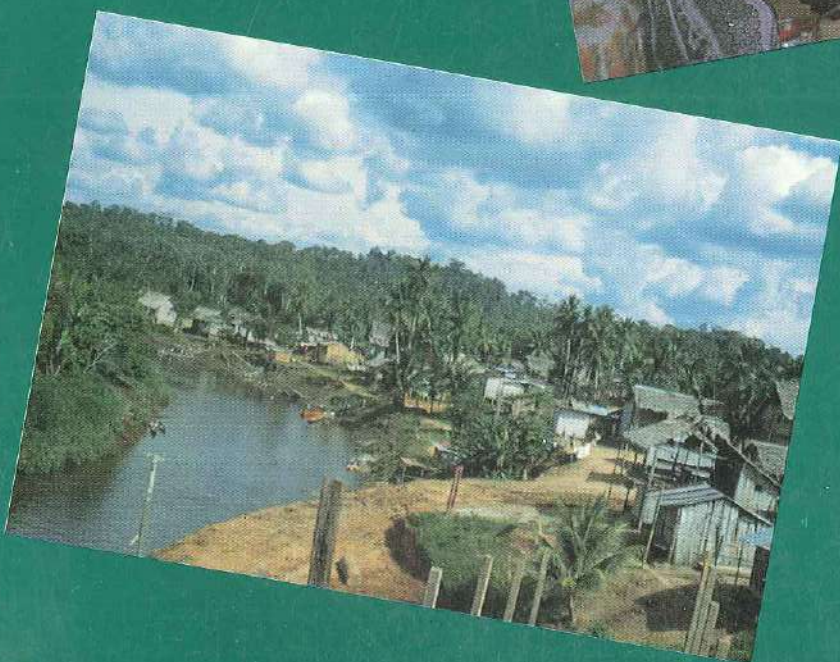


Manual de Epidemiología Comunitaria



*Gianni Tognoni
Editor*

**MANUAL DE
EPIDEMIOLOGIA
COMUNITARIA**

MANUAL DE EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA

Gianni Tognoni
(editor)

Edición CECOMET
1997

Indice

Presentación	
Notas para una definición muy simple y muy problemática	11
Sección I	
Cap. 1: Raíces. Por qué, cómo, para quién, un manual de Epidemiología Comunitaria	15
Cap. 2: El contexto y los desafíos conceptuales y metodológicos de la Epidemiología Comunitaria	19
Sección II	
Cap. 3: Aplicación de la Epidemiología Comunitaria con Promotores de Salud y Auxiliares de Enfermería en el Área de Salud Borbón - Esmeraldas, Ecuador	27
Cap. 4: Epidemiología Comunitaria en área urbana: la experiencia de la comunidad de San Roque en El Salvador	75
Cap. 5: J&G - Epidemiología Comunitaria como comunicación compartida: un proyecto de Bolivia	111
Cap. 6: Los tantos escenarios de la Epidemiología Comunitaria	129
Cap. 7: Lenguaje e imágenes de Epidemiología Comunitaria: Mis amigos del barrio	137
Sección III	
Cap. 8: Las palabras claves de la Epidemiología Comunitaria	147
Cap. 9: Métodos e instrumentos de cuantificación en Epidemiología Comunitaria	161
Cap. 10: ¿Cómo documentarse en Epidemiología Comunitaria? Las fuentes bibliográficas	209
Conclusión Mirando hacia adelante: guía para una utilización participativa del manual	215

Presentación

Los autores de este manual son evidentemente más numerosos que los que han hecho un esfuerzo para traducir las diferentes experiencias en palabras, cuentos, pautas. El horizonte que los une es el que se ve al ponerse en la ventana que Eduardo Galeano ha abierto sobre la utopía:

Ventana sobre la utopía

Ella está en el horizonte - dice Fernando Birri - Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos mas allá. Por mucho que yo camine nunca la alcanzaré.

Para que sirve la utopía?

Para eso sirve: para caminar.

(E Galeano, Palabras andantes)

Sin tener el privilegio y el sabor de la belleza, también las palabras que en el manual se proponen tienen como vocación profunda y razón de ser, el deseo de seguir caminando.

Las direcciones de los grupos se encuentran al final del manual, quieren ser en este sentido una indicación de lugares donde, los que quieren, pueden "hacer etapas" en el camino, para conocerse ante todo y para preguntar, escuchar, compartir, profundizar, reconocer, planificar, descansar.

Para trabajar en Epidemiología Comunitaria en el sentido de este manual es preciso compartir, aunque sea como deseo o ilusión, la convicción de que las ideas y las herramientas técnicas son una, necesaria pero no la primera, de las condiciones para que la medicina sea

un paso para alcanzar el horizonte de una vida digna. Los grupos señalados, cada uno según su propia competencia y su ubicación, cultivan la utopía difícil de esta vida.

Quizás el producto más interesante del uso del manual pueda ser sencillamente otra lista donde los nombres se agreguen paulatinamente hasta constituir una red grande, donde se practiquen, se perfeccionen, se multipliquen las experiencias y las investigaciones de Epidemiología Comunitaria, que se originan en las comunidades y al mismo tiempo producen comunidades donde los derechos básicos de la vida son compartidos.

La epidemiología comunitaria de hecho no es sino una de las maneras para mantener viva la memoria del derecho de todos a una ciudadanía concreta y no formal. Quizás esa pueda ser una pequeña contribución, al planteamiento de los "municipios saludables" que ocupa la atención de muchos programas en América Latina y que necesita la credibilidad de un cumplimiento evaluado por el número de ciudadanos capaces de autonomía.

Gianni Tognoni

Editor:

Gianni Tognoni

Autores - o los que han puesto un granito de arena compilando información y ordenando cada capítulo:

Mariella Anselmi (Ecuador)

Zeno Bisoffi (Italia)

Dorotea Cecchetto (El Salvador)

Juan Martín Moreira (Ecuador)

Alberto Narváez (Ecuador)

Gianni Tognoni (Italia)

Consejo Editorial de la revista J & G (Bolivia)

Notas para una definición muy simple y muy problemática

Comunidad es evidentemente el término clave que está detrás de la apelación “Epidemiología Comunitaria”. Una propuesta de *definición de comunidad* es necesaria por el hecho de que esta palabra puede hacer referencia a realidades heterogéneas:

- por un lado puede ser vista como otra manera de hablar de una entidad clásica de la epidemiología, es decir la población;
- por otro lado comunidad evoca (más intuitivamente y característicamente) a grupos humanos homogéneos por características culturales, antropológicas, de razas (las “comunidades indígenas” son el ejemplo más representativo de esta significación, que evoca también el concepto y la imagen de minorías, de grupos pequeños);
- comunidad sugiere genéricamente situaciones de convivencia humana con características de proximidad y condisión de condiciones y de proyectos de vida;
- una contribución importante a lo que es una comunidad viene de la evocación de situaciones que (en la realidad y aún más en la imaginación) nos hacen pensar en lo que no es una comunidad, ni pueden ser descritas en términos comunitarios, por sus características de anonimato, de extensión: las masas periféricas de las grandes ciudades vienen a la mente como modelos de esta “definición en negativo”.

En una perspectiva de Epidemiología Comunitaria, el término “comunidad” no se preocupa de corresponder a uno o a otro escenario: es muy flexible, por el hecho de que hay tantos y diferentes tipos de “comunidades”. Es cierto que el acercamiento y el porque de la Epidemiología Comunitaria tienen sus raíces y se interesan de manera privilegiada en las situaciones de vida marginales, desfavorecidas, periféricas con respecto a la estratificación social, económica y a los recursos sanitarios. Pero comunidad y comunitario no quieren calificar a la Epidemiología Comunitaria como algo que se interesa exclusivamente en lo que sucede en las periferias y en las micro-realidades.

Comunidad y comunitario definen sobre todo un estilo de trabajo y un objetivo:

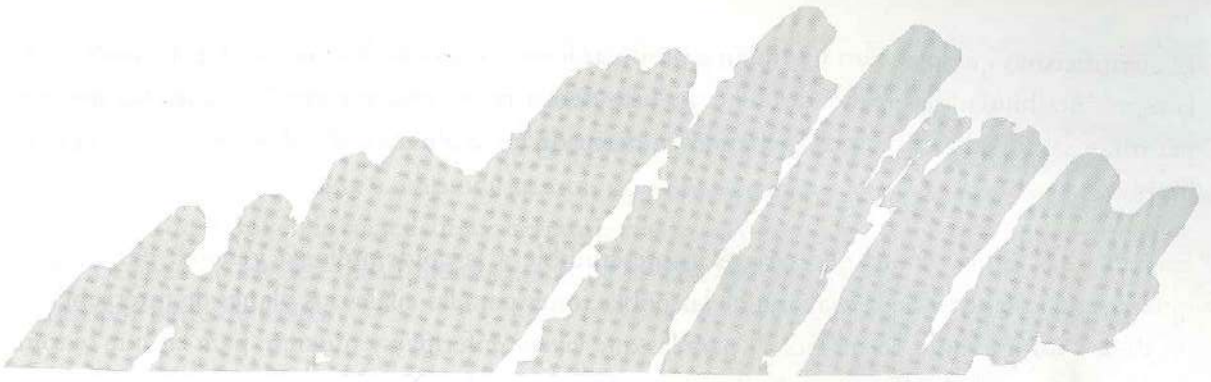
- hacer epidemiología, no sobre o alrededor de grupos humanos (o poblaciones), si no *con* estos mismos grupos;

- estos grupos pueden ya tener características de integración y de identidad comunitaria, o pueden ser parte de un proyecto que mira a transformar su anonimato y fragmentación en algo más próximo a una identidad colectiva, a través del trabajo de una epidemiología que incluye dentro de sus objetivos la promoción y el desarrollo de culturas, prácticas, actitudes que favorezcan la búsqueda participada y colectiva de la equidad en las condiciones de vida-salud.

Comunidad-comunitario se refiere en este sentido básicamente a realidades pequeñas, donde la participación es más perseguible y practicable: pero estas realidades pequeñas pueden ser “módulos” de las tantas redes de las tantas comunidades que constituyen la complejidad de la sociedad y de sus múltiples periferias.

El acercamiento básicamente cualitativo de la Epidemiología Comunitaria en una comunidad pequeña, particular, aislada se integra y complementa naturalmente con miradas y medidas formalmente cuantitativas. Las raíces obligatoriamente mono-comunitarias de la Epidemiología Comunitaria son el punto de partida y la condición indispensable para ampliaciones multicéntricas, donde las identidades individuales no se pierden si no que se integran recíprocamente.

Sección I



Capítulo 1

Raíces.

Por qué, cómo, para quién, un manual de Epidemiología Comunitaria

Las manuales que se respetan son lugares y momentos de llegada, y aún más, son puntos y herramientas de donde salen caminos. El texto que aquí se propone no es una excepción: es el producto de historias verdaderas, que se han desarrollado en lugares concretos, protagonizadas por comunidades-personas que han pensado que algunas de sus experiencias teórico-prácticas se habían cristalizado lo suficiente para que el camino que ellas siguen haciendo pueda ser compartido.

Los manuales pretenden muchas veces darse una credibilidad y un valor general y permanente, borrando los caminos, las incertidumbres y las experiencias dudosas que se han acumulado en el proceso de formular los principios, las recomendaciones y el saber que proponen. Imaginan y necesitan usuarios estudiosos y obedientes, capaces de cumplir con las pautas que se presentan como reglas bien establecidas, reproducibles y que aseguran resultados fiables.

La opción de este manual ha sido distinta: lo que es importante es el *reconocimiento* del camino, que para reflejar la especificidad de las vidas de las comunidades debe tener como regla estándar solamente la decisión, la capacidad y la paciencia de acompañar desde adentro a las poblaciones para que las experiencias que ellas viven puedan traducirse en un saber-conciencia. Las reglas no pretenden ocupar el primer plano: se ocultan, se adivinan, se experimentan en cuentos que quieren lectores involucrados en caminos mentales y en prácticas con raíces en situaciones similares.

El objetivo no es de buscar discípulos listos a cumplir con pautas, si no compañeros dispuestos a acompañar un número aún más grande de comunidades en la producción de la inteligencia de sus condiciones de vida.

El cientificismo que plantean y ayudan a producir los manuales de la epidemiología clásica es el de la reproductibilidad: las realidades heterogéneas deben reconducirse a variables e indicaciones que permitan sacar "conocimientos" generales, a partir de los cuales tomar decisiones también generalizables.

Este manual asume como necesaria e imprescindible a la epidemiología general: pero también quiere ser la memoria de la mayoría de las poblaciones para las cuales los planes de intervención se producen con métodos "científicos", para las que viven, enferman y mueren, para las que se toman decisiones fuera de las fronteras diseñadas por las reglas y las pautas.

La epidemiología actualiza y diseña con mucho cuidado estas fronteras. Con más precisión y coherencia aún los informes sanitarios, sociológicos y económicos producidos a nivel nacional e internacional coinciden en un diagnóstico que informa que lastimosamente estas fronteras parecen ser resistentes a cambios positivos e importantes. Aún más: los informes predicen que la permanencia de estas fronteras es necesaria para no producir disturbios dramáticos en la economía mundial. Los manuales clásicos siguen enseñando como medir fiablemente las consecuencias "epidemiológicas" de este "destino estructural" de la humanidad.

Las poblaciones que viven detrás de estas fronteras científicamente delimitadas no necesariamente están contentas con este destino, ni satisfechas de la declaración de su legitimidad general. Un manual de Epidemiología Comunitaria es una de las herramientas que se pueden poner a disposición de estas mayorías para no aceptar pasivamente su destino de indicadores negativos (cuantitativamente bien definidos, y anualmente actualizados) de la "epidemiología del ajuste".

La contribución de la epidemiología general al desarrollo de la medicina en la sociedad, ha sido el de explorar y ayudar a "conocer" (para modificar) las relaciones entre las enfermedades individuales y sus causas generales. Frente a una decisión de la medicina y de la sociedad de restringir los beneficios de estos conocimientos a los ciudadanos con derechos económicos, la Epidemiología Comunitaria propone el desafío de restituir los conocimientos a los que más los necesitan, para que, en la medida de lo posible, sus vidas particulares no sean totalmente "dependientes" de las decisiones tomadas en nombre de reglas que se pueden continuar llamando científicas por el hecho de que han decidido que el "ruido de fondo" de la mayoría no se puede modificar, y que por lo tanto no existe.

A pesar de todos sus desarrollos metodológicos, conceptuales, analíticos, la epidemiología general se ha transformado progresivamente en una disciplina que mide, desde el exterior, los problemas provocados por los modelos de desarrollo de la sociedad. Hay una asimetría impresionante entre los conocimientos que se poseen y su capacidad de modificar la realidad que describen.

Frente a este poder de las "epidemiologías del ajuste" (que se expresan en todos los países, del Norte y del Sur del mundo, aunque evidentemente con impactos cuantitativamente distintos), la Epidemiología Comunitaria podría aparecer aún más marginal o inútil: ejercicio de solidaridad, quizás trampa que pretende substituir los cambios necesarios con la concientización participativa.

Los caminos propuestos en este manual no parecen ir en esta dirección. La pregunta, y las dudas sobre el papel de la Epidemiología Comunitaria (que son cualitativamente las mismas con respecto al “poder de cambio” de la epidemiología general) permanecen todavía. Lejos de representar un lado débil de la Epidemiología Comunitaria, estas dudas reconducen de hecho todas las epidemiologías a la raíz de su rol en la sociedad: ser herramientas de exploración de las posibilidades de existencia y de gozo de los derechos fundamentales de la vida (de los cuales salud es uno de los indicadores) por parte de todos.

Se definen así los destinatarios-usuarios de este manual: todos los que se encuentran por su profesión y sus decisiones personales, en la frontera entre salud y sociedad, entre derechos posibles y violaciones de estos derechos, entre una imagen de la historia concreta del mundo como tiempo en búsqueda de democracia substancial y otra que lo ve como crónica de la afirmación y supervivencia de los mas poderosos. Esta definición de usuarios coincide con la de “operadores o trabajadores de salud”, que son cada vez menos los graduados con varios títulos de las diferentes escuelas y más los que son competentes en derechos de vida, a través del indicador de la salud.

Esta definición refleja también al grupo de trabajo que a lo largo de los últimos años ha participado en el crecimiento de este texto antes y sobre todo en el terreno. Las competencias del grupo describen la continuidad necesaria entre la sabiduría de los que viven en comunidades antiguas, la inteligencia que se descubren los promotores de un área urbana donde no hay traza de comunidad, la competencia clínica de trabajadores de salud de todos los grados, nacionales y cooperantes internacionales, la capacidad de organización de líderes, naturales e institucionales, de comunidades rurales y urbanas, los caminos de investigación de expertos de metodologías epidemiológicas.

La Epidemiología Comunitaria no es de hecho una disciplina “menor”, o una ayuda aproximativa a racionalizar las emociones. Es un área muy exigente de experimentación de la capacidad y posibilidad de no condenar a las poblaciones a ser “objetos” de conocimientos (lo que significa en los contextos actuales de ajustes permanentes, anónimos, de largo plazo, “víctimas” de las planificaciones que los conocimientos producen) y que en nombre de la verdad antigua sean sujetos de derechos, de conocimiento y de vida. Los tantos y heterogéneos “expertos” que han vivido esta experimentación, proponen el manual a los que quieren compartir el desafío: porque no pueden aceptar que esa antigua verdad sea considerada no más que una hipótesis, que se puede tomar en serio solamente cuando haya tiempo y recursos.

La construcción material de un texto de Epidemiología Comunitaria no puede más que reflejar el camino general del proyecto subyacente de Epidemiología Comunitaria:

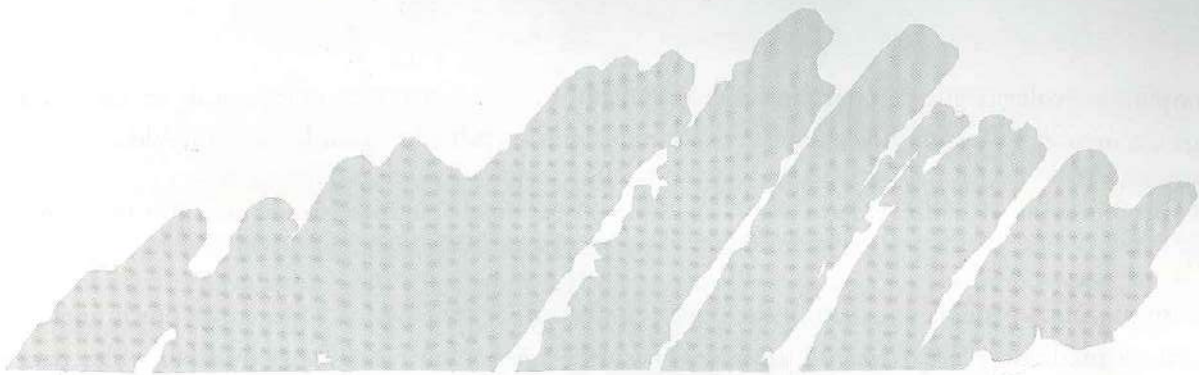
- a) el marco de referencia cultural y metodológico de la Epidemiología Comunitaria (cap. 2);
- b) la sección central dedicada a:
 - los *cuentos de historias de Epidemiología Comunitaria*: es preciso subrayar que el respeto de las diferencias de los estilos de estos cuentos es un elemento central de los mensajes metodológicos del texto (Cap. 3, 4, 5);

- la presentación de escenarios ampliados de Epidemiología Comunitaria (cap 6);
 - el lenguaje y las imágenes de la Epidemiología Comunitaria (cap 7);
- c) la sección dedicada a la reformulación de los conceptos (Cap. 8) y de las herramientas (Cap. 9) de la Epidemiología Comunitaria trata de documentar la importancia de considerar los aspectos técnicos y teóricos en estrecha continuidad con los contextos en los cuales se aplican, para descubrir que la obediencia a sus reglas es más productiva si no se olvida ser flexible y creativo frente a la heterogeneidad de las realidades;
- d) la conclusión propone caminos posibles de utilización del manual: la hipótesis que se hace es obviamente la que ha abierto estos apuntes: que el punto de llegada, sea un camino hacia adelante.

Una última nota, no de última importancia. El camino de Epidemiología Comunitaria del que se propone el cuento, no se hace en el aislamiento, o en la contraposición con otras contribuciones o acercamientos de la epidemiología, o más en general de las disciplinas más clásicas. Al revés: debería ser muy fácil, para los que siguen la literatura científica más actualizada, reconocer muchos puntos de contacto con desarrollos metodológicos y conceptuales que aparecen en revistas de supuesto prestigio científico y en informes formales e informales sobre salud, desarrollo e indicadores. La bibliografía que se propone quiere reconocer explícitamente la continuidad y la complementariedad de las tantas contribuciones sea en la formulación teórica, sea en la búsqueda-evaluación de soluciones operativas.

Una observación conclusiva: es un hecho bien conocido que el control de la comunicación es uno de los mecanismos fundamentales del poder. Las comunidades no tienen voz: no pueden ser citadas en los circuitos oficiales, más o menos científicos, donde se toman las decisiones que determinan su destino, si no se transforman en cantidades precisas, en tablas claras, en datos que permitan controlar las dudas.

Uno de los objetivos y propuestas de este manual es estimular la visibilidad, sin disfraz, de la literatura de la Epidemiología Comunitaria: su "particularidad" no es una curiosidad, o una lectura más o menos interesante, para el tiempo libre, si no uno de los criterios e instrumentos más duros para controlar así, como, en que medida la literatura "general" refleja la complejidad, los gritos, las expectativas, las posibilidades de lo que existe.



Capítulo 2

El contexto y los desafíos conceptuales y metodológicos de la Epidemiología Comunitaria

Los trabajadores de salud (definidos en los términos ampliados propuestos en el primer capítulo) que quieren adoptar una perspectiva de Epidemiología Comunitaria se encuentran con las preguntas básicas que cualquier persona responsable debería hacerse en el momento en el que se propone “intervenir” (no importa como: con propósitos de conocimiento “puro”, o con planes que modifican las estructuras del vivir) en una comunidad humana:

- 1) cómo ubicarse de manera que no se produzcan daños;
- 2) cómo producir algo útil;
- 3) cómo medir la eficacia y la eficiencia de la intervención (que quiere decir: como asegurar resultados proporcionales a los recursos, y con un impacto visible);
- 4) cómo garantizar la fiabilidad de los datos que documentan y permiten evaluar la intervención;
- 5) cómo hacer de la intervención una oportunidad más para aumentar y mejorar el nivel de la comunicación (y por eso de la autonomía!) de la comunidad en su interior y hacia el exterior, a corto y largo plazo.

Para contestar adecuadamente a estas preguntas la Epidemiología Comunitaria necesita referirse a cinco “escenarios”. Como se subrayaba en la introducción, no se trata de cuadros de referencia contruidos de antemano, o propuestos a las comunidades como marcos generales de reflexión. Los elementos incluidos en los escenarios han llamado la atención de los integrantes de los proyectos en varios momentos y con diferentes enfoques; se han cruzado y profundizado en discusiones generales y en encuentros orientados a tomar decisiones sobre como actuar: han sido discutidos con

compañeros-colegas que compartían las experiencias, pero también con aquellos que se referían a uno u a otro de los escenarios para criticarlos y declararlos ridículos, inútiles, o no fiables.

Los proponemos muy brevemente aquí, antes de entrar en el “cuerpo” del manual por tres razones:

- a) los mensajes generales y las implicaciones concretas de los escenarios representan por lo menos en el mediano plazo *elementos técnicos* (no solo genéricamente políticos) indispensables para ubicar y explicar la originalidad de la Epidemiología Comunitaria con respecto a los otros acercamientos epidemiológicos a los problemas de la salud en la sociedad;
- b) en los capítulos centrales del texto los escenarios no se mencionan nunca directamente: sin embargo muchos de sus elementos entran en el proceso de identificación de prioridades y de elección de las herramientas de intervención;
- c) los títulos que se proponen para los escenarios constituyen una primera aproximación a la construcción de un listado de palabras claves que definen operativamente la Epidemiología Comunitaria (ver la última sección del manual, y específicamente los cap. 7, 8 “las palabras clave..” y 10 “cómo documentarse..”).

Escenario 1 - Globalización

Los contenidos, los determinantes, la ideología, los datos, las perspectivas de este proceso que desde hace algunos años parece resumir las líneas de desarrollo del mundo son objeto de muchas publicaciones y debates, y no le compete a este manual discutirlos. Sin embargo algunos elementos del proceso afectan más directa y profundamente la vida de las comunidades y merecen ser subrayados:

- a) la globalización se presenta como un “absoluto” (se ha hablado justamente de una teología, en el sentido más autoritario del término): algo que viene de afuera y de arriba; sus leyes no se pueden modificar: los que están autorizados a decidir las excepciones o los cambios de dirección son muy pocos y anónimos;
- b) este absoluto declara que las realidades particulares no tienen perspectivas de autonomía real: su destino es el de ser el espejo pasivo de lo que pasa en lo global;
- c) las informaciones que describen la vida de estas realidades están orientadas principalmente hacia fuera: sirven para establecer estadísticas generales, medir tendencias, permitir evaluaciones, interpretaciones, planificaciones de parte de los contralores-garantes de la globalización;
- d) la globalización pide una fe absoluta en su bondad, que va a aparecer, sin duda, aunque sea a largo plazo: la misma documentación sobre el hecho de que la brecha entre ricos y pobres se amplía debe ser considerada una verdad aparente; su interpretación auténtica es que estas brechas (lastimosamente llenas de gente que muere y sufre realmente) no representan nada más que el pasaje obligado hacia un tiempo sin brechas y sin diferencias.

Escenario 2 - Indicadores epidemiológicos y socioeconómicos

Se han desarrollado muchísimo y de manera muy sofisticada en las últimas décadas y permiten producir cada año perfiles comparables del desarrollo de los diferentes países. El desarrollo de estos indicadores ha sido posible a través de la organización de estudios muy extensos, de investigaciones multidisciplinarias, de verificaciones repetidas. El Banco Mundial, con sus equipos técnicos y sus recursos, aún más que la Organización Mundial de la Salud, ha sido uno de los grandes protagonistas de este desarrollo técnico y conceptual.

El resultado neto de la disponibilidad de estos indicadores (que acompañan y documentan el impacto del proceso de globalización en los diferentes países) es doble:

- a) no se puede decir que la información no sea disponible: todos pueden saber todo; a nivel central se sabe infinitamente más cuantitativa y cualitativamente de lo que se conoce donde la información ha sido generada, y donde los procesos de ajuste producen sus consecuencias;
- b) la tendencia general de estos datos de la “epidemiología del ajuste” es de presentarse como muy conscientes del sufrimiento que es el objeto de su investigación, pero dicen que es difícil ver soluciones. Las siempre más nuevas y profundizadas investigaciones epidemiológicas se muestran de hecho muy repetitivas en su mensaje de fondo: los “fregados son fregados en todo”. Los datos de salud confirman-respaldan los datos de educación, de economía, de sociología.

Escenario 3 - Las ciencias de las pequeñas comunidades

Los últimos 15 a 20 años han visto el crecimiento rápido y extenso de investigaciones y conocimientos que ponen en relación los datos de salud-enfermedad, el rol de la medicina, los éxitos y los fracasos de las intervenciones de salud pública, con los factores más “cualitativos” de la micro-sociología, de la antropología, de la psicología. Se ha planteado, con evidencias crecientes y resultados muy sugestivos, que las intervenciones en salud deben tomar en cuenta con más cuidado las características culturales y de ecología psico-social de los distintos grupos humanos.

A pesar de sus contribuciones importantes principalmente a una concepción de la medicina menos rígida y cerrada en horizontes biológicos, las técnicas y los métodos de análisis e intervención utilizados por las disciplinas mencionadas arriba presentan características que las hacen, por lo menos, ambiguas en términos de Epidemiología Comunitaria:

- a) se trata en la mayoría de los casos de intervenciones aisladas, que vienen desde afuera, que se proponen ocasionalmente;
- b) aunque muchas veces se desarrollen con técnicas “participativas”, ven como protagonistas principalmente a expertos externos a las comunidades;
- c) requieren normalmente tiempos largos y recursos importantes, que son difícilmente compatibles con las condiciones reales de inestabilidad e informalidad de la mayoría de las comunidades afectadas por los procesos rápidos de los ajustes de la globalización.

Escenario 4 - Medicina y sociedad

Los años que vivimos nos hacen espectadores de un fenómeno cada día más evidente y que tiene dos caras complementarias:

- a) la medicina tiene un poder de intervención, una capacidad de conocimiento, una importancia socio-cultural que se amplían y profundizan continuamente, produciendo una imagen de autonomía y de respeto y grandes expectativas;
- b) la medicina es cada día más uno de los sectores del mercado, dependiente de sus leyes y exigencias; los conocimientos “científicos” médicos pueden traducirse en intervenciones en favor de los que las necesitan solamente si las barreras de las diferencias de clase económica y social lo permiten.

Esta ambigüedad de la medicina es común en el Norte y en el Sur del mundo, coherentemente con el hecho de que el mercado homogeneiza todo: en todos los países la doble identidad de la medicina como servicio y como mercado produce situaciones de desigualdad en términos de indicadores de salud, que se añaden y confirman los indicadores socioeconómicos a través de dos mecanismos principales:

- a) la no-accesibilidad de grupos humanos más o menos numerosos a los recursos “esenciales”, que deberían ser un derecho inviolable;
- b) la distribución y promoción dentro de los grupos más desfavorecidos de remedios inútiles (y que hacen gastar más dinero), aprovechando de sus carencias de información y de educación, y de sus expectativas de “recibir algo”.

La medicina se configura así (cómplice el silencio-consentimiento de la mayoría de los médicos y técnicos que necesitan trabajar y disfrutar los aspectos del mercado) como una maniobra importante de olvido de los procesos de marginalización material y cultural de las comunidades urbanas y rurales, que más evidentemente en los países del Sur del mundo, son el producto de los procesos de “globalización”, también descritos en los indicadores mencionados arriba.

Escenario 5 - Lo cotidiano y lo particular

Los escenarios presentados arriba (con sus caras ambiguas, de conocimiento y de marginalización, de promesas de largo plazo, y de amenazas-sufrimiento aquí y ahora) no incluyen ni pueden prever los ritmos, los tiempos, las particularidades de las comunidades humanas reales. Sus “sumas”, que producen números con los cuales se pueden producir estadísticas y proyecciones son necesarias y suficientes.

La Epidemiología Comunitaria es la herramienta de visibilidad y de “toma de palabra” de las comunidades individuales. El objetivo no es evidentemente de aislarlas ni de pretender que constitu-

yan “unidades independientes” de conocimiento o de intervenciones. Al revés: se trata de mantener en cada una de estas “unidades” su identidad, para que puedan agregarse, crecer, comunicarse, hasta constituir poblaciones donde las caras de las personas no sean sin embargo borradas o indistinguibles.

Para expresarse, reconocerse, mantenerse, la identidad de las comunidades necesita una atención particular y distinta en cinco dimensiones:

- 1) *La geografía*: las calles, las casas, las distancias: como lugar de la cotidianidad, donde las variables de riesgo se manifiestan y se encuentran todos los días, con sus márgenes de evitabilidad o necesidad (desde las picaduras que transmiten las infecciones, hasta las tantas violencias que con la pobreza, han quitado desde hace tiempo al término “comunidad” cualquier sonido de tranquilidad).
- 2) *El tiempo*: es necesario un paradigma opuesto al que se adopta para investigaciones clínicas o epidemiológicas. La Epidemiología Comunitaria debe acompañar al ritmo de la comunidad que incluye: los retrasos de los cambios por falta de recursos, educación, voluntad; la agudeza de los cambios producidos por las medidas de ajuste o los eventos locales; la fragmentación de las intervenciones y de los programas, por la precariedad de las personas y de los abastecimientos.
- 3) *Las historias* de personas que proponen continuamente la mezcla ineludible (la única que es el reflejo verdadero de la realidad) entre lo que pasa en la casa, en el cuerpo, en las relaciones, y que viven diariamente la experiencia de impotencia de poder modificar algo.
- 4) *Los datos*, que no se pueden tan sencillamente pre-estandarizar que deben ser sencillos, coherentes con las capacidades presentes, que son más del tipo cuento cualitativo que de síntesis-abstracción;
- 5) *Los resultados*, que no son traducibles en la mayoría de los casos en tablas-figuras “definitivas”, o con poder estadístico. En una lógica de acompañar a las comunidades, los resultados que en la epidemiología general son “reconocidos” si se traducen en medidas cuantitativas, en probabilidades de riesgo, en estimaciones de significatividad, sirven para que la comunidad pueda ubicarse y reconocerse:
 - en su geografía, frente a su cotidianidad de riesgos y de historias;
 - en cada momento de un camino del cual es importante mantener presentes los tantos eventos que han pasado y no solamente las fechas de comienzo y de término.

Guía de lectura y de utilización de los casos modelos elegidos para este manual

Las situaciones concretas que han permitido y estimulado la formulación de los conceptos generales presentados en esta primera sección son muchas: incluyen experiencias, memorias, personas que a lo largo de 20 años han caminado más o menos implícitamente los caminos de la Epidemiología Comunitaria a lo largo de todos los países (campo y ciudad) de América Latina. En los casos

que se presentan aquí, el problema de un pasaje más formal de la práctica empírica a una reflexión organizada en términos de Epidemiología Comunitaria se ha puesto más explícitamente. El relato de lo que ha pasado en estas situaciones principalmente en los últimos 5-6 años debería ser suficientemente representativo de lo que se puede y/o debe encontrar:

- a) en una situación principalmente rural;
- b) en un área urbano marginal;
- c) en una perspectiva de comunicación;
- d) poniéndose frente al problema de la relación entre Epidemiología Comunitaria y el nivel más institucional.

Sección II

Aplicación de la Epidemiología Comunitaria con Promotores de Salud y Auxiliares de Enfermería en el Área de Salud Borbón - Esmeraldas, Ecuador

Ficha de identificación del proyecto

Denominación

“Proyecto Interinstitucional de Salud Borbón”

Instituciones responsables

Vicariato Apostólico de Esmeraldas (VAE)

Organización de Campesinos Esmeraldas Norte (OCAMEN)

Comuna Río Santiago Cayapas

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Instituciones que han colaborado

Conferencia Episcopal Italiana (CEI)

Movimiento Laicos para América Latina (MLAL)

Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio (FEPP)

Departamento de Investigaciones Clínicas Hospital Voz Andes

Programa Nacional de Control de la Oncocercosis

Centro Latinoamericano de Estudios y Promoción de la Salud (CLEPS)

Cuerpo Evangélico Nacional de Acción y Desarrollo (CENAD)

Áreas de actividades

Salud y Epidemiología Comunitaria

Educación popular

Período de tiempo cubierto

Agosto 1990 a Diciembre 1995

Personas involucradas en el proyecto y que se deben considerar como autores del capítulo

Compiladores

Mariella Anselmi	Juan Martín Moreira
Alberto Narvaez	Rosanna Prandi

Promotores de Salud y Auxiliares de enfermería que desarrollaron el proyecto

Dominga Angulo	Oberliza Caicedo	Santos Mina
Ángel Añapa	Alba Chumo	Angel Nazareno
Edgar Añapa	Lindon Corozo	Lucina Nazareno
Luis Antonio Añapa	Magda Corozo	Jorge Peralta
Pedro Añapa	María Corozo	Amelia Preciado
Heroína Arboleda	Ninfa Cortés	María Quiñonez
Elba Arizala	Eriberto De la Cruz	Demetrio Tapuyo
Estela Arroyo	Luciano Diaz	Blanca Vega de Vera
Elsa Arroyo	Hilda Guerrero	Julio Cesar Valdez
Evaristo Ayoví	Gonzalo Medina	Adalin Valencia
Marcos Borja	Délfida Mideros	Juana Valencia
Eliecer Caicedo	Juliana Mina	
Felisa Caicedo	Neyda Mina	

Otras personas y grupos que colaboraron en el proyecto:

Manuela Bonifacio	Cinthyia Caicedo	Paola Tognon
-------------------	------------------	--------------

Equipos de salud año 1990-1991

Equipos de salud año 1993-1994

Equipos de salud año 1991-1992

Equipos de salud año 1994-1995

Equipos de salud año 1992-1993

Dirección del proyecto

Dra Mariella Anselmi

c/o CECOMET/VAE

Casilla postal 08-01-0065 - Esmeraldas - Ecuador

Correo electrónico: apostoll@vapistolico.org.ec

telefono (593/6)722035 - telefax: (593/6)722039

Objetivos metodológicos

1. Planificaciones generales y su transferencia en contextos locales.
2. Herramientas y etapas de un diagnóstico comunitario de área.
3. Epidemiología Comunitaria y Organizaciones representando a las comunidades.
4. Formulación y fiabilidad de instrumentos de colección de datos utilizados por promotores de salud.
5. El desafío de los contextos multiétnicos.

