transectorialidad para enfrentarlas, rompe con barreras de acceso a la atención sanitaria y genera empoderamiento de las comunidades para que demanden una respuesta institucional integral a sus necesidades[4].

En este sentido hay que decir que los desarrollos conceptuales hechos de la APS en todos estos años han sido diversos, escasos los definidos en la Declaración de Alma Ata y más bien abundantes los que han manejado una concepción restringida y funcional a sistemas de salud limitados.

Esto plantea que redimensionar la APS implica volver a beber de sus fuentes primarias y potenciarlas con otras concepciones que la pueden hacer más potente.

Determinantes de la Salud: ver el fondo del problema

Otra perspectiva que se ha movido en el terreno de la salud es la de determinantes de la salud que tiene antecedentes desde mediados del siglo XIX, en cabeza del patólogo *Rudolph Virchow* quien planteó que los problemas de salud tenían causas sociales y económicas relacionadas con la pobreza y que se requería para enfrentar las enfermedades tanto medidas higiénicas como sociales[5].

Igual que con la APS cuando se habla de determinantes de la salud no se habla de un sólo asunto. Desde los postulados de Virchow se ha pasado por diversas conceptualizaciones: determinantes con énfasis en los factores de riesgo biológicos; determinantes con énfasis en los comportamientos individuales; determinantes de la salud con énfasis en lo ambiental; determinantes con énfasis en las relaciones y jerarquías sociales, económicas, políticas y culturales[6].

La Carta de Brasilia planteó que: "para avanzar en la superación de las inequidades en salud se requiere de manera fundamental configurar modelos de desarrollo social y económicos sustentables, garantes de los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, sexuales y reproductivos; un modelo de Estado que garantice dichos derechos; impulso a la soberanía y seguridad alimentaria, que erradique el hambre del continente, promoviendo reformas agrarias que aseguren el acceso, uso y propiedad de la tierra, posibilite procesos agrícolas sustentables y que preserven la propiedad de las semillas ancestrales en el marco de

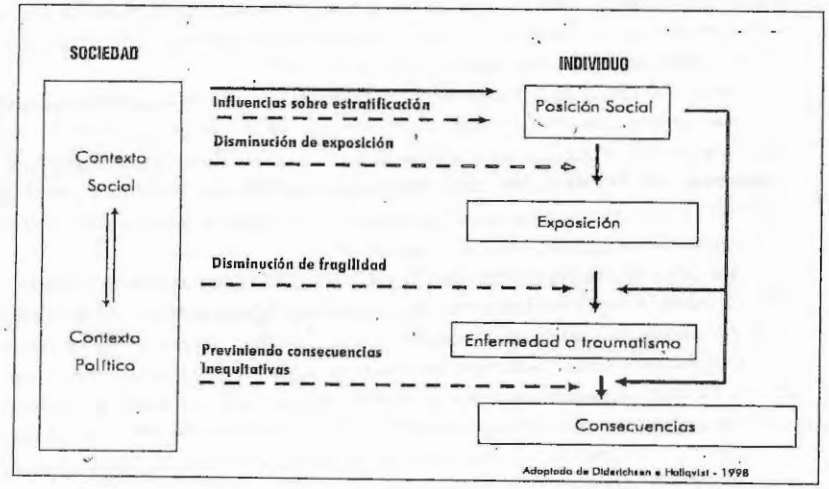
4. Secretaría Distrital de Salud. La Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Op cit.
5. Torres M., El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. Revista Cubana de Salud Pública, en prensa, 2007.
6. Irwin A, Solar O. A, conceptual framework for action on the social determinants of health. WHO. Geneva, 2007.

una propuesta de agricultura familiar y campesina adecuada a la diversidad climática de la región; reformas urbanas que promuevan una mejor distribución del suelo urbano y la construcción de ciudades socialmente justas y ambientalmente sustentables; democratización del capital cultural de la humanidad a través del acceso universal a la educación; concreción de la democracia participativa; y desarrollo de políticas públicas intersectoriales, universales, integrales, equitativas y participativas"[7].

Esta perspectiva amplia e integral de los determinantes de la salud definida por un conjunto de organizaciones sociales de América Latina apunta a ubicar como determinantes de fondo los relacionados con la distribución del poder económico, político y cultural, que definen un tipo de modelo de desarrollo, un tipo de modelo de Estado y una forma de distribución de la tierra rural y urbana, que genera una estratificación social causa fundamental de las desigualdades e inequidades sociales y sanitarias.

Esta perspectiva de determinantes coincide en los desarrollos hechos por Diderichsen que ubica el tema de la posición social (entiéndase clase social) como determinante central, la cual es producto de un contexto social y político. Esta posición social define unas exposiciones diferenciales en salud, el acceso a unas respuestas diferenciales en salud que a su vez define unas consecuencias diferenciales en salud[8] (ver gráfica No. 1).

Gráfica No. 1 - Matriz de Diderichsen



7. Carta de Brasilia. Reunión Regional de consulta con la Sociedad Civil sobre los determinantes sociales de la salud. Brasília, 2007.

8. De Negri Filho, A., "Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas". En: Girotti Sperandio, A.M., O Proceso de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS, 2004.

Esto implica que afectar los determinantes de la salud pasa necesariamente por afectar la posición social, lo que a su vez demanda afectar de manera equitativa las formas de la distribución de la riqueza, de la distribución del poder y de la distribución del acumulado cultural de la humanidad.

Continuar trabajando con la meta ética de salud para todas y todos implica incorporar la perspectiva integral de los determinantes de salud para variar la posición social de las comunidades a partir de afectar las formas de acumulación y distribución de la riqueza y el poder y por ende cambiar las exposiciones, respuestas y consecuencias diferenciales en salud.

Salud entendida como Derecho Humano[9]

Otra perspectiva clave es la de la comprensión de la salud como derecho humano.

La salud es un derecho humano fundamental en la medida que está fuertemente ligada con la dignidad humana, como se sustenta claramente en los instrumentos internacionales de derechos humanos, donde se expresa que todo individuo debe tener derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, ya que sin este disfrute el individuo no está en capacidad de hacer frente a los avatares de su propia existencia y de luchar en igualdad de condiciones por procurarse una vida digna.

De esta manera se comprende que la fuente de todos los derecho humanos, es la dignidad humana, lo que deriva en que los derecho económicos, sociales y culturales, en donde el derecho a la salud es uno de ellos, deben guiar las leyes, políticas y actividades de los gobiernos y demás actores conminados por la obligación de protección y promoción de estos derechos.

Realizar el disfrute de la salud, que le permita a los seres humanos vivir dignamente, requiere por parte de los Estados además de suscribir y ratificar oficialmente los tratados internacionales en materia de derechos humanos, desarrollar políticas públicas que materialicen la realización de este derecho.

Dentro de este conjunto de políticas aparecen varios componentes que deben afectar los determinantes de la salud y que deben brindar atención a la salud teniendo como base la APS.

En este sentido se entiende la salud como un derecho humano y un deber de Estado, perspectiva que se articula con la de los determinantes de la salud porque éstos deben ser tenidos en cuenta para el diseño de las políticas para garantizar el derecho y con la estrategia de APS en tanto ésta rompe barreras de acceso para la garantía del derecho a la salud.

Es decir garantizar el derecho a la salud para todos y todas va desde el reconocimiento constitucional y legal de la salud como derecho hasta el diseño y el desarro-

9. Torres M., Salud: Derecho Humano. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, 2004.

llo de políticas sociales que afecten los determinantes de la salud y que garantizan las componentes de la atención sanitaria.

Evidencias: limitado impulso a la APS

Se puede decir que casi 30 años es más que tiempo suficiente para analizar si una estrategia que se ha impulsado es útil o no. Es indudable que estas tres décadas dejan un conjunto de evidencias sobre el impulso de la APS que nos permiten fijar una postura frente a su desarrollo y posibilidades.

Es evidente que la Declaración de Alma Ata no ha sido impulsada con el compromiso que se requiere por la mayoría de naciones, como ha sucedido con muchos de los compromisos internacionales surgidos en el seno de las Naciones Unidas.

La APS desde la institucionalidad Estatal de manera general fue desvirtuada, quedando reducida a programas básicos de atención para población pobre. En el contexto actual de neoliberalismo en salud ha sido instrumentalizada, puesta al servicio de la focalización de la atención en salud.

En los Estados que realmente se han comprometido con la estrategia de APS, esta es la base de la organización de los sistemas públicos universales de salud; en los sistemas privados de salud es marginal y reducida[10].

Por su lado, las comunidades han enriquecido la perspectiva de la APS desde la diversidad y ha sido una respuesta autónoma de las comunidades frente al abandono estatal en salud lo que ha posibilitado fortalecer el tejido social y organizativo e incluso jugar un papel importante en los procesos de luchas emancipatorias[11].

El papel de la APS fundamentalmente ha estado en la respuestas a las necesidades de atención a la enfermedad de las poblaciones y en los componentes básicos de educación para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y en los de saneamiento básico y nutricionales, su alcance no ha logrado afectar los determinantes estructurales que son las causas de las injusticias, exclusiones e inequidades en salud.

Desde estas evidencias se hace claro de un lado que es necesario disputarle la estrategia de APS a las estructuras que la volvieron funcional a una perspectiva de respuesta marginal a las grandes necesidades sanitarias de la gente y de otro lado, reconocer el valioso aporte que ha hecho la APS en los contextos donde se ha implementado adecuadamente, teniendo el reto de articularse con perspectivas estructurales para que además de lograr la amplia cobertura de atención en salud aporte a reconocer y afectar los determinantes sociales, políticos y económicos de la salud.

10. Torres M., América Latina entre la oscuridad, resistencia y esperanza sanitaria. Revista Rede Américas. Año 1, v. 1. 2006. Recife, Brasil.

11. Albizu J.L., Todosantos, G., Méndez, M.E., El efecto Guatemala. Un viaje con las promotoras y los promotores de salud a través de la vida. 2005. Oxfam Internacional. Cooperativa Recuerdo.

Tesis: articular la estrategia de APS con otras perspectivas

A partir de las evidencias acumuladas en estos años es posible lanzar un conjunto de tesis para avivar el debate que se hace necesario dar con la celebración de los 30 años de la Declaración de Alma Ata.

Una primera tesis ubica que la APS por sí sola no logra impactar los determinantes estructurales de la salud. En las experiencias más importantes que han logrado desarrollar coherentemente la APS, se puede decir que la estrategia ha impactado principalmente en el ordenamiento de los sistemas de salud que es un determinante intermedio (no estructural) de la salud.

Otra tesis es que la APS al desarrollase en territorios con poblaciones específicas tiene la capacidad de contribuir a la lectura de las necesidades sociales y sanitarias de las poblaciones y a reordenar las respuestas desde una perspectiva intersectorial y comunitaria, logrando trasformar el modo de atención y gestión en salud[12].

Una tesis adicional es que impulsar la APS pasa por demandar y luchar por el fortalecimiento o establecimiento de Sistemas Públicos Universales de Salud, en tanto la APS que se impulsa en los esquemas privados de mercado la coopta, reduce e instrumentaliza a favor de los negociantes de la salud[13].

Una última tesis es que el articular la APS con la perspectiva de los derechos sociales (Derechos Económicos, Sociales y Culturales, DESC) y la de los determinantes de la salud, le brinda un marco más amplio de acción que va más allá de lo sanitario y la ubica en un plano de la promoción de la calidad de vida digna, colocándole el reto de pensar como aporta en la afectación de los determinantes estructurales de la salud y en la exigibilidad del derecho a la salud (Salud DDHH)[14].

En este sentido, la APS debe colocar su énfasis en aportar a fortalecer el tejido social y desencadenar procesos organizativos (empoderamiento), ruta fundamental para enfrentar y trasformar las relaciones sociales, económicas y políticas de dominación, determinantes estructurales de la equidad en salud (ver Gráfica No. 2).

Algunos retos para no dejar pasar por alto

Es indudable que retomar, oxigenar, recuperar y potenciar la APS implica un conjunto de retos.

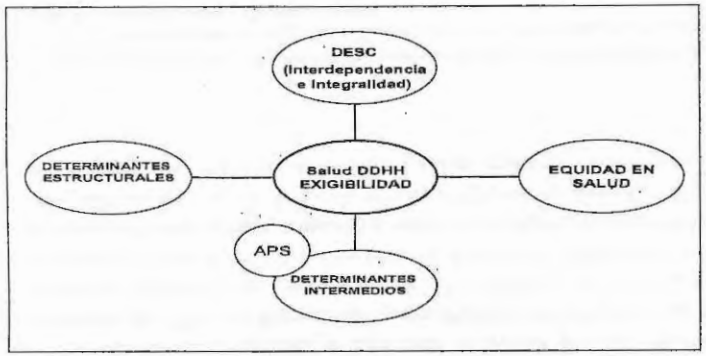
Entre estos retos de un lado se encuentra el de impulsar estudios frente a la capacidad del impacto de la APS sobre los determinantes sociales de la salud y la exigibilidad y garantía del derecho a la salud, que posibiliten definir sus alcances reales.

12. Secretaría Distrital de Salud. La Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Op cit.

13 Representantes de la Sociedad Civil a la CDSS - OMS. Informe de la Sociedad Civil a la Comision sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud (CDSS-OMS). Journal de Medicina Social. v. 1, n 2, 2007.

14. Casallas A, Molina N., De Negri A., Alvarado G., Ramirez P., Colección La Ruta de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. Bogotá, 2007.

Gráfica No. 2 - Relación entre Salud, Determinantes y APS



Otro reto es de ampliar los desarrollos conceptuales y metodológicos que le posibiliten a la APS aportar a afectar los determinantes estructurales de la salud, recuperando su valor político al servicio de los procesos de trasformación social y emancipatorios.

Y por último mencionar el reto en el que se ha insistido en este escrito, relacionar la estrategia de APS con las perspectivas del derecho a la salud y la de los determinantes de la salud. Asunto que demandan un conjunto de transformaciones entre las que destacan:

- Un cambio conceptual que implica cambiar de centro de atención: de la enfermedad a la calidad de vida, al bienestar y a la salud;
- Un cambio epistemológico que permita que se pase de enfrentar los problemas de manera disciplinar a una manera multidisciplinar;
- Un cambio institucional que lleve a enfrentar los problemas y necesidades no desde lo sectorial si no desde lo intersectorial;
- Un cambio en la prioridad institucional que lleve a salir de darle el centro a la estabilidad financiera institucional (ganancias) a que se tenga como centro la garantía del derecho a la salud;
- Un cambio en la planeación para que se pase de afectar las consecuencias a afectar las causas de los problemas de salud;
- Un cambio político administrativo que lleve a que el desarrollo y las decisiones pasen de los tecnócratas al conjunto de la sociedad;
- Un cambio técnico que permita pasar de respuestas institucionales homogéneas a respuestas que tengan en cuenta las múltiples diversidades de edad, género, culturales, étnicas;
- Y por último otro cambio político que implica pasar de una participación social instrumental a una participación social autónoma con real capacidad de incidencia, es decir con recursos de poder.

Tamborero Cao Gaspar, Vidal Thomas, Marcha Sebastia (2011)Organización de la atención familiar y comunitaria . Capitulo 8 Centro y equipo de salud . Conceptos y ámbitos de actuación. En Zurro Armando, Sola Jodar Gloria . Atención familiar y salud comunitaria . Conceptos y materiales para docentes y estudiantes (pp121-142).Barcelona España: Elsevier

Atención domiciliaria

Concepto y características

La atención domiciliaria es una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que, bien por su situación de salud, bien por problemas sociosanitarios, requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio. Su definición presenta ciertas singularidades, ya que ésta no se realiza, como es habitual en medicina, en función de una enfermedad sino que depende de una circunstancia biopsicosocial: el enfermo no puede salir de su domicilio, lo que conduce a los profesionales sanitarios a desempeñar sus tareas en un ámbito extrainstitucional —el domicilio del paciente— y a priorizar el papel de otros interlocutores y proveedores de cuidados del paciente —la familia— (Grupo ATDOM, 2003).

La atención domiciliaria es una modalidad asistencial destinada a las personas que requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio, debido a su precaria situación de salud o a problemas sociosanitarios.

La atención domiciliaria, en función de quién inicia la demanda, tiene una doble vertiente. Puede constituir un servicio a demanda del paciente o de su familia, por problemas agudos de salud o por la complicación o reagudización de un problema crónico, que impide al usuario acudir al centro de salud. En estos casos suele requerir una atención sanitaria puntual y prioritariamente médica. En otras ocasiones, la atención domiciliaria constituye un servicio planificado, concertado con el usuario, que surge por iniciativa de los profesionales del EAP y que responde a necesidades sociosanitarias o de cuidados (bien por alta hospitalaria, o por tener el paciente problemas de inmovilidad, o por padecer procesos crónicos), atención que realiza prioritariamente la enfermera de atención primaria con el concurso de otros miembros del equipo.

Por otra parte, la visita domiciliaria tiene un importante valor adicional, ya que nos permite conocer directamente el medio en el que viven las personas y su grupo familiar, valorar su capacidad de autonomía y nivel de dependencia, y apoyo en el ámbito del cuidado.

La atención domiciliaria presenta una serie de características definitorias que se resumen en la tabla 8.11.

En cuanto al volumen de demanda, la atención domiciliaria ha adquirido una importancia creciente en los últimos años y

[illegible] la atención domiciliaria
Atención longitudinal y continuada
Se realiza en el domicilio del individuo
Se realiza bajo una concepción de atención biopsicosocial
El núcleo de la atención es la persona enferma y la familia cuidadora
Los recursos necesarios para la atención a los problemas son realizables en el domicilio

De Ferrer C, 2006.

presenta unas expectativas futuras de importante incremento, entre otras, por las siguientes razones (Grupo CODAE, 2003; Grupo ATDOM, 2003):

- La mayoría de personas mayores y dependientes desean permanecer en sus propios domicilios el mayor tiempo posible. Asimismo, en los últimos años los pacientes en situación terminal solicitan cada vez más morir dignamente en su casa.
- Vejez y dependencia van ligados, ya que la longevidad implica un aumento de la morbilidad crónica, de la pluripatología y de la presencia de síndromes que producen dependencia (Alzheimer, ictus, EPOC, insuficiencia cardíaca, artrosis, etc.). Las proyecciones de población indican un aumento previsible, sobre todo en la proporción de personas con 80 y más años dentro del grupo de mayores de 64. Este grupo es el que más servicios demanda, por presentar una mayor prevalencia de enfermedad y de pérdida funcional. Está claro que la presión demográfica derivada del envejecimiento supone un aumento de la necesidad de cuidados, sobre todo de los orientados a suplir o compensar la pérdida de capacidad para el autocuidado.
- Los factores predictivos más importantes de atención domiciliaria son: edad avanzada, deterioro cognitivo, enfermedad crónica invalidante y dependencia para una o más de las actividades básicas de la vida diaria, multiplicándose la probabilidad de necesitar este tipo de atención entre los sujetos con dos o más factores de riesgo.
- El objetivo de reducir la estancia en los hospitales mediante altas precoces, y el aumento de actividad hospitalaria sin ingreso, ha incrementado la presión sobre los servicios de atención primaria, sin que se trasladen al mismo tiempo hacia ellos los recursos financieros necesarios.
- Los cuidados institucionales son costosos. Prevenir la enfermedad y la discapacidad, así como asistir a las personas mayores para que permanezcan el mayor tiempo posible en su domicilio, es una prioridad social y económica. Por tanto, se producen políticas de sustitución del uso del hospital, por intervenciones alternativas en régimen ambulatorio, y de los cuidados en régimen residencial por formas diversas de atención domiciliaria.
- La incorporación de la mujer al mundo laboral, unido al cambio de la estructura familiar (pocos miembros y dispersos por necesidades laborales), provoca una

reducción del número y del tiempo de dedicación del cuidador tradicional (la mujer), lo que obliga a disponer de más recursos sociales (cuidadores, centros de día, residencias, etc.), que si bien reducen el apoyo que la familia puede ofrecer al cuidado de salud, no impiden que ésta siga siendo la principal proveedora de atención.

- Los cambios en el contenido y en la complejidad de los cuidados a domicilio, aprovechando las oportunidades de tratamiento y vigilancia que ofrecen los avances tecnológicos.

Diversos estudios coinciden en señalar las características del paciente crónico domiciliario (García, 1997; Ruiz et al., 2007): en su mayoría son mujeres, con una media de edad superior a 80 años, que con cierta frecuencia viven solos, alrededor del 10% presenta una dependencia absoluta para todas las actividades de la vida diaria, y una proporción del 20% tiene severas alteraciones cognitivas. Los cuidadores también son mayoritariamente mujeres, con síntomas de alguna enfermedad crónica, relacionada en muchas ocasiones con el esfuerzo que realizan, y que presentan una alta prevalencia de ansiedad y depresión (Sainz et al., 2008).

La importancia creciente de la atención domiciliaria es un fenómeno que implica que se destinen cada vez más recursos, tanto humanos como materiales, para atender esta demanda. Por ello, es importante estimar la carga asistencial que este tipo de atención puede suponer para el EAP. En Cataluña, al igual que sucede en otros países desarrollados, gran parte de la actividad de la atención domiciliaria a los pacientes crónicos ofertada por los EAP es realizada por los profesionales de enfermería, que dedican una media de 5 horas semanales, el doble que los médicos y los trabajadores sociales (Grupo ATDOM, 2003).

Organización y tipos

La organización de los servicios de atención domiciliaria es muy variable, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Los principales estudios que comparan el grado de desarrollo de la atención domiciliaria en el ámbito internacional distinguen dos grupos de países: de una parte, Dinamarca, Holanda, Irlanda, Suecia, Finlandia, Bélgica y Reino Unido disponen de sistemas de atención domiciliaria bien desarrollados; otros, como Austria, Grecia, Italia, Portugal y España, que se incorporaron al proceso de atención domiciliaria formal con posterioridad, están aún en fases más preliminares de desarrollo.

Precisamente, a la hora de diferenciar los modelos de los distintos países, el conocimiento de los siguientes criterios nos puede facilitar su caracterización (Toral, s.f.):

- Los usuarios a los que se dirige el servicio, incluyendo su edad y la situación de salud.
- Los modelos de práctica profesional, incluyendo el papel atribuido a los profesionales, a los pacientes y a la red informal de cuidados, el tipo de problemas del paciente sobre los que se interviene, las actividades que se realizan, la tecnología utilizada, y los resultados que se esperan obtener de las intervenciones.
- Las características de la provisión de los servicios, entre las que se incluyen: la cualificación de los profesionales, los mecanismos de acceso al servicio, el método de asignación de pacientes, los recursos utilizados, el grado de normalización y las fórmulas de coordinación o integración entre los servicios sanitarios y los servicios sociales comunitarios.