Línea de partida en el camino hacia un sueño

“Mejorar la situación de salud y vida de las comunidades, mediante el desarrollo de la conciencia y organización comunitaria”

En agosto de 1990 en un intento de dar respuesta a una exigencia de las comunidades negras y chachis de los ríos Santiago, Cayapas y Onzole del área de salud Borbón de la provincia de Esmeraldas, el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Vicariato Apostólico de Esmeraldas (VAE), el Cuerpo Evangélico Nacional de Acción y Desarrollo (CENAD), el Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio (FEPP), la Organización Campesina Esmeraldas Norte (OCAMEN) y la Comuna Río Santiago - Cayapas, en forma conjunta implementaron un proyecto de Atención Primaria de Salud (APS) tendiente a superar deficiencias de experiencias anteriores y fundamentalmente a optimizar, armonizar y racionalizar los recursos técnicos y económicos que distintas organizaciones habían aportado en el área, a través de una nueva propuesta que tuviera como base una participación protagónica de las comunidades y sus organizaciones.

En el mes de octubre de 1990, con la participación de los equipos profesionales de salud, promotores y líderes comunitarios, se realizó en la ciudad de Esmeraldas el Primer Seminario de Epidemiología Comunitaria, en el que se definieron los principios, métodos y técnicas a utilizar en este trabajo.

En febrero de 1991 con la participación de equipos de salud interinstitucionales y promotores se realizó un taller de diagnóstico de la situación de salud y de programación local.

Desde entonces se inició la aplicación del Proyecto Interinstitucional de Salud de Borbón cuyo objetivo fundamental era el desarrollo de un nuevo modelo de atención que permita implementar un Sistema Local de Salud (SILOS) en un contexto pluricultural.

Este proceso coincidió con la implementación en el País del Programa de Salud Familiar Integral que ha constituido en todos estos años un eje de discusión teórico y práctico en el Ecuador.

Se utilizaron como herramientas metodológicas la planificación estratégica, la Epidemiología Comunitaria y la educación popular.

Borbón el ocaso de un macondo ecuatoriano

El área de salud Borbón se encuentra ubicada en el norte de la provincia de Esmeraldas - Ecuador, en el sistema fluvial Santiago - Cayapas, con un clima tropical húmedo, modulado por una estación lluviosa que va desde enero hasta mayo y una estación seca que va de junio a diciembre. La temperatura media varía entre 24 y 28 grados centígrados y la humedad relativa media es de 85%.

Borbón es un mosaico étnico que tiene una población aproximada de 25000 habitantes, con predominio de la raza negra, habiendo también indígenas de raza Chachi y colonos provenientes de otras provincias del país, en especial de Manabí.

Las poblaciones negras y chachis están organizadas en comunidades asentadas en las orillas de ríos y esteros. El tipo de vivienda que predomina en el área es a base de caña guadúa y pambil, con techo de cade (fibra vegetal). La actividad económica más importante es la recolección de productos para autosubsistencia como banano, cacao y frutas de la temporada, además de la caza, la pesca y la explotación de madera. Esta última actividad pone en peligro al último bosque tropical húmedo de la costa pacífico ecuatoriana y a la vida de las comunidades ancestrales. No existen vías de comunicación terrestre, los ríos han sido desde siempre las únicas vías de acceso para estas comunidades.

El área de salud Borbón está dividida en ocho microáreas, y cada una de ellas tiene una unidad operativa de primer nivel de referencia. Es considerada un área de pobreza crítica y posee las más altas tasas de mortalidad general, infantil y materna y por enfermedades transmisibles de la provincia de Esmeraldas.

⇒ *Definición de principios, metodología y estilo de trabajo*

El proyecto tiene como principios la integralidad, la prevención, la participación democrática y pretende lograr un sincronismo de la medicina tradicional con la occidental, potencializando el autocuidado individual y la autogestión comunitaria. Priman los criterios de equidad sobre los de eficiencia.

Se basa en la estrategia de APS y usa para cumplir sus propósitos los principios, métodos y técnicas de la Epidemiología Comunitaria y la planificación estratégica.

Busca además potenciar la coordinación interinstitucional para favorecer el uso racional de recursos y alcanzar una máxima eficacia, eficiencia y efectividad en las estrategias y acciones de salud.

A lo largo de este período se ha hecho un importante esfuerzo para que los principios, metodología y estilo de trabajo con la comunidad, definidos al inicio del proceso de Epidemiología Comunitaria, sean apropiados para todos los miembros del equipo de salud.

⇒ *Retomando los sueños de Alma Ata*

Producto de una evaluación de lo que en el Ecuador había sido la aplicación de la estrategia de APS y rediscutiendo los principios de Alma Ata, se definió que el modelo de APS a construir, debería tener el DEBER SER DE LA APS en su concepción integral y transformadora.

❑ **Integral**

Concibe a la salud - enfermedad y vida de las comunidades como un todo indisoluble. No separa la curación de la prevención y hace énfasis en esta última.

❑ **Transformadora**

1. Prioriza la promoción: trata de actuar sobre los determinantes fundamentales para prevenir o controlar varios problemas de vida y salud de acuerdo a las necesidades económicas, políticas y sociales de la población.
2. Visión estratégica: une las necesidades y soluciones coyunturales a un deber ser a largo plazo y pretende actuar sobre los determinantes fundamentales.
3. Participativa y democrática: busca el fortalecimiento de la conciencia, y de la organización; la autonomía y autogestión comunitaria son los ejes y propósitos fundamentales de la práctica en salud.
4. Equitativa: privilegia el criterio de equidad al de eficacia, utilidad política y socio-efectividad.
5. Revalorizadora de la cultura
6. Organizadora del diálogo en la comunidad.

⇒ *Los principios metodológicos*

La metodología de trabajo utilizada pretendió ajustarse a las siguientes definiciones:

1. Basada en la resolución de problemas sentidos por la población.
2. Desarrollada rigurosamente como un proceso. Todas las intervenciones se ejecutaron en cuatro fases: Diagnóstico; Intervención; Monitoría y Evaluación de un período.
3. Con un plan de trabajo estructurado como un proyecto de investigación e intervención que permita enfrentar los problemas de vida y salud en tiempos más rápidos que los de la medicina oficial.
4. Con una concepción estratégica. Tratando de ligar la resolución de los problemas cotidianos y coyunturales a la resolución de los problemas esenciales. Para conseguir esto se utilizó la hélice de gestión operacional mediante la cual se estableció primero el sueño a conseguir a largo plazo y después se seleccionó un problema prioritario que reúna las siguientes características:
 - sentido como prioritario por la comunidad;
 - de fácil resolución y por tanto con resultados visibles a corto plazo;
 - cuya resolución permita alcanzar el sueño visión.
5. Que utilice técnicas que han pretendido ser fáciles (eficientes) y útiles (eficaces), lo suficientemente flexibles para cambiar según las circunstancias (cuaderno del promotor, relatos de historias de vida), tratando de desarrollar la máxima creatividad, fantasía y participación comunitaria. (Cintas de cartulina para detección de desnutridos).
6. Privilegiando en el desarrollo de las actividades el cumplimiento de los propósitos-objetivos y no el cumplimiento de los cronogramas.
7. Tratando de adaptar los tiempos de los equipos profesionales al tiempo de las comunidades.

📖 *La planificación del trabajo*

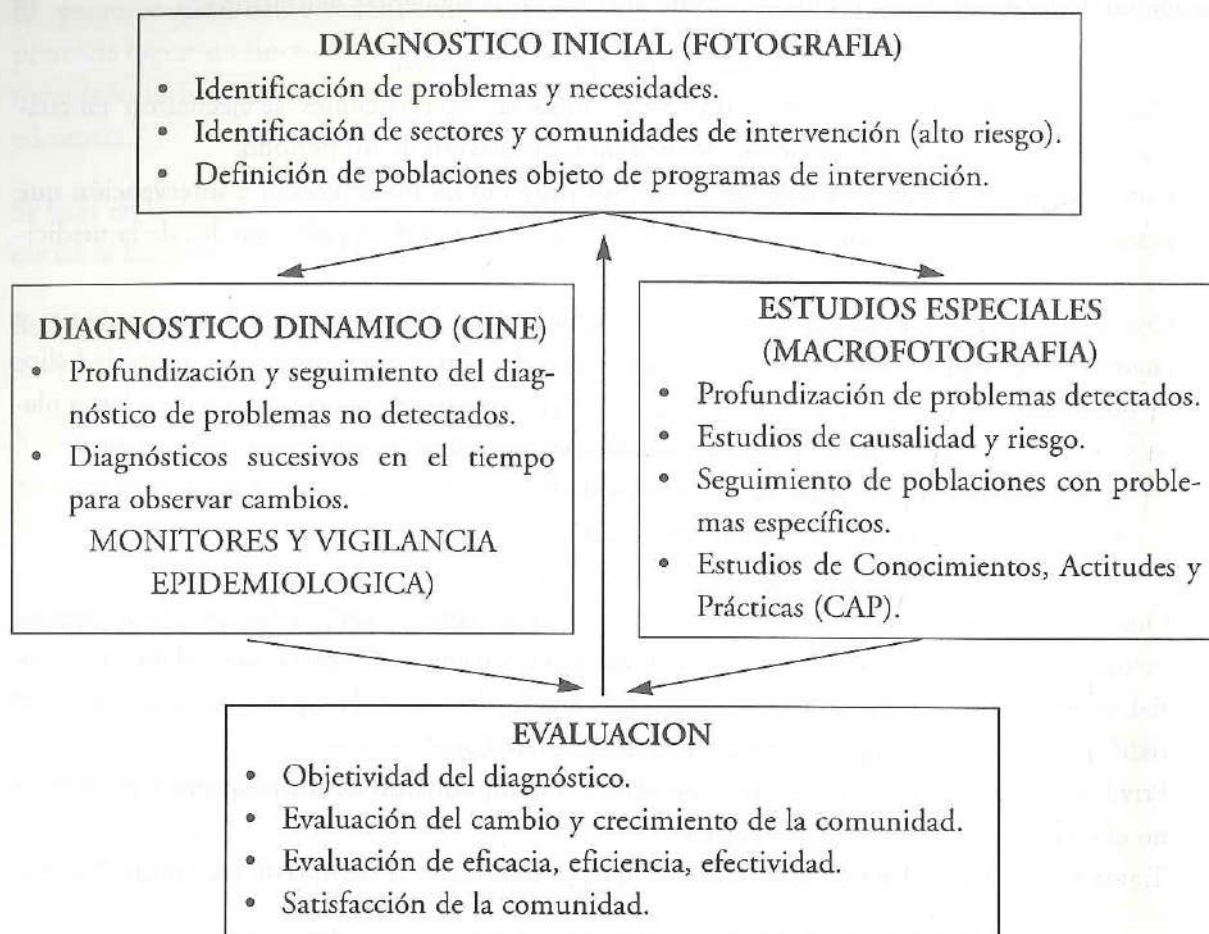
“Un proceso riguroso y sistemático”

La Epidemiología comunitaria, no es una rama menor de la Epidemiología; al contrario pretende ser el mayor desarrollo de ésta, por lo que, concebimos el trabajo como un proceso sistemático y riguroso, a largo plazo, en el que seguimos los siguientes pasos, para elaborar un “plan estratégico”.

⇒ *Diagnóstico del área*

El conocimiento de la realidad de las comunidades, tanto por las limitaciones metodológicas, de tiempo y económicas, como también porque estas están en constante cambio y transformación, no se lo hace en un solo momento, se lo hace en aproximaciones sucesivas. Es un proceso continuo que se inicia con un diagnóstico inicial, pero que se complementa y enriquece con las evidencias que se recogen durante la vida y actividad cotidiana y que a su vez constituyen uno de los principales mecanismos para observar los procesos de salud-enfermedad y vida en movimiento, en su dinámica e interrelación.

❑ Momentos del Diagnóstico



❑ Características del diagnóstico

Todos los momentos del diagnóstico, especialmente el inicial tuvieron las siguientes características:

1. Rápido e integral: abarcó tanto los problemas de salud como los problemas de vida y de los servicios de salud.
2. Integrado a la intervención: se desarrolló como parte del proceso de capacitación continua y de las evaluaciones mensuales de trabajo, mientras se realizaba la investigación inicial se diseñó un plan operativo a corto plazo (primer trimestre).
3. Realizado desde varios puntos de vista y usando varias metodologías y técnicas.
4. Con la mayor participación comunitaria a pesar de los recursos económicos limitados y de la gran dispersión del área.

❑ Técnicas utilizadas en cada momento del diagnóstico

En todos los momentos se utilizaron una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas y varias fuentes de información.

MOMENTOS	TÉCNICAS	FUENTES
1. DIAGNOSTICO INICIAL	1.1 Análisis documental estadístico 1.2 Análisis documental de contenidos 1.3 Técnicas interactivas	- Registro de estadísticas vitales, egresos hospitalarios y consulta externa. - Proyecto de Salud de Borbón 1990: Resultados del taller de diagnóstico y programación de enero de 1991. Informe del seminario taller de evaluación de diciembre 1991. - Taller sobre diagnóstico y priorización con Promotores y Profesionales. - Asambleas comunitarias
2. DIAGNOSTICO DINAMICO	2.1 Relatos de defunciones, casos graves y nacimientos 2.2 Registros de atención 2.3 Sistema de notificación	- Cuaderno del Promotor - Reuniones de monitoreo mensual - Partes diarios y consolidados de atención - Cuaderno del Promotor - Formularios EPI 1 - EPI 2 - Reuniones de monitoreo mensual
3. ESTUDIOS ESPECIALES	3.1 Encuestas transversales 3.2 Estudio de casos 3.3 Estudios de intervención	- Anemia y malaria - CAP oncocercosis - Prevalencia pian - Desnutrición - malaria - TB - Pian* - Malaria**
4. EVALUACION PERIODICA ANUAL	- Asambleas Comunitarias - Encuesta de hogares por muestreo - Encuestas a promotores y auxiliares - Taller con equipos profesionales, promotores y auxiliares	- Muestreo propósito de 6 comunidades 2 por cada río. - 10% de familias de 6 comunidades escogidas - Todos los promotores y auxiliares - Resultados del trabajo en grupos

* Anselmi-M, Araujo-E, Narvaez-A, Cooper-P-J, Guderian-R-H. Genitourin Med 1995;71:343-346

** Kroeger-A, Mancheno-M, Alarcon-J, Pesse-K. Am J Trop Med Hyg 1995;53:313-323

⇒ Identificación y priorización de problemas

Los resultados del diagnóstico se clasificaron en *problemas-necesidades* de tres tipos:

- Problemas administrativos y de prestación de servicios
- Problemas de vida de la comunidad
- Problemas de salud - enfermedad

En la tabla adjunta se detallan los problemas identificados:

PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS Y ORGANIZATIVOS DEL SERVICIO DE SALUD	PROBLEMAS DE VIDA Y ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD	PROBLEMAS DE SALUD - ENFERMEDAD
<p>ADMINISTRATIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escasa capacidad de gerencia de la jefatura del área (programación y resolución de problemas). • Inexistencia de un plan de intervención y de un sistema de monitoreo y supervisión • Inexistencia de una red de provisión de insumos y medicamentos. • Falta de coordinación entre equipos de salud y comunidad. • Falta de coordinación interinstitucional (SNEM, IEOS, Seguro campesino). <p>OPERATIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pobre capacidad de resolución del hospital. • Formación del personal de salud profesional deficiente en APS, medicina tropical, administración de servicios de salud y epidemiología. <p>RECURSOS HUMANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad del personal profesional de salud atenta a la continuidad de las actividades • Abandono de los promotores por parte del MSP • Planta de personal profesional incompleta en el Hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos de tenencia de la tierra • Transporte escaso y caro • Escasez de fuentes de trabajo. • Organización comunitaria débil • Pobre coordinación entre el componente productivo organizativo y el componente salud de las organizaciones. • Escasa participación de la comunidad (bases y organizaciones) en la discusión de los problemas de salud y toma de decisiones. • La comunidad no tiene acceso a la información que los equipos de salud recogen • Limitada participación de las organizaciones en el Comité Interinstitucional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paludismo • Enfermedades Diarreicas Agudas (cólera) • Desnutrición Infantil • Mortalidad materno-infantil • Infecciones Respiratorias Agudas • Tuberculosis • Alcoholismo • Enfermedades de Transmisión Sexual • Tétanos • Oncocercosis

En la medida en que el proyecto de salud de Borbón es parte de un proyecto de Desarrollo Integral, se seleccionaron prioridades en dos campos:

- Prioridades de intervención para los problemas de salud - enfermedad
- Prioridades de intervención para los problemas de vida y organización de la comunidad

Para cada uno de estos se identificaron criterios de priorización. A continuación se expone el resultado de las priorizaciones:

❑ Primer ejemplo: Prioridades de intervención para los problemas de salud-enfermedad

Para priorizar estos problemas se utilizaron dos matrices con los criterios que se consignan en cada una de ellas y se utilizó una valoración semicuantitativa con escala de likers.

➤ *Eficacia:*

PROBLEMA	¿Causa muchos muertos?	¿Han aumentado los casos?	¿Disminuye la capacidad de producir?	¿Es importante para la comunidad?	¿Causa muchas complicaciones?	¿La comunidad puede resolver?	TOTAL
DIARREA	3	2	2	3	1	3	14
PALUDISMO	3	3	3	2	2	2	15
DESNUTRICIÓN	3	2	1	1	3	2	12
IRA *	2	2	1	1	1	1	8
TUBERCULOSIS	1	1	3	2	2	1	10
MORT MATERNO INFANTIL	1	1	2	1	2	1	8
ALCOHOLISMO	2	1	2	2	1	1	9
E.T.S. **	1	2	1	1	1	1	7

* Infección respiratoria aguda.

** Enfermedades de transmisión sexual.

➤ *Eficiencia*

PROBLEMA	Factibilidad técnica	Disponibilidad de recursos	Costos	Total
DIARREA	3	2	3	8
PALUDISMO	3	3	2	8
DESNUTRICIÓN	1	1	1	3
IRA	3	2	2	7
TUBERCULOSIS	1	1	1	3
MORTALIDAD MATERNO INF	1	1	1	3
ALCOHOLISMO	1	1	1	3
E.T.S.	1	2	2	5

Tomando en cuenta estos criterios se priorizaron en *orden de importancia* las siguientes patologías:

1. Paludismo
2. Enfermedad Diarréica Aguda (cólera)
3. Infecciones Respiratorias Agudas
4. Desnutrición Infantil
5. Mortalidad materno-infantil
6. Tuberculosis
7. Alcoholismo
8. Enfermedades de Transmisión Sexual

☐ Segundo ejemplo: Priorización de problemas de vida de la comunidad en los cuales puede apoyar el equipo de salud

Se identificaron como problemas de vida de la comunidad que afectan a la situación de salud:

- conflictos de tenencia de la tierra;
- escasez de transporte;
- escasez de fuentes de trabajo;
- debilidad de la organización comunitaria;
- destrucción del ecosistema por tala indiscriminada de árboles.

Tomando como criterios los problemas en los cuales los equipos de salud pueden apoyar, se aplicó la siguiente matriz

PROBLEMAS	¿Quién puede solucionar?	Puede apoyar el equipo de salud?	¿Quién más puede apoyar?
Conflictos de tenencia de tierras	<ul style="list-style-type: none"> • Ocamen, • Federación chachi 	NO	FEPP
Organización de la Comunidad	Dirigentes y líderes	SI	FEPP
Desocupación / Migración	Todas las organizaciones	NO	FEPP
Tala de bosques	Todas las organizaciones	SI	<ul style="list-style-type: none"> • VAE • FEPP • FUNDACIONES ECOLÓGICAS
Falta de Vías de comunicación	Todas las organizaciones	NO	

En base a esta matriz se priorizaron, en *orden de importancia*, los problemas que el equipo de salud puede ayudar a solucionar:

1. Desarrollo y apoyo a la organización comunitaria
2. Desarrollo de una conciencia de protección ecológica en la comunidad para disminuir la tala masiva e indiscriminada de árboles.

Esta matriz fue útil también para identificar los aliados que los equipos de salud tienen para el cumplimiento de sus actividades.

⇒ *Análisis de problemas priorizados*

Una vez priorizados los problemas se procedió a hacer una lista de los problemas y profundizar en el análisis de los mismos tratando de identificar las causas, consecuencias y percepción de la comunidad, utilizando la siguiente matriz:

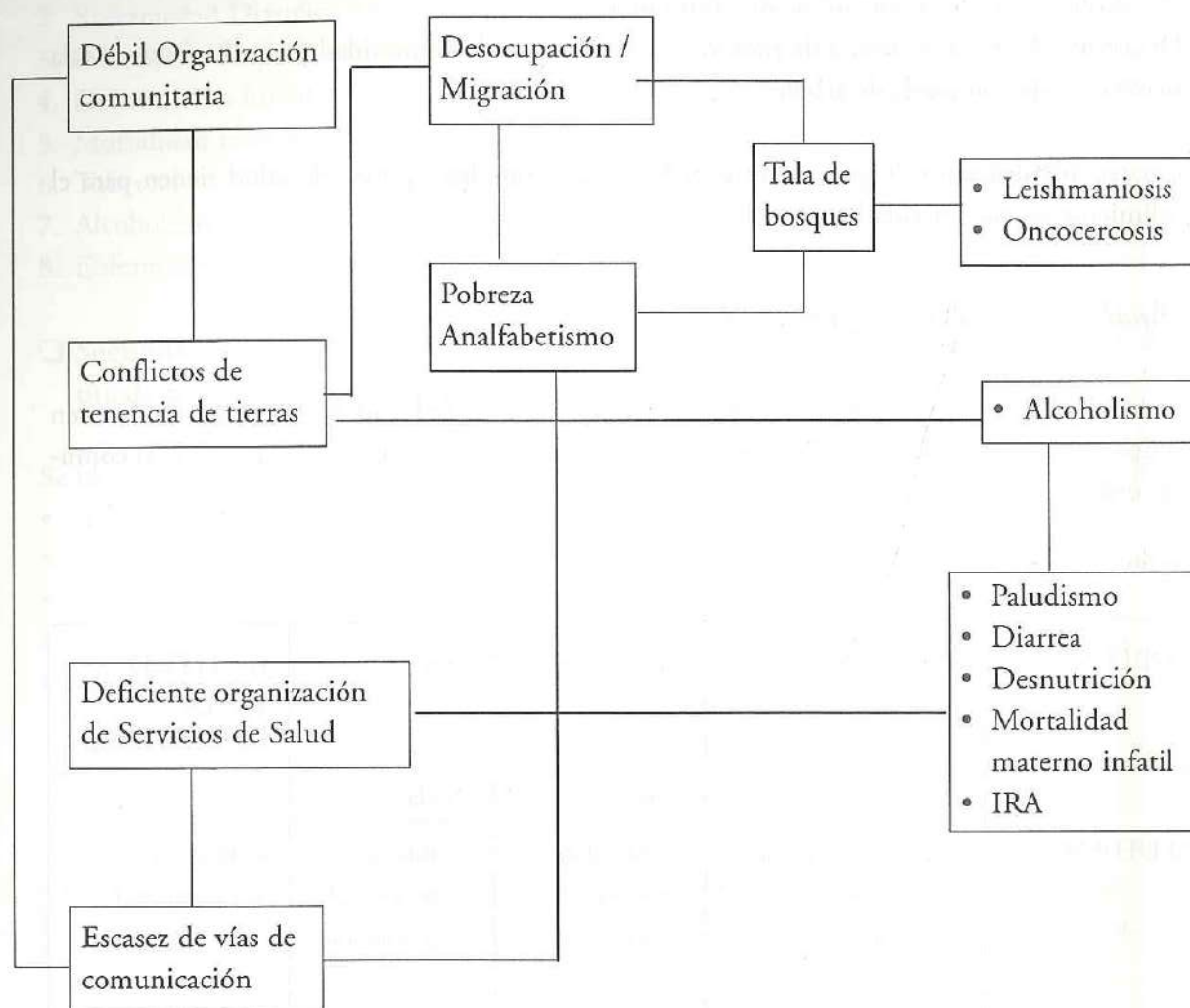
Ejemplo:

PROBLEMAS	CAUSAS	CONSECUENCIAS		ACTITUD DE LA COMUNIDAD
		Salud	Vida	
PALUDISMO	<ul style="list-style-type: none"> • Invierno prolongado • Forma de vida y trabajo. • No trabajó SNEM • Automedicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad • Complicaciones • Anemia • Desnutrición • Disminución de defensas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza • Incapacidad para trabajar 	<ul style="list-style-type: none"> • Desinterés • Conformidad
TENENCIA DE TIERRA	<ul style="list-style-type: none"> • Colonización • No escrituras • Falta de unidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de mortalidad • Desnutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza • Desocupación • Violencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Conformidad • Organización parcial

Este análisis permitió identificar los problemas que mayores consecuencias en la situación de salud y vida presentan y observar la interrelación que existe entre los distintos problemas.

De este análisis se construyó un gráfico de interrelación de procesos o problemas, que permitió observar la importancia causal de cada uno de ellos y por lo tanto sirvió como un criterio de priorización.

❑ Cuadro de asociación causal



⇒ Selección e integración de soluciones

Por las limitaciones de los equipos de salud (su limitada experiencia previa en trabajo comunitario) y el diferente grado de desarrollo de la conciencia de las comunidades, se definió a la primera fase como de penetración por lo que planteamos focalizar el inicio del plan a pocos problemas o prioridades y a áreas o comunidades restringidas, con intervenciones a plazos cortos, que permitan recobrar la confianza de la comunidad en sus propias posibilidades de gestión, pues solamente el ejercicio real de la autogestión permite construir la identidad y la autonomía.

Se inició con pequeños proyectos que tenían buenas probabilidades de éxito y que permitieron también ganar experiencia y motivación al equipo de salud. Se trató de hacer confluir los principios u objetivos a largo plazo con la posibilidad concreta de intervención en la realidad cotidiana.

Para priorizar soluciones se procedió a hacer una lista de todas las soluciones posibles, luego se establecieron los criterios de priorización para posteriormente construir una matriz de priorización.

□ Ejemplo: Priorización de soluciones para enfrentar al paludismo realizado en el curso de promotores

A continuación se expone un ejemplo de como, en el taller de promotores, se identificaron y se priorizaron soluciones para enfrentar al paludismo:

➤ *Lista de soluciones:*

- Educar a la comunidad sobre tratamiento oportuno y completo.
- Eliminación de charcos y limpieza de poblados
- Petrolización de charcos o agua estancada
- Promoción del uso de toldos impregnados con permetrin.
- Promover mejoramiento de la vivienda (casa con divisiones).
- Uso de vestido adecuado en el monte.
- Referir a médicos los casos de alergia y los que necesitan otro medicamento.
- Rociamiento cada 6 meses de las casas.
- Toma de muestras y tratamiento rápido a todo caso.
- Quimioprofilaxis a grupos en alto riesgo.

➤ *Criterios de priorización de soluciones:*

Se pidió que enumeren los criterios para priorizar las soluciones a aplicar en el área, identificándose las siguientes:

- Lo que dé mejores resultados
- Quién puede resolver. Tendrá más valor si puede hacerlo el promotor o la comunidad.
- El costo de la actividad
- El nivel o intensidad de trabajo que necesita.

SOLUCIÓN	LO MEJOR	QUIEN PUEDE	COSTO	TRABAJO	TOTAL
1. Educación Tratamiento	2	3	3	1	9
2. Drenaje aguas	3	2	3	2	10
3. Petrolización	3	2	1	1	7
4. Casa Divisiones	1	1	1	1	4
5. Uso vestido	1	1	1	1	4
6. Rociamiento	3	1	1	-	5
7. Toma muestra y tratam.	2	3	2	2	9
8. Quimioprofilaxis a grupos	3	3	2	1	9
9. Toldos permetrin	3	2	1	1	7

Para la construcción de estrategias se seleccionaron las soluciones que tenían la más alta calificación, estableciendo una diferencia de aplicación según el grado de riesgo que cada comunidad presente para el problema. Las comunidades en alto riesgo recibirían los beneficios de todas las soluciones especialmente las más eficaces, mientras que las que estaban en bajo riesgo recibirían soluciones de más bajo costo pero de eficacia aceptable.

Una vez que se seleccionaron alternativas de solución para los principales problemas priorizados se armaron grupos de medidas a ser implementadas por los equipos en las visitas comunitarias, a los que se denominó *paquetes integrales de intervención*.

⇒ Líneas estratégicas

Para mejorar la implementación de las soluciones definidas para los problemas de salud y vida se pasó a identificar las fuerzas positivas y negativas internas y externas que podían favorecer o perjudicar al proyecto. Mediante la aplicación de una matriz FODA (cuadro adjunto) se procedió luego a definir las líneas estratégicas a aplicarse para viabilizar mejor las soluciones seleccionadas.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reuniones regulares del Comité Interinstitucional y buena coordinación interinstitucional. 2. Reuniones regulares de monitoreo mensual. 3. Apoyo del programa de Oncocercosis: gran cobertura de actividades en el área y mucho prestigio a nivel interno y externo. 4. Financiamiento descentralizado para movilización de equipos y estímulo económico para profesionales. 5. Alta motivación de equipos nuevos. 6. Integración del SNEM y del Seguro Campesino al Comité Interinstitucional. 7. Presencia de asesoría y apoyo del nivel central, que fortalecen al equipo coordinador. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Red de insumos y medicamentos inexistente. 2. Deficiente coordinación entre los miembros de los equipos locales. 3. Formación técnica de equipos profesionales no adaptada a realidad del área y deficiente para la aplicación del nuevo modelo. 4. Pobre capacidad de gerencia y de resolución de problemas por parte de los equipos locales. 5. Ausencia de un sistema de supervisión y monitoría del trabajo de equipos. 6. Inestabilidad laboral de los equipos profesionales y falta de incentivos para trabajar en el campo. 7. Baja remuneración de promotores y no definición clara de su rol y relación con el Ministerio de Salud. 8. Estilo y metodología de trabajo no unificado y deficiente en algunos casos. 9. Capacidad de gerencia de la jefatura de área disminuida. 10. Baja capacidad de resolución de emergencias quirúrgicas y obstétricas del Hospital. 11. Hospital desprestigiado. 12. Incumplimiento de horarios de trabajo y visitas comunitarias por parte de médicos y enfermeras rurales. 13. Dificultades de movilización de equipos y gastos excesivos de movilización con pobre rendimiento.

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo técnico y financiero de OPS al proyecto. 2. Apoyo del VAE, CENAD y otras ONG al proyecto. 3. Buena relación con el proyecto integral de desarrollo que el FEPP ejecuta en la zona. 4. Inclusión del área en la segunda etapa del Proyecto del Banco Mundial. Lo que constituiría una fuente de financiamiento y apoyo técnico político a mediano plazo. 5. Apoyo de la Escuela de Salud Pública. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cambio de gobierno, lo que puede determinar una disminución del apoyo que ha recibido el plan de salud en el área e incertidumbre sobre la firma de un nuevo convenio. 2. Coordinación y relaciones difíciles con la Dirección Provincial de Salud y otras instituciones como el IEOS. 3. Participación limitada de las organizaciones campesinas y de sus bases en el Comité Interinstitucional y en la gestión de los equipos de salud locales. 4. Presencia de prácticas y concepciones culturales negativas difíciles de modificar. Presencia de 3 grupos étnicos (negros, chachis, colonos) con prácticas y concepciones diferentes. 5. Gran dispersión poblacional, falta de medios de transporte y comunicación. 6. Limitado prestigio y difusión del proyecto de salud de Borbón a nivel nacional e internacional. 7. Fuentes de financiamiento futuras inciertas.

Las estrategias a través de las cuales se pretendió alcanzar los objetivos generales y la direccionalidad planteados, fueron construidas en base a la combinación de las soluciones a los problemas prioritarios de salud y a las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas identificadas en el diagnóstico.

1. Descentralización de funciones a nivel de la microárea. Dotar de capacidad de programación y resolución de problemas a los equipos locales y por tanto lograr la adaptación de estrategias y actividades a las características particulares.
2. Promoción y mejoramiento del autocuidado y autogestión comunitaria en salud. Fusión o sincretismo de las prácticas médicas tradicionales con las occidentales y democratización de las prácticas de salud para no "medicalizarlas".
3. Implementación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica y monitoreo con base comunitaria que permita una interacción entre el sistema formal e informal de salud, entre los problemas de salud y los problemas generales de vida de la comunidad y que utilice el diálogo como elemento de capacitación y educación comunitaria generando una conciencia epidemiológica entendida como la capacidad de las comunidades para entender, solucionar o reivindicar sus necesidades y problemas de salud.
4. Aplicación de la estrategia de enfoque de riesgo para la prevención y control de los problemas prioritarios. Esto permitiría aplicar medidas de intervención a los problemas prioritarios con alto nivel de eficiencia y eficacia sin perjudicar al principio de equidad.
5. Paquetes integrales de actividades a aplicarse en las visitas comunitarias. En la medida que la unidad básica de intervención es la comunidad, se diseñó un paquete integral de actividades de salud a ser aplicado en las visitas comunitarias y familiares y a grupos en alto riesgo. En estos paquetes se incluyen las medidas de prevención primaria y secundaria de los problemas prioritarios, incluyendo dentro de estos a la protección ecológica.
6. Curso de educación continua en Salud Comunitaria y Medicina Tropical, dirigido a los profesionales de salud del área y que pretende por un lado mejorar la formación de los equipos de salud, la capacidad de gerencia y de resolución de los problemas locales, uniformizar la metodología y estilos de trabajo, aumentando la motivación de los equipos y su permanencia en el área.
7. Curso de Actualización, adiestramiento en servicio y formación básica para auxiliares de enfermería y promotores.
8. Amplia difusión nacional e internacional de proyecto de salud Borbón. Por las amenazas que presenta el plan, es necesario conseguir mayor apoyo político financiero nacional e internacional para que no se interrumpa su actual dinámica.

⇒ *Programación de actividades y recursos*

Una vez establecidas las estrategias se establecieron los objetivos, a ejecutarse, los tiempos y los responsables.

❑ Objetivos:

1. Mejorar la capacidad de gerencia y de resolución de problemas prioritarios del personal de salud a nivel local, capacitando al personal profesional, promotores y auxiliares de enfermería en administración local de servicios, clínica de enfermedades prevalentes y epidemiología de base comunitaria
2. Constituir comisiones o comités de salud adscritos a las organizaciones comunitarias de las comunidades del área en la gestión de la salud.
3. Implementar un sistema de información, monitoreo y vigilancia epidemiológica con participación comunitaria.
4. Implementar el sistema de promoción y vigilancia nutricional con participación comunitaria. Promover huertos familiares y comunitarios con el fin de introducir nuevas fuentes de nutrición aceptables a la comunidad
5. Concientizar a la población sobre los riesgos de la tala indiscriminada de bosques
6. Aumentar la cobertura de la atención curativa y preventiva materno infantil y de problemas prioritarios de salud.
7. Disminuir la desnutrición en menores de 5 años por debajo de la prevalencia nacional
8. Disminuir la mortalidad de los problemas prioritarios de salud-enfermedad del área: Paludismo, EDA (Cólera), IRA, mortalidad materna y neonatal.

❑ Actividades

A continuación se expone el resumen de las actividades que se planificaron para el año 1992.

➤ *Actividades generales:*

1. Curso de Educación Continua en Salud Comunitaria y Medicina Tropical.
2. Talleres de capacitación sobre temas específicos y formación básica en atención primaria dirigido a promotores y auxiliares de enfermería.
3. Reuniones mensuales de evaluación y coordinación. Estas reuniones se realizan todos los 22 de cada mes.
4. Asambleas ampliadas con participación de delegados de base de las comunidades una vez cada año para evaluación y planificación.
5. Publicación y difusión de los informes de las reuniones de evaluación a todas las instituciones que trabajan en el área y apoyan el proyecto.
6. Publicación de un boletín de información y educación de entrega a cada familia del área.

➤ *Actividades específicas*

1. Visitas comunitarias para aplicación de paquetes integrales de salud. Mínimo tres visitas en un año por parte del equipo profesional de salud (médico, enfermera, obstetriz). En esta visita el equipo profesional realizaría las siguientes actividades:
 - Atención por demanda espontánea
 - Búsqueda activa de casos de malaria, cólera, tuberculosis, desnutrición, infecciones respiratorias agudas, embarazadas y recién nacidos. Control de contactos
 - Investigación de las muertes o casos graves por cualquier enfermedad que se han presentado en la comunidad desde la última visita
 - Quimioprofilaxis para malaria durante los meses de mayor transmisión
 - Educación sanitaria en problemas prioritarios de la comunidad
 - Vacunación a menores de 5 años
 - Monitoreo de crecimiento a menores de 5 años
 - Asamblea para discusión de problemas y prioridades y del plan de trabajo de la comunidad. Organización del Comité de Salud, definición del plan de trabajo comunitario para el período y evaluación de las actividades ejecutadas
 - Provisión de Sueros de Rehidratación Oral, capacitación, supervisión y monitoreo de uso.
 - Supervisión de actividades de promotores y comadronas.
2. Visitas a familias en alto riesgo y a las resistentes a las actividades de intervención. Una visita bimensual a cargo del promotor de salud o auxiliar de enfermería en las comunidades donde no hay equipo profesional y por la enfermera o médico en las comunidades que tienen unidad operativa.
3. Búsqueda activa de casos de malaria, tuberculosis, desnutrición, niños sin esquema de vacunación completa, durante la consulta ambulatoria por cualquier causa, para evitar pérdida de oportunidades durante la actividad intramural.
4. Aplicación de un programa integral de control de malaria
 - Campaña de quimioprofilaxis para paludismo, para embarazadas y desnutridos. Aplicación de ocho dosis de cloroquina en todas las comunidades durante los meses de julio y agosto.
 - Implementación del uso de toldos impregnados con permetrin en las comunidades en alto y mediano riesgo para paludismo.
 - Fumigación a comunidades en alto riesgo.
 - Promoción de cloración intradomiciliar del agua.
 - Implementación de la red de insumos, medicamentos y boticas populares.
 - Implementación de propuesta de Sistema de Monitoría y Vigilancia.

Ejecución del proyecto

“Un camino lleno de espinas”

El Proyecto en el área Borbón, desde su inicio en 1990 ha tenido varios momentos que han determinado modificaciones en la aplicación del modelo diseñado en el plan estratégico. En estos cinco años se han enfrentado múltiples problemas que fueron analizados cuando aparecían o en las evaluaciones anuales. Cada año se hicieron ajustes del plan estratégico.

A continuación se resumen los momentos por los que atravesó el proyecto y las modificaciones que se hicieron al modelo.

MOMENTOS	ENFOCADO EN
<p>Primer momento - 1991</p> <ul style="list-style-type: none">Definición de concepción general (Epidemiología Comunitaria), programación de actividades.Pruebas de herramientas	Modelo comunitario
<p>Segundo momento - 1992</p> <ul style="list-style-type: none">Incorporación de la filosofía, metodología y herramientas de la gerencia estratégica (gerencia de calidad total y hélice de gestión operacional).Implementación progresiva del microproyectos de control integral de malaria.Diseño, prueba de paquete integral de visita comunitaria.Actividades basadas en equipos profesionales.	Implementación de microproyectos de intervención.
<p>Tercer momento - 1993 - 1994</p> <ul style="list-style-type: none">Ampliación de microproyectos para otros problemas prioritarios (cólera, EDA, IRA, Pian, Tuberculosis, Leishmaniasis).Mejoramiento cualitativo del trabajo comunitario mediante la focalización de proyectos de mejoramiento de la participación comunitaria y promoción del autocuidado.	Consolidación de Aplicación de Paquete Integral.
<p>Cuarto Momento - 1995</p> <ul style="list-style-type: none">Disminución de personal profesional.Disminución de coberturas de visitas comunitarias y cobertura de atención profesional.Transferencia de responsabilidades de resolución de problemas a auxiliares y promotores.	Transferencia de responsabilidades a auxiliares de enfermería y promotores y énfasis en supervisión.

Resultados

Uno de los propósitos más importantes del proyecto era obtener resultados exitosos, en tiempos menores a los de la Epidemiología Clásica. A continuación se muestran algunos resultados que dan cuenta de la consecución de este propósito.

Resultados de proceso

Sobre participación comunitaria

En enero de 1996 se realizó una encuesta a 97 hogares de las comunidades de los tres ríos y se encontró que el 62% de los encuestados asistieron a las asambleas. En una evaluación realizada con promotores en 28 comunidades se encontró que 24 tienen comités de salud, 14 se reúnen regularmente, 10 no están funcionando y 4 no tienen.

La organización de segundo grado OCAMEN, participa activamente a través de la rama de promotores. La organización tuvo un papel protagónico para presionar a las autoridades de salud en la firma de renovación del Convenio entre el Ministerio, el Vicariato Apostólico y la OCAMEN.

Sobre sistema de inteligencia epidemiológica

Funcionamiento de un sistema de inteligencia epidemiológico formal y de base comunitario que permitió un mejor conocimiento y caracterización del área y problemas prioritarios de las comunidades. Esto se hizo:

- a través de el cuaderno del promotor, obteniéndose cada año la lista de las principales causas de muerte y una estimación del número de defunciones por grupos de edad;
- a través del sistema de información del MSP, obteniéndose información de morbilidad y monitoreo de actividades.

Sobre la percepción de mejoramiento de la salud:

Durante 1995 por una disminución de profesionales, los promotores de salud y auxiliares de enfermería fueron los responsables de las actividades a nivel comunitario. En una encuesta realizada en 1995 a 97 hogares de una muestra de seis comunidades al preguntar ¿cuáles son las mejoras en la salud que han observado? se obtuvieron las siguientes respuestas:

72 (74%) encuestados dieron respuestas en el sentido de que había mejorado el estado de salud. Entre quienes dijeron que el estado de salud había mejorado 27 (37.8%) sólo dicen que mejoró la salud, 24 (33.7%) que disminuyó el paludismo, 7 (9.45%) que mejoró el estado nutricional, 8 (10.8%) que disminuyó la enfermedad, 4 (5.4%) que disminuyó la diarrea y 2 (2.7%) que disminuyeron los casos graves. 25 (26%) de los encuestados dicen que la situación de salud sigue igual o no respondieron.

⇒ *Resultados de cobertura de atención*

Desde 1989 a 1991 existe un aumento importante de las actividades de prestación de servicios, especialmente a expensas de las actividades curativas. A partir de 1993 etapa en la que se aplica el paquete integral de salud, se observa un incremento de coberturas pero es más importante *la evolución hacia un modelo preventivo promocional*, lo que se confirma por la percepción de la población de un mejor estado de salud.

ACTIVIDAD	1989		1991		1993		1995	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
PREVENTIVAS	55	6.2	605	0.9	3.023	34.1	7.222	35.2
CURATIVAS	835	93.8	4.936	89.1	5.850	65.9	13.286	64.8
TOTAL	890	100.0	5.541	100.0	8.873	100.0	20.508	100.0
TASA DE INCREMENTO			83.9%		37.5%		56.7%	
RAZÓN CURAT/PREV	15.2		8.5		1.93		1.83	

Nota: No se incluyen las actividades de promotores lo que incrementaría las acciones preventivas.

⇒ *Resultados de impacto:*

❑ En la mortalidad

Los resultados de impacto sobre la mortalidad solo podrían ser evaluados cada quinquenio, sin embargo los datos de la evaluación de tasas de mortalidad durante 1993 a 1995 y la percepción de la comunidad podrían permitir afirmar que existe un impacto importante del proyecto en la reducción de la mortalidad.

**TASAS DE MORTALIDAD GENERAL, INFANTIL Y MATERNA EN LAS
COMUNIDADES DE INTERVENCIÓN DEL ÁREA BORBON ENTRE 1993 Y 1995**

	1993	1994	1995
Tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes	9	11.8	5.9
Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos	90	75	26.8
Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	600	350	250

La desnutrición según la notificación de promotores y auxiliares pasó de segunda causa de muerte en 1993 a quinta en 1994 y cuarta en 1995.

☐ **En la morbilidad:**

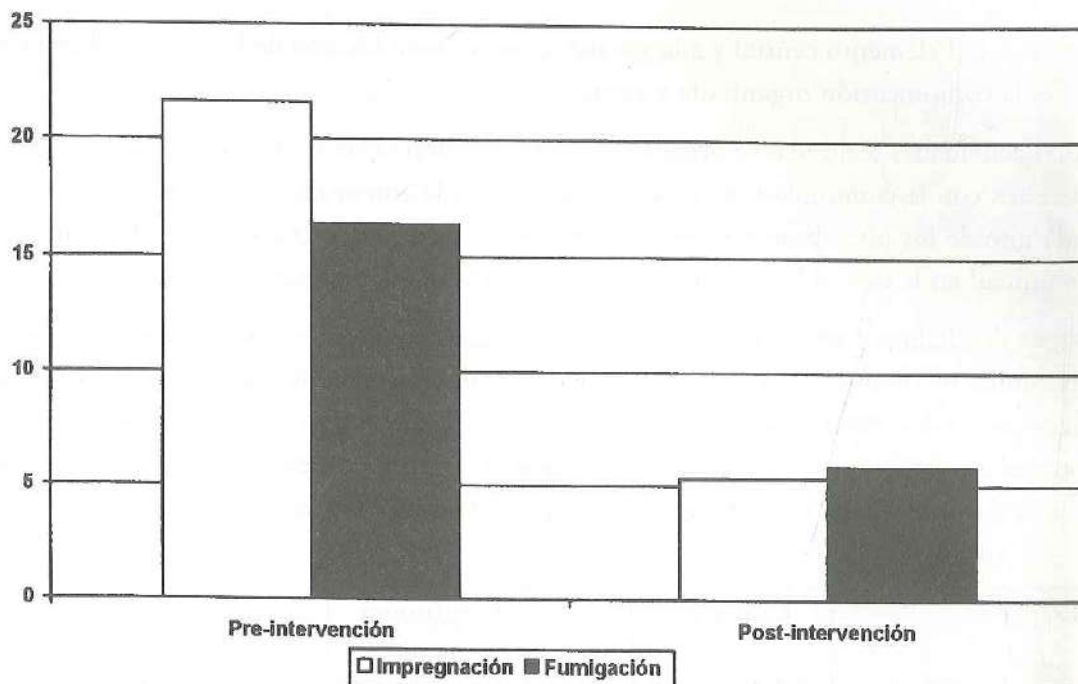
El paquete integral multipropósito priorizó el control de malaria, desnutrición, cólera, IRA, EDA y tuberculosis. Se dispone información para evaluar el impacto en las dos primeras.

➤ **Malaria**

Entre abril del año 93 y abril del año 94 se realizó una intervención para el control de la malaria en 18 comunidades de los ríos Santiago y Onzole, aplicando el paquete integral de control comunitario. En nueve comunidades la estrategia utilizada fue la impregnación de toldos con permetrin, además de búsqueda activa de febriles, tratamiento oportuno, control de criaderos y educación comunitaria, en las nueve restantes se realizó rociamiento introdomiciliario en lugar de la impregnación y las otras actividades.

Tanto en las comunidades en las cuales se intervino con impregnación de toldos, como en las comunidades en las cuales se hizo rociamiento se observó una disminución estadísticamente significativa ($p=0.00021$) de la tasa de incidencia de malaria, siendo la reducción de la incidencia mayor en las localidades en las que se intervino con impregnación (5.7%).

INCIDENCIA DE CASOS DE MALARIA LUEGO DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA



➤ *Desnutrición*

Comparando los resultados del monitoreo de crecimiento entre 1990 y 1994 de los niños menores de 5 años de comunidades donde el equipo de salud del FEPP intervino trabajando con promotores de salud y auxiliares de enfermería:

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS EN 2 COMUNIDADES DE INTERVENCIÓN BORBON, 1990-1994

	1990	1994	TASA DE REDUCCIÓN %
Número de niños controlados	318	366	
Número de niños desnutridos	92	55	
Prevalencia de desnutridos	28.9%	15%	48.1%
Intervalo de confianza al 95% (1)	22.1 - 36.7	10.3 - 21.2	

(1) El IC fue calculado con un efecto de diseño de 2

Diferencia de proporciones : $X^2 = 19.49$ - valor de $p = 0,00001$

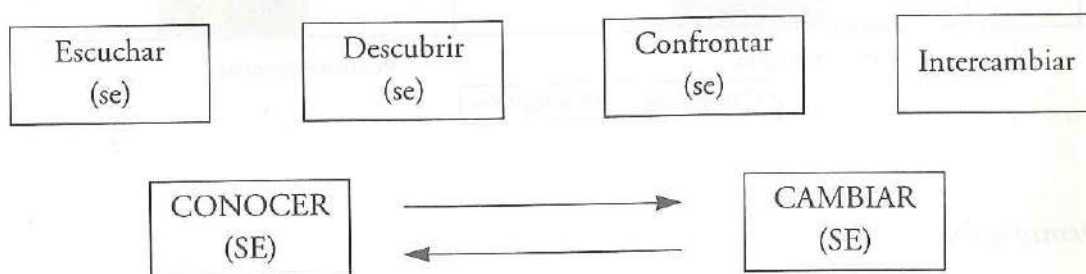
☞ Herramientas de la epidemiología comunitaria

⇒ *La comunicación como herramienta fundamental del trabajo*

Concebimos que el elemento central y a la vez herramienta fundamental de la Epidemiología Comunitaria es la comunicación organizada y estructurada.

En todas las actividades realizadas se organizó la comunicación entre los miembros del equipo de salud y de estos con la comunidad, partiendo de *escuchar* a la comunidad, pero también de escuchar a cada uno de los miembros del equipo (*escucharse*), para poder descubrir los elementos comunes, la unidad en la diversidad, tanto en la comunidad como en el mismo equipo.

Los hallazgos del diálogo fueron confrontados y discutidos con la comunidad y con la propia vivencia del equipo de salud y se pretendió que estos sean intercambiados y socializados. Todo esto para poder conocer la comunidad y conocerse a si mismo como equipo, como individuo con intereses, puntos de vista, motivaciones diferentes, a partir de lo cual se estructuraron planes de intervención para cambiar a las comunidades y a los propios equipos de salud.



Tres fueron las herramientas y a la vez escenarios de comunicación que se utilizaron en el proyecto:

- El cuaderno del Promotor
- Los cursos de capacitación continua y las reuniones de evaluación (mensual y bimestral)
- Las Asambleas comunitarias
- Los arrullos y las décimas como escenarios de comunicación

☐ El cuaderno del promotor

Cada promotor de salud tiene un cuaderno de datos epidemiológicos de los problemas enfrentados, en el que a más de las actividades realizadas, y de las consultas de primeros auxilios registra los fracasos (casos graves y muertes) y las actividades con la comunidad.

➤ *¿Qué eventos , qué hechos y variables se estudian con el cuaderno?*

El cuaderno está organizado en cuatro secciones (ver anexo)

- Registro de atención de enfermos
- Registro de morbilidad frecuente: paludismo y desnutrición
- Control de niño sano y embarazadas
- Relatos de casos graves y defunciones
- Actividades de control comunitario de paludismo

Con la información de las tres primeras secciones se trata de contestar a 5 preguntas epidemiológicas;

1. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes?
2. ¿Cuál es la magnitud o frecuencia de estos problemas y su gravedad?
3. ¿Cómo se comportan los problemas en el tiempo? (tendencia mensual)
4. ¿Cómo se comportan los problemas por lugar o comunidad?
5. ¿Cómo se comportan los problemas según edad y sexo?

Los relatos de defunciones y casos graves recogen cuatro preguntas más:

1. ¿Qué se hizo para evitar el problema?
2. ¿Cuál es la concepción de evitabilidad de la familia y comunidad?
3. ¿Cuál es la concepción de responsabilidad?: ¿Qué o quién falló?. En este aspecto la discusión se profundiza a identificar causas inmediatas dependientes de la familia, comunidad o agentes de salud (formales o no formales) y los hechos socioeconómicos y políticos generales que pueden influir sobre el acontecimiento.
4. ¿Qué se debería hacer para evitar casos similares?

➤ *¿Para qué sirve el cuaderno?*

El cuaderno fue pensado para:

- Permitir tener un mejor conocimiento y caracterización del área y de los problemas prioritarios de las comunidades.
- Permitir orientar el trabajo y definir estrategias de intervención
- Ser utilizado como base en investigaciones con Promotores de Salud y Auxiliares que permitan profundizar los problemas detectados.
- Que el equipo de profesionales que visita la comunidad identifique los problemas prioritarios y supervise la actividad de los promotores y auxiliares.
- Capacitar en servicio a los promotores y auxiliares.
- Discutir problemas con la comunidad y lograr compromisos de acción.

➤ *¿Cómo se usa el cuaderno?*

La información consignada en el cuaderno fue utilizada para analizar los problemas en asambleas comunitarias, en la supervisión a los promotores y auxiliares y en los cursos de educación continua.

En un primer momento se utilizó un cuaderno "común y corriente" (formato libre) en el que el promotor de salud o el auxiliar de enfermería debía anotar la información requerida. Luego a petición de los mismos promotores de salud se preparó un cuaderno con formatos establecidos.

Al respecto se pudo observar lo siguiente:

CUADERNO COMÚN Y CORRIENTE (Formato libre)	CUADERNO CON FORMATO ESTABLECIDO
Información desordenada	Información ordenada
Relatos de muertes y casos graves más ricos de elementos.	Espacio limitado para escribir hace perder la riqueza del contenido Dificultad para escribir en espacios pequeños
Anotaban también reuniones realizadas	No hay formato para reuniones, mingas, actividades comunitarias

En base a estos resultados ha quedado claro que sería conveniente buscar un formato intermedio, que permita la escritura libre y detallada de los acontecimientos y a la vez guarde cierta rigidez en el orden de la información.

➤ *Evaluación de calidad de llenado de los cuadernos*

En enero 1996 se revisaron los cuadernos y se obtuvieron los siguientes resultados

CALIFICACIÓN USO DEL CUADERNO	PROMOTORES DE SALUD	AUXILIARES
MUY BUENO	23.8%	70%
BUENO	57,1%	80%
INSUFICIENTE	19.1%	20%
TOTAL	100%	100%

Criterios utilizados para la calificación del cuaderno:

Muy Bueno : llenado en todas sus partes en forma correcta

Bueno : datos incompletos en algunas partes

Insuficiente : datos incompletos en todas las partes

Las principales fallas encontradas fueron:

- No registran fecha
- No relatan historias en casos de muerte o casos graves
- Datos de pacientes y de actividades incompletos

➤ Ejemplos del uso de información recogida en el cuaderno

A continuación se presentan varios ejemplos de como se procesaron y analizaron los datos que los promotores y auxiliares consignan en sus cuadernos.

○ Resultados de informes de casos de paludismo presentados por promotores y auxiliares - Borbón septiembre / octubre 1992

Número de comunidades	Número de pacientes febriles	Menores de 10 años febriles	Placas Tomadas a contactos	Total placas tomadas	Total Positivos	P. vivax	P. falciparum	Percepción de efecto
26	254	40	143	397	87	29	58	Sólo aumento en 4 comunidades

Comentarios vertidos del análisis de los resultados por parte de los promotores de salud y auxiliares de enfermería:

- *Los casos graves de Timbiré se dieron después de una fiesta (por la migración de otras comunidades)*
- *Familias de enfermos que antes repetían paludismo con primaquina, no vuelven.*
- *Hay casos en que la cloroquina no tiene efectos rápidos.*
- *En Colón Eloy, predomina el Falciparum (35 casos) ¿por qué?*

○ Estudio de casos de desnutridos realizado por promotores

Preguntas a resolver:

- *¿Hay desnutridos en la comunidad?*
- *¿Cuales son las principales causas de desnutrición en la comunidad?*

Metodología:

Para saber si hay desnutridos hay que :

- *pesar a los niños*
- *observar a los niños*

Como no tenemos balanzas optamos por utilizar la cinta braquial en niños de 1 a 5 años para buscar casos de desnutridos graves y moderados.

Para conocer las causas de la desnutrición analizamos:

- *la situación familiar*
- *la historia de los desnutridos*

Para esto utilizamos el siguiente esquema:

COMUNIDAD	NOMBRE	EDAD	SEXO	TIPO DE FAMILIA	CAUSAS	TRATAMIENTO

Resultados de la investigación

En nuestras comunidades encontramos 53 niños desnutridos, con la cinta braquial.

Principales causas:

- *complicación de enfermedades: 23 casos*
- *abandono, descuido, pobreza: 15 casos*
- *quitar el seno temprano (biberón): 11 casos*
- *falta de leche materna: 6 casos*
- *enfermedades durante el embarazo: 4 casos*
- *embarazos muy seguidos: 2 casos*

Actividades para resolver los casos:

En cuanto a la primera causa {enfermedades}:

- 1. Para el paludismo : tratamiento rápido y completo de los enfermos. Aplicar medidas de prevención*
- 2. Para la diarrea :*
 - *hidratación (suero oral y casero)*
 - *agua segura (cloración)*
 - *remitir los casos más graves*

En cuanto a la segunda causa : [abandono, descuido, pobreza]:

1. preparación de papilla hipercalórica
2. pedir suplemento alimenticio al hospital
3. preparación de soya.

○ Estudio de defunciones realizado por promotores y auxiliares

COMUNIDAD	SEXO	EDAD	CAUSAS	¿SE PODÍA EVITAR?	¿QUIEN PODÍA EVITAR?
COLON ELOY	F	60 a	H.T.A	No	
	F	28 a	Parto, H.T.A	Si	
	M	8 m	Desnutrición	Si	
	M	12 a	Paludismo	Si	
	F	15 d	Bajo Peso	No	
S. JOSÉ CAYAPA	M	1 a	Desnutrición	Si	La madre teniendo mayor cuidado. La red comunitaria Lo mismo Los padres
	F	11 m	Desnutrición	Si	
	F	8 a	Quemadura	Si	
ALTO CAYAPA	M	2 d	Desconocida		Los padres Los familiares si llevaban al enfermo Lo mismo
	M	2 d	Desconocida		
	M	1,2 m	Desnutrición		
	M	70 a	Cólera		
	M	72	Cólera	Si	Los familiares con tratamiento rápido Lo mismo
	M	55 a	Hipertensión	No	
	M	18 a	Paludismo	Si	
	F	25 a	Paludismo	Si	
	M	70 a	Cirrosis Hepática	No	
	F	30 a	Ahogamiento	No	
S. FRANCISCO DEL ONZOLE	M	33 a	Asesinato	No	
EL EDÉN	M	38 a	Asesinato	No	
	M	16 a	Asesinato	No	
	F	85 a	Desconocida	No	

○ Relatos de casos graves y defunciones

NOMBRES Y APELLIDOS Beatriz Caiado Gomes			
EDAD	SEXO	RAZA	FECHA
23	F	Negra	9-10-73
LUGAR DE PROCEDENCIA Recife, Va. de P.			
QUE TENIA EL PACIENTE? (SIGNOS Y SINTOMAS)			
Herida en la parte posterior de la pierna.			
T. 38° hiedema en toda la pierna y dolor fuerte.			
QUE DIAGNOSTICO HIZO USTED? Infeccción			
QUE ACTIVIDADES SE HICIERON ANTES DE QUE SE AGRAVE Y QUE SE LE DIO?			
Fue referida al suento de Salud de Valdomiro donde recibió atención medica la Dra. Le Antunes y le recetó ampicilina en Cap. x dos dias y una inyección antibiologica			
QUE SE HIZO PARA EVITAR QUE SE AGRAVE?			
Extracción de puntas por que la herida estaba llena de pus, tenía 30 de fuera de la que embesid la gosa			
Drenaje y curación dos veces al dia			
QUE SE DEBERIA HACER PARA EVITAR OTROS CASOS SIMILARES?			
Antes de suturar una herida hay que hacer una limpieza bien hecha y saber que tipo de herida es para suturarla			

ESCRIBA CON DETALLE LA HISTORIA

La paciente fue caida de un puente al pasar un estero. El cual fue herida por las piedras que estaban al fondo del estero. La herida fue profunda. Se inmediatamente fue trasladada al servicio de salud donde recibió atención medica.

A los dos dias la paciente se refiere como de quejosa de dolor fuerte, fiebre y hiedema en toda la pierna.

Se le abrió la herida en donde salió pus a borbotones con arena y pus de los huesos en la que se hizo la herida.

Tratamiento

Después del tratamiento que le mando la Dra. y lo le añadí

ampicilina 1 al dia x 3 dias.

Requisitos 1

Ampicilina Cap. de 500mg 1C/6h x 4 dias

Diclofenac Tab. 1 dos veces al dia

Curación dos veces al dia hasta que deje de drenar, luego una vez al dia

Reposo

Por ultimo 5 inyecciones de Rifocin indicadas por la Dra. Maribel.

La paciente se recupero muy bien y no presenta ninguna sintoma

RELATOS DE DEFUNCIONES

NOMBRE Y APELLIDO: _____

EDAD 75	SEXO f	LUGAR DE PROCEDENCIA Mumbuto	FECHA 16 de sept. año de 1976	RAZA negra
---------	--------	---------------------------------	-------------------------------------	---------------

CAUSAS: Diabetes. También era hipertensa
sufría de Reuma

ERA EVITABLE

SI X POR QUE? tomando su medicación según
la indicación del médico y que no le diera
bajar faltado su medicamento

NO POR QUE?

QUE SE HIZO PARA EVITAR LA MUERTE

no se pudo evitar esa muerte por que
faltó en parte apoyo del familiar mas cercano
y también la falta de los equipos médicos

COMO SE PODIA EVITAR

controles periódicos por los médicos que conforma
los equipos médicos

QUE SE DEBERIA HACER PARA EVITAR OTRAS MUERTES SIMILARES

Estar mas pendiente de esta persona que
los familiares estan mas pendientes de sus enfermos

ESCRIBA CON DETALLE LA HISTORIA

Don Señora Camerinda Quintero Rodríguez
de 75 años de edad de la comunidad Mumbuto
está de 4 horas de camino al centro de
salud mas cercano lo mas lamentable
es la no presencia del equipo en este año/96
y tiempo en el subcentro de concepción
para poder controlar a esta paciente. de escaso
Recursos económicos

El comienzo de esta enfermedad de la Señora
Camerinda Quintero Rodríguez esto fue
en 1979. le comenzó con abundante orina con
espuma ella pensó su orina porque le
perseguía bastante omigas estaba dulce
allí se la envió al médico por que ya
se le abian presentado otros síntomas desde
entonces los médicos que entraron en la
comunidad le asian el control y le daban
su medicación de lo que no entraron los
médicos a la comunidad solo tomaba su medica-
ción cuando el P.S le llevaba el medicamento
pero la familia decide un poco a su
paciente en lo económico cuando no podía
traerle el promotor de allí ella se queda
sin medicación y comenzó a secar y se
fue un poco temblorosa y sin ganas de
comer ya como promotor vino uno hijo
que estaba en Guayaquil y se lo llevo y fue
como la Señora se puso mal y durante 3 semanas

RELATOS DE DEFUNCIONES

NOMBRE Y APELLIDO: _____

EDAD	SEXO	LUGAR DE PROCEDENCIA	FECHA	RAZA

CAUSAS: _____

ERA EVITABLE

SI POR QUE? _____

NO POR QUE? _____

QUE SE HIZO PARA EVITAR LA MUERTE

COMO SE PODIA EVITAR

QUE SE DEBERIA HACER PARA EVITAR OTRAS MUERTES SIMILARES

el promotor de salud de esa comunidad. Si
fue el tratamiento si lo esta llevando como deus

ESCRIBA CON DETALLE LA HISTORIA

la llevo la hija al hospital de en Guayaquil de alli como se puso muy mal la trajeron y la internaron al hospital de Borden. Se dio pedido a ser algo para el familiar la se, es porque estaba en estado de coma y decidieron llevarla a la comunidad donde estaba todo su familiar y fue evitado el mismo dia murio a las 4 de la mañana.

➤ *Opinión de promotores y auxiliares con respecto a la utilidad del cuaderno:*

En la primera evaluación hecha sobre el cuaderno, los promotores y auxiliares dieron las siguientes opiniones:

- *Es la memoria de lo que pasa en la comunidad (archivo)*
- *Justifica el trabajo realizado por promotores y auxiliares*
- *Ayuda a orientar el trabajo*
- *Registra fechas de nacimiento de los niños y casos de defunciones (registro civil)*
- *Tiene toda la información reunida*
- *Sirve para actualizar el diagnóstico de la comunidad*
- *Si es revisado por los equipos médicos serviría como capacitación continua para promotores y auxiliares*
- *Sirve para discutir con la comunidad los casos graves*
- *Instrumento de evaluación del trabajo del promotor y auxiliar*

La opinión de los promotores y auxiliares sobre las enseñanzas y utilidad de las investigaciones realizadas a partir del procesamiento y análisis de datos recogidos por el cuaderno fueron:

- *Descubrimos que hay casos de paludismo (lámina positiva) en personas sin síntomas, que pueden dar origen a un brote.*
- *Aprendimos que se deben priorizar grupos de personas en mayor riesgo: (niños, ancianos, embarazadas, personas que repiten el paludismo)*
- *Aprendimos que cada caso necesita un tratamiento específico*
- *Aprendimos que se deben buscar a los niños desnutridos y tratarlos (no esperar que acudan)*
- *Aprendimos la importancia de llevar registros de recién nacidos y defunciones*
- *Aprendimos a mejorar la calidad de nuestro trabajo*
- *Aprendimos a hacer un diagnóstico claro y sencillo de la comunidad para intervenir y dar seguimiento a los problemas*
- *Nos ayuda a evitar muertes futuras*
- *Pudimos verificar la calidad del diagnóstico del paludismo (laboratorio)*
- *Aumentó el espíritu de observación y comparación de casos*
- *Ayudó a descubrir las causas reales de desnutrición.*

¿Cómo estas enseñanzas mejoran la calidad de nuestro trabajo?:

- *Con la búsqueda de casos en los familiares de los enfermos*
- *Con el tratamiento oportuno de los enfermos.*
- *Haciendo profilaxis a las embarazadas que tuvieron crisis de paludismo.*
- *Mejora la toma de muestras para paludismo.*
- *Descubriendo las causas reales, se puede intervenir en forma más eficaz.*
- *Permite intervenir en los problemas prioritarios de la comunidad.*
- *Más seriedad en nuestro trabajo.*

□ Capacitación continua:

Para la capacitación de auxiliares y promotores se utilizaron tres modalidades:

1. Talleres de capacitación bimestral con todos los auxiliares de enfermería y promotores, en los que se realizaba también monitoreo de actividades.
2. Capacitación práctica sobre problemas específicos
3. Capacitación en la acción.

➤ *Talleres de capacitación y reuniones de monitoreo bimestral*

Después del taller de diagnóstico inicial y priorización de los problemas, los cursos sobre problemas de salud o enfermedades específicas fueron diseñados como instrumentos de planificación, investigación, implementación de actividades y evaluación continua del trabajo. En todos los cursos se revisaban las actividades realizadas para resolver los problemas abordados en los cursos anteriores.

○ Metodología:

Los cursos han tenido una frecuencia bimestral y tres días de duración cada uno, constaban de dos partes:

Primera parte:

- Revisión de actividades realizadas
- Recolección de información a partir de los cuadernos
- Análisis de la información
- Modificación o ajuste de estrategias, actividades y compromisos

Segunda parte:

- Profundización sobre un problema de salud-enfermedad considerado prioritario para el área y para el momento.
- La metodología seguida fue responder en trabajo de grupos y luego discutir en plenaria las siguientes preguntas:

- ⇒ ¿Cómo se reconoce o diagnostica la enfermedad?
- ⇒ ¿Cómo se transmite o contagia?
- ⇒ ¿Qué se hace? (Tratamiento médico clásico, tratamiento tradicional)
- ⇒ ¿Quiénes tienen mayor posibilidad de morir o de enfermar?
- ⇒ Causas y consecuencias de la enfermedad
- ⇒ ¿Cuáles son las mejores soluciones y como escogerlas?
- ⇒ Actividades y compromisos.

○ Utilidad

Son una suerte de escuela de programación local en los que se detectan los problemas, se los analiza, se buscan soluciones y se planifican actividades concretas.

Sirven para profundizar el conocimiento sobre las principales patologías del área y realizar pequeñas investigaciones.

El análisis de la información permite llegar a descubrir también las fallas de los servicios de salud.

Los resultados de estas actividades se transformaron en protocolos o algoritmos de manejo de casos, que se entregaron a promotores.

○ Ejemplos

A continuación se presenta un ejemplo de detección de fallas y un algoritmo de manejo de IRA.

Ejemplo 1

Control de calidad del laboratorio para diagnóstico de paludismo.

Una de las estrategias implementadas para el control comunitario del paludismo fue el diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos. Cada promotor debía tomar una muestra de sangre a todo febril y enviarla al laboratorio del Servicio de Control de Malaria (SNEM) en Borbón. Si el cuadro clínico justificaba se daba inmediatamente el tratamiento.

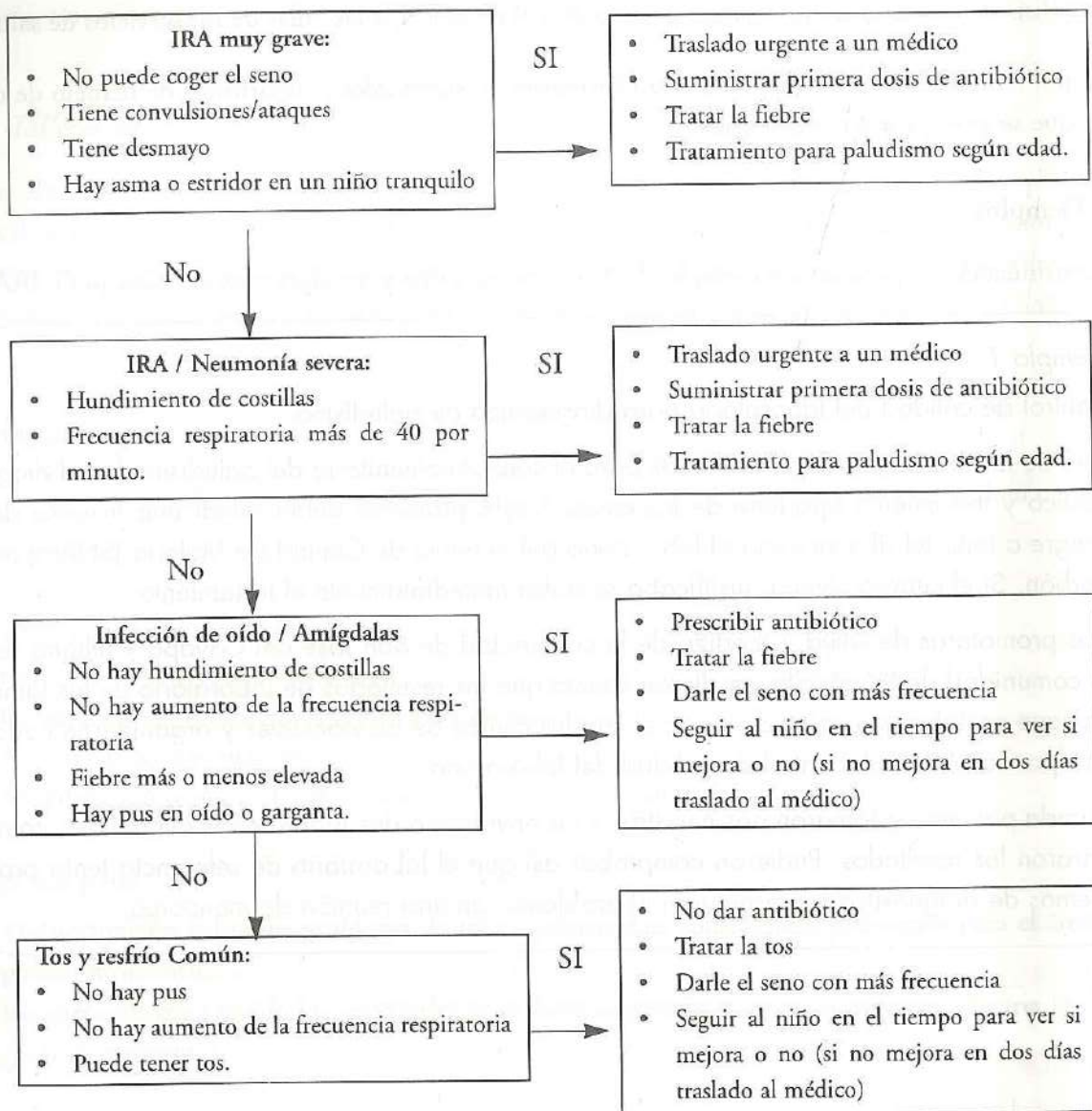
Dos promotoras de salud, Oberliza de la comunidad de San José del Cayapa y Juliana de la comunidad de Wimbicito, se dieron cuenta que los resultados de laboratorio de las láminas que enviaban no coincidían con el cuadro clínico de los pacientes y organizaron cada una por su cuenta un control de calidad del laboratorio.