Los servicios de enfermería a domicilio más desarrollados no requieren habitualmente la actuación del médico y se caracterizan porque (Toral, s.f):

- Utilizan la gestión de casos; es decir: valoración de los pacientes, establecimiento del plan asistencial, evaluación, coordinación de cuidados y solicitud de recursos necesarios para el cuidado, incluida la ayuda a domicilio.
- Se basan en modelos estandarizados de valoración y de clasificación de los pacientes, para priorizar los ingresos en instituciones.
- Los cuidados están sometidos a procesos de evaluación de acuerdo con estándares de práctica aceptados, y la enfermera que realiza la valoración integral y el plan asistencial suele ser especialista en enfermería comunitaria.
- Las intervenciones se dirigen a proporcionar ayuda para el autocuidado, educación del paciente y de su familia, actividades de refuerzo y apoyo a la red familiar y realización de procedimientos técnicos (desde administrar medicación parenteral o realizar una cura, hasta administrar anestesia epidural, insertar un catéter o manejar un respirador mecánico).

La provisión de servicios también varía, de unos países a otros, en cuanto a la cualificación de los profesionales que realizan los cuidados. En los países que han desarrollado un modelo basado en equipos multidisciplinarios que trabajan en centros de atención primaria (como es el caso de los países nórdicos, Irlanda y España), la atención domiciliaria es proporcionada por los mismos profesionales del equipo con responsabilidad sobre los pacientes y familias, como parte de un conjunto de actividades integradas, garantizando así la continuidad asistencial. En cambio, aquellos países con un modelo de atención primaria basado en prácticas profesionales independientes (como es el caso de Dinamarca y Holanda) han creado estructuras específicas para la atención domiciliaria.

Modalidades de atención sanitaria en el domicilio

Existen diferentes modalidades de atención en el domicilio en función del proveedor que la proporcione. Cuando son los profesionales de atención hospitalaria los que se desplazan al domicilio, esta modalidad se conoce como «hospitalización domiciliaria»; en cambio, cuando se presta desde la atención primaria, se denomina «atención domiciliaria» (Ferrer, 2006).

Según el tipo de proveedor, podemos diferenciar la «hospitalización domiciliaria» cuando son los profesionales de atención hospitalaria los que se desplazan al domicilio, y la «atención domiciliaria» cuando los cuidados son proporcionados por profesionales de la atención primaria.

Tabla 8.12 Diferencias entre la hospitalización a domicilio y la atención domiciliaria

	Hospitalización domiciliaria	Atención domiciliaria
Procedencia de los profesionales	Hospital	Centro de Salud
Procedencia de los pacientes	Hospital	Domicilio
Tecnificación	+++	+
Objetivos	Sustituir la hospitalización	Prevenir la hospitalización
Actividades	Hospital	Centro de Salud
Tiempo de seguimiento	Limitado	Ilimitado

De Ferrer C, 2006.

La hospitalización domiciliaria es una opción asistencial definida como el conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría ese mismo paciente en el hospital convencional. La inclusión en estos programas o unidades suele deberse a procesos crónicos con frecuentes reagudizaciones y para completar tratamientos. A diferencia de la atención domiciliaria prestada por los EAP, la hospitalización domiciliaria es una intervención vertical, concreta en situaciones de crisis y cuya responsabilidad es del hospital del que depende, mientras que en el caso de la atención domiciliaria se trata de una atención caracterizada por ser longitudinal, integral y continuada (tabla 8.12). Actualmente, la hospitalización domiciliaria resulta cuestionable por sus elevados costes y por la cada vez más sólida red de atención primaria existente para la intervención en el domicilio.

Asimismo, según las características de la provisión, podemos distinguir otras modalidades de atención a domicilio, como los modelos integrados, los dispensarizados y los sectorizados (Veras et al., 2007):

- Los modelos integrados contemplan la intervención tanto del médico como de la enfermera u otros profesionales del EAP, y se apoyan en programas asistenciales orientados a las personas y a sus grupos familiares, con independencia del problema concreto de salud. La ventaja fundamental es el conocimiento previo de la historia de salud tanto del paciente como de la familia, y que los mismos profesionales sanitarios van a atender siempre a esa persona. Además, los profesionales tienden a una mejor comunicación mutua.
- Los denominados modelos dispensarizados son aquellos en que algunos profesionales del equipo se responsabilizan de la atención domiciliaria, tanto a demanda y programada como en la atención urgente, es decir, en función del lugar y del tipo de atención. Puede ser eficiente porque aumenta la disponibilidad profesional al desvincular esta actividad de la demanda de consulta, facilita el conocimiento de técnicas y habilidades, pero va en contra de la continuidad asistencial, la longitudinalidad y la integridad, valores esenciales de la atención primaria.
- Por último, los modelos sectorizados, más utilizados en la atención domiciliaria de enfermería, son aquellos en que el territorio o zona de salud se subdivide en sectores geográficos con el fin de minimizar el tiempo de desplazamiento. Facilita el conocimiento de la comunidad y del entorno del paciente. En las ciudades simplifica la realización de las visitas ya que evita desplazamientos a domicilios dispersos. En cambio, la organización es más compleja al tener que relacionarse la enfermera de cada zona con varios médicos.

Una nueva clasificación, en función del servicio, distingue tres modelos de organización de la atención domiciliaria (Ferrer, 2006):

1. *Modelos de sistemas de gestión coordinada y de continuidad asistencial.* Este modelo prioriza la garantía de la coordinación entre diferentes niveles asistenciales y la coordinación entre los sectores sociales y sanitarios. La experiencia más relevante en que se basa este modelo es la llevada a cabo en Canadá: su objetivo es promocionar el trabajo integrado por procesos asistenciales, utilizando figuras facilitadoras como las enfermeras gestoras de casos, implicadas tanto en la atención primaria como en la especializada. En este modelo se basan algunas experiencias que se están desarrollando en España.
2. *Modelos integrales basados en equipos multidisciplinarios.* Es el modelo utilizado en los países nórdicos e Irlanda, y el clásico de los EAP en España. La provisión de los servicios se realiza desde los centros de salud, por parte de los profesionales con responsabilidad sobre los pacientes y sus familias: médicos de familia o pediatras y enfermeras de familia, apoyados por otros profesionales como fisioterapeutas o trabajadores sociales. Se provee como parte de un conjunto de actividades integradas, indistintamente del grado de dependencia del usuario, así se garantiza la continuidad asistencial. Su actividad clave se basa en la prevención y la promoción del autocuidado.
3. *Modelos de estructuras de apoyo para la atención domiciliaria.* Este modelo se basa en la fragmentación y la especialización de la atención. Está orientado a un tipo de población concreta o con problemas de salud específicos. Constituyen estructuras complementarias y de apoyo a los EAP, que con su especificidad buscan mejorar la capacidad de resolución por parte de los profesionales. Los más conocidos son los equipos de soporte de la atención domiciliaria (ESAD), de hospitalización a domicilio, las unidades de cuidados paliativos y de atención geriátrica especializada en domicilio, entre otros. Para el profesional del EAP supone una ayuda disponer de estos equipos, que acuden al domicilio del paciente a requerimiento del EAP. Cuentan con profesionales dedicados a la atención domiciliaria, con experiencia, preparación y conocimientos y, además, pueden actuar como intermediarios entre la atención primaria y el hospital para la coordinación de algunos procesos asistenciales.

A pesar del notable desarrollo que ha adquirido la atención domiciliaria en distintos países, incluido España, persisten importantes dificultades que impiden una atención domiciliaria de calidad: la elevada presión asistencial que provoca una dedicación a la atención domiciliaria inferior a la deseada, recursos sociales insuficientes, inadecuada coordinación entre niveles asistenciales, entre otras.

Por último, queríamos resaltar una iniciativa que se está extendiendo en España y en otros países; se trata de la implantación de una figura de gestora de casos, denominada «enfermería de enlace». Evoca la tradición británica y de otras partes de Europa que disponen de profesionales, fundamentalmente enfermeras, con dedicación específica para la atención sanitaria a domicilio que intentan asegurar la continuidad de los cuidados. Encontramos dos versiones: la que dirige su actividad sobre todo a la planificación del alta hospitalaria para asegurar la continuidad de cuidados y la coordinación intersectorial de estos pacientes (enfermera hospitalaria de enlace), y la que tiene por objetivo principal la atención del paciente crónico domiciliario (enfermera comunitaria de enlace o gestora de casos) y que actúa como referencia en atención primaria en el momento del alta hospitalaria.

La enfermera comunitaria de enlace tiene como misión fundamental servir de nexo entre el paciente, su familia y los sistemas formales de cuidados, sanitarios y, sociosanitarios y sociales. Su finalidad es mejorar su calidad de vida a través de un proceso de colaboración mediante el cual la enfermera vela para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial, coordinándose con diferentes profesionales y movilizando los recursos necesarios, garantizando así una atención integral y continuada, e intentando resolver las necesidades de cuidados del paciente y de su cuidador (Jodar et al., 2005).

Programas de Atención Domiciliaria

Los Programas de Atención Domiciliaria son el instrumento necesario para que el EAP pueda realizar este tipo de atención de forma correcta y organizada. Para lograr este propósito, los programas deben tener una definición clara de sus objetivos generales, criterios de inclusión y exclusión, actividades a realizar para conseguir los objetivos específicos establecidos, e indicadores con una previsión de la evaluación sistemática del impacto producido en términos de resultados. Para optimizar estas actividades, en muchos lugares se han elaborado Programas de Atención Domiciliaria con sus correspondientes protocolos de actuación, que delimitan las funciones y las tareas que deben desarrollar los distintos profesionales implicados (Cegri et al., 2010).

La misión última de los Programas de Atención Domiciliaria desarrollados desde la APS es dar respuesta a las necesidades presentes y futuras de nuestra sociedad cambiante, avanzando hacia fórmulas asistenciales más integradoras. Estos programas deben responder a un modelo de atención domiciliaria colaborativo con visión compartida de la atención y estar basados en una detección precoz y anticipatoria de los cuidados, en coordinación con los diferentes niveles asistenciales. Los Programas de Atención Domiciliaria se deben organizar de forma interrelacionada con los otros asistenciales existentes, y basarse en el trabajo interdisciplinario de los profesionales de medicina, enfermería y trabajo social.

Pitz Bonal Pablo, Sánchez M Herminia, Suffo A José Antonio (2011)Organización de la atención familiar y comunitaria . Capítulo 9 Profesionales de atención familiar y comunitaria: competencias, tareas y relación con otros profesionales de referencia. En Zurro Armando, Sola Jodar Gloria. Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes (pp143-168).Barcelona España: Elsevier

Enfermería familiar y comunitaria

La historia de la enfermería es una constante carrera de esfuerzos dedicados a aumentar el cuerpo de conocimientos de este colectivo y conseguir que su práctica clínica ocupe un papel relevante en los servicios de salud (Alligood, 2011). La especialidad de enfermería familiar y comunitaria es una muestra de ello, y así se establece en su programa formativo (BOE 157, Orden SAS/1729/2010). La OMS considera que la enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria «ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Asimismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece sus servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar sus miembros, etc.», previendo también que esta especialista «esté preparada para intervenir en los órganos de salud pública, ya que ella puede identificar elementos en el barrio y la comunidad que influyen de manera positiva o negativa en la salud de la familia y las personas que la componen, por lo que será una activa participante de la comunidad en lo que se refiere a los programas de salud, incluyendo colegios, organizaciones no gubernamentales, grupos de la comunidad, culturales, sociales, religiosos, etc., elaborando una acción comunitaria como elemento esencial de la Atención Primaria de Salud». En este contexto, serán de gran valor añadido para la población destinataria de sus cuidados enfermeros, el desarrollo de competencias para la coordinación y liderazgo de la atención domiciliaria que prestan todos los profesionales de la salud que intervienen en el contexto comunitario y la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes para facilitar la participación comunitaria, es decir, trabajar por la capacitación de los miembros de las comunidades y familias donde desarrollan su trabajo para que éstos aumenten el control sobre su salud y la mejoren actuando de manera coordinada sobre los determinantes de la misma, identificando activamente sus necesidades de salud, tomando decisiones y estableciendo mecanismos para satisfacerlas (Martínez Riera, 2006).

La enfermera de familia da respuesta a las necesidades de salud de la población, mediante una asistencia holística a las personas, familias y comunidades, con el objetivo de promover, mantener o mejorar su salud, y, en su caso, acompañar en el proceso de la muerte.

La enfermera de familia estará capacitada para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, mediante una asistencia (desde una perspectiva holística: fisiológica, psicológica, social, cultural y espiritual) integral y directa a las personas, familias y comunidades, con el objetivo de promover, mantener o mejorar su salud (tanto en personas sanas como en aquellas con alteraciones de la salud) a través del fomento de la capacidad de autocuidado, y para atender a personas dependientes (en cualquiera de los distintos niveles de dependencia). El

desarrollo de los diagnósticos, planes y cuidados de enfermería, dentro del contexto de la atención primaria, y la aplicación de los métodos y recursos de la enfermería comunitaria han contribuido a potenciar esta capacitación (Doenges, 2008; Ferrer Arnedo, 2009; Luis Rodrigo, 2008; Nanda International, 2010), permitiendo al especialista en enfermería familiar y comunitaria, en su práctica asistencial y trabajando en un equipo de salud multidisciplinario, desempeñar el papel de líder, impulsor, mediador, garante, gestor, capacitador y facilitador del cuidado de las personas en su entorno habitual de relación: la familia y la comunidad.

La enfermera de familia debe liderar, diseñar y aplicar una atención sanitaria y unos cuidados personales y comunitarios que, frecuentemente, se focalizan alrededor de la gestión de casos.

A las propias competencias profesionales comunes de los profesionales que desarrollan su labor asistencial en el ámbito de la atención familiar y comunitaria, deberíamos añadir las específicas siguientes.

Competencias clínicas avanzadas

Capacidad para:

1. Aplicar modelos conceptuales para la práctica clínica de la enfermería en el ámbito familiar y comunitario.
2. Utilizar el proceso enfermero de valoración del estado de salud e identificación y diagnóstico de problemas, planificación de intervenciones de tratamiento enfermero y relación terapéutica con pacientes, familias y grupos sociales.
3. Realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas especialmente relacionadas con la prevención y el control de enfermedades crónicas más prevalentes.
4. Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto con otros especialistas y profesionales, programas de atención a las enfermedades crónicas presentes en el ámbito familiar y comunitario.
5. Usar e identificar el uso de fármacos y otros productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería en el ámbito de la atención familiar y comunitaria, con especial atención a la cronicidad y a las situaciones de dependencia, de acuerdo con la legislación vigente.
6. Integrar e indicar otra medidas terapéuticas no farmacológicas como dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico en las alteraciones de salud más frecuentes en el ámbito de la atención familiar y comunitaria, con especial atención a la cronicidad y a las situaciones de dependencia.
7. Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto con otros especialistas y profesionales, programas de cirugía menor en el ámbito de la atención familiar y comunitaria.
8. Detectar situaciones que necesiten coordinación o derivación a otros profesionales especialistas o ámbitos de atención.
9. Documentar y registrar el proceso de atención utilizando la historia digital y otras herramientas tecnológicas de comunicación e información.
10. Saber manejar los conflictos éticos y legales que se plantean como consecuencia de la práctica clínica.
11. Desarrollar una atención familiar y comunitaria desde la perspectiva de la seguridad del paciente y su familia.
12. Liderar, diseñar y aplicar una atención sanitaria y unos cuidados de enfermería familiar y comunitaria basados en la gestión de casos.
13. Ser capaces de obtener y usar las evidencias científicas disponibles en la planificación de los cuidados enfermeros, así como generarlas en el caso de su inexistencia, realizando, por tanto, una práctica clínica basada en la evidencia.
14. Manejar con destreza y habilidad, técnicas de comunicación en las relaciones interpersonales en los procesos de entrevista, negociación y resolución de conflictos, sirviéndose de las nuevas tecnologías de la comunicación aplicadas a la atención enfermera.
15. Manejar de forma efectiva, en la asistencia a la población, la metodología enfermera (Proceso de Atención de Enfermería) así como de las taxonomías que ésta implementa (NANDA, NOC y NIC) o aquellas, referidas al cuidado, que sean validadas y con reconocida evidencia por la comunidad científica enfermera.
16. Contemplar la perspectiva de género en la evaluación, planificación y prestación de los cuidados enfermeros.
17. Garantizar la gestión de cuidados desde la gestión de los valores de las personas y las comunidades.
18. Aplicar sus conocimientos y actitudes para que las personas a las que cuidan sean capaces de ejercer su autonomía en todas y cada una de las decisiones que su paso por el sistema sanitario puede hacerle tomar, garantizándole en todo momento la presencia cuidadora, con un rol de acompañamiento en el sistema.
19. Ser capaz de contextualizar y optimizar sus juicios diagnósticos e intervenciones para el cuidado eficaz y efectivo para lo que estará impregnada de la cultura de la evaluación y la autoevaluación de forma que garantice el cuidado seguro y de calidad.
20. Orientación a resultados autoevaluando sus intervenciones y habilidades con el objetivo de mejorarlas.
21. Utilizar estrategias de intermediación cultural en la atención a los pacientes y familiares.

Competencias específicas

1. Capacidad para proporcionar cuidados integrales y continuos a través de la planificación, desarrollo y evaluación planes de cuidados que garanticen una asistencia sanitaria integral y continuada a las personas, con el objeto de que logren un mayor nivel de salud:
   a. En sus distintas etapas evolutivas:
      - Desarrollo infantil.
      - Adolescencia.
      - Adultez.
      - Ancianidad.
      - Proceso del final de la vida.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

b. Ante problemas de salud:
   - Atención a personas, y sus familias, con estado de salud crítico.
   - Atención a las personas, incluida la atención a sus familiares, con necesidad de cuidados paliativos.
   - Atención a personas, y sus familias, con necesidades derivadas de una adicción (ludopatías, tabaquismo, alcoholismo y otras) o de otras conductas de riesgo para la salud.
   - Atención a personas, y sus familias, con problemas de salud crónicos.
   - Atención a personas, y sus familias, con alteraciones de la salud agudas.
   - Atención a las personas dependientes y a sus familiares.
   - Detección y atención a personas, y sus familias, víctimas de violencia: en especial la violencia contra la mujer y la violencia en niños y ancianos.
   - Promoción de la adaptación de las personas a los problemas de salud y a los cambios vitales que afecten a ésta.

La enfermera de familia proporciona cuidados integrales y continuos a través de la planificación, desarrollo y evaluación de planes de atención personal, de la familia y de los grupos comunitarios.

2. Saber planificar, desarrollar y evaluar planes de cuidados que garanticen una asistencia sanitaria, integral y continua, dirigidos a las familias para lograr un afrontamiento efectivo de su situación de salud, es decir, mediante:
   a. Enfoque y abordaje familiar de los problemas de salud de cada uno de sus miembros.
   b. Intervención familiar en las situaciones de crisis: asesoramiento y mediación familiar, afrontamiento efectivo ante las crisis.
   c. Atención domiciliaria.
   d. Gestión de recursos familiares, comunitarios y sociales (liderando la coordinación del equipo interdisciplinario y con otros servicios de atención sociosanitaria): asumiendo el rol de gestor de casos.
   e. Atención, formación y apoyo a las cuidadoras familiares.
3. Ser capaz de planificar, desarrollar y evaluar planes de cuidados integrales e integrados en los domicilios de los usuarios, en las residencias de ancianos, en los colegios y en aquellos lugares que físicamente se encuentran en la comunidad donde se desenvuelven las personas dentro de la zona de atención enfermera, teniendo especial vigilancia en los procesos de cambios domiciliarios (anciano itinerante, residencias sociosanitarias, etc.).
4. Capacidad para gestionar las necesidades de cuidados de las personas dependientes a partir de un problema de salud, siendo el interlocutor reconocido en el sistema y por ambos ámbitos de atención (primario y secundario), desde la planificación de cuidados anticipada para la coordinación de recursos sanitarios previo al alta del nivel hospitalario antes de la integración en su entorno cotidiano, y apoyada por los recursos sociales y comunitarios.
5. Planificar, desarrollar y evaluar programas de intervención comunitaria dirigidos al desarrollo de la salud pública y comunitaria.
   a. Planificar, desarrollar y evaluar programas de intervención y de promoción de la participación comunitaria en especial sobre:
      - Promoción de la salud y prevención de sus posibles alteraciones.
      - Prevención de las conductas violentas: contra la mujer, escolar, laboral.
      - Fomento y colaboración en grupos de autoayuda, ONG, fomento y coordinación del voluntariado social.
      - Planificación, prestación y evaluación de cuidados transculturales a poblaciones con características culturales diversas.
6. Planificar, desarrollar y evaluar programas de salud pública y comunitaria con el fin de:
   a. Gestionar la logística operativa de las incidencias como brotes epidemiológicos y riesgos de salud pública.
   b. Realizar investigación y vigilancia epidemiológica, incluida la información referente a los diagnósticos enfermeros.
   c. Garantizar una adecuada salud medioambiental.
   d. Prevenir accidentes en los ámbitos doméstico, tráfico, laborales escolares, etc.
7. Planificar, desarrollar y evaluar Programas de Educación para la Salud grupal para la promoción de hábitos de vida saludables y autocuidados.
8. Mantener un compromiso con la búsqueda de la verdad desde actitudes abiertas y permeables, procediendo de acuerdo con el Código Deontológico de la Enfermería, con los principios de la bioética y del marco legal, y defendiendo los intereses de los ciudadanos como eje de su intervención.

LA GESTIÓN DEL RIESGO: UN REPASO POR LAS NOCIONES BÁSICAS

LA GESTIÓN DE RIESGO ES UN PROCESO PARA IDENTIFICAR LAS AMENAZAS NATURALES Y HUMANAS QUE PUEDEN ALTERAR LA VIDA DE UNA SOCIEDAD, PREVER SUS IMPLICANCIAS EN LA SALUD PÚBLICA Y DEFINIR LAS POLÍTICAS NECESARIAS PARA PREVENIRLAS, CONTENERLAS Y MITIGARLAS.