A cada paciente le tomaron dos muestras y las enviaron a dos laboratorios diferentes y compararon los resultados. Pudieron comprobar así que el laboratorio de referencia tenía problemas de diagnóstico y presentaron el problema en una reunión de monitoreo.

Ejemplo 2 : algoritmo de manejo de IRA en niños menores de 2 años

SIGNOS DE ALARMA

¿QUÉ HACER?



Nota: Todos estos niños deben estar vacunados por:

- BCG
- DPT (a los 3 meses)
- ANTISARAMPION (a los 9 meses)

➤ *Capacitación práctica sobre problemas específicos*

Los talleres zonales sobre patología dérmica, nutrición y control comunitario tienen una duración de 2 - 3 días, se realizan en una comunidad con todos los Promotores de salud y Auxiliares del mismo Río.

○ Metodología:

- Realización participativa de una acción con tutoría del equipo.
- Devolución de datos a la comunidad

○ Utilidad:

- Permite evaluar la capacidad de poner en práctica los conceptos teóricos adquiridos en los cursos.
- Aumenta la capacidad de diagnóstico diferencial del Promotor de salud.
- Es al mismo tiempo un diagnóstico de un problema existente y una intervención para limitarlo.

Ejemplo: Taller sobre patología dérmica

"Nos reunimos dos días con 4 compañeros del equipo de salud de Colón del Onzole, donde había muchas personas, sobre todo niños, con problemas de piel. Avisamos de casa en casa para que la gente con el problema se acercara a la piragua del pueblo. Entre compañeros revisábamos el enfermo, discutíamos entre nosotros y comentábamos con el doctor nuestras opiniones sobre la enfermedad que podía tener. Juntos decidíamos de que se trataba y nosotros proponíamos el tratamiento. Anotábamos en el cuaderno cada caso y el seguimiento que había que darle. Por la noche hicimos una reunión con la comunidad para comunicar el resultado de nuestro trabajo y dar consejos para evitar recaídas".

Gonzalo Medina (Promotor de salud, Colón del Onzole)

Lindon Corozo (Aux. Enfermería, Santo Domingo Onzole)

➤ *Capacitación en la acción*

○ Metodología:

- Revisión del cuaderno con el Promotor o Auxiliar
- Participación del Promotor de salud o Auxiliar en actividades educativas y preventivas y en la consulta de morbilidad
- Realización conjunta de asambleas comunitarias para informar a la comunidad de la situación existente, analizar la situación y buscar soluciones.

○ Utilidad:

- Permite evaluar el uso de los protocolos de tratamiento
- Permite evaluar la relación diagnóstico - tratamiento
- Aumenta la capacidad de diagnóstico
- Fortalece la credibilidad del promotor de salud - Auxiliar frente a la comunidad
- Aumenta la conciencia de la comunidad sobre su propia situación de salud.
- Involucra a la comunidad en la solución de los problemas

OPINIONES DE LOS PROMOTORES DE SALUD Y DEL EQUIPO DE COORDINACIÓN SOBRE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE CAPACITACIÓN

MODALIDAD	POSITIVO	NEGATIVO
CAPACITACIÓN BIMESTRAL CONCENTRADA EN BORBON	<ul style="list-style-type: none"> • Permite que los promotores de salud y auxiliares, tengan un conocimiento global del área (P)*. • Permite confrontar experiencias (P). • Permite la discusión de los casos graves o muertes: es mucho más rica cuando la hacen todos juntos (P). • Facilita el intercambio de conocimientos sobre la medicina natural (P). • Sirve para fortalecer la organización (P). • Anima a los decepcionados por algún fracaso (P) 	<ul style="list-style-type: none"> • Costo muy elevado (E) • Permite capacitar en lo teórico pero no en lo práctico (E).
CAPACITACIÓN PRACTICA ZONAL SOBRE PROBLEMAS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Permite realizar acciones concretas en la comunidad con colaboración de otros compañeros (P) • Permite evaluar la práctica de promotores de salud y auxiliares (E) • Aumenta la confianza de la comunidad hacia el promotor de salud (P) • La comunidad toma más conciencia de la importancia de las actividades que permiten conocer la magnitud de un problema (P) • Aumenta la capacidad de diagnóstico diferencial de los promotores de salud y auxiliares (E;P) • Menor costo (E) 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere más tiempo
CAPACITACIÓN EN LA ACCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta la capacidad de diagnóstico (E+P) • Evalúa el uso correcto de protocolos de tratamiento(E) • Capacita en el registro correcto de datos (E y P) • Tiene menor costo (E) • Aumenta la conciencia de la comunidad sobre su propia situación (E+P). • La comunidad participa más en la solución de sus problemas (E+P). 	<ul style="list-style-type: none"> • Los equipos de salud rural dedican poco tiempo a este tipo de acción por: falta de visión en APS y Epidemiología comunitaria (E+P). • A veces cuando va el equipo no está el promotor de salud (falta de comunicación y coordinación entre equipos y promotores de salud) (E).

* (E): Opinión del equipo de coordinación. (P):Opinión del promotor de salud

❑ Asambleas comunitarias

La asamblea comunitaria puede ser realizada tanto por el promotor de salud o auxiliar de enfermería, como por el equipo de profesionales cuando visitan a la comunidad. Estas asambleas son fundamentales para el trabajo ya que es el mecanismo para involucrar la comunidad y constituyen un espacio para el análisis y priorización de problemas.

➤ *Utilidad de la asamblea:*

Puede realizarse con diferentes finalidades:

- Para realizar un diagnóstico
- Para discutir sobre casos graves o de muerte ocurridos en la comunidad
- Para definir estrategias de intervención
- Para analizar problemas.

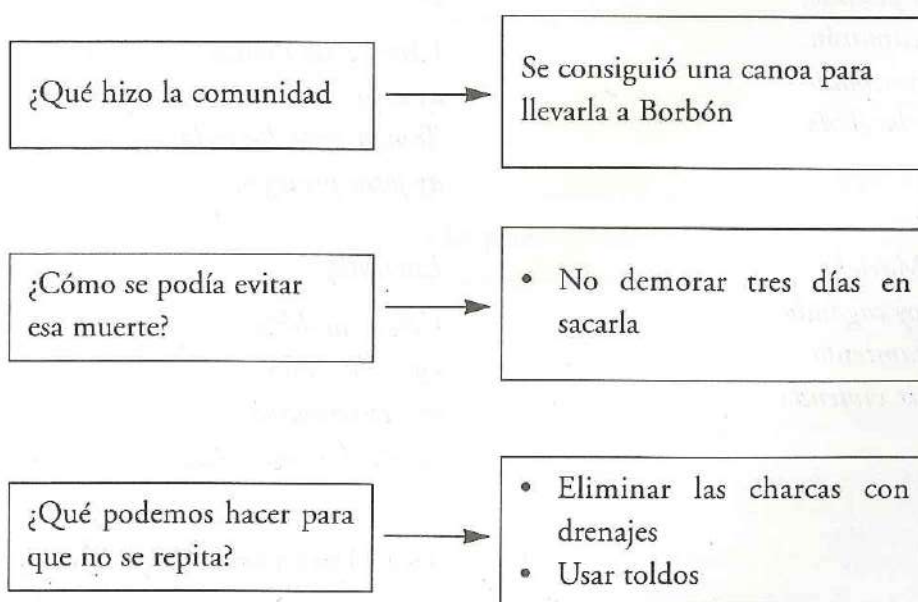
Antecedentes

Las comunidades negras de la zona norte de Esmeraldas han convivido durante muchos años con el paludismo y pueden reconocerlo perfectamente cuando se encuentran frente a un caso. Conocen tanto el mecanismo de transmisión como el tratamiento, sin embargo, el aislamiento en el que se encuentran estas comunidades y la inconstante presencia de los equipos de salud son muchas veces causa de agravamiento e inclusive de muerte.

En la comunidad Selva Alegre, área Borbón, provincia de Esmeraldas, en diciembre de 1993 se registró la muerte de una mujer adulta con diagnóstico probable de paludismo. El equipo de salud que labora en dicha comunidad, con el propósito de promover la participación comunitaria en el análisis de las causas de los problemas de salud y la aplicación de medidas de control comunitario, organizó una asamblea. Se inició pidiendo a los asistentes que cuenten lo que pasó con esta mujer y uno por uno fueron relatados los hechos que se suscitaron en torno al caso:

"Sra. Aída de 40 años 3 hijos. En noviembre apareció una mano en el cementerio y ella la vio, desde lo cual le dio fiebre y arrojadera y fue donde el doctor, quien le hizo el examen para paludismo y le dio medicina con lo que se mejoró, y ya salió al monte. Un domingo le volvió a dar fiebre y dolor de estómago, pasó tres días así, y como no estaba el doctor, la llevaron a Borbón, pasó dos días en el Hospital donde se puso amarilla y le daban ataques y arrojaba líquido amarillo. Murió el jueves a la cinco de la mañana".

A partir de este relato se inició el análisis del problema en base a las siguientes preguntas:



❑ Los arrullos como escenarios de comunicación

El arrullo es un ritmo de tambores rápido (bombo y cununo) con las voces de muchas mujeres que cantan siguiendo el patrón de llamada-respuesta, acompañados por el sonido de guasás y maracas. En las comunidades de ascendencia africana de Borbón, los ritos musicales ancestrales se han mantenido y grupos informales inventan décimas y arrullos alrededor de acontecimientos importantes que han sucedido en la comunidad.

Durante el desarrollo del proyecto, los auxiliares de enfermería y los promotores de salud realizaron diferentes actividades educativas y como consecuencia de esto, algunos grupos compusieron arrullos que hacían referencia a la patología prevalente, su forma de transmisión y las medidas de prevención.

Un ejemplo:

Arrullo del cólera

(Ay, Ay, Ay me cago)

Estribillo:

*Ay, Ay, Ay me cago
cólera me ha dado
Denme agua de pipa
que me estoy cagando.*

*Por comer pescado,
concha y camarón,
medio sancochado
cólera me ha dado*

Estribillo...

*Doctora Mariela
ay me estoy cagando
deme tratamiento
para seguir viviendo*

Estribillo...

Auxiliar Felisa

*ay póngame un suerito
póngame un suerito
ay deme suero oral.*

Estribillo...

*Lávense las manos
ay antes de comer
Tomen agua hervida
ay para proteger.*

Estribillo...

*Cólera maldito
en Colón Eloy
por escrupuloso
ay me dio con dolor.*

Auria Valencia y Grupo Colón Eloy Alegre



☞ La investigación epidemiológica clásica en apoyo a la evaluación de un programa de Epidemiología Comunitaria

⇒ *Un estudio que evalúa el impacto de las actividades de control comunitario de paludismo durante un brote epidémico en el río Cayapas, área Borbón-Esmeraldas-Ecuador*

☐ Antecedentes

La malaria constituye en el Ecuador una de las primeras causas de morbilidad. Más del 60% de la población se encuentra expuesta a contraer esta enfermedad por vivir en áreas maláricas o potencialmente maláricas.

Durante los últimos 5 años el 44% del total de los casos de malaria confirmados por laboratorio se concentran en la provincia de Esmeraldas (25.6%) y Manabí (17.8%), siendo más del 60% del total de casos de malaria debidos a *P. Falciparum* (Esmeraldas 30.8%)

En Esmeraldas, los cantones de más alto riesgo son: San Lorenzo con un Índice Parasitario Anual (IPA) de 89,6% y una Frecuencia Relativa de Infecciones por Falciparum (FRIF) de 59,3% (periodo 89-93), y Eloy Alfaro con un IPA de 46,3% y un FRIF de 66,5% (periodo 89-93).

Con los 26 promotores de salud y 12 auxiliares de enfermería se implementó, a partir de 1992, un programa de control comunitario de paludismo iniciándose las actividades en los Ríos Santiago y Onzole. Este programa prevé la implementación progresiva de las siguientes estrategias:

- Diagnóstico y tratamiento oportuno de casos
- Control de criaderos (mapeo, drenaje de charcos y siembra de peces larvófagos)
- Impregnación de toldos con Permetrin
- Profilaxis a embarazadas y desnutridos
- Educación a la comunidad

☐ Metodología

➤ Intervención

A finales de 1994 se produjo un brote epidémico de paludismo por *P. Falciparum* en el Río Caya-pa, un área todavía no involucrada en el programa. Las intervenciones para controlar el brote las efectuaron los promotores de salud y los auxiliares de enfermería del sector y para ciertas actividades específicas hubo colaboración del equipo médico de Zapallo Grande y del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM).

ACTIVIDADES DE CONTROL DEL BROTE SEGÚN TIPO DE PERSONAL

ACTIVIDAD	Promotores y auxiliares	Equipo de salud	SNEM	Total
Control de criaderos	69.2%	30.8%	0%	100%
Fumigación perifocal*	0%	0%	100%	100%
Impregnación de toldos	100%	0%	0%	100%
Capacitación a líderes	60%	12%	28%	100%
Asambleas comunitarias	51.7%	31.1%	17.2%	100%
Búsqueda de febriles y tratamiento	57.5%	21.3%	21.2%	100%
Seguimiento de casos	50%	50%	0%	100%
Quimioprofilaxis embarazadas y desnutridos	100%	0%	0%	100%

*Se realizó solo en comunidades de mayor incidencia

Las estrategias implementadas fueron:

1. Control de vectores
 - impregnación de toldos
 - control de criaderos
 - siembra de peces larvófagos
 - fumigación perifocal
2. Educación y capacitación comunitarias
 - capacitación a líderes
 - asambleas comunitarias
3. Diagnóstico y tratamiento
 - búsqueda activa de febriles y tratamiento radical
 - encuestas hemáticas
 - tratamiento colectivo con Cloroprimaquina
4. Seguimiento de casos
5. Quimioprofilaxis a embarazadas y desnutridos

En 1990, en el mismo sector, se había producido un brote de paludismo. En esa ocasión las intervenciones se limitaron a realizar tratamiento oportuno de febriles, tratamiento colectivo con cloroprimaquina y seguimiento de casos con un equipo médico itinerante.

➤ *Registro de información y análisis de datos*

Cada promotor de salud o auxiliar de enfermería anotó en su cuaderno de vigilancia epidemiológica el número de febriles, el número de láminas tomadas y los respectivos resultados.

En cada comunidad se abrió una carpeta en la que constaba el censo de familias, el censo de toldos, un croquis con mapeo de criaderos y las actividades realizadas durante la visita.

➤ *Medición del impacto*

Para medir el impacto de la aplicación de la estrategia integral que se aplicó durante el brote epidémico de 1994 se compararon las tasas de prevalencia de infección por *Plasmodium*, de anemia y de esplenomegalia seis meses después del brote, tanto en 1991 como en 1995. En 1991 y 1995 la encuesta se realizó en niños de 1 a 12 años que provenían de 4 comunidades escogidas al azar. (En 1991 n=95; en 1995 n=114)

En cada niño se realizó examen clínico, palpación y medición del bazo, un examen de hematocrito de una muestra de sangre recogida por punción del dedo índice con tubo capilar y frotis y gota gruesa con coloración Giemsa para hematozoario.

❑ Resultados

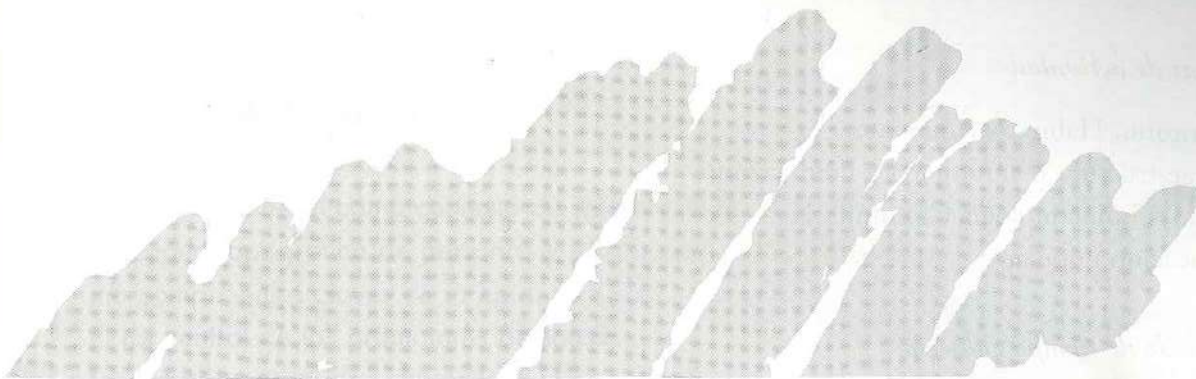
TASAS DE REDUCCIÓN DE MALARIA, ESPLENOMEGALIA Y ANEMIA EN NIÑOS DE 1 A 12 AÑOS RÍO CAYAPAS 1991-1995 - BORBON - ESMERALDAS

		AÑO 91	AÑO 95	valor p
PLACAS POSITIVAS	% IC 95%	34.7 (25.4 - 45.3)	3.6 (1.1 - 9.6)	< 0.05
ESPLENOMEGALIA	% IC 95%	78.9 (69.4 - 86.6)	12.8 (7.2 - 20.6)	< 0.05
ANEMIA	% IC 95%	97.9 (92.6 - 99.7)	58.8 (48.0 - 67.2)	< 0.05

❑ Conclusiones

Existe una diferencia significativa entre las tasas de prevalencia de parasitemia, anemia y esplenomegalia de 1991 y 1995.

Los principales artífices en el control del brote fueron los promotores de salud y los auxiliares de enfermería del sector, demostrándose una vez más la capacidad de intervención que tienen los agentes de salud comunitaria para el control de enfermedades transmitidas por vectores y para involucrar la comunidad.



Capítulo 4

Epidemiología Comunitaria en área urbana: la experiencia de la comunidad de San Roque en El Salvador

Ficha de identificación del proyecto

Denominación

“Proyecto de desarrollo de los asentamientos populares de las zonas periféricas urbanas y rurales; organización de servicios comunitarios en el campo sanitario, productivo y educativo”

Programa 1892/MLAL/EL SAL del Ministerio de Relaciones Exteriores de Italia.

Instituciones responsables

Movimiento Laicos para América Latina (MLAL)

Parroquia San Roque - Barrio San Jacinto- (Arzobispado San Salvador)

Unidad de Salud San Jacinto y Lourdes

Alcaldía Municipal San Salvador

Universidad El Salvador (UES)

Universidad Centro-Americana “J.S. Cañas” (UCA)

Cooperación Italiana

Conferencia Episcopal Italiana (CEI)

Programa de Generación de Empleo en el Sector Informal San Salvador (GENESSIS) - Unión Europea

Áreas de actividades

Territorio, Habitat y Ambiente
Infraestructura Comunitaria y Producción
Salud y Epidemiología Comunitaria
Educación popular

Período de tiempo cubierto

Mayo 1989 a Agosto 1996

Personas involucradas en el proyecto y que se deben considerar como autores del capítulo

Dra Giovanna Dorotea Cecchetto
Cecilia Elizabeth Orellana Saravia
Lilian Marisol Leiva de Callejas
Zoila América Domínguez
Ena Maritza Sorto
María Leonor Flores
Francisca Isaura Ayala
Ursula Consuelo Escobar
Ana Matilde Mejía Ruano
Sara Alvarenga
Herminia Osorio

Karla Lisette Rodríguez Domínguez
Maira Verónica López
María Rosario Lozano
Blanca Miriam Martínez Cisneros
Irene Palma
María Inés Barrillas Pineda
Ana Torres Rivas
Rosalina de Mármol
Carmen Landaverde
Oscar Reynaldo Saravia

Hábitat y territorio

Arq. Alfredo Favrín
Arq. Luis Ramírez

Dirección del proyecto

En El Salvador:

Dra Giovanna Dorotea Cecchetto
c/o Parroquia San Roque
Calle San Martín y Avenida Indiana - Colonia Harrison
Barrio San Jacinto - San Salvador, El Salvador
teléfax: (503/2)703030 - teléfono (503/2)420361

En Italia:

Dra Giovanna Dorotea Cecchetto
Via Roma, 40
31037 Loria (Treviso) - Italia
teléfono (39/423)485855

Objetivos metodológicos

1. La historia general como contexto de referencia de la Epidemiología Comunitaria
2. El mapeo topográfico de personas y problemas, y los espacios físicos de encuentro como componentes claves de la Epidemiología Comunitaria
3. El rol central de los promotores de salud
4. La complementariedad de los lenguajes y de los contenidos informativos de los cuentos y de los datos
5. Relaciones entre comunidad y profesionales

El perfil del país

⇒ *Cuadro general poblacional*

El Salvador, situado en el Istmo Centro-Americano, tiene una extensión de 19.641 km² y una población de 5.047.925 habitantes, muy concentrada en el área urbana.

El perfil poblacional está influenciado por los siguientes factores:

1. una guerra de 12 años que ha afectado a hombres jóvenes de ambos bandos combatientes;
2. la emigración hacia el exterior, principalmente aunque no exclusivamente, de hombres jóvenes.

El Salvador tiene un marcado exceso de mujeres sobre hombres en los grupos más jóvenes de la edad fértil (20 a 34 años). El número de niñas que ahora tienen entre 5 a 14 años es dos veces y medio mayor que el número de mujeres en el rango de su etapa final, 35 a 44 años (684.000 comparadas con 252.000): eso implica mayor número de nacimientos si la tasa de fertilidad específica por edad no disminuye en la nueva cohorte.

La Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples realizada entre 1992 y 1993 por el Departamento de Investigaciones Muestrales y Coordinación del Desarrollo Económico y Social muestra que en El Salvador el 57.5% de los hogares se encontraban en situación de pobreza y uno de cada cuatro en condición de extrema pobreza.

La población económicamente activa está conformada en un 63% por hombres y en un 37% por mujeres. El 43% de la población es dependiente por ser menor de 15 o mayor de 64 años.

⇒ *Emigración*

Diversas investigaciones han calculado aproximadamente en un millón el número de salvadoreños que se encuentran en los Estados Unidos.

La emigración del País constituye un problema importante para las familias, por las condiciones en que esta ocurre: migración forzada, llena de incertidumbre y por medios que frecuentemente son ilegales. Si bien los migrantes contribuyen substancialmente al bienestar familiar mediante remesas de divisas extranjeras, la división de la familia constituye un trauma psicológico importante.

El fenómeno de las remesas tiene mucha importancia por los efectos en los cambios socioeconómicos más profundos que el País ha experimentado en los últimos años: no sólo han posibilitado la estabilidad macro-económica del País y servido de válvula de escape para aliviar las presiones sociales, sino que han sido el instrumento para que más de 200.000 familias puedan satisfacer sus necesidades básicas; en definitiva han funcionado como alivio para la pobreza.

Las remesas han cumplido estas funciones básicas porque han aumentado cada año; el incremento de las transferencias privadas en las cuentas nacionales ha sido constante, pasando de 300 millones de dólares americanos en 1990 a 1000 millones en 1995.

Las remesas crean un alto nivel de consumismo entre las familias beneficiarias de los giros. Los datos de la encuesta de hogares 1991-92 muestran que un 76.9% de las remesas son usadas para el consumo; un 2.8% son invertidas y aproximadamente un 22% es ahorrado. Además un 3.7% de los receptores de las remesas se identifican como desocupados y un 59% está constituido por población inactiva. Estos datos indican detrimento de las actividades productivas en favor del consumo.

⇒ *Servicios básicos y vivienda*

La insuficiente cobertura de los sistemas de agua potable y alcantarillado constituye un factor de riesgo para enfermedades como cólera, disentería amebiana, fiebre tifoidea, gastroenteritis aguda, parasitismo intestinal, hepatitis viral de tipo A y absceso hepático amebiano.

Únicamente el 55% de la población tiene acceso a agua procesada y el déficit de servicios es más grave en las zonas rurales. La electrificación en las áreas rurales no tiene una cobertura superior al 30%, mientras que en el área urbana la cobertura es del 70%. El déficit de vivienda alcanza las 400.000 unidades poblacionales; una importante parte de la población vive en condiciones precarias, en viviendas que no corresponden a la definición de vivienda adecuada.

⇒ *Ingresos y pobreza*

Solamente el 15% de la población tiene un ingreso familiar mensual superior a los 3.000 colones (U.S.\$ 344.), mientras el 39% apenas tiene acceso a menos de 1.000 colones (U.S.\$ 115.) de ingreso; las mujeres y la población rural tienen ingresos más bajos que los hombres y la población urbana respectivamente.

El salario mínimo urbano de 1.050 colones y el salario mínimo rural de 900 colones no permite cubrir el costo de la canasta básica para el 63% de la población urbana, siendo esta situación más crítica en la población rural, tanto por el acceso limitado al mercado en relación al ingreso como por la incapacidad de satisfacer sus necesidades por la vía de la producción del autoconsumo. En este contexto el impacto del aumento de precios de los granos básicos es dramático: en los primeros seis meses de 1996, por ejemplo, los datos oficiales han documentado un aumento del 115% para los frijoles, del 82% para el maíz, y del 13% para el arroz.

Las remesas familiares procedentes de la población que emigró, a pesar de ser una fuente importante de ingresos a nivel nacional, sólo cubren el 14% de los hogares, utilizándose las mismas para la subvención de la canasta básica.

⇒ *Situación socio-política*

El Salvador después de 12 años de guerra ha iniciado la búsqueda de una paz permanente. La guerra ha dejado un lastre irreparable en vidas humanas, así como miles de lisiados y afectados. Murieron aproximadamente 80.000 personas entre combatientes y civiles y un número aproximado de 30.000 salvadoreños han sido directamente afectados; 12.000 personas aproximadamente son discapacitadas, 5.700 de la Fuerza Armada (FAES), 4.100 del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN), 2.200 de la población civil y familiares de ex-combatientes fallecidos.

Los Acuerdos de Paz firmados el 16 de enero en Chapultepec, México, entre el Gobierno de El Salvador (GOES), representado por el Presidente Alfredo Cristiani del Partido Alianza Republicana Nacional (ARENA) y el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN), establecieron una serie de compromisos para finalizar el conflicto armado.

Los Acuerdos estipularon algunas medidas:

- transformación y reducción de las Fuerzas Armadas,
- desmovilización del FMLN y reintegración a la vida civil,
- reformas del sistema judicial,
- constitución de la Policía Nacional Civil.

El proceso de aplicación de los Acuerdos de Paz ha sido caracterizado por la lentitud y la resistencia de algunos sectores políticos, en particular los relativos al compromiso gubernamental en la redistribución de las tierras a los ex-combatientes (pendiente en un 10% según el FMLN y en un 4% según el estado).

Del XIII informe del Director de Derechos Humanos al Secretario Nacional de las Naciones Unidas, de ONUSAL, de marzo 1995 se resaltan estos puntos:

- el proceso de Consolidación de los Acuerdos de Paz, enfrenta aún importantes dificultades, relacionadas a la debilidad del marco de protección legal e institucional que las exigencias de la democracia y de la paz duradera le demandan;
- se señala el aumento de la delincuencia común, que mantiene a la población en una sensación de alta inseguridad, la subsistencia de violencia organizada en el País y la fuerte reacción de algunos sectores sociales, en algunos casos, ante la demora en el cumplimiento de los Acuerdos de Paz que están pendientes;
- uno de los Órganos creados por los Acuerdos de Paz fue la procuraduría para la defensa de los Derechos Humanos, que el informe precisa que ha ido fortaleciendo su estructura y ampliando su cobertura en todo el territorio;
- se registraron positivos avances en el proceso de depuración del Órgano Judicial: la conclusión del despliegue de la Policía Nacional Civil (PNC) y la disolución de la Policía Nacional, al ser, las actuaciones violentas de ese órgano policial, una de las causas más frecuentes de denuncias de violación de los derechos humanos a la Procuraduría.

La situación social está caracterizada por un alto clima de violencia que genera un situación de precariedad e inseguridad. En los últimos dos años han muerto - en promedio anual - más salvadoreños que durante la guerra (un 30% más aproximadamente). La difusión de las armas de fuego permite hablar de una sociedad en armas contra sí misma mientras que la generalización de la violencia muestra la existencia de una guerra de todos contra todos, un conflicto difuso, sin normas e ideología, pero mucho más mortal que la guerra civil.

⇒ *Algunos indicadores de salud*

❑ **Mortalidad infantil**

Se estima en general que hay un marcado subregistro. La información originada en encuestas indica variaciones en las tasas estimadas a nivel nacional, que pueden ir de 42 a 55.5 por mil nacidos vivos registrados, con datos aislados que pueden llegar a 71 por mil nacidos vivos en algunas áreas.

❑ Mortalidad Materna

En 1988 la tasa reportada es de 4,8 por 100 mil nacidos vivos; para 1989 y 1990, las tasas de mortalidad materna son de 3.9 y 3.7 por 100 mil nacidos vivos respectivamente. No hay datos generales sucesivos. Los datos de mortalidad para el periodo enero a octubre de 1993 en el Hospital de Maternidad de San Salvador, reporta 28 muertes maternas, 6 de ellas dentro de la primera hora de estancia en la sala de emergencia, 7 con menos de 15 horas, 13 con un día de estancia y dos con dos días de estancia.

Este tipo de muerte confirma que la atención perinatal es deficiente y las muertes maternas se encuentran subregistradas en forma importante.

Se piensa que el tamaño del subregistro es relevante ya que en un solo establecimiento de salud se reportan casi la mitad de las muertes a nivel nacional y estas son solo las que pueden llegar; no sabemos lo que sucede en los otros hospitales, clínicas particulares y a nivel rural, donde se piensa que el problema es mayor.

❑ La morbilidad y mortalidad y la “transición epidemiológica”

Las muertes y enfermedades relacionadas a la violencia (10.6% de las muertes), a los accidentes (13.9% de las muertes), y a las enfermedades cardiovasculares y tumores, señalan una transición epidemiológica en el perfil general del país caracterizada por la presencia de enfermedades infecto-contagiosas junto a las de carácter crónico-degenerativo como causa de demanda en los servicios de Salud.

📍 San Roque

⇒ *El territorio*

❑ Población

El área de desarrollo del proyecto es el territorio de la Parroquia San Roque, ubicada en la periferia sur- este de San Salvador y en el Barrio San Jacinto.

Se estima que el número de habitantes oscila entre 25000 a 30000, aunque las continuas migraciones relacionadas a una situación ambiental, social y económica extremadamente precaria y las últimas urbanizaciones realizadas por las grandes empresas constructoras en

las pocas áreas verdes que habían quedado, hacen difícil cuantificar exactamente el número de habitantes.

El 40% de ellos tienen una historia de “desplazamiento”. Han venido a la ciudad en los últimos 15 años, provenientes de la zona Norte y Oriente del País, lugares particularmente conflictivos en la década de los años 80. Durante la guerra han ocupado quebradas, arenales, barrancos, laderas y líneas férreas para construir sus precarias “champas”. Otros son “damnificados” del terremoto del 10 de octubre de 1986, cuando la capital fue arrasada, murieron 2000 personas, destruyéndose la mayoría de las habitaciones precarias. La zona de San Roque fue particularmente afectada por su cercanía al epicentro del terremoto.

Recorriendo este territorio aparecen los barrancos, las largas quebradas a la orilla del río Acelhuate (que la población de este territorio ha nombrado río Sucio por ser el que recoge todas las aguas negras de la ciudad); a esta morfología se alterna la de las nuevas y recientes urbanizaciones que marcan las grandes contradicciones de las periferias urbanas latino-americanas.

□ Economía

La situación económica está caracterizada por un alto índice de desempleo. La mayoría de la población económicamente activa pertenece al gran sector informal. Son “jornaleros” o como se definen “rebuscadores”. Las mujeres son vendedoras ambulantes o lavan y planchan en las casas y en estos últimos años las jóvenes tienen acceso a las maquilas de la gran zona franca de San Marcos, gran Municipio del Área Metropolitana. Los hombres son jornaleros: llevan cargas en los grandes mercados de la ciudad, son auxiliares de albañilería o artesanos, en su mayoría zapateros, dependientes de talleres que hacen parte del mercado informal.

Se estima que solo el 35% de la población económicamente activa tiene un trabajo fijo.

□ Servicios básicos

Los servicios básicos no cubren a toda la población: hay zonas sin agua potable, sin alcantarillado y sin servicio de desalojo de basura. La difícil viabilidad crea situaciones de aislamiento, favoreciendo la pequeña delincuencia, facilitando las organizaciones de “maras” que se dedican al tráfico de droga (marihuana y cocaína), determinando así un clima de inseguridad entre la población.

La grave y creciente erosión del suelo está creando zonas sujetas a fáciles derrumbes durante la estación lluviosa.

❑ Vivienda

Las viviendas son reconducibles a tipologías típicas de los suburbios pobres latinoamericanos.

El tugurio o champa es una habitación unifamiliar construida con materiales de desecho como cartón, pedazos de plástico, madera y lámina.

El mesón es una vivienda de carácter colectivo, iniciada en la zona más antigua de la ciudad; es de carácter permanente, en condiciones de insalubridad, con servicios sanitarios comunes. El surgimiento del mesón responde a un mecanismo que facilita la concentración de la fuerza de trabajo y asegura la disminución del costo de producción. Actualmente se encubre su construcción por lo que se ha denominado Apartamento Popular ya que el estado prohíbe su construcción y reparación.

La tipología hoy frecuente en este territorio está caracterizada por casas construidas con columnas de cemento y ladrillos y techo de lámina o duralita.

El espacio habitacional es normalmente muy reducido con situaciones de hacinamiento y promiscuidad.