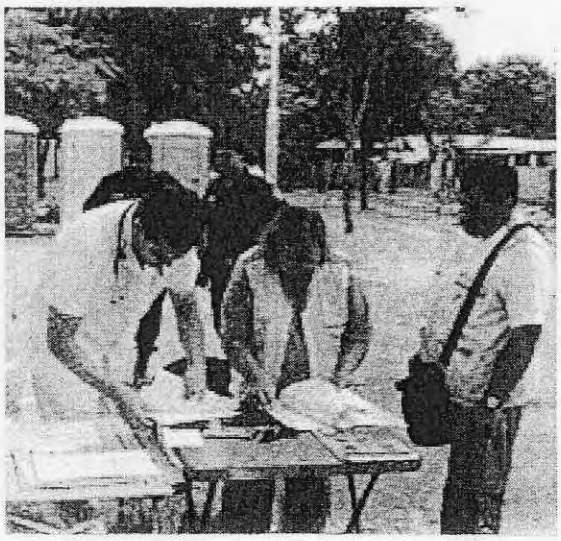
Ministerio de Salud de la Nación Salud (2016) Comunicación y desastres: guía básica para la comunicación de riesgo en Argentina. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000832cnt-2016-05_guia-salud-comunicacion-desastres-isbn.pdf

¿QUÉ ES LA GESTIÓN DE RIESGO?

Se denomina así a la acción integral que abarca todos los aspectos del abordaje de una situación de riesgo de desastre. Permite determinar los riesgos, intervenir para modificarlos, disminuirlos, eliminarlos y/o lograr la preparación pertinente para responder ante los daños que, sin duda, causará un determinado desastre.

En toda América Latina, en los últimos años, la gestión del riesgo ha jugado un papel importante en la prevención y mitigación de las consecuencias que tienen en la salud humana fenómenos como las epidemias, la exposición a inundaciones, las lluvias de cenizas volcánicas, los accidentes urbanos de gran envergadura, entre otras.

Estos hechos suelen surgir de forma inesperada. Irrumpen en la vida cotidiana y producen impactos muy negativos en todo sentido. Aunque no es posible fijar el día, la hora y el lugar exactos en que ocurrirán, existen factores que permiten saber la probabilidad de su ocurrencia en un determinado lugar y por un periodo de tiempo.



CONCEPTOS BÁSICOS

¿CUÁNDO HABLAMOS DE EMERGENCIA, DESASTRE O RIESGO?

Siguiendo las definiciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tanto una emergencia como un desastre son alteraciones o daños de diverso tipo (a la salud, los bienes, el medio ambiente, etc.) que demandan respuesta inmediata de la comunidad afectada. Estos son llamados genéricamente como eventos adversos.
Se diferencian en la magnitud de los daños que producen.

- **Emergencia:** Alteraciones en las personas, la economía, los sistemas sociales y el medio ambiente, causadas por sucesos naturales, generadas por la actividad humana o por la combinación de ambos, cuyas acciones de respuesta pueden ser manejadas con los recursos localmente disponibles.
- **Desastre:** Contempla las mismas alteraciones intensas descritas anteriormente pero que superan la capacidad de respuesta de la comunidad afectada. A diferencia de una emergencia, la característica principal del desastre es que exige el apoyo externo: de otra institución, otra ciudad o región, etc.
- **Riesgo:** Remite a la probabilidad de daños sociales, ambientales y económicos en una comunidad, en determinado periodo de tiempo, en función de la amenaza y la vulnerabilidad.
- **Vulnerabilidad:** Es un factor interno de riesgo de un sujeto, objeto o sistema, expuestos a una amenaza, que corresponde a su predisposición intrínseca a ser dañados. Existe en la medida en que se haga o deje de hacer algo: la ubicación de las ciudades, la calidad de la construcción de las viviendas, el nivel de mantenimiento en todo tipo de servicios públicos, el tipo de producción económica, el grado de organización social, la capacidad de gestión, etc. La vulnerabilidad de una comunidad debe analizarse en función de cada una de las amenazas posibles. Hay vulnerabilidades estructurales y otras de carácter no estructural.

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES AMENAZAS EN ARGENTINA?

Se entiende por amenaza a cualquier factor externo de riesgo con potencial para provocar daños sociales, ambientales y económicos en una comunidad en determinado periodo de tiempo.
Existen diferentes tipos de amenazas de acuerdo a su posible origen:

NATURALES: Son aquellas en las que no interviene la actividad humana, como sismos, erupciones volcánicas, algunos tipos de inundaciones, deslizamientos, entre otros.

ANTRÓPICAS O GENERADAS POR LA ACTIVIDAD HUMANA: son sucesos como incendios, explosiones, contaminaciones, accidentes del transporte masivo, entre otros.

MIXTAS: producto de un proceso natural modificado por la actividad humana como los deslizamientos por deforestación de las laderas; sequías; derrumbes por mala construcción de caminos, canales, viviendas; etc.

Cada comunidad tiene sus propias amenazas debido a sus características de ubicación, geografía, geología y a su proceso de desarrollo. Los que están cerca de volcanes o cordones montañosos tienen amenazas de erupciones o terremotos, los de las llanuras húmedas están expuestos a la amenaza de inundaciones, las zonas urbanas o productivas enfrentan problemas vinculados con contaminaciones, explosiones por actividad industrial, entre otros.

De acuerdo a *Documento País 2012. Riesgo de desastres en la Argentina*[1] editado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y otras instituciones en el contexto de los proyectos DIPECHO VII, en nuestro país las principales amenazas que pueden eventualmente afectar la salud pública son:

- Erupciones volcánicas
- Inundaciones
- Terremotos
- Deslizamientos y aluviones
- Grandes nevadas y tormentas de nieve
- Tornados y tormentas
- Olas de calor
- Incendios silvestres
- Problemas con materiales tóxicos en instalaciones y transporte
- Brotes, epidemias y pandemias

MAPA CON DISTRIBUCIÓN DE AMENAZAS

Unidad 1. Primeros auxilios. Concepto y generalidades.

¿Qué son los Primeros Auxilios?

Los primeros auxilios son los cuidados básicos que se dan de manera inmediata a una persona que ha sufrido una urgencia, emergencia o enfermedad repentina.

La persona que realiza el primer auxilio es un eslabón entre el accidentado y el equipo de salud.

Es recomendable que todas las personas, en especial si cumplen el rol de agentes comunitarios, sepan qué hacer y qué no hacer en relación a un primer auxilio. **Los primeros cuidados, dados en forma oportuna y eficiente, salvan vidas.**

Los primeros auxilios suelen ser necesarios en situaciones en las que ocurren accidentes.

Consisten en un conjunto de medidas básicas que sostienen a la persona hasta que reciba una asistencia más compleja.

Tienen como finalidad contribuir a conservar la vida, evitar complicaciones físicas y psicológicas, bregar por la recuperación de la persona accidentada y, siempre que sea posible, asegurar su traslado a un centro asistencial para que reciba atención médica.

En un accidente puede ocurrir que la afección de la persona **no ponga en riesgo inmediato su vida.** Pero con el pasar de las horas puede transformarse en una emergencia. Por eso se suele decir que **si una URGENCIA no es atendida puede transformarse en EMERGENCIA.**

Pautas generales para brindar primeros auxilios

Aunque cada situación puede requerir de acciones específicas podemos anticipar algunas **pautas generales** para actuar en las emergencias:

- **Evaluar la situación** — Será prioridad la seguridad de la escena y el lugar. Y también del que brinda el primer auxilio, para que no se convierta en otra víctima (ej: zonas de derrumbe, vidrios rotos, etc.).
- **No improvisar** — Si no sabe cómo brindar el auxilio puede colaborar conteniendo y abrigando a la persona y activando el Sistema de Emergencia Médica (SEM).
- **No improvisar** — Si no sabe cómo brindar el auxilio puede colaborar conteniendo y abrigando a la persona y activando el Sistema de Emergencia Médica (SEM).
- **Mantener la tranquilidad** — No entre en pánico: conserve la tranquilidad para actuar con serenidad y rapidez.
- **No dejar solo al lesionado** — No entre en pánico: conserve la tranquilidad para actuar con serenidad y rapidez.

Trate de investigar qué es lo que sucedió. Si hay espectadores, ellos podrán informarle y ayudarlo.

Si hay familiares o amigos de la persona accidentada, podrán aportar datos sobre el padecimiento de enfermedades.

Recorte de:
Ministerio de Salud de la Nación.Módulo Primeros Auxilios y Elementos de protección **personal** para los participantes. Recuperado en http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/materiales-didacticos/2-3-3-J-modulo primaux.pdf

↘ **Tomar cuidados personales**	Colóquese guantes de látex antes de cualquier revisión o intervención sobre la persona accidentada.
↘ **Realizar cuidados básicos a la persona accidentada**	• Evalúe el estado de conciencia de la persona afectada, tocando suavemente su hombro y preguntándole cómo se siente. • Revise posibles lesiones para atender las que comprometan la vida o informar al SEM. • No mueva innecesariamente a la persona lesionada ni permita que se levante o se mueva. • No administre medicamentos. • No de líquidos por boca a personas con alteraciones de conciencia.

Solicitud de ayuda médica y Traslado en emergencia

Es importante llamar al Servicio de Emergencia en estas situaciones
Está o queda inconsciente
No respira, lo hace con dificultad o en forma extraña
Siente dolor o presión en el pecho o abdomen
Sangra en forma abundante o vomita
Sufre convulsiones, dolor de cabeza severo
Habla en forma confusa
Parece estar intoxicada
Parece haber sufrido un golpe fuerte o tiene lesiones en cabeza, cuello o columna

Tal como mencionamos en el punto anterior, en el momento de prestar primeros auxilios a una persona y para solicitar atención médica es fundamental contar con la ayuda de quienes lo rodean. Esas personas pueden comunicarse con el *servicio de emergencias* a **partir de la información que usted les transmita claramente.**

Los datos relevantes a transmitir son:
• el lugar del hecho
• la situación en la que se encuentra el accidentado (estado de conciencia, respiración, lesiones).

Recuerde registrar (usted o un colaborador) el horario en que se comunicaron con el sistema de emergencia.

El traslado innecesario de las personas afectadas por una emergencia es muy riesgoso.

Se sugiere prestar la atención en el sitio del hecho, a menos que exista peligro inminente para la vida de la persona o del que ayuda como ocurre en casos de incendio, peligro de explosión o derrumbe de un edificio.

En caso de ser necesario, si no puede activar el Sistema de Emergencia porque no existe en su localidad o porque no tiene cómo comunicarse con el mismo, traslade a la persona afectada a un centro asistencial teniendo el cuidado de No agravar las lesiones existentes, ni ocasionar nuevas. Esto es, movilizándolo con cuidado, evitando golpes y movimientos bruscos, y revisando su respiración y estado de conciencia. Veamos en los siguientes pasos cómo intervenir en esa situación...

Comúnmente las personas identifican con la palabra "accidente" lo que en realidad, técnicamente, hoy se denomina "incidente".

Pero...

¿Qué es un accidente?	¿Qué es un incidente?
Un accidente es un suceso imprevisto o eventual de origen NATURAL, que ocurre de manera repentina.	Un incidente es un encadenamiento de hechos NO NATURALES que se puede evitar. Lleva a la ocurrencia de una lesión no intencional que puede privar o no a la persona del sentido o del movimiento, o a veces restringirlo
No lo podemos prevenir. No es intencional. Tiene como consecuencia daños para las perso-Nas y objetos. Sus consecuencias son visibles de inmediato.	Un incidente no es una fatalidad. Generalmente puede ser prevenido y anticipado.

Los accidentes pueden ocurrir en diferentes lugares (vía pública, domicilio, escuela, etc.). De acuerdo a la gravedad del mismo, la persona puede resultar hospitalizada o no. Según el riesgo que implican, ponen a las personas en situación de emergencia o urgencia.

Los incidentes pueden clasificarse utilizando distintas categorías:

- Según las **causas que los originaron** (ahogamiento por inmersión, caídas, accidentes de tránsito)
- Según el **tipo de lesión generada** (fracturas, quemaduras, insolación, desmayo, intoxicación).
- Según el **lugar del hecho** (domiciliarios, en vía pública, lugar laboral, en escuela).
- Según la **intensidad de la lesión provocada** (lesiones leves, moderadas o graves).

Todos estos factores influyen y condicionan el tipo de intervención que la persona requiere y las posibilidades de atención posibles al momento de ocurrencia del incidente.

Incidentes más frecuentes y primeros auxilios

Dada la magnitud y diversidad de los incidentes, en el presente texto se abordarán los eventos más frecuentes explicitando los primeros auxilios necesarios en caso de que sucedan.

Los incidentes más frecuentes y algunas consecuencias de los mismos que abordaremos son:

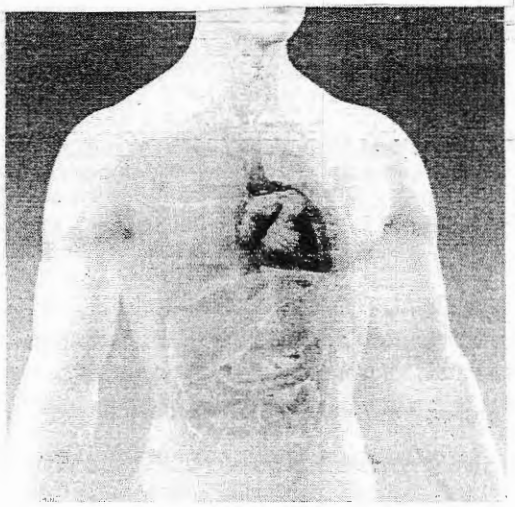
- Paro cardiorrespiratorio
- Asfixia por aspiración de cuerpos extraños
- Electrocución
- Quemaduras
- Insolación o golpe de calor
- Heridas por cortes o golpes, arma blanca y arma de fuego.
- Hemorragias
- Esguinces, luxaciones y fracturas
- Mordeduras y Picaduras
- Intoxicaciones
- Accidentes viales
- Pérdida de conciencia y convulsiones

↘ Paro cardiorrespiratorio

Se llama Paro cardiorrespiratorio (PCR) a la detención repentina y simultánea de la respiración y del funcionamiento del corazón.

Nuestro cuerpo requiere un suministro constante de oxígeno para poder sobrevivir. Las lesiones o enfermedades que afectan la respiración o los latidos del corazón, o aquellas que causan sangrados, pueden alterar al aporte de oxígeno. En esos casos se puede producir una emergencia que ponga en peligro la vida de las personas.

El PCR se manifiesta a través de la ausencia del pulso y la respiración, la piel pálida o a veces azulada (especialmente en labios y uñas), la pérdida de conocimiento y las pupilas dilatadas (primero parcialmente y a los 2 ó 3 minutos en forma total y sin reacción a la luz).



Cuando ocurre esta situación es necesario comunicarse de inmediato con la Emergencia Médica. Mientras, es posible poner en funcionamiento maniobras de primeros auxilios, algunas sencillas y otras que requieren de práctica. Por eso, aunque aquí las mencionemos, les recomendamos hacer cursos específicos para aprenderlas.

Una de las maniobras es la Reanimación Cardio-Pulmonar, también llamada RCP, que se realiza en el caso de que la persona esté inconsciente y no respire. Dada la complejidad del procedimiento, para efectuarlo es necesario realizar un curso práctico.

Frente a un episodio de paro cardiorrespiratorio el procedimiento de primeros auxilios es realizar la Reanimación Cardio-Pulmonar RCP.

Aunque usted no cuenta con estos conocimientos SI puede ayudar haciendo lo siguiente:

- **SI** Intentar despertar a la persona con movimientos suaves o llamándola.
- **SI** Acostar a la persona sobre su espalda y pedir ayuda.
- **SI** Comprimir el pecho a la altura del esternón con el talón de la mano.
- **SI** Asegurar que la vía respiratoria esté liberada, sin obstrucciones. Esto se explica más abajo.

↘ Asfixia por aspiración de cuerpos extraños

Se considera un cuerpo extraño a cualquier elemento ajeno al organismo que, a través de la piel, los ojos, la nariz o la boca, entra al cuerpo alterando su normal funcionamiento. En general, son los niños los más expuestos a este tipo de problemas, ya que no pueden medir el riesgo de ciertas situaciones y tienen una mayor disposición a explorar y curiosear.

La asfixia por aspiración del cuerpos extraño, también llamada "atragantamiento", es un accidente en el que un objeto sólido, un líquido, o un gas obstruyen las vías respiratorias. Puede ser provocado por alimentos (líquidos y sólidos), juguetes, gases tóxicos, etc. La persona respira con dificultad porque no ingresa oxígenos a sus pulmones.

El 95% de los accidentes infantiles que se producen cada año pueden ser evitados tomando algunas precauciones básicas, que deben formar parte de los hábitos cotidianos de cualquier adulto que conviva con niños.

Ante una situación de asfixia de este tipo es recomendable que:

- Trate que la persona elimine el cuerpo extraño tosiendo.
- Si no ocurre espontáneamente, colóquese detrás de la persona atorada y:
  -Rodee la cintura y coloque sus manos empuñadas en la boca del estómago (sobre el ombligo)
  -Presione la boca del estómago fuertemente con las manos empuñadas.
  -Repita la maniobra varias veces hasta que la persona expulse el cuerpo extraño.

- En caso de que la asfixia sea por un gas, ventile bien el espacio en el que se produjo para que ingrese oxígeno.
- Traslade a la persona a un Centro Asistencial.

Otros incidentes por cuerpos extraños

Pueden presentarse situaciones con cuerpos extraños que no necesariamente provoquen asfixia. Por ejemplo, es frecuente que a los adultos les entren elementos en los ojos, que pueden alojarse en el párpado inferior, el párpado superior o en el centro del ojo. Cuando esto ocurre, en general produce sensación de calor en el ojo, enrojecimiento, sensación de ardor, dolor, lagrimeo, dificultad para mantener el ojo abierto. En esos casos es recomendable que la persona no trate de sacar el cuerpo extraño, no frote el ojo, ni aplique gotas, cremas o soluciones de ningún tipo. De persistir la molestia es aconsejable que visite a un oftalmólogo.

↘ Electrocución

La electrocución es un incidente producido por una descarga eléctrica. Puede ocurrir con fuentes de baja o de alta tensión, a partir del contacto o cercanía con un conductor eléctrico.

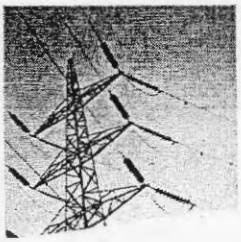
Un **conductor** es un elemento que tiene la capacidad o poder de transmitir calor, electricidad o sonido.

Un **conductor eléctrico** es un material que puesto en contacto con un cuerpo cargado de electricidad, transmite la misma a todos los puntos de su superficie. Es decir, la electricidad pasa fácilmente a través del mismo. Los mejores conductores eléctricos son los metales y las aleaciones. Entre estos se reconoce la capacidad de conducción de la plata, del cobre de menor costo y del aluminio en las redes de alta tensión. Algunos otros materiales no metálicos pueden también funcionar como conductores eléctricos, como por ejemplo las soluciones salinas (por ejemplo el agua de mar).

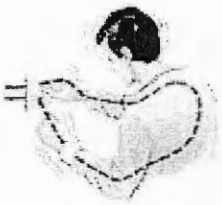
Para evitar el contacto directo con esos materiales conductores, es posible utilizar otros materiales que funcionan como aislantes eléctricos. Éstos son elementos que resisten el flujo de corriente eléctrica provocada por la tensión a la que está sometido el elemento electrificado. Es decir, en esos casos la electricidad no pasa fácilmente. Son ejemplos de aislantes la madera, el caucho, el plástico, la tela, el aire y el vidrio con diferente resistencia.

Sabías que...
El volt o voltio es la unidad de medida utilizada para medir la carga de electricidad: el potencial eléctrico, la fuerza electromotriz y el voltaje. Recibe su nombre en honor de Alessandro Volta, quien en 1800 inventó la pila voltaica, primera batería química.

En una **electrocución** por baja tensión (110-220 volts), es necesario que la persona toque el conductor para que se genere el daño. Esto es lo que ocurre en las situaciones domésticas, al tocar un cable pelado, un electrodoméstico que produce una descarga, un enchufe, etc.



Por el contrario, si la **electrocución** es por una fuente de alta tensión (más de 1000 volts), no es necesario el contacto directo, ya que antes de que la persona llegue a tocarlo, salta espontáneamente un arco eléctrico y se produce la electrocución.



Cualquier lesión causada por la electricidad es potencialmente grave, tanto si se ha producido por alta tensión como por la tensión doméstica de 220 voltios.

En una electrocución el cuerpo actúa como intermediario entre el conductor eléctrico y la tierra. La electricidad se extiende a todos los tejidos del cuerpo y llega a causar daños profundos y generalizados pudiendo ocasionar la muerte por paro cardiorrespiratorio, aun cuando exteriormente la piel no muestre más que una pequeña señal en el punto de contacto con la corriente.

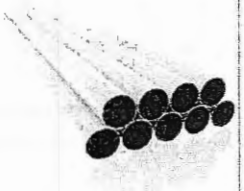
Nuestro cuerpo resulta un buen conductor eléctrico debido a que se compone en gran parte de agua y sales minerales. Los distintos tejidos de nuestro cuerpo reaccionan cuando una descarga circula por el organismo y los efectos biológicos dependen de su intensidad.

En caso de ocurrir una electrocución SI se recomienda que:

- **SI** Interrumpa de inmediato el paso de la corriente.
- **SI** Ddesconectando el conductor causante de la descarga. Sin tocarlo, utilizando un intermediario no conductor (ej una madera).
- **SI** En caso de no poder desconectar, NO EXPONERSE.

Luego atender:

- **SI** Aplicar RCP si es necesario y está capacitado para hacerlo.
- **SI** Colocar colchones, mantas, montones de paja o una lona para amortiguar la caída si el accidentado quedó suspendido a cierta altura del suelo.
- **SI** Trasládelo a un centro asistencial.



En caso de ocurrir una electrocución NO se recomienda:

- **NO** Emplear objetos metálicos para separar a la víctima de la corriente.
- **NO** Retirar al accidentado pasándole los brazos por debajo de las axilas que al estar sudorosas son un medio de conducción eléctrica.

Quemaduras

Son un tipo específico de lesión de los tejidos blandos del cuerpo, producido por agentes químicos, térmicos, eléctricos o radiactivos.

Las quemaduras pueden ser producidas por:

- Líquidos hirvientes (agua, aceite, etc.).
- Sólidos calientes (planchas, estufas, etc.).
- Frío (exposición a muy bajas temperaturas).
- Descargas eléctricas de diferentes voltajes.
- Agentes radiactivos (rayos solares, rayos X, rayos infrarrojos).
- Nafta y derivados del petróleo.
- Ácidos (clorhídrico o sulfúrico).
- Álcalis (soda cáustica, cal o carburo).