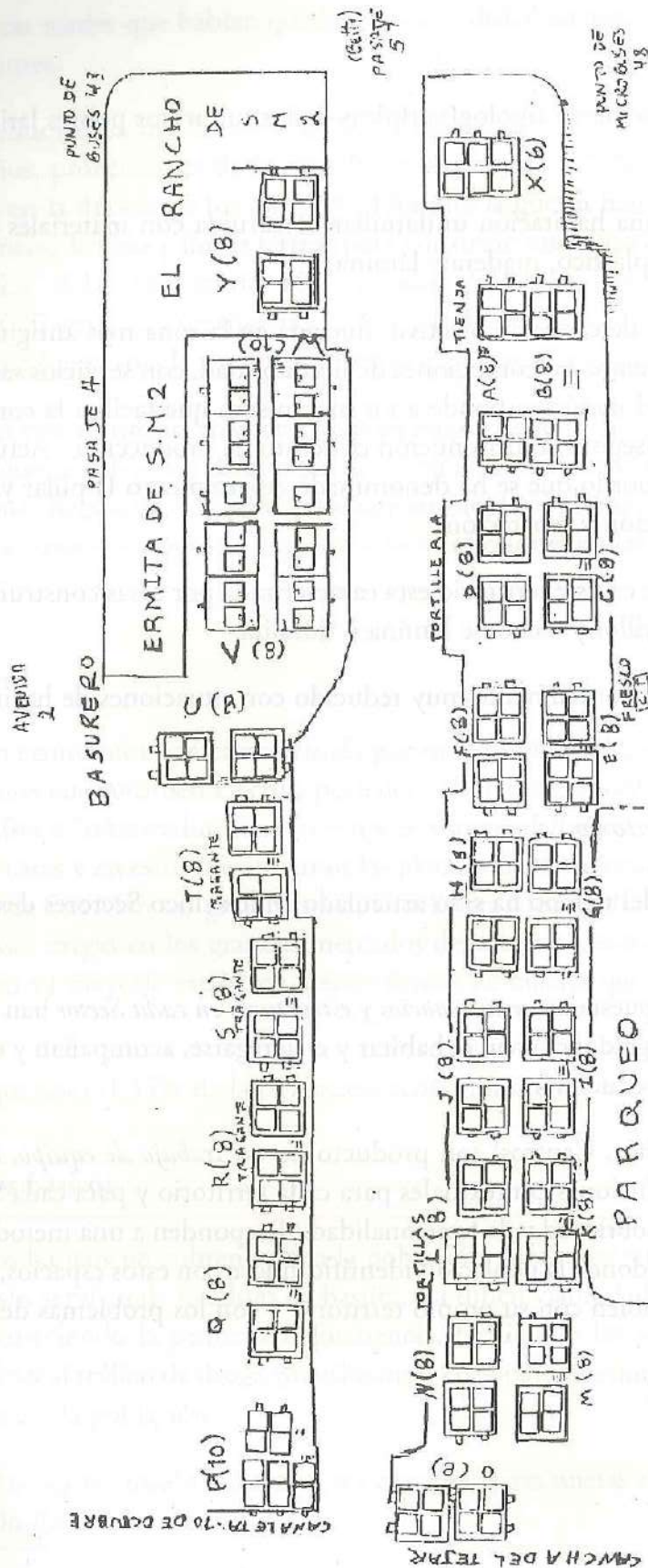
⇒ *Los Sectores del territorio*

Este territorio a lo largo del tiempo ha sido articulado en los cinco Sectores descritos en la Tabla siguiente.

El cuidado y la atención puesta en *crear espacios y estructuras en cada Sector* han sido un eje central del programa integrado: el vivir, el habitar y el agregarse, acompañan y determinan las actividades de salud y educación.

Las construcciones (Ermitas, Centros) son producto de un *trabajo de equipo, con enfoque urbanístico* que mira a soluciones contextuales para cada territorio y para cada Sector. Tienen las características de sobriedad y de funcionalidad. Responden a una metodología precisa de trabajo territorial, donde la población identificándose con estos espacios, poco a poco va identificándose también con su propio territorio y con los problemas del vivir cotidiano.

CROQUIS DE LOS CONDOMINIOS DEL TEJAR #1 DE Sntn. MTA 2.



CALLE 6

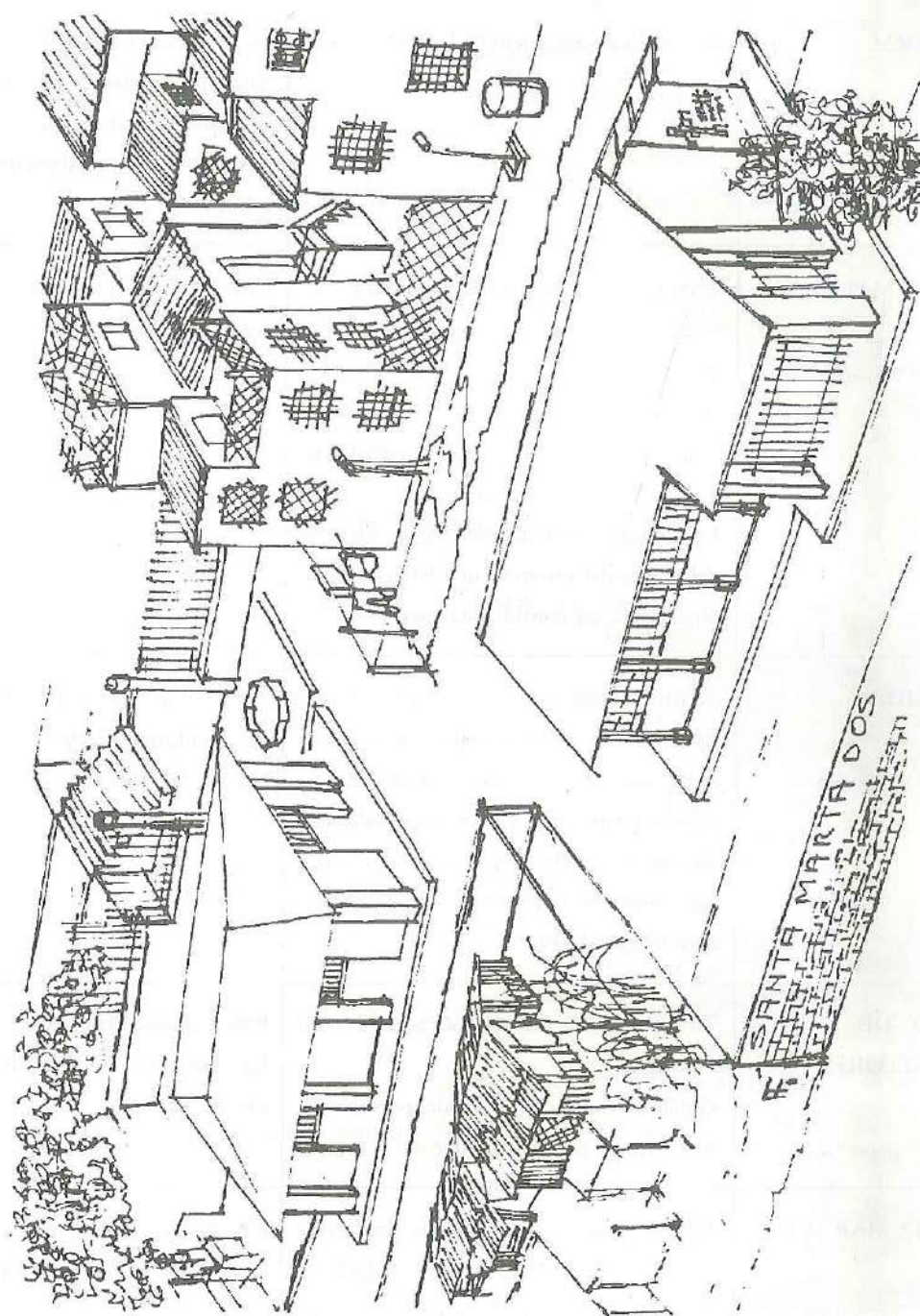


TABLA - Perfil de los Sectores

Población	Características	Espacios
CENTRAL -2,500-3,000 personas	Parte del casquete viejo de la ciudad	La Iglesia de San Roque, punto de referencia importante por la experiencia que se ha desarrollado y anexo a la Iglesia, la infraestructura que sirve como Centro de Salud
SANTA MARTA 1 -5,000 personas	El espacio habitacional está organizado casi en su totalidad en Repartos, viviendas del Fondo Social construidas hace 20 años que se articulan en Pasajes; hay 2 Comunidades: Cuscatlan y Champas Arenales 1, que son las más en riesgo. La Comunidad Cuscatlan tiene adentro del marco del proyecto una larga historia que merece ser considerada aparte	Una Ermita construida en 1990 y un centro de Formación Juvenil construido en 1995
FLORIDA -1,500 personas	Territorio pobre y particularmente precario por estar ubicado a la orilla del río Acelhuate y por no tener una comunicación fácil con la red vial principal; alto índice de desempleo, presencia de "maras" que controlan la pequeña delincuencia y el tráfico de droga	Una Casa, espacio articulado multiuso que es punto de referencia para todo el trabajo del Sector
ALTOS DE MIRAFLORES -1,200 personas	Tiene las mismas características del Sector Florida. Población muy pobre, con alta prevalencia de champas, grandes basureros.	Una pequeña Ermita para la Misa y una Casa para las actividades de Salud y Educación
SANTA MARTA 2 -15,000 personas	El más grande crecimiento de población en los últimos 5 años. Recientes urbanizaciones y un proyecto de vivienda del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que ha reemplazado a las champas con tugurios de cemento sin servicios básicos.	Una Ermita, espacio multiuso, y un espacio para las actividades juveniles

⇒ *Una pre-historia significativa*

Basauri, jesuita español, fue quien empezó a construir con ayuda extranjera y nacional la Iglesia de San Roque alrededor de 1960. En 1976 fue erigida Parroquia, fungiendo como Párroco Oscar Arnulfo Romero, el cual iniciaba su pontificado como Arzobispo de la Arquidiócesis de San Salvador y sacerdote de la Parroquia San Roque.

En 1979 la Parroquia dio asilo a 300 personas entre madres y niños, provenientes de las zonas conflictivas de Chalatenango, Cabañas, Morazán y Cuscatlan, víctimas de la represión indiscriminada de la tiranía militar.

En 1983 la gente refugiada en la Parroquia es reubicada en otros lugares del País.

⇒ *Las etapas de la historia del proyecto salud*

❑ 1986-1989: etapa de la emergencia y formación del primer grupo de promotores.

A partir del terremoto del 10 de octubre de 1986, que afectó a la ciudad de San Salvador y aún más a la zona de San Roque, se creó una situación de grave emergencia; hubieron muchas personas golpeadas, quemadas, soterradas.

Surgió un grupo de personas jóvenes y mujeres, que preocupadas por la situación de salud de sus comunidades y conscientes del “vacío” que las instituciones dejaban frente a demandas prioritarias y urgentes, se “capacitaron” de manera empírica, desempeñando un papel de “promotores de salud” en la comunidad.

La capacitación fue brindada inicialmente por dos profesionales extranjeros de nacionalidad brasileña que siguieron apoyando todas las acciones que pretendían promover la salud en la zona y dar respuesta a los problemas, organizando a las comunidades alrededor de los mismos.

Este primer grupo se reunía en una champita y luego bajo la torre derrumbada de la Iglesia.

“Al principio en 1986 estábamos en una situación de emergencia y de conocer, aprender, tomar experiencia sobre las enfermedades más frecuentes, saber bien las indicaciones que teníamos que darle a la gente, como darle un tratamiento adecuado con los medicamentos, saber hacer curaciones, primeros auxilios, etc.”.

Se empezó a abrir la Consulta en el corredor de la Iglesia porque no había todavía un espacio adecuado; estaba presente un profesional y el grupo de Promotores que estaban en formación.

"Poco a poco se empezó a escribir una ficha por cada persona, anotando los datos personales, los signos y los síntomas y el tratamiento".

En 1987 el grupo estaba conformado por 16 a 17 jóvenes; de ellos ha salido el núcleo histórico de los promotores de San Roque que están trabajando actualmente.

□ 1989: etapa de la clínica

En 1989 se consolidó más el trabajo de la clínica. Los promotores continuaron dando atención médica y al mismo tiempo manteniendo una relación con las distintas Directivas de las Comunidades de donde venía la gente; la consulta se daba dos días por semana, el martes y el viernes; antes de la Consulta se daba una charla sobre las enfermedades más comunes, buscando la participación de la gente.

En el mes de marzo de este mismo año una profesional extranjera inició una formación específica sobre cómo dar atención a las mujeres embarazadas. Al mismo tiempo se abrió la Consulta Prenatal el día miércoles donde los promotores de salud en formación empezaron a brindar atención a las mujeres embarazadas del territorio y de afuera.

En el mes de julio del 89 los dos profesionales brasileños que apoyaban este trabajo fueron capturados, torturados físicamente y psicológicamente por parte de un cuerpo de seguridad y luego deportados del País. Fue un momento de dura prueba para los promotores de Salud, pero el trabajo no se paró.

Una médica italiana llegada al El Salvador en mayo del 89 continuó apoyando el trabajo.

La ofensiva del FMLN de noviembre del 89 y sobre todo la contraofensiva del ejército salvadoreño, con los bombardeos indiscriminados a la población civil, paralizó todas las actividades. El territorio de la Parroquia San Roque fue particularmente afectado y muchas personas tuvieron que huir a los "refugios" que se habían organizado en varios puntos de la ciudad. La Parroquia sirvió en este periodo de "refugio" para 150 a 200 personas. Los promotores de salud con otras personas de la Parroquia coordinaron las acciones adecuadas para este momento. Se hicieron cargo de buscar alimentos y protección para los "refugiados". La Parroquia fue cateada por el ejército cuatro veces, fue objeto de robo y destrucción hasta que en el último cateo la gente fue desalojada. El párroco fue víctima de persecución y la Parroquia fue cerrada por varios meses.

En febrero del 90 la Parroquia se empezó a abrir para la Misa del domingo y tres días por semana para la consulta médica.

❑ 1990-1992: etapa de los grupos en el territorio y de los servicios

El día 29 de abril se vuelve a abrir la Parroquia completamente. El año 90 fue marcado por la “diáspora” del núcleo de Promotores que empezaron a “multiplicar” pequeños grupos en distintas zonas del territorio, “capacitando” a nuevos promotores.

Son ejemplos “modelo” de esta multiplicación el grupo de mujeres de la Comunidad Cuscatlán, el grupo de la Colonia Santa Carlota, el grupo del Sector Florida, de Santa Marta 1, de Santa Marta 2, de Altos de Miraflores.

Se inicia una vigilancia en el territorio y una observación permanente sobre algunos problemas-indicadores: la desnutrición, las enfermedades evitables, la salud mental, los casos crónicos de seguimiento, los embarazos en riesgo, el problema de la muerte por cáncer del cuello del útero. Continúa como parte importante de esta observación el trabajo de Consulta en la Clínica, y se articula e inicia también la *etapa epidemiológica* (con el apoyo de “expertos” italianos). El trabajo se articula y se enriquece; el número de personas que vienen a la Consulta empieza a disminuir ya que los promotores están presentes en su territorio. Se definen zonas donde cada pequeño grupo o Promotor es responsable.

Se inicia una relación con las instituciones que hacen salud en este territorio (UNIDAD DE SALUD SAN JACINTO).

De los problemas-indicadores se escribió:

➤ *salud mental*

“aunque dábamos algo de medicina, empezamos a darnos cuenta que la salud no era solo dar medicamentos a la gente que se sentía mal, entonces comenzamos a comprender que en los problemas de salud mental existían muchas causas: familiares, de trabajo, de vecinos, de dinero, de Y llegamos al punto que la relación con la gente era diferente: era de ayudar a cada persona (que casi siempre son mujeres) a desenmascarar su problema, que tenía que encontrar la causa por la cual se sentía mal. De esta manera alcanzamos la confianza de las personas, tratando la vida personal”.

➤ *casos crónicos de seguimiento*

“también descubrimos los problemas de casos de seguimiento, osea aquellos casos de personas que padecían de artritis deformativa, de problemas tumorales, de asma bronquial, de úlcera en la piel, de problemas de corazón e hipertensión o diabetes que andaban en los hospitales. Eran personas que necesitaban un tiempo, una memoria para su existencia y su vida. Sobre esto hemos hecho muchos talleres de capacitación para mejorar el seguimiento de estos casos, pero no recogimos la memoria de todo lo que hicimos”.

➤ la desnutrición

“la cosa más importante que salió era a partir de todos los casos de desnutrición de los niños menores de 5 años de las diferentes zonas. Teníamos que hacer una LUCHA para poner límites a la desnutrición, viendo hasta qué punto es posible eliminarla. Para esto era necesario darle continuidad, recogiendo y comparando datos permanentemente. Hicimos la actividad con el frijol de soya, con víveres, con la leche..

Sin embargo la desnutrición, aunque los datos ya han cambiado mucho, sigue.

En esta etapa nos relacionamos con las Instituciones, sobre todo con la Unidad de salud San Jacinto para la atención a los niños desnutridos para víveres y para control”.

□ 1993...: cierre de la clínica para la vigilancia de los grupos vulnerables del territorio

En enero de 1993 se cerró la Clínica, asegurando en San Roque una vigilancia permanente, con turnos de los promotores del Sector central y del Sector Florida. Se definieron mejor las responsabilidades de cada promotor con respecto a su zona. Se hizo un censo poblacional de tres Sectores y definimos los GRUPOS VULNERABLES a los cuales debíamos dirigir los esfuerzos y la vigilancia.

“Decidimos salir de la Clínica e ir de casa en casa descubriendo otros problemas más graves, que no alcanzábamos a ver desde la Clínica. Descubrimos los engaños que habían en nuestra cabeza y lo que la gente tenía. Nosotros solucionábamos algunos problemas de la gente y por medio de las medicinas la gente venía hacia nosotros y nos buscaba en alguna necesidad que tenía. O sea pensábamos que la medicina era todo y la gente se veía contenta. Pensábamos que solo nosotros debíamos saber qué hacer para enfrentar algún problema o alguna emergencia y las demás personas no. Una de las cosas que descubrimos es que la salud no viene de nosotros los promotores, que nosotros no éramos dioses y empezamos a comprender que cada persona puede ser SUJETO DE SU PROPIA SALUD y no depender de nosotros. Que nosotros teníamos que tener una relación con las diferentes instituciones para mejorar la atención que ellas ofrecen a nuestra gente y que la misma institución mejore.

Descubrimos con la Salud mental que el malestar tenía causa y ayudando a las personas a reconocer la causa después nos quedábamos impotentes frente a la imposibilidad de solucionar problemas tan grandes como la falta de trabajo, de vivienda, difíciles relaciones familiares etc.... Pensamos que teníamos que enfocarnos hacia una nueva imagen de territorio, de cultura”.

□ Los sujetos

Los sujetos son 21 mujeres y un joven estudiante de medicina. Viven en este territorio, están arraigados en la realidad, en la historia, en la memoria de su gente. Tienen una fuerte identificación con la población, y la población con ellos. Tienen una edad entre 19-50

años, son estudiantes y domésticas; reciben por su trabajo de promotores 65 dólares mensuales.

Los promotores conocen de modo tan detallado el territorio que pueden producir su propio mapa para identificar los lugares de mayor riesgo. Conocen los datos socio-demográficos de la población presente en el territorio y pueden describir con bastante precisión sus condiciones de salud.

Las distintas etapas históricas de la experiencia han marcado su vida de distintas maneras. Su formación ha evolucionado hasta llegar a la etapa actual que la hemos definido como "*etapa epidemiológica*".

Mantienen hasta ahora una referencia con el trabajo pastoral de la Parroquia San Roque, siendo los "centinelas" de la vida, de las enfermedades y de la muerte de la gente.

En 1990 se han definido algunos criterios "*leyes*" como buenos indicadores de las acciones en el territorio:

"Que ningún niño muera en sus primeros años de vida"

"Que ninguna mujer muera por cáncer del cuello del útero"

"Que ningún anciano se quede solo y abandonado"

"Que ninguna joven se quede embarazada antes de los 20 años si no lo desea"

Estos criterios "*leyes*" permiten un diálogo permanente con toda la articulación del trabajo pastoral.

La presencia capilar de los promotores de salud permite construir el mapa de los distintos problemas-indicadores e involucrar en la participación de algunas actividades a otros sujetos.

☐ El trabajo comunitario

El trabajo comunitario es un gran eje y se ha convertido en un aspecto muy importante de la organización del trabajo.

Cada promotor responsable de una zona y/o comunidad se involucra en los criterios organizativos de esta según su problemática ambiental y de salud específica. Esto permite detectar prioridades, definir estrategias de lucha para mejorar la calidad de los espacios de vida, de relación, reivindicar aquellos servicios básicos (agua potable, desalojo de basura) sin cuya presencia es imposible enfrentar la inevitabilidad de las enfermedades que influyen en los indicadores de salud más elementales (morbi-mortalidad infantil por infecciones diarreicas y respiratoria agudas). Para lograr estos objetivos los promotores han organizado campañas de limpieza, han recolectado firmas para reivindicar el servicio de desalojo de la basura.

Siempre en el marco de esta estrategia han impulsado la formación de grupos de mujeres para la discusión y el manejo de los problemas de salud más frecuentes en niños, llegando así a:

- multiplicar los recursos positivos ya presentes,
- transformar los datos de morbi-mortalidad infantil,
- mejorar el tejido de relación y el contexto social.

La relación con las Instituciones

La relación con las instituciones sanitarias públicas de competencia en el territorio es otro eje importante.

El Grupo de Promotores mantiene una relación con las Unidades de Salud de San Jacinto y Lourdes que son las de competencia del territorio. Esta relación ha venido madurando en el desarrollo de este proyecto a partir de 1990, cuando empezó el trabajo en el territorio. Desde el inicio ha habido el reconocimiento y legitimación por parte de estas instituciones de salud de los promotores.

Escenarios-Indicadores

Los escenarios que se presentan han sido claves en la historia y en la experiencia de los promotores de salud. Se pueden considerar como “indicadores”, en el sentido más global del término:

- de la heterogeneidad de los acercamientos y de las técnicas;
- de la mezcla de factores culturales, económicos, de salud;
- de las posibilidades de éxito y de fracaso;
- de la creatividad y de la dificultad para sistematizar;
- de los tiempos necesarios;
- de los lenguajes distintos, hechos de números y de cuentos, que se necesitan para describir, comprender, comunicar;
- de la articulación de los grupos humanos que constituyen una comunidad, y que requieren al mismo tiempo una sola y tantas epidemiologías;
- de la necesidad progresiva de estabilizar y transmitir las experiencias, de manera que la masa crítica de los que tienen acceso a los conocimientos y a las herramientas pueda ampliarse.

⇒ *El problema de la desnutrición*

□ Perfil general

Sobre este problema los promotores de salud tienen una larga experiencia en el territorio de San Roque, ya que conocen la necesidad de un buen estado nutricional como condición para luchar contra las enfermedades evitables que son causa de muerte en los niños en edad menor de 5 años.

Mantienen una observación constante sobre los datos de peso de cada niño en su zona. Identifican las causas y reconocen las situaciones que condicionan el cambio de estas. Cada 6 meses se hace una evaluación de los datos, se identifican las prioridades y se ponen en marcha acciones.

A lo largo de los años las actividades han sido varias y articuladas, involucrando distintos sujetos y colaborando con varias instituciones. Sin embargo hoy aparece que sólo se ha logrado poner un límite a la desnutrición aunque en 1996 hemos observado un leve empeoramiento de la situación.

Muchas son las variables que entran como causa en determinar el estado nutricional de los niños. Después de haber caminado mucho se puede decir que:

- la situación económica de los pobres de esta periferia es cada vez más precaria y el aumento del costo de los productos de la canasta básica en 1996 ha sido insostenible respecto a los salarios de la población;
- el frecuente abandono de los padres con consecuente desintegración de la familia, hace que la mujer-madre deba sostener la carga económica de casa, educación, alimentos de los hijos; este dato aparece con alta frecuencia en el contexto de los niños desnutridos de nuestro territorio;
- la propuesta de alimentos "chatarra" y una deficiente información sobre las calidades de los alimentos que están al alcance, está dibujando un modelo de consumo inadecuado y dañino para los niños;
- una vigilancia rigurosa de las enfermedades evitables es condición indispensable para poner límite a la desnutrición.

□ Acciones y datos

La evaluación periódica de los datos permite poner en marcha acciones precisas hacia cada niño y su familia.

En el año 1994 la Unidad de Salud de San Jacinto en colaboración con el programa Mundial de Alimentos gestionó un proyecto nutricional en apoyo a las acciones de los promo-

tores de salud, con la distribución de alimentos a las familias de los niños desnutridos que se daba mensualmente, previa referencia de los promotores de Salud. El programa dio resultados documentables pero no pudo continuar.

- Se involucraron distintas personas para crear un Banco de Leche y poder así enfrentar las situaciones más críticas. Esta iniciativa está continuando.
- Frente a un problema cultural que se piensa tenga su influencia en el hábito alimenticio de la población, se está elaborando un manual de Nutrición y alimentación con una propuesta sencilla de "buen uso" de los recursos, facilitando menús sencillos con mezclas de alimentos que pueden optimizar la nutrición de los niños. Este instrumento para los Promotores podrá "multiplicarse" en forma aún más sencilla y personalizada para las familias con este problema.

A manera de ejemplo se presentan los datos comparados de peso del Sector Florida y de la Colonia Santa Carlota.

SECTOR FLORIDA

	junio 93	enero 94	junio 94	enero 95	junio 95	enero 96	junio 96
PN	37 (43%)	75 (80%)	73 (74%)	52 (74.5%)	56 (77%)	53 (78%)	51 (72%)
1°G.	36 (42%)	17 (18%)	23 (23%)	17 (24.5%)	12 (16%)	12 (18%)	13 (18%)
2°G.	12 (14%)	2 (2%)	2 (3%)	1 (1%)	5 (7%)	3 (4%)	7 (10%)
3°G.	1 (1%)	0	0	0	0	0	0
Tot.	86 (100%)	94 (100%)	98 (100%)	70 (100%)	73 (100%)	68 (100%)	71 (100%)

PN: peso normal 1°, 2°, 3° G: grados de desnutrición

COLONIA SANTA CARLOTA (SECTOR CENTRAL)

	junio 93	enero 94	junio 94	enero 95	junio 95	enero 96	junio 96
PN		91 (80%)	98 (82%)	70 (61%)	72 (63%)	66 (64%)	50 (54%)
1°G.		18 (16%)	12 (10%)	38 (33%)	32 (28%)	27 (26%)	31 (33%)
2°G.		5 (4%)	9 (7%)	6 (6%)	8 (7%)	9 (8%)	11 (12%)
3°G.		0	1 (1%)	0	2 (2%)	1 (2%)	1 (1%)
Tot.		114 (100%)	120 (100%)	114 (100%)	114 (100%)	103 (100%)	93 (100%)

PN: peso normal 1°, 2°, 3° G: grados de desnutrición

Todos los datos que se recogen deben ser “devueltos” a la comunidad, para ponerla al día sobre la evolución de la situación y el impacto de los factores de riesgo, más o menos evitables.

Si la atención no se concentra demasiado sobre la “materialidad” de los números y de los porcentajes, las tablas sencillas derivadas de las visitas a los domicilios en dos comunidades documentan muy bien como:

- situaciones geográficamente muy cercanas pueden tener tendencias muy diferentes;
- la intensidad de la crisis económica hace vulnerables a comunidades bien “vigiladas”;
- es difícil asegurar denominadores constantes a la vigilancia, por la inestabilidad poblacional y la precariedad de los recursos humanos;
- es posible identificar grupos pequeños que están más en riesgo donde se deben concentrar intervenciones.

⇒ *El problema de la citología y la prevención de cáncer del cuello de útero*

□ Perfil general

En 1994 El Salvador era el País de América Latina con la más alta tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero. En el territorio de la Parroquia San Roque este dato se ha evidenciado a lo largo de los años de la experiencia del trabajo de salud. La muerte por cáncer del cuello del útero ha sido en los años 90-94 una de las experiencias más duras vividas por los promotores de salud. La larga historia de sufrimiento y la muerte temprana de mujeres jóvenes han puesto en pie de lucha.

La historia se inicia con la consulta en San Roque (1990) sensibilizando a las mujeres sobre la importancia de hacerse cada año el Pap-test y teniendo con ellas una relación constante para vencer el miedo, la desinformación.

En 1991 se empezó a tener una relación con la Unidad de Salud San Jacinto para facilitar a las mujeres de nuestro territorio el servicio de Pap-test y la atención a los casos de displasia. En 1992 la Unidad de Salud fue dotada de un Servicio de Colposcopia.

Los promotores de Salud en estos años acompañaban a las mujeres a la Unidad de Salud, mantenían con este servicio una relación por lo que se refiere a las respuestas de los exámenes y aseguraban tratamiento farmacológico a las mujeres con problemas. Con el pasar de los años se vio que esta atención muy asidua y capilar hizo mejorar la conciencia en las mujeres para que ellas mismas tomaran responsablemente su destino.

“Visitamos de casa en casa, damos referencia, explicamos a las mujeres que es la citología, hablamos con los esposos, hemos ayudado con dinero a las mujeres que tenían que hacerse la colposcopia, hemos elaborado folletos para explicar qué es la citología”.

❑ Acciones y datos

Cada 6 meses las promotoras de salud realizan el control de cobertura del Pap-test a través de visitas a los domicilios; están pendientes de los casos más en riesgo, motivando a las mujeres a no “abandonar” sus controles. Recogen en una ficha el control y el seguimiento del Pap-test de cada mujer. Mantienen una relación permanente con los Centros de Atención de Primer Nivel (Unidades de Salud) para facilitar el acceso al servicio. Los datos ordenados se evalúan definiendo criterios de riesgo acorde a las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Consideramos en riesgo a las mujeres que:

- tienen 35 o más años y que nunca se han hecho el examen o que tienen más de tres años de no hacerlo;
- tienen una displasia persistente en el Pap-test;
- tienen infecciones vaginales y/o del cuello del útero repetidas.

Se presenta a manera de ejemplo como se realiza la recolección y el ordenamiento de los datos, subrayando el criterio de ubicación muy detallada de las mujeres (pasajes, calles, edificios).

➤ Sector Central

COL. HARRISON	Total	Bien	Nunca	Tratam.	Pend.	Riesgo
Pje. 1	29	8	15	0	6	8
Final C. San Martín	20	10	8	0	2	3
Pje. 2	16	5	4	0	7	3
El Plan # 3	5	0	2	0	3	1
América del Sur	13	9	1	0	3	0
	83	32	30	0	21	16
	100%	39%	36%	0	25%	19%

Leyenda: Bien = resultado negativo; Nunca = nunca se lo hicieron;
Tratamiento = se les indicó un tratamiento farmacológico;
Pend. = en espera de respuesta del examen.

➤ *Sector Santa Marta 2*

EL TEJAR 1	Total	Bien	Nunca	Tratam.	Pend.	Riesgo
Edif. "O"	8	2	0	2	4	2
Edif. "M"	4	0	1	2	1	2
Edif. "N"	4	0	2	0	2	1
Edif. "L"	4	1	2	0	1	1
Edif. "K"	4	1	1	2	0	2
Edif. "I"	2	0	1	0	1	0
Edif. "U"	4	0	0	2	2	2
Edif. "J"	4	0	1	0	3	1
Edif. "W"	4	1	0	0	3	0
Edif. "Y"	4	1	0	2	1	1
	42 100%	6 14%	8 19%	10 24%	18 43%	12 29%

Leyenda: Bien = resultado negativo; Nunca = nunca se lo hicieron;
 Tratamiento = se les indicó un tratamiento farmacológico;
 Pend. = en espera de respuesta del examen.

⇒ *Recién nacidos y sus madres*

La observación vigilante de los recién nacidos y de sus madres responde al intento de cumplir con la primera ley de San Roque: "Que ningún niño muera en los primeros años de vida".

En julio del 95 se empezó una observación en cada zona, usando una ficha que recogía los datos de las madres y de los recién nacidos. En junio del 96, después de un año, *"nos sentamos y vimos los datos para reflexionar y retomar el camino con una nueva hipótesis"*.

Las personas involucradas en esta observación y seguimiento son los 21 promotores de salud. Los datos se ordenaron en una ficha que resume este trabajo y reporta una breve historia de cada madre y de cada niño que contextualiza los datos.

A continuación, a manera de ejemplo, reportamos los datos y las historias de una zona en el año de observación, Julio 95-Junio 96, manteniendo la estructura y el estilo (a veces no

perfectamente coherente: ej. peso al nacimiento (P.N.) y a los 4 meses en gramos y en libras) utilizados en la presentación al equipo por los promotores.

❑ Colonia Harrison Abajo

Ubicada en el Sector Central; viven alrededor de 400 habitantes.

Una promotora de salud es responsable de esta zona.

MAMÁS				RECIÉN NACIDOS		
EDAD	E. GEST	PARTO	LACT.	P. N.	P. 4° mes	PROBLEMAS
17 a.	39	NOR.	SI	3750 g.		
39 a.	36	NOR.	SI	3481 g.	18/l.	Ombligo, Piel
24 a.	40	NOR.	NO		13/l.	IRA
15 a.	37	NOR.	SI	2590 g.		IRA, estreñim.
24 a.	40	NOR.	SI	3079 g.	se fue	IRA, Piel am.
23 a.	40	NOR.	SI	3109 g.	12/l.	IRA, Piel
23 a.	39	NOR.	SI	5.51		Ombl., IRA
23 a.	40	CES.	SI	3700 g.	18/l.	IRA, sarro
26 a.	41	CES.		3700 g.		IRA
20 a.	40	NOR.	SI	3250 g.		Piel
33 a.	40	NOR.	SI	3050 g.		

➤ *Observaciones sobre las mamás:*

- De las 11 mamás, 2 son menores de 20 años; la de 15 años tuvo su parto a las 37 semanas.
- De las 11 mamás, 2 tuvieron su parto por cesárea.
- La mamá de 39 años tuvo su parto a las 36 semanas de embarazo.
- De 10 mamás solo 1 no le dio de mamar al niño.

➤ *Observaciones sobre los niños:*

- 2 niños de bajo peso al nacer, uno de ellos es hijo de la mamá de 15 años.
- 7 de los 11 niños han presentado problemas de IRA, 2 problemas de ombligo, 3 problemas de piel.

➤ Historias-cuentos de las mamás

- I. M. 17 años. En ella se observó que quería tener el hijo. Lo tuvo a las 39 semanas. Tuvo una buena alimentación. La mamá al principio se opuso a su embarazo, de que no quería que naciera, pero al fin de hablar con ella, aceptó su embarazo. También ella tuvo muchas infecciones en la vagina. Tomó medicamentos en el embarazo.
- II. L.E. Tuvo su hija a las 37 semanas. La mamá la regaña mucho. No está con su compañero y está un poco deprimida porque no siguió estudiando. Vive con la mamá y la tía. Después del parto la herida de la episiotomía se abrió y se infectó. Ha quedado con miedo.
- III. A.V. 24 años. Tuvo el niño a las 40 semanas en la casa: la atendió una cuñada.... Su trabajo es de vender en la calle. Vive en un cuarto muy pobre. Sostiene 4 hijos. La suegra le quitó el niño porque no puede sostener al otro niño y la suegra lo está cuidando.
- IV. L.E. 23 años. Está oprimida y decía que iba a "volver a lavar ropa otra vez" y no quería salir otra vez embarazada. Siempre ha estado trabajando en la pupusería y tenía que pelearse con la familia y por eso decidió irse afuera de aquí. Tuvo una infección vaginal por tricomonas y usó muchas cremas vaginales.
- V. M. 23 años. El niño nació de 34 semanas. Es una persona que no puede tomar decisiones por ella misma, siempre está al lado de ella la mamá. Siempre tiene que pedir permiso. Tuvo mala alimentación durante el embarazo y cada año sale embarazada; tiene muy seguido a los niños. No tiene ayuda de ningún compañero de vida. Le toca a ella sostener los 5 hijos. Los 5 niños son hijos de diferentes papás.
- VI. H. 23 años. Tuvo el niño a las 40 semanas de embarazo con parto por cesárea. Tuvo buena alimentación. Tiene el apoyo de sus padres y de su esposo que le ayuda. Tiene 2 niños. Está un poco resentida porque ella quería tener otro pero cuando la niña tuviera por lo menos 6 años, pero hoy está conforme. El tierno duerme con ella.
- VII. M. 26 años. La mamá está feliz con su niño, lo tuvo a las 40 semanas. Deseó su hijo; los 2 niños que tiene ya son grandes; tiene el apoyo de su esposo. Ella no trabaja, cuida a sus niños; le platica al niño y pasa por rato jugando con él. Los 2 hermanitos se ven que están contentos.
- VIII. S. 20 años. Trabaja mucho en hacer bolsas. Tiene un compañero jodido, que pelea mucho. Vive con la suegra y sus cuñados. Tiene otro niño. Siempre sigue haciendo bolsas. Son muy pobres y viven en un cuarto muy pequeño.