La gravedad de la quemadura depende de la temperatura del medio que la causó y del tiempo de exposición al mismo. También de la extensión y la profundidad de la quemadura, la edad y el estado físico de la persona afectada. Además la ubicación en el cuerpo también influye en la magnitud de las secuelas. Un ejemplo de ello lo constituye la gravedad de las quemaduras localizadas en la cara, cuello, manos, genitales o pliegues de flexión.

En caso de ocurrir una quemadura es importante que sepa qué acciones puede realizar y cuáles no

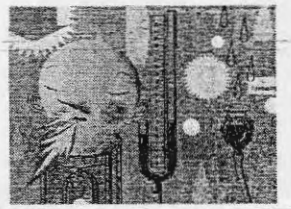
Las que SI puede realizar:

- **SI** Tranquilice a la persona.
- **SI** Debe comunicarse con un servicio de atención médica y avise a algún familiar o conocido de la persona afectada.
- **SI** Enfríe el área quemada durante varios minutos con agua limpia fría (nunca helada) o solución fisiológica sobre la lesión, para enfriar la quemadura.
- **SI** Remueva la ropa que no esté pegada a la zona quemadA.
- **SI** Cubra la herida con algún apósito limpio.
- **SI** Cubra el apósito con un lienzo (tela) limpio y seco.
- **SI** Mantenga a la persona en un ambiente tibio para evitar la hipotermia (baja de temperatura).
- **SI** Administre abundantes líquidos por vía oral, siempre y cuando la persona accidentada esté consciente.
- **SI** Gestione lo antes posible el traslado a un centro de atención especializado.

Las acciones que NO debe realizar:

- **NO** Rompa las ampollas. Así evitará infecciones y mayores traumatismos.
- **NO** Aplique ungüentos, manteca, hielo, aceites, pasta dental, carne, tomate, aloe vera, orina etc, vendajes secos, vendajes con pelusa o cualquier remedio casero.
- **NO** Toque, sople o respire sobre la quemadura.
- **NO** Toque o retire la piel ampollada o levantada.

Insolación o golpe de calor



Es el cuadro que se manifiesta, como consecuencia del calor extremo, por una exposición prolongada al sol o de una fuente de calor artificial. La persona insolada siente agotamiento, dolor de cabeza, fiebre, sed, sudores abundantes, respiración rápida, congestión de la cara.

Es importante destacar que los niños y los ancianos son más vulnerables a esta situación.

En caso de producirse insolación o golpe de calor SI se recomienda que

- **SI** Coloque al paciente en un lugar fresco con la cabeza alta y boca arriba.
- **SI** Coloque compresas frías y húmedas en la frente.
- **SI** Coloque paños fríos en todo el cuerpo si hay fiebre.
- **SI** De periódicamente agua a temperatura ambiente para beber. En un litro de agua mezclar una cucharadita de sal.
- **SI** Si la persona no mejora, llame al servicio más accesible de atención médica o gestione su traslado a un centro asistencial.
- **SI** Si por la exposición al sol la persona también presenta enrojecimiento en la piel, además de una buena hidratación le puede colocar cremas hidratantes recetadas por un Médico.

En caso de producirse insolación o golpe de calor NO debe:

- **NO** Ofrezca bebidas heladas.
- **NO** Ofrezca bebidas alcohólicas.

↘ Heridas

Son lesiones que afectan la piel u otros tejidos del organismo. Pueden ser causadas por cortaduras o golpes y, como consecuencia, se pueden provocar hemorragias e infecciones.

Las heridas se pueden clasificar en:

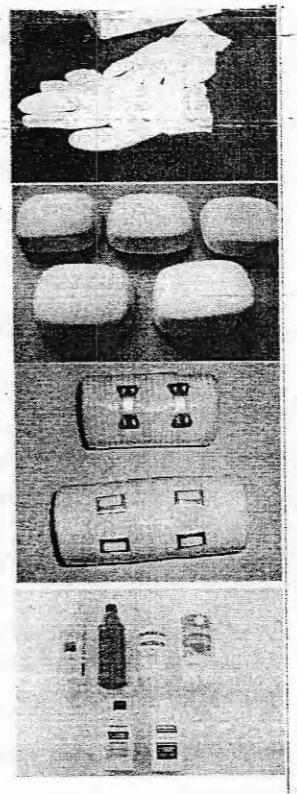
• Abrasivas o raspaduras: son heridas que se producen por el contacto de la piel con una superficie áspera.

• Contusas: son heridas causadas por golpes con objetos sin punta ni filo. Se presenta una herida cerrada, es decir, no hay hemorragia visible (puede haber interna) ni peligro de infección.

• Punzantes: son heridas originadas por objetos penetrantes, como astillas de hierro o madera, clavos, cuchillos y agujas, entre otros. Incluye las heridas por armas blancas y armas de fuego. Estas lesiones presentan una herida visible, pero por la profundidad que pueden alcanzar se debe sospechar un sangrado interno. No es fácil limpiar este tipo de heridas, por lo tanto, es muy probable que se infecten.

• Cortantes: son heridas producidas por objetos con filo, como hojas o cuchillos. Este tipo de heridas sangra abundantemente.

En caso de producirse una *herida* SI se recomienda que:



SI Utilice guantes de látex, para evitar el contagio de alguna enfermedad, así como contaminar la herida.

SI Retire la ropa que cubre la herida.

SI Limpie bien la herida con agua y jabón, con gasas y solución salina o agua potable quitando el exceso de sangre y la tierra que pueda tener.

SI Aplique un antiséptico, como lodopovidona o clorhexidina, para evitar posibles infecciones.

SI Proteja la herida con gasa limpia y NO con algodón.

SI Aplique hielo inmediatamente después de un golpe, en el caso de herida contusa.

SI Coloque paños de agua tibia para que disminuya la hinchazón una vez que el lugar del golpe se puso morado.

SI En caso de corte o heridas punzantes, presione fuertemente la herida con un pañuelo o simplemente con la mano, tratando de juntar los bordes de la herida y así evitar la pérdida de sangre.

SI Coloque vendas limpias. Si la sangre atraviesa las vendas, se coloca otra encima, nunca se quita la venda anterior.

SI Si es una herida por arma blanca o de fuego, comuníquese con un servicio de atención médica y dé aviso a un familiar o conocido de la persona.

SI Si el objeto penetrado permanece en el cuerpo, inmovilícelo con gasas o paño limpio y realice un vendaje para evitar la movilización durante el traslado.

En caso de producirse una herida NO se recomienda que:

NO Aplique ningún tipo de remedio casero debido a que pueden causar infecciones.

NO Aplique medicamentos ni antibióticos debido a que a que se puede causar una reacción alérgica.

NO Toque la herida con los dedos.

NO Ponga algodón sobre las heridas.

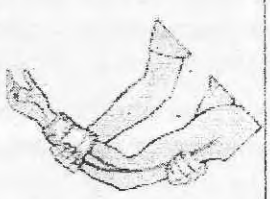
NO Retire el objeto penetrado en caso de herida por arma blanca, de fuego o cualquier otro.

La mayoría de las heridas vienen acompañadas de pérdida de sangre en mayor o menor cantidad. Esta pérdida de sangre se llama hemorragia y se produce por la ruptura de un vaso sanguíneo. Entonces, la sangre se sale de los conductos o vasos por los cuales circula. Las hemorragias se pueden clasificar según su localización, la fuente de la hemorragia y según la gravedad. A medida que se complejiza el cuadro de la misma hay mayores riesgos de vida para la persona, es por eso que la pérdida de sangre debe ser controlada lo antes posible.

Según el lugar	**Externa**: Son visibles. Se observan fuera del cuerpo.	**Interna**: Hay una ruptura de un vaso sanguíneo dentro del cuerpo. Ocurre en los órganos internos.	
Según la fuente de la hemorragia	**Capilar**: Sangra en forma pareja con pequeñas gotas, superficial. Hay varios puntos se salida de la sangre.	**Venosa**: Sangra en forma continua y de color rojo oscuro.	**Arterial**: Sangra a borbotones y de color rojo claro. La sangre sale con presión (de acuerdo a los latidos del corazón).
Según la gravedad	**Leve**: La pérdida sanguínea no sobrepasa el 20% del total de la sangre (1 litro en adultos). La persona no presenta alteraciones hemodinámicas. Se presenta en heridas superficiales.	**Moderada**: representa el 35% del volumen total de sangre (1500 ml). La persona presenta síntomas de shock latente. Puede presentar taquicardia, frialdad y palidez, esto acompaña el shock latente, aún sin que exista una caída manifiesta de la tensión arterial.	**Grave**: representa una pérdida de 50 % del total de la sangre (más de 2 litros). Presenta sintomatología de un shock grave, hipotensión manifiesta, taquicardia etc.

En caso de *hemorragias* (de cualquier gravedad) SI le recomendamos que:

- **SI** Comprima con sus manos durante 5 minutos el punto sangrante. Continúa el sangrado volver a comprimir.
- **SI** Coloque un apósito o paño limpio en el lugar que sangra. Si continúa el sangrado no retire el apósito y coloque otro encima.
- **SI** Coloque a la persona en posición horizontal.
- **SI** En el caso de una pérdida abundante de active el SEM de inmediato.



↘ Esguinces, luxaciones y fracturas

- **Esguince**: como consecuencia de la separación momentánea de las superficies articulares[1] se puede provocar la lesión o ruptura total o parcial de los ligamentos de las articulaciones. Eso es lo que se denomina "esguince".

- **Luxación**: es el desplazamiento persistente de una superficie articular fuera de la cavidad o espacio que la contiene, causando pérdida de contacto entre los huesos de la articulación (se conoce como "dislocación"). Es producida por movimientos rápidos, en los cuales la articulación se fuerza demasiado respecto de sus movimientos normales o hace un movimiento anormal.

En caso de producirse un *esguince o luxación* SI se recomienda que:

- **SI** Coloque en reposo la articulación afectada.
- **SI** Inmovilice el miembro afectado evitando que la zona cargue con peso.
- **SI** Traslade la persona al centro de atención médica.

En caso de producirse un *esguince o luxación* NO debe:

- **NO** Aplicar masajes ni ungüentos o pomadas.

1) Se refiere a los extremos de los huesos que entran en contacto y tienen una forma que les permite ajustarse y a la vez moverse.

Fractura: es la ruptura del tejido óseo (hueso), en forma total o parcial.

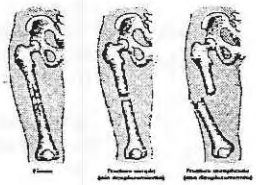
Las fracturas pueden ser causada por:

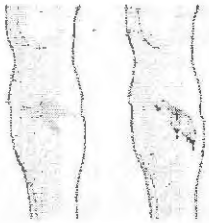
- un golpe directo que rompe la zona donde se efectúa.

- en forma indirecta en la que el hueso se fractura debido a las fuerzas que se transmiten a lo largo del mismo desde el punto de impacto.

- por torsión brusca.

Al producirse una fractura, por lo general existe daño y lesión en los tejidos blandos de alrededor.





Una fisura es una fractura leve en la que el hueso sufre una lesión parcial sin que los bordes se separen totalmente.

Las fracturas pueden ser cerradas, si el hueso roto no abre la piel, o abiertas si el hueso queda expuesto en forma visible porque se rompe la piel produciendo una herida abierta con hemorragia visible.

Las fracturas son lesiones que por sí solas no comprometen la vida, pero que si no se cuidan de manera adecuada pueden empeorar y pueden causar inclusive la muerte si el hueso desplazado lesiona órganos vitales

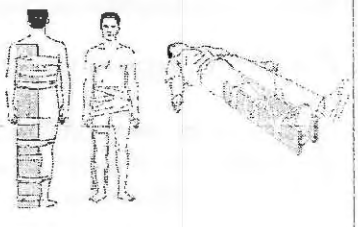
Las fracturas, en algunos casos pueden llegar a comprometer la vida. Ello sucede cuando van acompañadas de hemorragias arteriales o si comprometen el sistema nervioso.

En caso de producirse una fractura SI se recomienda qué:

SI Inmovilice a la persona.

SI Inmovilice la fractura en la posición en que se encuentra para evitar mayor dolor y agravar la lesión.

SI Si hay hemorragia, deténgala con presión y cubra la herida con gasa, apósito o lienzo limpio.



En caso de producirse una *fractura* NO debe:

NO Aplicar masajes ni ungüentos o pomadas.

Cuando alguno de estos accidentes ocurre, en general se percibe u observa:
- enrojecimiento en la zona afectada,
- dolor intenso,
- inflamación en la zona afectada,
- calor en la zona afectada,
- dificultad progresiva en el funcionamiento de esa zona del cuerpo,
- hipersensibilidad en la zona,
- deformación de la zona, especialmente en una fractura.

Mordeduras y Picaduras

MORDEDURAS	PICADURAS
Son heridas causadas por los dientes de un animal. Pueden ser de distinta magnitud y, presentar hemorragias y en casos extremos, shock por dolor. En el caso de las serpientes, la mordedura podría involucrar la inoculación de veneno, que según la especie requerirá su respectivo tratamiento.	Son pequeñas heridas punzantes producidas principalmente por insectos, artrópodos y animales marinos. A través de las mismas, éstos inyectan sustancias tóxicas que actúan localmente y en forma sistemática (en todo el cuerpo). Se debe identificar al agente que causa la lesión y la respuesta orgánica que produce.

Una persona que ha sido mordida por animales puede tener un alto riesgo de infección, ya que los mismos tienen muchas bacterias en su boca que pueden resultar dañinas al hombre o transmitirle enfermedades. Además del riesgo de infección, en el caso de mordedura por serpientes habrá que evaluar el tratamiento a seguir según la especie, ya que alguna de ellas puede llegar a producir la muerte del accidentado.

Lo mismo ocurre con algunas picaduras de insectos que inoculan veneno como avispas, alacranes, etc., que pueden presentar riesgo de reacción alérgica y hasta la muerte.

En caso de producirse una *mordedura de un animal doméstico* SI se recomienda que:

- **SI** Tranquilice a la persona.
- **SI** Lave la herida con agua y jabón.
- **SI** Le consulte sobre su situación de inmunización, para conocer el estado de su vacunación.
- **SI** Comprima como cualquier herida para evitar el sangrado.
- **SI** Remita a la persona a un centro asistencial.
- **SI** Identifique al animal que la/lo mordió (siempre que usted no corra riesgo) y solicite la intervención de un veterinario para mantenerlo en observación.

Intoxicaciones

Son situaciones causadas por la ingesta, inhalación, inyección, exposición o contacto con una sustancia dañina para el cuerpo.

Las sustancias que pueden producir intoxicaciones son diversas.

Las manifestaciones frente a la intoxicación pueden variar de acuerdo al tipo y cantidad de tóxico, a las características de la persona intoxicada y al tiempo que transcurrió desde que ocurrió el contacto.

Las manifestaciones más comunes son dolor abdominal, náuseas, vómitos o diarrea, fiebre, mareos y dolor de cabeza, cambios en el estado de conciencia (delirio, convulsiones, inconsciencia), dificultad para respirar, trastornos de la visión. Algún producto puede producir quemaduras (los cáusticos o blanqueadores de ropa).

Algunas sustancias tóxicas pueden ser:

- Alimentos en mal estado.
- Plantas venenosas.
- Productos de limpieza o desinfección, insecticidas.
- Medicamentos mal utilizados o en mal estado.
- Químicos usados sin precauciones.
- Pinturas.
- Monóxido de carbono y otras emanaciones.

En caso de producirse o sospechar una *intoxicación* SI se recomienda que:

- **SI** Averigüe el tipo de tóxico, la vía de penetración y el tiempo transcurrido desde la intoxicación.
- **SI** Averigüe lo sucedido (si es posible preguntando a la persona intoxicada), revise el lugar y evite más riesgos.
- **SI** Aleje a la persona intoxicada de la fuente de envenenamiento y revise el estado de conciencia verificando que respire y tenga pulso.

Aunque diferentes sustancias pueden requerir algunos cuidados específicos, en general se recomienda:

- **SI** Aflojar la ropa si está apretada, manteniendo a la persona abrigada.
- **SI** Aplicar abundante agua fría en caso de quemaduras en los labios o en la boca .
- **SI** Mantener la vía respiratoria libre de secreciones.
- **SI** Colocar a la persona en posición de seguridad o boca abajo, para evitar que el veneno vomitado sea ingerido nuevamente o pase a la vía respiratoria.
- **SI** Acercar el producto tóxico o muestra del vómito a la institución de salud más próxima para que lo analicen
- **SI** Trasladar a la persona de forma inmediata a un centro de atención de emergencias, si fuese especializado en el tipo de intoxicación producida mejor .
- **SI** Llamar al 0800333-0160 que es el Centro nacional de Intoxicaciones.
- **SI** Activar el SEM.

NO se debe:

- **NO** Administrar nada por vía oral a una persona inconsciente o consciente. (Ni agua ni leche, ni carbón activado. Etc.)
- **NO** Inducir el vómito a menos que así lo indique el personal del Centro de Toxicología o un médico. Un tóxico fuerte que produzca quemaduras en la garganta al entrar también hará daño al vomitarlo.
- **NO** Neutralizar el tóxico con sustancias (jugo de limón, vinagre, etc.).
- **NO** Esperar que se presenten los síntomas si sospecha que una persona se ha intoxicado.

↘ Accidentes viales

10 de Junio

Día de la Seguridad Vial

Este día se instauró con el fin de promover la educación vial como estrategia para reducir los accidentes de tránsito y sus gravísimas secuelas de morbimortalidad (muerte y enfermedad), lo que en Argentina alcanza cifras dramáticas, además de enormes pérdidas materiales. Dicha estrategia comprende la difusión de normas y señales de circulación y el desarrollo de actitudes y prácticas de prevención de accidentes.

Complementariamente, la seguridad vial es materia de políticas públicas. En tal sentido, los distintos niveles gubernamentales de los países –nacionales, provinciales y municipales – tienen un importante papel que desempeñar. En 1994 se sancionó la Ley Nacional de Tránsito Nº 24449. Posteriormente, fue modificada por la Ley de Seguridad Vial Nº 26363 por la cual se crea la Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV) sistema de coordinación a nivel nacional destinado a diseñar políticas de educación, prevención y fiscalización.

La fecha elegida para este día rememora un curioso suceso de la vida nacional: el "cambio de mano". En nuestro país, regía la norma que ordenaba el sentido del tránsito por la mano izquierda, al igual que en Gran Bretaña. Pero el 10 de junio de 1945 se decretó que, a partir de ese día, el sentido del tránsito *sería por la mano derecha, como sucede en la mayoría de los países.*

Fuente: http://www.msal.gov.ar/htm/site/efemerides.asp

Son los accidentes de tránsito ocurridos en las ciudades o las carreteras. Requieren un abordaje integral ya que son el resultado de la interacción de tres tipos de factores: humanos (nuestra conducta al transitar por la vía pública), mecánicos o de los vehículos, y del ambiente (clima, infraestructura, etc.). Las estadísticas afirman que el primero de estos factores, el factor humano es el que predomina como causal de accidentes, ya sea por exceso de velocidad, conducir en estado de ebriedad o mal dormido, no respetar las señales entre otros.

Los accidentes viales son la primera causa de muerte en jóvenes, producen como consecuencia, gran cantidad de muertes y también numerosas situaciones de discapacidad, generando pérdidas afectivas y materiales a las personas.

En caso de producirse un *accidente vial* SI se recomienda que:

- **SI** Conserve la tranquilidad para actuar de forma rápida y acertada.
- **SI** Gestione el traslado a una unidad de atención de emergencias, dando aviso del lugar exacto en que ocurrió el accidente.
- **SI** Tome los cuidados necesarios para evitar que otras personas se accidenten, en el lugar del hecho como colocar balizas, iluminar el camino, etc.

NO se recomienda:

- **NO** Mueva al accidentado, salvo que sea imprescindible (por ejemplo un incendio). Si esto sucede hágalo manteniendo la cabeza en bloque con la columna.
- **NO** Administrar medicamentos.
- **NO** Ofrecer líquidos si la persona está con alteración de la conciencia.

↘ Pérdida de conciencia y convulsiones

• La pérdida de conciencia o inconsciencia, que se manifiesta a través de un desvanecimiento, es el estado en el que una persona sólo reacciona ante algunos estímulos porque su cerebro no responde a determinados actos reflejos. Se produce porque los nutrientes o el oxígeno llegan con dificultad o en forma fallida al cerebro, o porque ingresaron sustancias tóxicas al flujo sanguíneo del organismo. Las situaciones que pueden producirla son variadas: traumatismos (caídas o golpes fuertes en la cabeza), dificultades para la llegada de sangre al cerebro, intoxicaciones, alteraciones del propio sistema nervioso, emociones fuertes, convulsiones, hipoglucemias en diabéticos, entre otras.

• Las convulsiones se producen por que ocurre una alteración brusca de la función normal de las neuronas, nuestras células cerebrales, que comienzan a funcionar de forma incontrolada. Aunque se pueden manifestar de muchas formas distintas, lo más frecuente es que se presenten como alteraciones transitorias de la consciencia, asociadas o no a movimientos del cuerpo (de brazos y piernas). Pueden suceder por traumatismos graves de cabeza, secuelas diversas en el cráneo, luego de cirugías o por tumores, por intoxicación con alcohol o estupefacientes, fiebre intensa o en algunas personas que padecen epilepsia.

• En el momento en que una persona sufre una convulsión es importante que la cabeza no golpee contra el suelo.

Frente a un episodio de pérdida de conciencia, o si Ud. está presente en el comienzo de una crisis de convulsión SI se recomienda que:

- **SI** Coloque a la persona en el suelo o una superficie dura para evitar que se golpee.
- **SI** Aleje todos los objetos que puedan golpearlo (sillas, mesas, estufas).
- **SI** Mantenga la temperatura corporal.
- **SI** Ponga a la persona de costado (posición lateral de seguridad) para evitar la asfixia causada por lengua caída, posibles vómitos o secreciones.
- **SI** Valore las posibles lesiones y hemorragias y actúe según lo ya explicitado en este módulo.
- **SI** Traslade la persona de inmediato a un centro asistencial si no se recupera, si no es la primera vez que le ocurre.

NO debe:

- **NO** Colocar elementos para bajarle la lengua.
- **NO** Introducir sus dedos en la boca de la persona.
- **NO** Dar bebidas o alimentos si está inconsciente, o verterle agua sobre la cabeza.
- **NO** Dar alcohol a quien se recupera de un desmayo.
- **NO** Ofrecer líquidos si la persona está con alteración de la conciencia.