➤ Historias-cuentos de los recién nacidos

- I. C.G. Lo cuida su papá y pasa con él porque la mamá trabaja. Sólo le dio tres meses de pecho y le puso pacha leche entera. El niño está bien de salud. Tiene buen peso.
- II. L. Lo cuida la mamá o la tía o la abuelita. Le estuvieron dando sol porque nació un poco amarillo. Nació un poco de bajo peso. Sólo le dio pecho 2 meses y de allí sólo pacha.

Su propia mamá casi no le gusta estar con la niña. La niña está bien, lo único es que está de bajo peso. Ya empieza a caminar.

- III. *N.E. No tuvo nada de lactancia. Le pusieron leche Similac. Tuvo IRA a los 15 días de haber nacido. Tuvo también sarpullido. La mamá no le dio calor adecuado. El niño dormía en una cuna aparte y con mucha ropa en su cuerpo: ese era el calor del niño. Está todavía en bajo peso.*
- IV. *Z.E. Recién nacida tenía 2 pelotitas en su busto. La llevó a la Unidad de Salud pero no le dejaron nada. Ella tuvo pecho hasta los 3 meses y le puso pacha con leche similac. Le dio IRA y estuvo en tratamiento por eso.*
- V. *C.M. Nació en la casa con el apoyo de la mamá. Tuvo problema de ombligo. El ombligo estaba húmedo y con mal olor y su piel estaba muy amarilla. Le estuvo dando sol en la mañana. Siempre sigue de bajo peso. Le da pecho y pacha. Lo acuestan en un silla y bien envuelto. Lo cuida la mamá y la abuela.*
- VI. *B. Nació con buen peso. Le sigue dando pecho y pacha. Lo cuida ella. Le empieza a dar de comer por poquitos puré de papas, juguitos. Se enferma menos, sólo gripe le da. El papá lo saca afuera de la calle y le platica al niño.*
- VII. *O. Tiene 2 meses de nacido. Está tomando pecho, pacha todavía no. Estuvo unos días en la incubadora porque se tragó un poco de líquido amniótico. Lo cuida su propia mamá; está bien de peso. Su papá cuando llega de trabajar se pone a platicar con el niño y sus hermanitos también.*
- VIII. *A. Nació bien. Está bien de salud. Le está dando pecho. Lo único es que pasa a veces escaldada de su encaje. Está aumentando de peso. Ya le pusieron las vacunas. La mamá se preocupa porque duerme mucho.*

➤ *Observaciones sobre los datos generales*

desde Julio 95 a Junio 96. (el total de los recién nacidos es de 101).

○ *Las mamás:*

- 24 de ellas tuvieron sus niños con cesárea (24%)
- 23 de ellas son menores de 20 años (20%)
- 20 de ellas tuvieron parto pretérmino (20%)
- 4 de ellas tenían al momento del parto 15 años

○ *Los recién nacidos:*

- 20 nacieron con bajo peso (20%)
- 13 tenían a su 4° mes bajo peso (13%)

○ *Los problemas*

• IRA	46 niños
• Diarreas	15 niños
• Problema de la piel	18 niños

□ *Conclusiones*

La vigilancia de los recién nacidos y de sus mamás ha permitido enriquecer los conocimientos y tomar anticipadamente medidas en situaciones de particular riesgo.

Actualmente se continua una observación periódica de los recién nacidos con visitas domiciliarias cada 15 días, cuando no se presentan problemas y el seguimiento más cercano de los niños, que por su condición o por la condición de la mamá, ameritan una atención.

Este universo de las mamás y de sus recién nacidos ha permitido también enriquecer la experiencia y la relación con las mujeres embarazadas del territorio, ya que la continuidad de los eventos en el embarazo y en los primeros meses-años de vida de los niños es muy evidente.

Se está elaborando por cada niño un “cuaderno” de la memoria de su vida, donde la mamá es un sujeto importante de observación y de intervención frente a los problemas que su hijo va enfrentando.

⇒ *El problema de los dientes de los niños*

Adentro del programa, el problema de los dientes de los niños ha sido en estos últimos dos años una prioridad. La salud dental es frecuentemente descuidada en los programas de atención primaria y de salud comunitaria.

Para hacer un primer diagnóstico de la situación los promotores de salud, con una ficha personal por cada niño, identificaron los problemas más importantes en cada zona y comunidad e intentaron reconocer lo que pensaban las mamás sobre el problema de las caries.

Los datos de la tabla muestran la gravedad de la situación.

Los niños más “fregados” son los niños mayores de siete años, edad de los primeros dientes permanentes; hay niños de esta edad que tienen hasta ocho dientes cariados y el promedio de caries es de cuatro a cinco.

Frente a esta situación los promotores de salud han puesto en marcha distintas acciones involucrando a las mamás y a los distintos sujetos de la comunidad. Estas acciones se presentan en forma de memoria escrita. Cada comunidad tiene su perfil de datos y de estrategias de concientización. Se han seleccionado las "memorias" correspondientes a las zonas documentadas en la tabla.

❑ Sector Santa Carlota

➤ 1a etapa - enero 1994

"Empezamos revisando los dientes de los niños de casa en casa y nos dimos cuenta de que el problema de los dientes de los niños era más grave de lo que pensábamos porque la cultura de la gente y la nuestra como Promotores era que todos los dientes se caen y todos vuelven a salir".

➤ 2a etapa

"Hablamos con las mamás acerca del problema y les dijimos algunas cosas ya que no sabíamos mucho qué hacer, pero hacíamos lo que podíamos y sabíamos.

En junio 1994 se empezó a tener una relación con un Doctor que estaba en FENADESAL que parecía que nos ayudaría y empezamos a llevar a los niños de cada Pasaje de ocho en ocho. Al principio todo parecía muy bien con el Doctor Nelson, cobraba lo justo, nos hacía rebaja en algunos casos. Después empezó a llegar tarde y los niños se desesperaban y ya no los llevamos a todos sino a los que querían ir.

Se empezó la relación con las catequistas y empezamos a revisar los dientes y decidimos que estos niños debían ir a hacer su Primera Comunión con los dientes bien ordenados."

➤ 3a etapa

"Siempre en la búsqueda de las Instituciones y personas que nos podían ayudar en el trabajo de los dientes de los niños, Z. encontró al Doctor Oviedo que nos podía ayudar pero siempre con obstáculos porque quería que se hiciera propaganda a su Clínica y que se llevara a todos los niños de la zona pero eso era imposible porque no estábamos para hacer propaganda y por eso se paró el trabajo otra vez.

Decidimos mandar a los niños a Madre de Los Pobres pero ahí a algunos niños se les caían los rellenos y las mamás ya no los querían llevar; pero a pesar de todo hay un gran número de niños que se les arreglaron los dientes y otros que quedaban en control."

➤ 4a etapa

“En julio 1995 empezamos a despertar el interés de los niños, enseñándoles cómo era la forma correcta de cepillarse los dientes e hicimos actividades en las cuales estaban niños de 5 pasajes cada día.

El descubrir el valor que tienen sus dientes fue la cosa más importante que salió tanto para los niños como para las mamás.

Posteriormente la actividad se hizo de casa en casa, viendo cuáles eran los niños que no tenían cepillo y se les dio uno.

Pensamos que debemos mantener una observación permanente de la situación de los dientes de los niños y ver cuales acciones se deben poner en marcha posteriormente.”

❑ Sector Alto de Miraflores

“Visitando casa por casa se fue descubriendo que muchos niños tenían todos sus dientes malos. Se empezó a dar referencia para que los llevaran a la Clínica más cercana; algunas mamás pusieron de su parte pero otras no, siempre con la mentalidad de que los dientes de leche se les caen y que no vale la pena llevarlos.

Pero después de luchar tanto con las mamás se logró que llevaran a sus hijos al tratamiento de dientes.

Después se empezó por pasaje a enseñarles el cepillado a los niños y los dibujos de cómo está formada su dentadura y cómo se va a cuidar. Se les hizo un dibujo donde cada niño señaló sus dientes “picados” y donde les faltaban dientes o muelas. Cada niño reconoció sus dientes pero también hubo un niño que tenía una postemilla y preguntó por qué se da eso.

Después se empezó el cepillado en la zona Las Margaritas, en el mesón siete, con 12 niños. Se empezó con los dibujos y los ejercicios y se les dio una pequeña charla donde estuvieron cinco mamás.

Con otra familia fueron 10 niños los que vimos, también ahí trabajamos con los dibujos de los dientes y cada niño coloreando sus dientes. Después en el Pasaje San Felipe con 12 niños siempre con la misma metodología.

Con los niños de Catecismo se empezó por pareja y en cada pareja cada niño miraba y coloreaba los dientes y las muelas del otro. Cada niño se admiraba de ver como tiene su dentadura picada.”

□ Ejemplos de datos de observación de los dientes de los niños de 5-14 años en marzo 1995

Sector		Observados	Número de niños fregados	%
Santa Carlota	Calle Lara	30	20	66
	Pje. Mendez	13	9	69
	Pje. Suarez	15	13	86
	Pje. Flores	8	5	62
	Calle La Bomba	27	16	59
	Calle F.H. Palma	14	7	50
	Pje. Los Narcisos	15	13	86
	Pje. Las Chulas	26	23	88
	Pje. Los Geranios	30	29	96
Alto de Miraflores	Calle Principal	16	14	87
	Av. Las Rosas y Pje. 1 y 2	19	8	42
	Av. Miguel Molina	14	10	71
	Av. Las Margaritas	10	6	60
	Urban. Miraflores	19	15	78
	Calle Los Lirios	26	19	73
	Calle Las Margaritas	31	27	87
	Calle Las Orquideas	9	4	44
	Pje. San Felipe	13	11	84
	Pje. Flor de Fuego y Flor de Loto	6	6	100
	Gradas y Las Gemelas	3	3	100

⇒ *Salud mental*

Este componente en el proyecto de salud se ha desarrollado a partir de 1990 cuando, después de la ofensiva de noviembre 1989, la demanda de la gente que venía a la consulta al Centro de Salud presentaba características muy importantes de malestar psíquico.

Esta situación generó la necesidad para los promotores de salud de incluir los aspectos de salud mental en la consulta y en el trabajo comunitario.

La demanda en la consulta y el malestar tan evidente en las comunidades motivó a los promotores a capacitarse de manera adecuada y profesional.

En 1990 tuvo lugar un curso de capacitación que puso en marcha un "proyecto de salud mental".

Fue realizada una primera fase piloto de dos meses (agosto-septiembre 1990) en la cual se estudiaron y se evaluaron los criterios de detección y manejo de casos con trastornos mentales.

El objetivo más importante, para empezar un proyecto como este, pareció ser el reconocimiento, dentro de una realidad-contexto común, de las "diferencias" que caracterizaban a los casos con trastornos mentales. Dentro de estas "diferencias", investigamos cuáles eran los factores (variable) del contexto que más frecuentemente estaban presentes en el "cuento" de las personas con sospecha de trastorno mental.

Se diseñó entonces una guía y los primeros dos meses sirvieron para modelar las distintas acciones luego de haber detectado los casos con trastornos mentales.

La detección se dio:

- 1) en la consulta de atención médica, tomando en cuenta los síntomas que expresan un malestar psíquico y una demanda de "escucha solidaria";
- 2) en la calle, donde la demanda frecuentemente se expresa abiertamente como malestar psíquico y donde puede encontrar frecuentemente allí mismo una respuesta.

Se definió un día de consulta a la semana (viernes en la tarde) donde tres promotores y un médico atendieron todos los casos referidos y la respuesta a la demanda se organizó con un equipo de promotores más ampliado y con acciones más articuladas.

La respuesta se desarrolló de esta manera:

- a) el tiempo de "escucha" (30-60 minutos);
- b) la actitud solidaria y afectiva como respuesta (lo que ha sido un criterio de selección de los promotores más adecuados y motivados);
- c) la visita a la familia en todos los casos posibles y necesarios para conocer el contexto familiar y buscar recursos de apoyo;
- d) los medicamentos como parte de la respuesta a la demanda de ayuda, para mejorar "síntomas" que no tendrían fácilmente una solución y para mejorar la relación. Hasta ahora los medicamentos utilizados han sido las benzodiazepinas, considerando los otros medicamentos, como los antidepresivos y neurolépticos de difícil manejo;
- e) la creación de una "red" de apoyo comunitario y/o familiar en todos los casos donde esto sea posible (por ejemplo: en los casos de mujeres alcohólicas se favoreció el apoyo mutuo y el encuentro con ex-alcohólicos).

El marco de referencia para que los promotores pudieran orientarse hacia un "diagnóstico" sencillo y las acciones consecuentes a desarrollar fue el siguiente:

Toda la experiencia y los seminarios de capacitación, llevaron a la elaboración de un Manual "El Promotor de Salud frente a los trastornos mentales", presentado en la Universidad de El Salvador en octubre de 1992.

Este instrumento fue reproducido en 1500 copias y difundido en El Salvador, en Nicaragua, Perú, Argentina. Fue usado como libro de texto en el área básica de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador.

Las "historias" que se reproducen, han salido de la memoria escrita y compartida de los promotores, documentan:

- un acercamiento comunitario que puede ser compatible con una buena atención clínica;
- historias cualitativas que son la premisa indispensable para cuantificaciones (facultativas o periódicas)

□ A.D.H. 19 años, hombre.

"Estudió hasta el 8 grado. Desempleado en el momento en el cual fue atendido. Vive con su familia que le brinda apoyo, en una "champa" dotada de todos los servicios básicos, en una comunidad de la periferia de San Salvador, que no pertenece a nuestra zona.

Hace dos años fue capturado por los Cuerpos de Seguridad y torturado físicamente y psicológicamente, posteriormente condenado y detenido por dos años en un penal del país. Vino a nuestro Centro de Salud traído por una promotora de salud en junio del 91, después de un mes de haber obtenido la libertad.

Presentaba los siguientes síntomas: dolor de cabeza, dolor de cuerpo, insomnio, angustia, ganas de llorar, pesadillas. No sentía deseos de salir de su casa, ni de encontrarse con sus amigos. Lo citamos a nuestro Centro de Salud una vez a la semana por un mes y después cada quince días durante tres meses.

En la consulta fue escuchado por largo tiempo, permitiéndole contar su vivencia en la cárcel. Le indicamos un tratamiento con diazepam 10 mg por la noche por las primeras tres semanas, disminuyendo a 5 mg por otra semana. Espontáneamente A. Dejó el tratamiento farmacológico al mes, sintiéndose mejorado. Empezó a salir de su casa, frecuentar los amigos, buscar trabajo que al fin lo encontró. La promotora de salud que lo trajo, lo visitó cada 15 días a su casa. A los tres meses A. decidió, de acuerdo con nosotros, de no volver a la consulta sino por motivos que el considerara necesarios. La familia le brindó un importante apoyo y fue un factor positivo de protección. Actualmente trabaja en un almacén y está bien."

❑ S.I.A. 42 años, mujer

"Huérfana de madre a los tres años y de padre a los 9 años. Estudió hasta 9 grado. Emigró a la ciudad, proveniente del departamento de Chalatenango, a la edad de nueve años. Trabajó como cocinera, mesera, secretaria. Estuvo en unión libre a la edad de 19 años con un hombre que murió hace 10 años por complicaciones relacionadas por alcoholismo crónico. Vive con tres hijos:

Una mujer de 22 años, desempleada (hace poco tiempo perdió el trabajo);

Un varón de 18 años, desempleado;

una mujer de 10 años, estudia en 5 grado.

Vive en un mesón con todos los servicios básicos.

Fue alcohólica por varios años, aunque en forma no regular. Dejó de tomar bebidas alcohólicas hace dos años. El motivo por el cual dice que tomaba era la depresión y la soledad. S. es muy conocida en nuestro Centro de Salud, cuando la conocimos estaba frecuentando un Grupo de Alcohólicos Anónimos. Vino a nuestra consulta de Salud Mental en agosto del 90 presentando somatizaciones (ardor de estómago, dolor de cabeza), insomnio, ganas de llorar; expresaba desesperación, sensación de ahogamiento.

Le brindamos nuestro apoyo con un largo tiempo para escuchar, visitándola a la casa e indicándole un tratamiento con diazepam 5 mg por la noche y antiácido (hidróxido de aluminio) por 15 días. La citamos durante cuatro meses, inicialmente cada 15 días y luego cada mes porque íbamos a visitarla a la casa muy seguido.

En las visitas a su casa pudimos darnos cuenta de la condición de su vida y de las relaciones con sus vecinos, los habitantes del mesón. Uno de ellos, alcohólico, es agresivo y motivo de angustia para la mujer porque dice que puede "violar" a la hija de 10 años.

S. Nos brindó apoyo en el rehabilitar a una mujer alcohólica que vino a nuestro Centro de Salud, llevándola al Grupo de Alcohólicos Anónimos femenino, en el cual ella participa desde hace dos años.

S. Ahora, no está tomando ningún medicamento, se siente bien. Desde hace 4 meses se involucró en el grupo de mujeres que se está formando en su comunidad y trabaja como promotora de salud."

❑ C.H. 34 años, mujer.

"Analfabeta, quiere aprender a leer y a escribir. Campesina. Hasta la edad de 34 años vivió en un Cantón del Departamento de San Miguel (Oriente), donde trabajaba con su esposo como campesina.

Tuvo cinco hijos que ahora tienen las siguientes edades:

Una mujer de 18 años (acompañada con hijos);

Una mujer de 15 años (empleada doméstica, estudió hasta el 6 grado);

Una mujer de 13 años (estudiante de 6 grado);

Un varón de 10 años (estudiante de 1 grado);

Un varón de 8 años (no frecuenta la escuela).

Cuando llegó a nuestro Centro de Salud era la primera vez que venía a la capital. Se desplazó porque le habían amenazado que "le iban a quitar sus hijos". Vive en una champa con servicios sanitarios, luz y agua, "de posada" con un hermano acompañado con hijos en una comunidad de nuestro territorio.

Cuando llegó a nuestra atención presentaba debilidad, angustia, insomnio, tristeza, ganas de llorar, desmayo, falta de apetito. No le daba ganas de salir de la casa. Se sentía muy enferma y decía haber bajado de peso. La mujer consideraba que el desplazamiento y las precarias condiciones de salud del hijo menor eran las causas de su enfermedad. Le brindamos nuestro apoyo, citándola cada semana por un mes y le indicamos un tratamiento con diazepam 5 mg en la noche por las primeras dos semanas.

En las visitas a la casa nos dimos cuenta que, a pesar de las difíciles condiciones de vida, el hermano la había apoyado desde su llegada, así como la cuñada, porque consideraban que la situación de desplazamiento que ellos habían vivido hace algunos años es tal que fácilmente "hace enfermar". Nos dimos cuenta también de la importancia de fortalecer el apoyo que el hermano y la cuñada estaban brindando.

Después de tres semanas, C.H. ya se sintió mejorada: dormía regularmente siete a ocho horas en la noche, había vuelto a San Miguel a visitar a su compañero y de su propia iniciativa suspendió el tratamiento con diazepam.

Seguimos visitándola regularmente hasta cuando ella tomó la decisión de volver a su pueblo, siendo cambiada la situación y ya no presentándose el riesgo por el cual había tenido que venir a la ciudad."

Como parte de la experiencia en este sector es útil mencionar también una experiencia de investigación específica, con fichas construidas colegialmente con los promotores, para averiguar la practicabilidad de una epidemiología "formal" dentro de la rutina. Las variables eran muchas, pero todas reflejaban la experiencia de los casos de los cuentos. El perfil general de los "primeros contactos" con diagnóstico de trastornos psíquicos y psicosociales llegados a la consulta durante 28 meses (1 de septiembre 1990 a 31 de diciembre 1992: 209 personas, alrededor del 4% de todas las consultas) es un buen espejo de lo que se podía esperar, por lo que se refiere a la distribución de grupos diagnósticos, de "exceso" de morbi-

lidad femenina en depresión-neurosis, de gran impacto de los factores de riesgo sociales (desplazamiento, guerra, etc).

El problema verdadero se encontró en el "seguimiento" de todos los casos identificados: solamente una tercera parte pudo ser atendida después del contacto. El acercamiento por enfoques de riesgos y presencia territorial de la Epidemiología Comunitaria no se integraba evidentemente tan fácilmente con la lógica, y los objetivos distintos, de un estudio clásico de cohorte, a partir de una identificación de casos observados en contexto clínico (*Ver sobre este punto clave la última sección del manual*).

Actualmente la atención ha sido trasladada al territorio, donde los promotores organizan su trabajo sobre todo por medio de visitas domiciliarias.

Cada promotor responsable de una zona coordina con el grupo y en la Comunidad para definir mejor las estrategias de respuestas, en donde los problemas tienen su origen y sus raíces.

Para los casos mas complejos y más graves los promotores hacen referencia a la Unidad de Salud San Jacinto, que es el centro de Atención Primaria en este territorio, al Departamento de Consulta Extrema del Hospital Rosales, al servicio de Emergencia del mismo y al Hospital Psiquiátrico Nacional.

Universidad popular

La Universidad Popular responde a la necesidad de devolver y entregar a la población la experiencia de todo el trabajo de estos años.

Propone a las personas que participan dos o tres cursos al año, desde 1995 hasta 1997, con el propósito de mejorar la capacidad de manejar informaciones y datos de manera autónoma y de ampliar la vigilancia epidemiológica en zonas o comunidades todavía no cubiertas por los promotores de salud.

Participan en cada curso un promedio de 150 personas en cuatro sedes distintas, con horarios que facilitan la participación de las personas que trabajan.

Después de los cursos se han organizado "encuentros de continuidad" para ver con las personas que quieren ponerse en la práctica que podemos hacer.

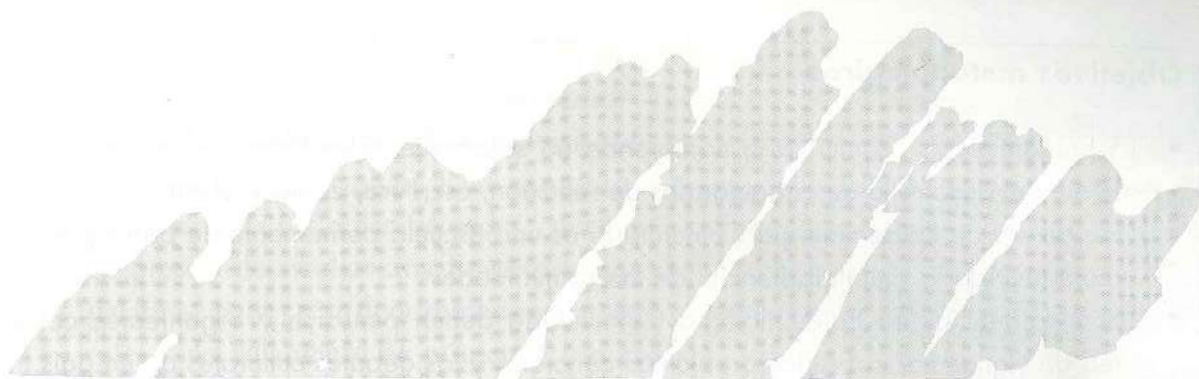
Por ejemplo, con el curso de pediatría se ha logrado ampliar en el territorio la vigilancia sobre el problema de la desnutrición, de las enfermedades evitables y se está iniciando un seguimiento a los recién nacidos, intentando acompañar y construir una memoria de la vida, de la salud y de las enfermedades de los niños, involucrando a las mamás en la observación de los cambios.

La metodología para realizar la "toma a cargo" de una zona o de una Comunidad prevé:

- la elaboración de un mapa y de la historia de la zona o de la comunidad;
- un censo de la población por grupos de edad y la identificación de situaciones-familias en riesgo;
- la evaluación del índice nutricional de los niños menores de 5 años, identificando así a los niños desnutridos, usando una ficha personal para cada niño;
- la evaluación de la situación dental de los niños menores de 12 años usando una ficha personal.

Las personas se distribuyen en pequeños grupos por zona y por Sector.

Tienen un archivo de datos y se construyen periódicamente instrumentos que recogen la memoria de los datos y la memoria de las acciones.



Capítulo 5.

J&G - Epidemiología Comunitaria como comunicación compartida: un proyecto de Bolivia.

Director

Javier Torres Goitia

Consejo Editorial

Alfredo Andrade

Gabriela Justiniano

Jorge Ortiz

Virginia Pardo

Bertha Pooley

Iván Prudencio

Objetivos metodológicos

- La Epidemiología Comunitaria comprende no solamente actividades de campo, si no también el desarrollo de capacidades de reflexión, escritura, comunicación.
- Una revista de Epidemiología Comunitaria es una escuela permanente de participación y contribuye a la visibilidad social de las comunidades.
- Las experiencias de Epidemiología Comunitaria deben pensarse y organizarse como "red de vigilancia" sobre los problemas concretos y los debates culturales de un país.

La Epidemiología Comunitaria debe ser un trabajo que pone en evidencia y favorece la *continuidad* entre las diferentes experiencias y los tantos actores que contribuyen a lo que pasa en el sector socio-sanitario de un país.

Una pequeña idea pone raíces

J & G es el nombre de una "revista de Epidemiología Comunitaria", que es parte de un proyecto que lleva el mismo nombre. El punto de partida es el G que identifica a un niño verdadero, Giovannino: su nacimiento extremadamente de riesgo, 800 g, se había transformado, en un barrio del Norte de Italia, en una experiencia comunitaria, y no solamente tecnológica, para acompañarlo en la larga aventura de "evitabilidad" de los tantos factores de riesgo de vida y salud. La comunidad de amigos decidió establecerse como "grupo de respaldo" para experiencias similares en un país del Sur, donde tantos Giovannino, y Juanitas, quieren una esperanza igual al derecho a la vida.

Los recursos muy limitados no permitían pensar en inversiones importantes pero si en el respaldo de una red de personas ya involucradas en acciones comunitarias, para permitir la activación de instrumentos de comunicación capaces de dar una voz común a las tantas iniciativas existentes. Se desarrolló de esta forma un programa orientado a promover sobre todo la participación de la gente en la búsqueda y vigilancia de la salud, así como a convocar a los trabajadores de la salud, profesionales y comunidad en general a participar en acciones y experiencias en beneficio de la salud popular. En Bolivia, país modelo de la "ausencia de palabra" de la mayoría indígena de la población y de la experimentación masiva de los programas de ajuste estructural y del proyecto neoliberal, se encontró un grupo dispuesto a tomar el desafío y que supo, a lo largo de ocho años, transformar la pequeña idea en una iniciativa que ahora tiene su autonomía de camino.

El cuadro de referencia metodológico

La inclusión de la experiencia J & G en un manual de Epidemiología Comunitaria ha sido decidida por algunas razones, que pueden tener un interés metodológico general.

1. La Epidemiología Comunitaria no es solamente una práctica, sino una cultura. Para expresarse y desarrollarse en sociedades que homogeneizan los valores y los lenguajes, la Epidemiología Comunitaria debe garantizar instrumentos de presencia y visibilidad que permitan a las comunidades reconocerse recíprocamente y tomar conciencia de sus especificidades, posibilidades, acontecimientos, dificultades.
2. Es preciso desarrollar una Epidemiología Comunitaria de conceptos, de ideas, de palabras, para crear denominadores y numeradores (ver los capítulos 8 y 9) culturales y no solamente de números, porcentajes, enfermedades, indicadores cuantitativos.
3. Una revista de Epidemiología Comunitaria es un ejercicio de investigación participativa: a través de los cuentos de lo que pasa en la grande y ambigua comunidad que es la sociedad, así como a través de las micro-historias de las comunidades particulares, quiere hacer visible la continuidad, posible aunque difícil, de un proyecto común de autonomía más allá de la heterogeneidad de las tantas experiencias.
4. Una de las palabras claves de J & G es "red". La Epidemiología Comunitaria de J & G es la propuesta de organizar la complementariedad de competencias, de saberes, de trayectorias que quieren y necesitan cruzarse y confrontarse, para que los resultados de los trabajos de campo y sus traducciones en palabras comunicables puedan transformarse en una "masa crítica" de conocimientos y de autoconciencia. Quizás una red, con su flexibilidad y sus raíces múltiples, puede resistir mejor al riesgo de dependencia y de "resignación" que proviene de las presiones de los modelos culturales y socioeconómicos dominantes.

Guía de la estructura del capítulo

Como proyecto de una Epidemiología Comunitaria de la comunicación y la participación, el proyecto J & G ha hecho del cuento sistemático de sus experiencias (elaboración y proposición de ideas e iniciativas de campo) la razón misma de su existencia. El método más apropiado y sencillo para dividir los contenidos y las etapas más significativas no puede ser otro que la reproducción del camino a través de la lectura de textos. Estos textos han caracterizado el crecimiento y la profundización de las raíces de J & G en la sociedad boliviana. La pequeña selección que se propone es una invitación a quienes lo desean de pedir la colección completa de lo que se ha producido, para entrar más adentro, y evidentemente ampliar y diversificar el camino que se ha desarrollado en Bolivia.

El marco general de referencia

Año 1990: los primeros números de J & G declaran las perspectivas generales del proyecto. Los textos programáticos que se reproducen en sus elementos esenciales son colocados en un contexto de contribuciones que ponen el enfoque sobre:

- los indicadores del “ajuste con rostro humano”;
- los resultados de la encuesta nacional de demografía y salud del país;
- los datos que documentan la relación pobreza \rightleftarrows salud.

La hipótesis general que así se formula es la de acostumbrarse a confrontar los sueños con la “dureza” de los datos, que dicen que los derechos de los niños son palabras sin muchas raíces en la realidad. Se define así el ámbito de actividad y el estilo de trabajo de toda Epidemiología Comunitaria:

ser el puente y la ayuda-memoria cotidiana entre el “deber” de los sueños (a los cuales se asegura una sección fija en la revista, con la proposición de textos como el que se reproduce aquí), y la lentitud, los retrasos, los fracasos que son vividos diariamente por las personas reales de las comunidades.

⇒ *J&G, 1 (1) 1990*

El indicador más preciso del fracaso de la medicina es la enorme distancia que existe entre sus capacidades y resultados. La tarea “número uno” es superar esa distancia, con fantasía y rigor metodológico. El primer paso en éste largo camino consiste en aprender a escuchar, hablar y dialogar en forma comprensible. Superar, o al menos tratar de superar, las fronteras del lenguaje significa:

- Integrar la propia mentalidad, poniendo seria atención a la epidemiología de los problemas.
- Releer los conocimientos y planificar las acciones de tal forma que alcancen a la gran mayoría y no sólo a unos pocos. Reevaluar la selección de prioridades y de comportamiento de tal manera que no tengan impacto en uno u otro caso, sino que lleguen a crear una mentalidad y una cultura en grado de hacer accesible los recursos a todos.
- Hacerse cargo de muchos J & G con y en el contexto donde viven: la marginalidad y el hambre, la ignorancia y la distancia; las enfermedades que hacen morir “banalmente” todos los días por diarreas e infecciones respiratorias, por ignorancia y pobreza, más la desventaja que representa el malestar, el miedo y la sensación de impotencia.
- Asegurar continuidad entre prevención y asistencia; reconocer que la vida cotidiana es un laboratorio natural donde se producen los resultados científicos más importantes, aquellos que modifican las condiciones de esperanza y participación, reduciendo al mismo tiempo la mortalidad y morbilidad.

J & G como todos los niños a los que representan, están cansados de aparecer regularmente en los informes de UNICEF o del Banco Mundial como “indicadores sensibles” del de-

sastre provocado por las políticas de “ajuste económico” que imponen recortes del gasto social, sanitario y de educación.

Se desea hacerlos conocer en un país como Bolivia, que podría ser el “modelo” para demostrar, cómo puede ser la misma economía la enfermedad más mortal y la epidemia más frecuente, como indicadores de un posible cambio de dirección.

J & G fundaron ésta revista como primer paso de esperanza que parte de la alianza con muchos trabajadores sociales y sanitarios que se interesan por ellos oficialmente desde abajo, para que a la enfermedad y los problemas que enfrentan cotidianamente en su vida (que son hasta mortales o los hacen crecer “disminuidos” en el cuerpo y en la mente), no se sume otra enfermedad más sutil y profunda: la resignación.

A J & G no les gusta quedarse prisioneros entre las páginas de una revista, al contrario, quieren crear un punto de encuentro y de promoción de muchas actividades orientadas a encontrar, comprender, colaborar, verificar; que tengan la seriedad necesaria y la continuidad de los proyectos de investigaciones que exploran realidades complejas paso por paso, pero continuamente.

Forma parte del riesgo y del estilo de ésta investigación tratar de caminar hacia adelante con lo esencial, sin renunciar a imaginarse caminos llenos de cosas originales y fascinantes.

⇒ *J&G 1 (2), 1990.*

➤ *¿Participativa? ¿Qué significa? ¿Qué implica?*

Lo más inmediato y obvio es la intención de poner algo en común, en condiciones de igualdad. Sabemos que esta intención es bastante proclamada y repetida, pero también está expuesta al riesgo de hipocresía y demagogia. La participación muchas veces se limita a “poner a disposición” lo que uno posee: conocimientos y recursos. Aquellos que tienen algo, están en una posición privilegiada y el intercambio equivale a una concesión, más o menos bien intencionada o completa; es difícil que suceda en condiciones de igualdad.

Hay un segundo significado del término “participativa”, menos común, pero que queremos que sea central para J&G. Existen campos de acción, problemas, necesidades donde la participación no es posible porque no hay medios (ya conocidos o medios de recursos) que lo permitan. Se quiere dar prioridad a estas áreas “oscuras” o “semi-oscuras” con actualización, investigación, inventando iniciativas, buscando formas de organización. Se esperan contribuciones para la identificación y “adaptación” de dichos problemas, tratando de evitar, de este modo, que la participación se limite a las necesidades más obvias y fáciles, dejando en el fondo las difíciles y menos evidentes.

El tercer aspecto de la participación no es menos importante que los primeros dos; los complementa. Muchas veces encontramos voluntad y declaraciones de participación de los que trabajan en el área de la salud (individuos o grupos). Más común es aún constatar que entre éstos grupos no hay ninguna forma real de participación, al contrario, cada uno tiende a ser celoso y encerrado, de tal manera que se encuentran actuando paralelamente en lo mismo, sin que lo sepan.

J&G tiene la intención de ser un punto de encuentro e intercambio para todos los que compartan los mismos principios y objetivos. Es importante crecer juntos, aprender juntos, criticar y confrontarse sistemáticamente, para que los recursos, ya por sí bastante escasos, no se dispersen sino que sean más eficientes.

Mientras se va por el camino de descubrimientos y de verificación de la participación entre "técnicos" y "responsables" de diversos títulos en el campo social y de la salud, que por cierto no siempre es fácil, es preciso que se descubran y se practiquen también las diversas formas de participación de la gente. En caso contrario, cualquier declaración o proyecto de participación con la gente no podrá ser "a la par" (al mismo nivel): será sólo una concesión, quedándose ambigua o falsa.

También nos hemos propuesto hacer participar en J&G la voz de las competencias y experiencias de otros países, en particular, pero no exclusivamente, de América Latina y de Italia. La participación es siempre un desafío y un proyecto de investigación para la medicina. Pueden variar los métodos, los instrumentos y problemas, poco o mucho (según los diversos contextos culturales), pero la experiencia de investigar, confrontar caminos de participación es necesariamente universal.

A las exigencias arriba expuestas J&G intenta responder con dos tipos de actividades: con la publicación de la revista y una serie de iniciativas en el área.

Con las indicaciones que seguirán, queremos dar un "índice" relativamente preciso del contenido y de la lógica que pensamos emplear.

- 1. Actualización. Van a tener prioridad los problemas más difundidos, más relevantes, donde hay posibles controversias o discusiones (sea a nivel de conocimiento o entre lo que se sabe y lo que se hace). La base del trabajo con los aportes es la revisión completa y sintética de la literatura, donde tenemos que indicar nosotros las posibles modalidades para introducir o no a la práctica ciertas propuestas.*
- 2. Relaciones entre experiencia e investigaciones que documenten concretamente, en situaciones bolivianas (pero no exclusivamente), las posibilidades o errores asistenciales que se han propuesto como objetivo mejorar la salud, permitiendo la participación arriba mencionada. El carácter complementario de ésta línea a la precedente está claramente visible: se actualiza constantemente, se investiga y se encuentran "cosas concretas", no sólo conceptos generales, enfrentándose con las dificultades de los cambios.*

3. *La observación de hechos sanitarios, culturales, políticos, económicos, relacionados con Bolivia, América Latina y el Mundo tienen que ver, a veces indirectamente pero de modo significativo, con la salud materno-infantil. Es una crónica que está orientada a vivir y comprender los problemas materno-infantiles en su contexto real, que a menudo, no son simplemente sanitarios, sino que tienen sus raíces en áreas diversas.*
4. *Bibliografía esencial nacional e internacional, para tener una observación no sólo de los hechos, sino también de lo que se piensa, se escribe, se produce: reflejando de éste modo, la cultura disponible. Se piensa presentar una bibliografía "positiva" o "recomendable" y al mismo tiempo también una "no recomendada" que podría resultar interesante conocer, sobre todo para comprender porqué no está bien lo que se dice y cuáles son las ambigüedades o ideas equivocadas que se plantean.*
5. *Iniciativas. Para que la participación no sea sólo un concepto, y para verificar si la hipótesis de J&G es practicable en la realidad boliviana, pensamos convertir la revista en un punto de animación y promoción de actividades, en un "observatorio" de las experiencias y de las formas de participación. Pensamos movilizar los recursos comunes y los de la competencia, los materiales, la experiencia que progresivamente puedan llegar a ser referencia para el sistema sanitario boliviano.*
6. *Encuentros, con textos de literatura, de historia, de vida, que sean el recuerdo de que la salud no es si no un pedacito de la vida, y que el camino que se necesita hacer quiere acompañantes capaces de hablar las tantas voces de la comunidad.*

Caminando se hace el camino

El marco general de referencia experimenta su primera aplicación en un seminario de Epidemiología Comunitaria abierto a representantes de varias ONGs, que se reconocen en sus objetivos generales y los confrontan con las situaciones concretas de su trabajo en las áreas urbanas y rurales donde operan específicamente en el sector materno-infantil. Se definen y adoptan varias propuestas operativas que corresponden a las áreas y modalidades de participación características del proyecto de Epidemiología Comunitaria. Los números de la revista pasan a ser el reflejo de las primeras tentativas de traducción en la práctica de los planteamientos metodológicos:

- con la publicación de *actualizaciones* técnicas sobre los temas reconocidos como los más importantes por los representantes de las comunidades: se hacen esfuerzos para preparar textos que sean utilizables fácilmente en la práctica de educación popular, y que también sean "reconocibles" por los técnicos;
- con la proposición de *instrumentos modelos para la recolección de datos* con objetivos de vigilancia epidemiológica, específicamente de monitoreo de la morbi-mortalidad materno-infantil "evitable"; de vigilancia de los "casos severos" o "centinelas"; de evaluación del empleo racional de los recursos y particularmente de los medicamentos.

Para profundizar conceptual y concretamente el escenario de “red” se insiste mucho sobre las medidas para asegurar una “continuidad transversal” de actividades:

- entre distritos;
- entre ONGs y estado/instituciones;
- entre promotores y trabajadores “profesionales” (médicos, enfermeras, psicólogos, sociólogos, ...);
- entre los tantos instrumentos y acercamientos de la Epidemiología Comunitaria para hacer de las tantas intervenciones y enfoques de atención (IRA, mortalidad materna, planes de trabajo, desnutrición, cólera, ...) partes distintas pero coherentes de un proyecto único de comunidad;
- entre lo que se hace y lo que se comunica, subrayando el hecho de que la manera más apropiada para averiguar la calidad de las prácticas es la de esforzarse en hacer el cuento crítico, por escrito, como un ejercicio de sistematización y devolución de los datos a la comunidad. “Rendir cuenta” de los éxitos y de los fracasos, de las “pistas buenas” y de las “falsas” es una de las tareas y contribuciones de la Epidemiología Comunitaria en cuanto acostumbra a los actores de la misma, y a los miembros de las comunidades a una cultura de la “transparencia”. Este ejercicio debe ser reconocido como una etapa fundamental en un camino de diálogo verdadero, que es lo que distingue a la Epidemiología Comunitaria de las tantas vigilancias y recolecciones de datos por las instituciones.

Las crónicas son tan importantes como el informe final

La Epidemiología Comunitaria puede ser considerada como un “aprendizaje de la toma de la palabra” por parte de los que (promotores, técnicos, representantes de las comunidades) se reconocen en el proyecto de hacer de la salud como un indicador concreto del derecho a la vida.

Los tiempos de aprendizaje pueden ser largos, y dependen de muchos factores.

Esperar a confrontar-comunicar los datos para cuando el lenguaje y los conocimientos se hayan perfeccionado puede significar abdicar para siempre a hablar, mientras la vulnerabilidad de la vida a las tantas violaciones de sus derechos se manifiesta todos los días. En los seminarios que cada seis meses reúnen a los miembros de la red se proponen ejercicios de presentación, discusión, escritura de los datos como resultados aunque estos sean parciales o imperfectos. Los informes de lo que se hace en la REC (red de epidemiología comunitaria) se publican conjuntamente con aquellos que aplican métodos más formales de epidemiología clásica; los informes que hacen presentes micro-historias de pequeñísimas comunidades, se encuentran junto a los que discuten los datos epidemiológicos multicéntricos de los riesgos evitables de los recién nacidos, de Bolivia y de otros Países de América Latina; las historias clínicas acostumbran a “ver” concretamente que los instrumentos técnicos formales (“las autopsias verbales”) no son tan diferentes de los cuentos que se pueden intercambiar en la experiencia diaria.

**Informes sobre experiencias concretas de Epidemiología Comunitaria y de
Epidemiología Clásica publicados en la revista J&G.**

- Estudio coproparasitológico en Kami (campamento minero a 4-5 horas de movilidad desde Cochabamba, a 3800 m de altura; población estimada 10,000 personas).
- Circos y payasos (informe y comentario sobre un experimento de Epidemiología Comunitaria en Brasil, donde técnicas de teatro y mimo se utilizan para educación popular, con resultados de impacto dramático sobre enfermedades de niños).
- Faustina: una mujer en busca de un mañana: "historia centinela" que atraviesa toda la sociedad y el sistema de salud del país: *(Faustina nació en la Provincia Pacajes hace 28 años, asistió un año a la escuela y se vino a La Paz como empleada doméstica. Vivió primero en la Ciudad de El Alto. Ahora vive en Villa Pankeri de la Ciudad de La Paz. Se ganó la vida como vendedora ambulante de fresco. Tuvo su pareja a partir de los 20 años y seis hijos. Hoy sólo se tiene a ella misma...)*
- Otitis media aguda: Hospital Juan XXIII como observatorio de la comunidad.
- Análisis de mortalidad: un instrumento útil en servicios pequeños? (experiencia en un área a las orillas de Lago Titicaca, que comprende 31 comunidades y 9200 personas etnia aymara).
- Parálisis cerebral infantil en la ciudad de El Alto.
- Primera experiencia de una campaña de educación, prevención y tratamiento de las enfermedades renales (proyecto conjunto de un hospital y de la REC).
- Patología del tracto urinario en La Paz (encuesta epidemiológica).
- Infecciones respiratorias agudas en centros educativos.
- Control de *Staphylococcus aureus* oxacilo-resistente: (la experiencia participativa de unidades de cuidados intensivos en Brasil).
- Análisis de los factores que determinan la distribución y la utilización de los financiamientos a los servicios de salud.
- Infecciones respiratorias en Bolivia. Estudio etnográfico sobre conocimientos y prácticas en dos comunidades de Bolivia.
- Fármacos e infecciones respiratorias. Resultados de una investigación en pediatría ambulatoria.
- Epidemiología del uso de medicamentos durante el embarazo.
- Mortalidad materna en Bolivia (ENDSA 1994).
- Salud materna en las comunidades aymaras.
- Detección de cáncer cervico-uterino en El Alto.
- "Hagamos un nuevo trato". mujeres de El Alto Sur sobre sus experiencias de dar a luz en centros hospitalarios.
- Metodología participativa para mejorar la salud materna y neonatal - Metodología Warmi.
- La historia de José. Un caso de IRA para reflexión comunitaria.
- "Entre el medico y la gente hay barreras...". Relato y comentario sobre dos "casos centinelas".

La atención y los espacios dados a “las crónicas” aunque imperfectas, destacan una de las otras características básicas de la Epidemiología Comunitaria: es una actividad que debe garantizar una “*continuidad en el tiempo*” (que complementa la continuidad transversal de los muchos lugares de observación y de los muchos interlocutores). Eso significa pensar en la relación entre la *vida* de la comunidad y las *técnicas* de Epidemiología Comunitaria como en un proceso continuo de alfabetización - formación - capacitación - actualización que todos atraviesan para poder ser “competentes en la vida” (y en las profesiones: desde las más sencillas hasta las más complejas). Las etapas intermedias (empezar a leer, escribir, hacer los primeros ensayos, aprender nuevas perspectivas) son resultados reales y necesarios para definir mejor y planificar la trayectoria complejiva y, quizás, los puntos de llegada.

N.B. El “seguimiento” es otra expresión técnica de la “continuidad” de la Epidemiología Comunitaria: ver cap. 8).

La Epidemiología Comunitaria como “centinela”

Una de las herramientas básicas de la Epidemiología Comunitaria (así como de la epidemiología clásica) es la vigilancia de la realidad donde se opera a través del monitoreo (observación, profundización, análisis) de los “eventos centinelas” (ver cap. 8 y 9) como “cruces vivos y contundentes” de los tantos factores de riesgo y vulnerabilidad a los cuales una comunidad (y sus miembros individuales) está expuesta. Los “casos centinelas” permiten diagnósticos e intervenciones específicas y tempranas.

La hipótesis explorada por el proyecto J&G propone una ampliación del concepto y de las prácticas de “vigilancia-centinela”. Si, como muchas veces se ha repetido, los determinantes de los derechos de salud, y de sus violaciones, son sólo parcialmente de tipo médico o sanitario; hay situaciones “centinelas” que se expresan a niveles y con formas que no pasan por los síntomas y los signos que caracterizan a las enfermedades, y que no interesan inmediatamente la salud de las personas o de los grupos específicamente en riesgo. Hay “eventos centinelas” de la sociedad donde las comunidades viven (y donde su vigilancia de Epidemiología Comunitaria se ejerce), que deben tener un monitoreo con el mismo cuidado con el cual se observan los casos clínicos: para comprender la naturaleza, las implicaciones, y para transformarlos en ocasiones concretas de concientización y de aprendizaje. La experiencia de J&G en los años de su existencia se ha confrontado muy atentamente con algunos de estos “eventos centinelas”, que han sido propuestos (con artículos y en encuentros) a la atención de los participantes de la REC. Los tres “casos” que se proponen en los textos que siguen (Cuadros 1-3) quieren indicar la tercera de las “*continuidades necesarias*” de la Epidemiología Comunitaria: *la continuidad de las microhistorias, con la historia general*:

- la que se expresa en las leyes del país donde se vive: el evento centinela de la ley de participación popular;

- la que toca desafíos culturales y políticos de largo plazo en la sociedad: el evento centinela de la participación de los indígenas en los procesos de transformación;
- la que se desarrolla en una aparente lejanía, pero que representa el horizonte indispensable para saber cuan largo (y posible) es el camino de la participación: el evento centinela de las cumbres internacionales, donde la comunidad-pueblo de las mujeres, la más ejemplar de las epidemiologías de la desigualdad, marca etapas importantes en el camino de empoderamiento.

N.B. En esta misma línea de ampliación del concepto de “eventos centinelas” se deben leer en el capítulo 4 las informaciones relativas al contexto histórico, socioeconómico, al fenómeno de las “remesas”.

⇒ *Cuadro 1. - El “evento centinela” de la ley de participación popular*

El 20 de abril de 1994 se aprueba la ley 1551 “De Participación Popular”, (se reproduce el texto básico inicial) que aparece y es recomendada como documento fundamental para la política social y sanitaria del país. El proyecto J&G participa directamente en el debate público sobre las implicaciones específicas de la ley para la salud y la autonomía de las comunidades locales, subrayando las perspectivas positivas, pero al mismo tiempo haciendo preguntas e identificando áreas y caminos que permitan averiguar si a las palabras pueden seguir hechos.

□ **Título I de la ley de participación popular:**

➤ **CAPÍTULO I: DEL ALCANCE DE LA PARTICIPACIÓN POPULAR**

Artículo 1° (Objetos): La presente Ley reconoce, promueve y consolida el proceso de Participación Popular, articulando a las comunidades indígenas, campesinas y urbanas, en la vida jurídica, política y económica del país. Procura mejorar la calidad de vida de la mujer y del hombre boliviano, con una más justa distribución y mejor administración de los recursos públicos. Fortalece los instrumentos políticos y económicos necesarios para perfeccionar la democracia representativa, facilitando la participación ciudadana y garantizando la igualdad de oportunidades en los niveles de representación a mujeres y hombres.

Artículo 2° (Alcance): Para lograr los objetivos señalados en el artículo 1°:

- a) Reconoce personalidad jurídica a las Organizaciones Territoriales de Base, urbanas y rurales, y las relaciona con los órganos públicos.*
- b) Delimita como jurisdicción territorial del Gobierno Municipal, a la Sección de Provincia. Amplía competencias e incrementa recursos en favor de los Gobiernos Municipales, y les*

transfiere la infraestructura física de educación, salud, deportes, caminos vecinales, micro-riego, con la obligación de administrarla, mantenerla y renovarla.

- c) Establece el principio de distribución igualitaria por habitante de los recursos de coparticipación tributaria asignados y transferidos a los Departamentos, a través de los municipios y universidades correspondientes, buscando corregir los desequilibrios históricos existentes entre las áreas urbanas y rurales.
- d) Reordena las atribuciones y competencias de los órganos públicos para que actúen en el marco de los derechos y deberes reconocidos en la presente Ley.

➤ JCG, 5(1), 1994

Los fundamentos de la Participación Popular en salud, arrancan de los nuevos conceptos de la medicina social que los planteamos en el país, por primera vez, al reiniciarse el proceso democrático después del largo proceso de dictaduras militares. En aquel entonces se logró fácil consenso para considerar que salud y enfermedad no podían considerarse como polos aislados sino que integraban un mismo proceso, el cual a su vez estaba en relación con el proceso económico-social. El reconocer que el proceso salud-enfermedad estaba ligado al proceso económico-social, fue más fácil en nuestro país que en otros de mayor desarrollo, por la prevalencia de las enfermedades de la pobreza. Con base en que la pobreza es la causa de las muertes que se producen por diarrea, desnutrición, infección respiratoria aguda, tuberculosis, etc. resultó fácil comprender que la mejor manera de prevenir las enfermedades y promocionar la salud era combatir la pobreza.....

Ahora, tenemos en el país una Ley de Participación Popular cuya esencia está en que legalmente se reconoce poder político y se asigna recursos a los rincones más abandonados del país. La reorganización municipal y la distribución presupuestaria, son recursos importantes pero adjetivos a lo que es el fin esencial. Lo importante es el derecho a participar que se reconoce a todos los barrios de las ciudades y los pueblos de provincias que siempre estuvieron marginados y a las zonas rurales que estuvieron excluidas de todo apoyo estatal. Las comunidades originarias, son reconocidas como sujetos de derecho legal, sin otro requisito que inscribirse ante determinada autoridad para poder exigir el presupuesto que les corresponde, en razón a su número de habitantes y tomar ellos mismos sus propias decisiones.....

Cuando se reconoce que la población es el sujeto, no por estrategia médica, sino por convencimiento de que se está combatiendo la pobreza cuyas expresiones más vulnerables son las enfermedades, es cuando se produce el cambio necesario y fundamental para la Participación Popular. Todo el vigor y la creatividad de las organizaciones populares, se acrecientan si encuentran un mínimo de condiciones favorables: ese mínimo potenciador lo pueden dar los servicios médicos si en lugar de buscar falsos protagonismos se colocan en la verdadera posición de ser "servicios" en beneficio de la población. El tener claro el concepto de que las enfermedades no son el efecto de la acción de virus o bacterias, sino resultado de los problemas sociales, permite al médico ceder a los actores legítimos, el derecho de luchar por la defensa de sus intereses y de su sa-

lud. Sólo así se puede contribuir a la necesaria movilización social, indispensable en nuestros países, para realmente disminuir la mortalidad infantil o la materna.

Igual cosa se puede decir de la educación, de la construcción de viviendas o carreteras vecinales y de todas las actividades vinculadas al desarrollo humano. En todos los aspectos se tiene que reconocer la condición de sujetos a los verdaderos protagonistas de sus propias reivindicaciones y ubicar al técnico en su correcto papel. Esto no significa posponer al técnico o al profesional, sino más bien ubicarlo en su sociedad como un eficaz colaborador de su pueblo y privilegiado promotor del cambio en favor de la equidad y de la justicia social”.

➤ J&G, 5(1), 1994

Es una antigua preocupación, recordar que las leyes no transforman la realidad, sino son sólo instrumentos para iniciar un cambio. El cuadro abierto por la Ley es aquel de una epidemiología del derecho reconocido a la comunidad, que todavía está por inventar, imaginar, conquistar, ejercitar y documentar la infinita diversidad de las condiciones existentes, donde la igualdad proclamada está ausente del escenario y también negada por los hechos y los llamados ajustes estructurales, al margen de las dificultades que se derivan de las personas y de las situaciones particulares.....

Las comunidades, mencionadas en la Ley, están llamadas a hacer una epidemiología de la responsabilidad y de la dialéctica. La utilización de los recursos y fondos asignados no es algo pacífico y obvio porque los recursos, frente a las necesidades, son escasos y limitados. La toma de decisiones exigirá una determinada capacidad de diálogo y discusión, no sólo sobre ideas, sino sobre hechos y datos concretos y estas decisiones a su vez, exigirán experimentación, flexibilidad, ajuste permanente y progresivo. ¿Existe capacidad para ello en las comunidades? El esquema de referencia institucional y las condiciones operativas disponibles, harán viable esta fase necesaria de discusión y reflexión?

Tomar en serio los planteamientos anteriores es nuestra primera obligación frente a dicha ley que puede ser considerada como intento de liberarse de una responsabilidad por parte del Gobierno, y que al mismo tiempo mantiene intacto un determinado modelo político donde las decisiones económicas, formalmente, van contra la realidad participativa. En este sentido, la situación no difiere substancialmente de la de aquellos países, evidentemente más ricos, como en Italia o en Inglaterra, donde el impulso al proceso de descentralización en el uso de los recursos depende substancialmente de los recursos disponibles para los servicios. En este sentido, la Ley de Participación Popular no renuncia al modelo económico neoliberal, cuya característica, entre otros, es la reducción del gasto social.....

Una Ley de este género, sitúa sin embargo a Bolivia en condiciones “ideológicas” más favorables con respecto a sus vecinos latinoamericanos, aunque debemos recordar que para las comunidades es bastante difícil proponerse participar o compartir recursos tan limitados, dado que se trata de necesidades y niveles muy amplios.....

La asignación fragmentada de los recursos que la Ley otorga a las diferentes comunidades, tiene que hacer surgir grupos, iniciativas, proyectos, "observatorios" de la Epidemiología Comunitaria en cada una de las áreas y distritos donde serán administrados estos recursos. Las necesidades no pueden ser definidas a priori, ni según el criterio "macro" de la programación general, ni las respuestas pueden ser administradas con criterios "promedios". La salud puede y debe ser un modelo de participación experimentado y verificado, es decir, una situación dialéctica para otras situaciones y problemas de participación.

Para complementar la Ley, parece importante proyectar que se realice un esfuerzo de formación de personas que sepan y puedan experimentar esta dialéctica de la participación en salud y, en general, de los bienes y de la prestación de los servicios. Es racional y real pensar en un programa de activación de una Red de Proyectos de Epidemiología Comunitaria (en una muestra representativa de situaciones diferentes a causa de desigualdades estructurales y contextos culturales) que, con una metodología muy simple pero bien programada, tenga la tarea de verificar qué es lo que representa la participación popular en materia de utilización de los recursos para la salud".

❑ Cuadro 2.- El "evento centinela" de las poblaciones indígenas

El desafío de la desigualdad por razones étnicas es característico de muchos de los países de América Latina, y ocupa un lugar central, y muchas veces dramático, en Bolivia. La lógica y la práctica de la Epidemiología Comunitaria deberían encontrar en las comunidades indígenas las condiciones más apropiadas para desarrollarse, por el hecho de que en ellas la realidad comunitaria tiene raíces más profundas y distintas. Es evidente por otro lado que la medicina y los sistemas de salud (así como los estados y su organización) no se han desarrollado al margen, sino en abierta contraposición, de la cultura indígena.

Desde su comienzo, a partir de sus seminarios y de las propuestas de proyectos de campo, J&G se establece como observatorio y ayuda-memoria de lo mucho que se debería y de lo poco que se puede hacer. A lo largo de los años, se hace un esfuerzo para que en casi todos los números de la revista la realidad indígena se encuentre presente y visible con su especificidad en el proceso de "toma de palabra": sea desde el punto de vista de la re-afirmación de "principios", sea con relatos que documentan la posibilidad de un trabajo creativo de Epidemiología Comunitaria en comunidades indígenas (ver Tabla con listado de los títulos de los proyectos) pág. 119.

❑ Cuadro 3.- El “evento centinela” de las conferencias internacionales y de sus contenidos de “género”

Los años del proyecto J&G coinciden con una estación muy intensa de Conferencias y Convenios de Naciones Unidas que se refieren directamente a elementos claves del contexto cultural y político de la Epidemiología Comunitaria, tocando los derechos de los niños (Convención de N.N.U.U. de 1990), el medio-ambiente (Rio, 1992) los derechos y la salud reproductiva (Cairo, 1994), los derechos socioeconómicos (Copenhagen, 1995), la mujer (Beijing, 1995).

No es necesario evidentemente subrayar la ambigüedad fundamental de estos “eventos” internacionales, con sus grandes gastos, los intereses y los equilibrios políticos y económicos, el riesgo de una inundación de palabras que substituyen los hechos, el protagonismo de los Estados y no de los pueblos. A pesar de eso, los patrones culturales y los mensajes que entran en el circuito globalizante de la comunicación (difundido a menudo en las “periferias”) tienen una influencia indudable en la (auto)-conciencia de las poblaciones. Ha sido parte de las prioridades del proyecto J&G mantener un ojo vigilante sobre estos temas: para buscar las sugerencias útiles, explicar las contradicciones, identificar “ventanas” de futuro, y respaldo para iniciativas presentes. En la lógica de las “continuidades” que constituyen el eje de toda esta historia de Epidemiología Comunitaria, los editoriales y los comentarios generales estaban codo a codo con las crónicas de los encuentros de los grupos de discusión, en Bolivia y en América Latina, con los informes de experiencias concretas (ver Tabla pág. 103), con la proposición de textos literarios-culturales.

➤ *J&G*, 5(2), 1994

En la medida en que se afianza la conciencia de la necesidad de superar las injusticias sociales y se alientan reivindicaciones básicas para todos, la defensa de la mujer ya no se limita tan estrecha y unilateralmente a la maternidad sino que se desarrolla en un plano social integral. Recién en los últimos años se ha podido plantear que hombres y mujeres se desarrollen con mayores e iguales libertades y ha surgido la conciencia de la dignificación de la mujer, como mujer, como un ser que ya no es solamente la esposa o la madre sino alguien con personalidad propia y con los mismos derechos. Derechos que corresponden a toda la especie humana sin discriminación social, ni política, ni religiosa, ni de sexo.....

La defensa y el fortalecimiento de la mujer, lejos de limitarse a primitivos alardes feministas, a la imitación o al enfrentamiento con el hombre, se vinculan a la búsqueda de soluciones integrales para el desarrollo humano en su conjunto, con una simultánea reivindicación social de hombres y mujeres. Pero, reconociendo honestamente, que en tal reivindicación cobra prioridad la mujer, no por pertenecer al mal llamado “sexo débil”, sino porque su situación arranca de una postergación mayor fomentada no sólo por una sociedad mal constituida sino por la ac-

titud desleal de su propio compañero, víctima de un machismo secular que erosiona y no contribuye en nada a la felicidad del hogar ni al desarrollo de la familia y menos al progreso social.....

La reproducción humana a la luz de estos nuevos conceptos y del adelanto de la ciencia para regular la fecundidad, es atributo, derecho y responsabilidad de hombres y mujeres por igual. En este contexto, la maternidad ya no es más el resultado de una fatalidad o un hecho aleatorio al margen de la libre decisión de la pareja, sino la más noble función de la mujer que se cumple con la consciente y emotiva participación del hombre. El concepto de pareja, no sólo alude a la unión de un hombre y una mujer sino que dialécticamente significa la superación de ambos. Superación que da significado humano a la paternidad y maternidad responsables y que permite que más allá del hecho puramente biológico de la atracción instintiva de los sexos surja el amor con capacidad de compartir ternura y solidaridad tanto en el trabajo como en la intimidad familiar.....

Para que este nivel de integración y realización plena de hombres y mujeres se de en las mejores condiciones, es innegable que nuestra sociedad tiene todavía que evolucionar. Los géneros femenino y masculino, social y culturalmente condicionados, son susceptibles de desarrollarse, de mejorarse, de encontrar su propia identidad y de estar cada vez en condiciones mejores de integrarse, complementarse recíprocamente y contribuir así a la felicidad de todos y al mejor Desarrollo Humano”.

La Epidemiología Comunitaria como archivo de conocimientos

A finales de 1994, cuando J&G festejaba su quinto año de vida, se presenta en el Colegio Médico Nacional, con la presencia y el auspicio concreto (que incluía una contribución financiera) de UNICEF, la edición en castellano de una publicación internacional: El Canguro, un archivo bibliográfico de salud materno-infantil, que selecciona los artículos más relevantes que se publican en diferentes revistas médicas a nivel internacional. La traducción y la difusión de El Canguro (que evoca en su título una de las técnicas de cuidado del recién nacido en alto riesgo que expresa ejemplarmente la frontera de continuidad entre el conocimiento clínico más sofisticado y la capacidad de autonomía de las comunidades) están garantizadas por el mismo equipo de J&G. La mención de esta coincidencia permite concluir estas notas subrayando la *cuarta de las “continuidades necesarias”* para la Epidemiología Comunitaria. (ver también el párrafo sobre los medios de actualización en el cap. 10).

En un tiempo de globalización, el camino de las comunidades no puede ser de aislamiento y de defensa. Una práctica que quiere garantizar los derechos esenciales (y las medidas que los permiten) a las comunidades necesita no una escasez, si no una gran abundancia de conocimientos. Ciertamente, este flujo de información y comunicación debe cumplir con las le-

yes básicas de la Epidemiología Comunitaria: las técnicas de información no deben ahogar a las comunidades, deben ser traducidas y hechas disponibles en una lógica de selección y de reflexión participativa; para que las distancias entre los saberes se hagan menos dramáticas.

En este sentido es importante reconocer en el camino de J&G una experiencia que, en formas diferentes, pero coherentes, se ha reproducido también en Ecuador y El Salvador. Se descubre así, en esta evolución “natural” de la Epidemiología Comunitaria, que:

- las comunidades son el archivo vivo de las necesidades de salud y de derechos respetados;
- por eso son el lugar más apropiado donde los archivos de conocimientos que se producen en la “comunidad científica” deben ser utilizados, para asegurar que los resultados producidos en poblaciones o grupos humanos alejados se transformen en saberes accesibles a todas las comunidades que tienen los mismos problemas;
- la Epidemiología Comunitaria de cada comunidad o red (re-encontramos así la hipótesis de partida de J&G) se propone en este sentido como el archivo integrado e innovador donde se pueden y deben producir actividades-conocimientos que documentan que la distancia entre el saber y la vida no es obligatoria.

Los tantos escenarios de la Epidemiología Comunitaria

Cuadro de Referencia

1. Los “cuentos de vida” de las comunidades y de los grupos que han sido los protagonistas de los capítulos anteriores no pretenden obviamente representar un panorama completo de los contextos, de los acercamientos, de las aplicaciones de la Epidemiología Comunitaria. Si por definición la Epidemiología Comunitaria es ante todo la expresión del proyecto de autonomía y democracia de una comunidad, a través de la utilización participativa de las herramientas epidemiológicas, en todos los lugares donde una comunidad existe, o quiere construirse; sus objetivos de salud pueden perseguirse con una lógica y con una organización de Epidemiología Comunitaria. Los capítulos siguientes, que comentan sistemáticamente las palabras claves y los métodos, deberían permitir una generalización de las experiencias representadas en los capítulos 3, 4 y 5.
2. Este breve capítulo quiere sencillamente esbozar este proceso y posibilidad de generalización con la presentación de cuatro escenarios generales donde se puede trabajar (y donde ya se han desarrollado experiencias concretas) según criterios de Epidemiología Comunitaria.
3. Para cada uno de los escenarios los grupos responsables del manual están dispuestos a asistir en la amplificación y adaptación metodológica de los diseños aquí indicados en sus líneas esenciales.

📖 Escenario 1:

El Hospital como lugar e instrumento de Epidemiología Comunitaria.

El título formulado para este escenario puede parecer contradictorio: el Hospital ha sido (¡justamente!) considerado en la historia de la medicina y de los sistemas de salud como el “otro lado”, la negación de estrategias basadas en la comunidad o en la Atención Primaria de Salud.

Es preciso señalar que:

- Los recursos dedicados al Hospital son reconocidos como excesivos y no justificados frente a los pocos que en comparación se conceden a las prácticas pre y post hospitalarias y a la asistencia básica,
- La lógica que guía la capacitación y la actuación de los técnicos-médicos que trabajan en un contexto hospitalario, obedece a reglas y prioridades distintas de las que se aplican a nivel “ambulatorio”;

El Hospital aparece muchas veces como el concentrador de los “fracasos” que ocurren en la comunidad, como consecuencia de la evolución desfavorable de la “historia natural” de la salud-enfermedad de la población, pero también por falta de recursos adecuados (carencia de técnicos bien preparados, escasa accesibilidad, falta de educación sanitaria de la población, etc.).

Exactamente por estas razones, el Hospital puede ser “el observatorio concentrado” de lo que pasa en el territorio que envía los casos.

La utilización del Hospital según una lógica de Epidemiología Comunitaria, podría en este sentido incluir:

1. La descripción epidemiológica de los casos: ¿cuántos y cuáles llegan a la atención hospitalaria por problemas que se habrían podido tratar en la comunidad?
2. La evaluación cuidadosa (a través de entrevistas dirigidas a una muestra representativa de los casos que no debían hospitalizarse) de las causas “evitables” de hospitalización (relacionada a la “ausencia” de recursos, a factores del paciente, a la actitud de los servicios extrahospitalarios,...).
3. La utilización de los datos mencionados en los puntos anteriores para preparar (mantener actualizado y con monitoría periódica) un mapa de la procedencia geográfica de los casos tratados en el hospital y más o menos evitables. Con técnicas sencillas y bien definidas se puede producir una información muy valiosa y “en tiempo real” de las prioridades existentes.

Los mismos datos que producen una fotografía del territorio pueden, desde el hospital, garantizar un material muy concreto y articulado

- para lanzar programas de capacitación integrada hospital-territorio;
- para aprender a dialogar y a no contraponerse entre los dos niveles;
- para acostumbrarse a considerar los casos clínicos (y más en general lo que pasa en la salud de los individuos y de las poblaciones) como el producto de factores externos -no médicos- evitables.

El momento del alta representa otra oportunidad de relación y de proyección a la comunidad:

- Se pueden activar programas de seguimiento para pacientes con un perfil de riesgo crítico (quizás los mismos o una fracción de los que habían sido calificados así en el momento del ingreso);
- Se pueden establecer procedimientos de alta programados con representantes (médicos y/o promotores) de las comunidades sobre todo para pacientes con problemas crónicos, que son candidatos a reingresar en el hospital muy pronto en ausencia de planes específicos de monitoría.

Es preciso subrayar que la contribución del hospital a la Epidemiología Comunitaria implica un cambio importante del marco de referencia, sobretudo para los que trabajan en el hospital. El desafío es difícil pero no imposible: podría activarse con grupos o departamentos, si no es posible con toda la institución.

Escenario 2:

Epidemiología Comunitaria en áreas urbanas

La realidad urbana, sobre todo en las grandes ciudades, se presenta con dos características bien conocidas:

- la marginalidad de masas humanas en las cuales se concentran muchos de los problemas de morbi-mortalidad de origen específicamente socioeconómico;
- la ausencia de un tejido comunitario: las nociones de tradición, raíces, solidaridad que son parte del concepto y de los planteamientos de la Epidemiología Comunitaria no solamente están ausentes sino más bien encontramos sus contrarios: la disgregación, la inestabilidad, la violencia.

La primera característica explica y quizás necesita una atención particularmente intensiva de la Epidemiología Comunitaria. La segunda subraya la dificultad de aplicar principios o reglas generales, que se han desarrollado sobretudo en contextos rurales y más tradicionalmente "comunitarios". Una confirmación de la ambigüedad y de las dificultades del área se

puede ver en el hecho de que aún en el desarrollo teórico y práctico de la Atención Primaria, los ejemplos concretos y exitosos de intervención en áreas urbano-marginales representan una pequeña minoría.

Las dos experiencias de El Salvador y de Bolivia, ya han proporcionado implícitamente algunas sugerencias sobre las pistas de diversificación que se pueden imaginar para desarrollar una Epidemiología Comunitaria adaptada al medio ambiente urbano. Las notas que siguen quieren ampliar más en detalle el tema, con indicaciones de posibles puntos de partida para iniciativas que (quizás aún más que en las áreas rurales) requieren una atención lúcida y creadora a las condiciones específicas de cada contexto.

1. La Epidemiología Comunitaria debe proponerse como instrumento de promoción de la idea y de las prácticas de derecho, de evitabilidad, y no solamente como técnica de intervención orientada a medir variables de entidades comunitarias que de hecho no existen.
2. Etapas esenciales de este trabajo de "estimulación" son las que permiten dar "visibilidad" a grupos de personas en riesgo. Cada grupo que actúa en una perspectiva de Epidemiología Comunitaria debería prever por lo menos:
 - un registro de pacientes-relevantes, o "centinelas" (que incluya específicamente las muertes) que se deberían profundizar con las técnicas tipo "autopsia verbal";
 - un mapa del área donde se trabaja para ubicar las prioridades y los casos centinelas y para acostumar a los que viven en el área a ubicarse en términos de riesgos evitables y de "vulnerabilidad" relacionada a factores locales (sociales, culturales, económicos);
 - un comentario periódico de los datos "oficiales" sobre la situación de la ciudad: una comparación con los datos de la realidad local donde se está trabajando permite establecer relaciones entre las macro y las micro-variables, e identifica un mapa de las "ausencias de las instituciones" que puede ser utilizado en la discusión con las mismas. En este trabajo es preciso ponerse en relación participativa con las otras organizaciones barriales y las agencias no gubernamentales que actúan no solo en el sector salud;
 - un registro de los casos hospitalizados (que se podría organizar según la lógica propuesta en el escenario precedente);
 - la formación de promotores y representantes de la comunidad, que pueden garantizar una elaboración de planes e intervenciones muy adherentes (por contenido y estilo) a las situaciones reales;
 - una buena conexión entre las tantas o pocas iniciativas de Epidemiología Comunitaria que existen en la ciudad para evitar el riesgo de aislamiento y favorecer la creación de una masa crítica "cooperativa" dentro de la fragmentación urbana.

El marco de referencia principal de una Epidemiología Comunitaria urbana, más allá de actividades que se pueden pensar también según el ejemplo de San Salvador, se puede ca-

lificar como el esfuerzo (a largo plazo) para crear una red cultural de grupos y modelos de intervención que tengan como denominador común a la búsqueda y al desarrollo de “actividades” frente a los patrones de homogeneización y de pasividad que constituyen el factor de riesgo más grave y generalizado de las grandes realidades urbanas.

Escenario 3:

Epidemiología Comunitaria y Epidemiología de los medicamentos.

La epidemiología de los medicamentos es bien conocida desde hace varios años (sobre todo a partir del informe de la OMS sobre medicamentos esenciales, que señalaba los estudios de utilización de los medicamentos como una herramienta fundamental para el trabajo participativo en la comunidad) como un “indicador” muy eficiente y sencillo de algunas variables que juegan un rol fundamental en el determinismo del estado de salud-enfermedad:

- *la accesibilidad* a los recursos diagnósticos y terapéuticos;
- *la formación y participación* de los miembros de la comunidad, por el hecho de que la utilización adecuada de los medicamentos es posible solo en una comunidad bien “informada” sobre las verdaderas necesidades y los beneficios reales;
- la capacidad de garantizar el seguimiento y la evaluación de la eficacia de las intervenciones farmacológicas “críticas” (es decir las que pueden ser salvavidas).

Las actividades de Epidemiología Comunitaria relacionadas a medicamentos deben prever por lo menos:

- la formulación (por un grupo de trabajadores de salud, con la participación activa de los promotores) de un paquete de medicamentos esenciales con enfoque específico sobre lo que debe ser asumido con regularidad para poder ser eficaz;
- la concentración de la atención sobre grupos poblacionales en los que, el empleo correcto de “tratamientos” (con o sin uso de medicamentos) puede efectivamente disminuir la morbi-mortalidad. Las experiencias más prometedoras y fácilmente realizables son las que se interesan en las mujeres embarazadas y en los niños, así como las que activan programas de diagnóstico, información, tratamiento y seguimiento de enfermedades crónicas, infecciosas y no infecciosas. Un grupo de Epidemiología Comunitaria debería tener siempre un registro y hacer un mapa de estos grupos para garantizar una monitoría participativa;
- el considerar a los medicamentos, y sobre todo a su ausencia y/o a su uso inadecuado, entre las causas posibles de morbi-mortalidad y de hospitalización “evitable” (ver arriba);
- la activación de un programa de entrenamiento para una automedicación inteligente, como instrumento para capacitar a las personas en evitar acciones terapéuticas (y sus gas-

tos asociados) inútiles, y a pensar en las intervenciones médicas como un proceso de discernimiento autónomo y responsable, y no principalmente como un ejercicio de búsqueda de soluciones milagrosas o de obediencia ciega sin poder comprender lo que está pasando.

📖 Escenario 4:

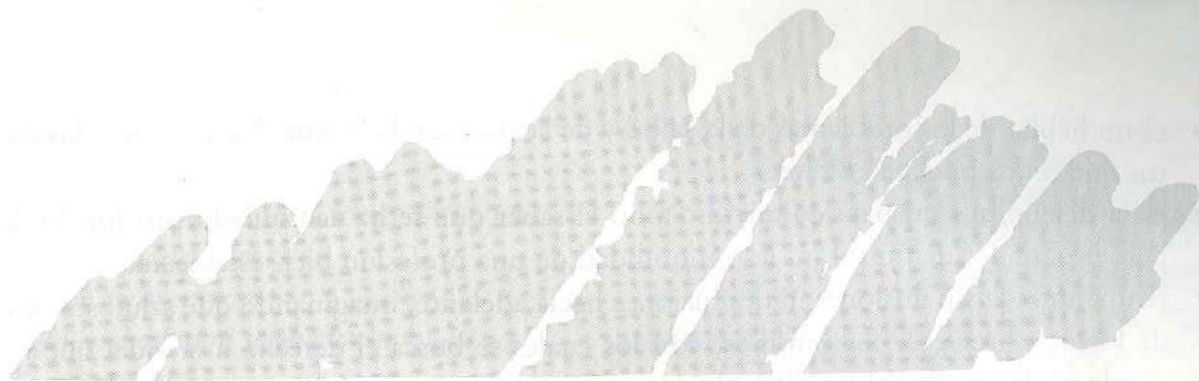
Enseñanza

Es obvio que la Epidemiología Comunitaria debería ocupar un lugar importante, o por lo menos visible, entre las disciplinas que preparan a los profesionales de la salud, médicos o paramédicos, si la formación está orientada hacia un proyecto de salud como derecho fundamental y no solamente como suma de conocimientos y técnicas. El nudo crítico se encuentra evidentemente en la pregunta implícita en el si de arriba. En esta perspectiva optimista las propuestas básicas se pueden traducir en las siguientes recomendaciones:

1. El objetivo global de la enseñanza de Epidemiología Comunitaria en un camino curricular es la creación de una atmósfera de atención a la comunidad, vista no como el conjunto de los lugares perdidos y marginales donde es obligatorio pasar un año de vida en servicio social, sino como la frontera donde se decide la vida de las mayorías y, por eso, el sentido mismo de toda la medicina.
2. Concretamente un primer módulo de enseñanza puede concentrarse sobre la comparación entre las macro y las micro-variables que definen los aspectos socioeconómicos de las poblaciones (ver indicaciones en la bibliografía).
3. Dentro del programa de enseñanza de estadística, es importante concentrarse:
 - en las metodologías para seleccionar muestras “representativas” en las condiciones de campo;
 - en diseños multicéntricos por microáreas;
 - en los criterios de selección de datos esenciales;
 - en diseños “apropiados”, rigurosos pero realizables sin recursos excesivos;
 - sin mucha teoría, es preciso utilizar ejemplos prácticos tomados de las situaciones existentes en el país/área donde se actúa.
4. Entrenar a los trabajadores de la salud con pequeños proyectos que incluyen variables cualitativas y cuantitativas, que permitan reconocer las “historias” de las comunidades, y no solamente las enfermedades.
5. Prever en la enseñanza de algunos capítulos claves de diagnóstico y tratamiento, la construcción de protocolos de monitoría epidemiológica de enfermedades-poblaciones “centinelas” en áreas urbanas y rurales. Este ejercicio acostumbra a tener raíces en las necesidades y condiciones concretas donde se deben aplicar los tantos (y a veces

contradictorios) conocimientos que se reciben. Estos ejercicios deberían ser obligatorios por lo menos para:

- problemas relacionados con el binomio madre-niño;
 - uno/dos ejemplos de enfermedades infecciosas clínica y epidemiológicamente relevantes;
 - uno/dos ejemplos de enfermedades crónicas no infecciosas.
6. Sería muy importante que cada año por lo menos algunas de las tesis de grado, sean de Epidemiología Comunitaria:
- para dar visibilidad a este tipo de investigación;
 - para multiplicar las oportunidades de producir datos originales y actualizados.



Capítulo 7

Lenguaje e imágenes de Epidemiología Comunitaria: Mis amigos del barrio

Es parte de la experiencia de todos el trabajar y penar mucho para comprender y entrar en un problema, o para encontrar una solución sencilla a situaciones complejas, o para buscar la salida de una incertidumbre que nunca parece terminar, y de repente “ver” con claridad la respuesta.

En el camino de la Epidemiología Comunitaria en búsqueda de identidad, de herramientas apropiadas, de modelos de acción, hemos encontrado dentro de una de las comunidades –caminante en una de sus calles, hablando palabras de todos los días, acompañada por una muestra evidentemente representativa de caras y vidas que todas las comunidades pueden reconocer- un cuento-persona-poema: nos ha parecido el resumen más apropiado, científico, completo y lleno de futuro, de todos los ejemplos que se han propuesto. Lo proponemos como conclusión de esta sección y como su resumen. Dice todo lo que una Epidemiología Comunitaria quiere ser: establece la continuidad más evidente entre:

- los planteamientos conceptuales generales de los primeros 3 capítulos;
- las búsquedas y los resultados de lo que proponen la fotografía viva de las comunidades de Ecuador, de El Salvador, de Bolivia;
- los escenarios del capítulo precedente;
- las notas técnicas de los últimos capítulos.

Dice la persona-cuento-poema que la Epidemiología Comunitaria:

- es un caminar dentro y con una comunidad de personas con caras, preguntas, expectativas, dudas de todos los días;

- es un hablar de los problemas de la salud y de la vida con la lengua, las imágenes, los datos que todos pueden entender;
- es la disponibilidad para compartir todo el saber que se ha acumulado, sin miedo de perder el poder de un rol, ni la tranquilidad de una profesión bien establecida;
- es una mirada sin ilusiones ni desilusiones hacia adelante, imaginando que salud sea uno de los nombres y de los caminos, con los cuales se busca el derecho a la vida, que no puede ser la propiedad privilegiada de pocos;
- es el lugar donde las pequeñas y grandes miserias se cruzan con la ilusión de transformarse en esperanzas.

En las grandes revistas de medicina —entre los tantos informes científicos que documentan la capacidad poderosa de la medicina de seguir profundizando sus conocimientos básicos y proponer sus soluciones clínicas, que reflejan con datos epidemiológicos metodológicamente “duros” la permanente desigualdad de los que deberían ser iguales— se han mantenido (o recién se han re-introducido) páginas-islas de imágenes de belleza pura, y de poesía. Quizás para mantener abiertas ventanas sobre una vida que no es solamente libertad de la enfermedad y competencia entre resultados más o menos prestigiosos.

La propuesta —tranquila y desafiante— de esta persona-cuento-poema es de imaginar que la Epidemiología Comunitaria pueda tener como compromiso y criterio de trabajo la búsqueda de una científicidad que sea en sí misma ventana y puerta donde las comunidades puedan entrar y mirar, no como huéspedes de un día si no como co-autores de siempre.

MIS AMIGOS DEL BARRIO

Autor: Cecilia Elizabeth Orellana Saravia. San Roque, San Salvador, 1992.

*Cuando pasan y me ven
nunca me dejan de hablar
cualquier cosa han de inventar
por tal de que yo le he de escuchar.*

*Les miro sus ojos
y me pongo a pensar
qué les pasará?
Que solo tristeza en su profundidad
tienen que expresar
nunca sonrían a la fuerza
o por tal de aparentar*

*que nada pasa
y todo lo saben controlar
pero al preguntarles
no hallan ni que contestar
y lo mismo de siempre
que algún dolor o queja tendrán
soñando siempre con la gran falsedad
de que yo les he de aliviar
pero algunos
que ya ni atención les pongo yo
pero siempre insisten
y algo me han de decir.*

Me hacen en verdad tanta falta
cuando los dejo de mirar
y subo esta cuesta
que llena de recuerdos está
y que en mi memoria
nunca se olvidan ni se olvidarán
mis amigos del barrio
que son lindos y chéveres de verdad.

Que aunque no lo crean
me enseñan a poner duro mi corazón
de siempre verlos en la gran miseria
y dolor
que no pueden luchar
porque el guaro o la droga
los domina más
hasta donde en verdad
todo lo que puede arrancar
estos proyectos de muerte
que muy disimulados están
aparentando culpabilidad
en nosotros mismos:
porque nací pobre yo
ya soy así y solo voy a morir
por mi padre, mi madre,
mi abuela, mi nana,
mi familia, mis hijos, mi chavala o mujer,
perdí el trabajo y ganaba bien,
nadie me quiere ya, me quiero morir
y dame cinco para tomar
ya no aguanto más.

Mira mis pies, mis ojos, tengo picazón,
me herí y se me infectó
fui allá y me arde al orinar,
deme vitaminas porque tengo debilidad,
el estómago me arde cuando
no puedo comer
me duele la cabeza y no puedo dormir,
y fíjate que me tengo que ir
porque ya no me quieren aquí
y son muy caros los cuartos

donde quiero vivir
nombre eso no me gusta, nada siento yo
y se siente ardor y es todo artificial
yo no quería, porque de verdad
no lo deseaba,
pero hoy que vamos a hacer
lo tengo que tener, porque
nada puedo hacer,
pero eso sí que no lo voy a abortar,
ni siquiera en eso pensar.

Mire como puedo hacer,
no quiero tener más hijos yo
y no sé que hacer,
porque mire la situación,
y como vivo yo,
peor cuando los bichos se enferman,
lo ponen en más aflicción
que la escuela, ropa, comida, zapatos,
que ni tengo donde dormir,
y mire aquel, que ni trabajo tiene
o borracho está.

Fíjese que lo llevé al doctor
y esto me recetó,
tienen ustedes? Porque son muy caras
y el pisto ya se me terminó.

Mira, se hirió! Y le sale sangre un montón,
estaba solo y peleó
o estábamos jugando y no se fijó
o un clavo en el pie se metió
porque corrió, en el zapato
que veinticinco pesos le costó
claro! Los pobres
más caros no pueden comprar.
Mire, el niño se me enfermó
tiene gripe, ayer fiebre le dió,
tiene diarrea,
cuántos asientos ha hecho ayer y hoy?
Ayer sólo cuatro y hoy sólo dos
pero que le dio?

Enteroguanil, intestinomicina,
yodoclorina,
agua de carapacho de cusuco,
bismuto compuesto,
una purga, porque en parásitos pensé yo.
Fíjese que tengo que ir a vender
tamales en la mañana y me duermo
tipo dos - tres de la madrugada porque los
tengo que cocer
y aita, que yo la niña no la puedo cuidar
porque tengo que ver
cómo consigo de comer.

Mire Cecy le voy a decir la verdad
éste hijo no es de él
y éste es mi peor error,
porque por la situación
yo me fui donde una amiga
y me dió trabajo y empecé a putear
y mire si todos los hombres
cuando me enfermé, me pudieron ayudar,
la fregada sólo... fui yo.

Vas a creer que van a meter al asilo a Sara
y por un examen no me pudieron
llevar - pero
no friegues, vos aquí tienes que estar
quieren o no,
porque tienes derecho de vivir
aquí con tú familia y nunca irte de aquí
allá nadie te va a visitar
y más luego te vas a morir - si es verdad,
ya me dijiste, hoy ya no me voy.

Fíjese que hace nueve días
mi hermano murió
como tomaba mucho
y padecía de una enfermedad.

Hola, cómo estás, bien por aquí
fíjese que tengo un dolor
y no me lo puedo quitar
la cabeza me punsa y no puedo dormir,
se me ha quitado el hambre
y me dan ganas de llorar.

Las manos y los pies me tiemblan y no puedo
caminar.

Cecy, me gustas mucho,
porque no quieres ser mi novia
o quisieras hacer el amor.

Fíjate que voy a ser papá,
pero no me he definido bien
qué voy a hacer,
a mis papás les dije que ni se
los voy a enseñar,
porque muy turbios conmigo
han sido y no los quiero ni ver.

Cecy, no sabe cómo
se llama alguna inyección
para abortar?, porque mi familia no sabe
y no lo quiero ni tener.

Fíjese que me pegó y mire cómo me dejó
hasta el oído me reventó
y bien morados los
brazos y piernas me dejó.

Mire, por qué no me hace una constancia
que se enfermó?,
si no el séptimo le descontarán
o lo pueden echar.

Me han pedido exámenes de heces, orina
sangre y pulmón para poder trabajar, cree
usted que me los puedo hacer?.

Ya no robo aquí, ya me voy allá,
yo les robo sólo
a los ricos, a los pobres nunca,
mejor si tengo
algo les doy.

De qué está trabajando hoy?
-de panadero-
maleterón en la tiendona,
vendo bolsa de papel,
hago cohetes, pero me fue mal en navidad,
el patrón no me pagó
en aquella construcción
nos robaron la tienda
y hoy alquilando estoy
para ver qué cosechas saco hoy,
ojalá me vaya
bien y sequita no vaya a ver,
no tenemos nada.

Todo lo invirtió y esperando nos dejó,
nos fue mal,
vendo pan y café,
a ésta me la llevo también
como a las cuatro de la mañana,
para que me ayude a vender, pero viera
que necia y cueruda es y se porta mal,
dicen los maestros que el año de la escuela
lo va a perder, porque es bien rebelde
y no quiere estudiar,
a saber qué tiene en la cabeza
que nada puede memorizar
todo se le olvida y qué le pasará,
pensaba llevarla
donde un psicólogo y a ver qué le puede

recetar, para que se le queden las cosas
porque viera es una gran tonta,
que todo se le debe olvidar,
si este año no pasa el grado
el otro ya no irá,
porque estar gastando pinto y
por gusto y que vaya a pasar, mejor la
pongo a aprender oficio y aprenda algo
para que no pierda el tiempo y después
cuando aprenda pueda trabajar.....

Hola, Cecy, Cecy, Cecy, a donde vas?
No tenés pinto, regálame para un pan
hola Cecy, ya se nos terminó el azúcar, la
voy a traer.
Mita no sabes si todavía tiene soya
ya a los bochos les quiero dar.

Cecy a usted la respeto mucho
y de verdad la quiero,
yo sé que usted tiene buenas intenciones
conmigo, me quiere ayudar,
pero mire cómo es
uno de necio y no quiero hacer caso
y siempre tomo por tonto,
si niña Cecilita, por tonto es
que uno está así, porque si uno tuviera
voluntad, yo le aseguro que así
ya no estuviera
me viera mejor, pero ya ve
cómo son las cosas
y a mí me dicen que quizás
me han hecho un mal
y yo creo que sí, porque fijese que yo
intento y nada, quizás así voy a morir.

Sección III
Herramientas
y
Métodos

La manera quizás más sencilla para empezar ésta sección del manual, es resumiendo esquemáticamente cuáles pueden ser consideradas las relaciones entre la epidemiología general y la Epidemiología Comunitaria

EPIDEMIOLOGIA GENERAL	EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA
<p>A. Describe las enfermedades, en donde están, cómo evolucionan, qué procesos o factores intervienen en su determinación.</p> <p>B. Disciplina de expertos, para cuantificar, para conocer, pero no para transformar.</p> <p>C. Externa, alejada de los intereses de las comunidades, y equipos locales, sin interlocutor de sus propuestas.</p> <p>D. Descripción de la realidad según criterios estandarizados, con énfasis en cumplimiento de actividades o aplicación de programas o, en la observación de aumento o disminución de la enfermedad.</p> <p>E. Valoración con criterios de eficiencia de la representatividad y fiabilidad de los datos y no con criterios de utilidad.</p>	<p>A. Busca la relación entre la vida de la comunidad y la ausencia o presencia de enfermedad o salud.</p> <p>B. Una forma de estar presente en una comunidad, un estilo de vida, una manera de ser, un testimonio de compromiso.</p> <p>C. Diálogo, instrumento fundamental de trabajo, para la construcción de instrumentos e indicadores que todos entiendan.</p> <p>D. Hacer presente el contexto en el que se desarrolla la vida de la comunidad y que no siempre puede ser cuantificado, en documentos.</p> <p>E. Énfasis en la valoración de los datos para conocer lo que ha pasado con las comunidades por el hecho que aumenten o disminuyan las enfermedades. Valoración de la información por su utilidad en la transformación de la realidad.</p>

Es evidente que cada tentativa de clasificación implica elementos de "rigidez". La epidemiología general ha incorporado desde hace mucho tiempo, acercamientos integrados (clínicos, socioeconómicos, de derechos) y todos esos pasos son muy importantes para una autoconciencia de "cientificidad comparable" por parte de la Epidemiología Comunitaria de hecho:

- no existen escuelas de Epidemiología Comunitaria, existen comunidades con una existencia milenaria, en las que se han desarrollado formas de vida y resolución de problemas de vida y de salud específicos, por tanto se puede afirmar que existen comunidades con un conocimiento cotidiano ordinario que es necesario sistematizarlo, transmitirlo y socializarlo, encontrar sus elementos comunes para poder generalizarlos como un método de trabajo e intervención.

- es una forma de expresión que las comunidades se dan para conocerse, descubrirse, conceptualizarse, valorarse y encontrar su identidad, para asegurar su existencia y al mismo tiempo desarrollarse y transformarse.
- es una concepción integral de la vida y de la salud, pero que reconoce dimensiones o jerarquías en la determinación o causalidad de los fenómenos de la realidad.

En este sentido si bien está claro que todos los procesos de salud individual tienen como determinación fundamental los procesos económicos y políticos en los que se insertan las comunidades y que estos están organizados o tienen una jerarquía, no desconoce la influencia de los fenómenos y procesos naturales, ecológicos y biológicos y su interacción con los sociales. Pero plantea que en las pequeñas comunidades son los fenómenos o procesos relacionados a la organización y cultura los elementos nodales que permiten enfrentar y transformar los procesos económicos, políticos y naturales.

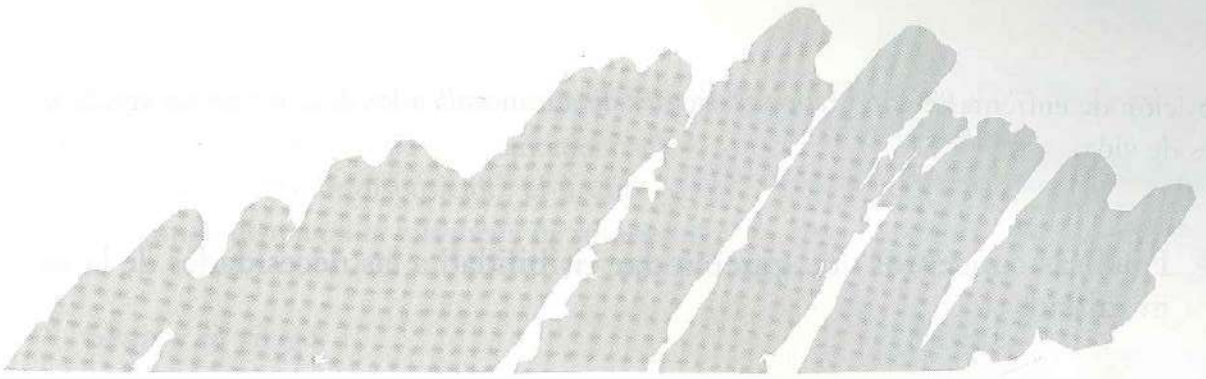
Las diferencias que existen no pueden todavía ni deben nunca disminuir las continuidades grandes, por lo menos desde el punto de vista:

- de los objetivos que se persiguen: buscar conocimientos fiables sobre la historia de las enfermedades en la [una] comunidad;
- de las reglas básicas de manejo de los datos para generar informaciones fiables y comparables.

El propósito de los siguientes capítulos es explorar y documentar los aspectos técnicos, a través de:

- un breve recorrido por las "palabras claves" que se han encontrado en las experiencias, con atención especial al subrayar la significación particular que una u otra podrían tener en Epidemiología Comunitaria;
- una síntesis operativa de las herramientas (definiciones e instrumentos) de epidemiología general, que se utilizan más frecuentemente en Epidemiología Comunitaria

Las referencias que siguen pueden ser consideradas integrativas (o comparativas) con la propuesta que aquí se hace.



Capítulo 8

Las palabras claves de la Epidemiología Comunitaria

El objetivo de este capítulo es muy sencillo: explicitar algunas de las “reglas implícitas”, o de los criterios básicos de orientación que se han aplicado en los caminos de Epidemiología Comunitaria que se han descrito en los capítulos precedentes.

Este ejercicio trata de favorecer el desarrollo coherente de las tantas epidemiologías comunitarias que en el segundo capítulo se han declarado necesarias para respetar la heterogeneidad de las tantas comunidades que quieren y necesitan mantener su identidad en los contextos “globalizantes” que son característicos de la evolución actual de los sistemas sociopolíticos, económicos y sanitarios.

Se pueden identificar tres grupos de palabras-conceptos claves:

1. las que ponen en primer plano la vida y las exigencias de las comunidades;
2. las que identifican y comentan las estrategias generales que son necesarias para involucrar a las comunidades en el desarrollo de una Epidemiología Comunitaria dirigida al contexto específico (institucional, cultural, socio-económico) de cada comunidad;
3. las que ejemplifican la aplicación de conceptos y criterios generales de la epidemiología a las realidades de la comunidad.

Es preciso subrayar que no se quiere proponer un listado completo de “reglas”; los casos y escenarios descritos en los capítulos 3-7 han documentado que el secreto y la riqueza de la Epidemiología Comunitaria están en la capacidad de los trabajadores de salud de adaptar creativamente los conceptos generales al objetivo básico de poner a cada comunidad en la

posición de enfrentarse con grados crecientes de autonomía a los desafíos de sus condiciones de vida.

☞ Palabras-conceptos que quieren dar visibilidad a las necesidades de la comunidad.

⇒ *Equidad*

Es la raíz y el desafío de toda Epidemiología Comunitaria frente a una epidemiología general ocupada en documentar con datos aún más contundentes y repetitivos la *desigualdad* de los derechos de salud y de accesibilidad a los servicios de las poblaciones, la Epidemiología Comunitaria nace como instrumento y estrategia para buscar caminos y medidas para que en la comunidad las desigualdades puedan ser reducidas.

No se da Epidemiología Comunitaria sin este objetivo que debería ser, por definición, la razón de ser de toda intervención e investigación en la medicina; en la realidad se ha visto que la dependencia creciente de la medicina en los determinantes económicos (capítulo 2) limita sus posibilidades de intervención.

Las denuncias de desigualdad e inequidad se multiplican, y las desigualdades crecen. El objetivo de equidad en Epidemiología Comunitaria quiere pasar de la denuncia a la adopción y al cambio de las desigualdades en las comunidades donde se interviene.

⇒ *Evitabilidad*

Esta palabra, así como la de la desigualdad, ha recibido una atención creciente en la epidemiología general.

Corresponde a una concepción de la medicina, que no pretende solucionar todo, ni poner remedio a todos los riesgos que se conocen, y que sugiere estrategias diferenciadas y priorizadas. El contexto y la lógica de la Epidemiología Comunitaria atribuye a la evitabilidad un contenido mucho más concreto y directo. El tamaño reducido de las comunidades y el tipo de conocimiento directo y detallado de las diferentes condiciones de vida de las personas y de los grupos que viven en la comunidad permiten identificar más concretamente los problemas evitables, y establecer criterios "priorizados" de intervención. Los modelos de Epidemiología Comunitaria que se han comentado ofrecen muchos ejemplos de ésta posibilidad de acción exitosa. Es preciso distinguir lo que es *evitable* con intervenciones específicas (de tratamiento con medicamentos, de higiene, etc.) y que se pueden practicar rápidamente, lo que necesita intervenciones de mediano-largo plazo (ej: educación), lo que no es evitable (ej: pobreza, desempleo). Eso permite ser más racionales en la selección de

las intervenciones, en la actitud que se tiene frente a los problemas, en las expectativas de cambio y en la evaluación de los resultados. Aún cuando las medidas de intervención no están inmediatamente a disposición, el hecho mismo de concientizar constituye un paso adelante fundamental en la búsqueda de soluciones.

⇒ *Grupos en riesgo*

Conceptualmente y operativamente este término es la consecuencia inmediata de los dos precedentes, y debe ser uno de los productos prioritarios y bien definidos de la Epidemiología Comunitaria. Desde el punto de vista de la epidemiología general el “enfoque de riesgo” es un concepto bien establecido. Una vez más, la Epidemiología Comunitaria con su red de trabajadores de salud bien enraizados en la comunidad permite dar a este “principio metodológico” la firmeza y la visibilidad de personas, de caras, de casas, de calles. No se trata solo de conocer los riesgos, si no de “adoptar personas” con todo lo que una adopción implica: la selección de medidas no genéricas, sino apropiadas, la continuidad en el tiempo, la flexibilidad de las estrategias, el involucramiento de otras personas que viven en el mismo contexto, de manera que los “grupos en riesgo” no sean aislados como problema, sino que sean parte de una atmósfera de atención.

⇒ *Vulnerable*

Palabra y enfoque que integra “grupo en riesgo”. Indica y subraya el hecho de que en muchos (o la mayoría de los) casos los riesgos provienen de causas externas a los individuos y/o a las comunidades, que padecen la influencia de factores de contexto (socioeconómicos, institucionales, culturales).

⇒ *Cobertura*

Es una de las palabras claves de la epidemiología y de la salud pública (por eso una discusión técnica de las herramientas que permiten su aplicación cuantitativa se encuentra en el capítulo 9). En la Epidemiología Comunitaria los porcentajes anónimos que normalmente expresa este “indicador” deben y pueden traducirse en números que corresponden a personas-familias bien identificadas. Muchas veces los grupos y los individuos a los cuales no llega la cobertura son los “grupos en riesgo”. Otras veces, un mapa de cobertura puede identificar las dificultades del “servicio comunitario” para llegar a todos. En un programa de Epidemiología Comunitaria es preciso identificar las áreas y los problemas donde es necesario-prioritario asegurar la cobertura completa como criterio básico de equidad, y como condición para acabar con morbi-mortalidades “evitables”.

⇒ *Abandono*

La identificación de problemas que necesitan un seguimiento regular es una de las tareas principales de la Epidemiología Comunitaria, y uno de los criterios de planificación esenciales para la orientación de recursos humanos y de esfuerzos de educación-formación. En la epidemiología clásica, y en todos los estudios clínicos que evalúan intervenciones, el seguimiento (follow-up) se considera una de las tareas más difíciles y que se traduce frecuentemente en fracasos. Los "grupos en riesgo" son los más frecuentemente abandonados: en el monitoreo del embarazo, en los tratamientos de enfermedades crónicas, infecciosas o no. Los números relativamente bajos de personas que necesitan un seguimiento en cada comunidad ofrecen una posibilidad específica a la Epidemiología Comunitaria de producir en este campo resultados exitosos. Programas dedicados a evitar el abandono, y fichas sencillas de seguimiento que permitan el monitoreo son elementos esenciales de los programas de Epidemiología Comunitaria.

📖 *Palabras-estrategias que protagonizan las comunidades*

Los objetivos y los acercamientos estratégicos que se han comentado son principalmente la expresión de la responsabilidad profesional de los protagonistas históricos e institucionales de la Epidemiología Comunitaria. Los trabajadores de salud escogen la Epidemiología Comunitaria, no pueden imaginar ni pretender que su efectividad de acción sea el producto directo de sus decisiones y de sus iniciativas. La Epidemiología Comunitaria se caracteriza -y puede esperar producir resultados concretos y no solamente declaraciones por el hecho de reconocer que la comunidad no es el lugar ni el objeto de intervenciones bien orientadas, si no el co-protagonista de un camino donde la búsqueda de equidad en la vida a través del indicador de la salud es una tarea común. Una afirmación de este tipo puede aparecer como un planteamiento un poco demagógico. Para un desarrollo efectivo y técnicamente real y sostenible de programas de Epidemiología Comunitaria, el planteamiento debe traducirse en estrategias e instrumentos técnicos muy rigurosos. Los que aquí se proponen han sido experimentados a lo largo de los años, con comunidades diferentes, que han puesto desafíos algunas veces no fáciles: atrás de la sencillez de las propuestas, es evidente de hecho que la implementación de las técnicas de acción que se proponen implica cambios y compromisos importantes y de largo plazo sea por parte de los trabajadores de salud como de las comunidades.

⇒ *Diálogo*

Es el término más general y más básico. Define antes que un instrumento una actitud permanente, donde se asume que los conocimientos técnicos no son una propiedad de un gru-

po especializado, y las necesidades de salud no se expresan solas ni principalmente en signos y síntomas de enfermedad. Los campos concretos de aplicación de una actitud de diálogo son muchos, y de hecho tocan todos los momentos claves de la relación entre trabajadores de salud y la comunidad (como individuos y como grupo, o grupos). Hay el diálogo de la presencia en la comunidad (el cuento-poema del capítulo 7 es muy explícito en este sentido). Hay el diálogo del momento diagnóstico, donde se aprende de los dos lados a aceptar reglas de intercambio de informaciones y de decisiones, y que se debe transformar en un aprendizaje permanente y recíproco de lenguaje, de co-participación de saberes e ignorancias, de descubrimiento de riesgos y de posibilidades de evitarlos, de confianza en poner en común expectativas y contextos de vida. *Hay el diálogo que prepara, discute, define, acompaña* a las intervenciones, sobre todo las que tocan a la comunidad o a los grupos. Hay el *diálogo que se pone a evaluar los datos* que cuantifican y describen lo que pasa en la comunidad y a definir las formas de su presentación. La creación de condiciones de diálogo es una tarea muy concreta, no hecha de buenas intenciones: implica la creación de espacios físicos donde la gente pueda dialogar; requiere tiempos reales, específicamente para los que menos quieren (o son incapaces de) el diálogo y que por tanto están en mayor riesgo; debe prever una organización del trabajo donde las visitas en las casas son la regla; exige una preparación de informes y avisos en un lenguaje sencillo pero completo que la comunidad pueda entender; implica la integración de miembros de la comunidad en los momentos de discusión y decisión de las prioridades; exige que el equipo de salud sea muy crítico en su interior, para evitar actitudes y prácticas de no-diálogo.

⇒ *Diagnóstico y priorización participativa y dinámica.*

Una de las traducciones concretas y visibles a nivel colectivo del diálogo. La Epidemiología Comunitaria puede desarrollarse exitosamente si se percibe por parte de la comunidad como un elemento que favorece el desarrollo de una comunidad de vida, y no solamente de salud. La salud de hecho es siempre y solo un indicador de las posibilidades de calidad de vida, o de su ausencia. Los grupos en riesgo, las estrategias de cobertura, la búsqueda de equidad son la expresión de las condiciones de vida de la comunidad, que sabe bien (aún más directamente que los trabajadores de salud) que estas condiciones no se mejoran mágicamente, que los recursos son limitados, que las dificultades (internas y externas a la comunidad) son muchas, y cambian en el tiempo. Momentos públicos, bien programados, generales y dirigidos a grupos específicos, de discusión de las prioridades, de los avances, de los fracasos deben ser considerados como herramientas técnicas imprescindibles. La Epidemiología Comunitaria es un proyecto de investigación colectiva que tiene como objetivo fundamental la conciencia, y como consecuencia la disponibilidad de la salud. Como todos los proyectos de investigación de largo plazo (y no hay duda que la Epidemiología Comunitaria se pone en esta perspectiva de tiempos no cortos), es esencial que todos los involucrados en la investigación (búsqueda de conciencia y de soluciones) sean protagonistas de todas las etapas. Intervenir en el embarazo, en enfermedades de transmisión sexual,

en malaria, en problemas de violencia significa crear momentos específicos de priorización participativa, que permita ajustar en el tiempo las medidas que se deben adoptar, de manera que no sean algo que viene de afuera, sino el producto de una decisión informada y conciente.

⇒ *Monitoreo participativo colectivo*

La exigencia de seguir en el tiempo y de evaluar el desarrollo de los proyectos es reconocido en todos los programas de intervención en salud. Este proceso se hace frecuentemente con la intervención de asesores externos que se refieren a indicadores o productos pre-definidos e identificables, la mayoría de las veces de tipo cuantitativo. La Epidemiología Comunitaria no puede prescindir de esta exigencia (ver más abajo, en la Sección III de este capítulo y en el capítulo 9). En el contexto que nos interesa aquí, el monitoreo tiene objetivos que son un poco distintos. Como parte del proceso participativo, es decir de generación progresiva y permanente de una comunidad conciente, se deben programar momentos explícitos de evaluación de cómo las prioridades y los diagnósticos que se han adoptado han sido respetados:

- a) como ejercicio de capacitación permanente a una responsabilidad colectiva de lo que pasa en la comunidad;
- b) como momento de transparencia recíproca entre los diferentes protagonistas de la Epidemiología Comunitaria.

Los “objetos” de ésta evaluación periódica pueden ser principalmente las palabras clave presentadas en el primer punto de este capítulo: la comunidad se confronta con su capacidad de atención a grupos en riesgo que se han priorizado; con la capacidad de cumplir con las actitudes de diálogo; con los criterios de manejo de recursos; con casos de “fracaso” con respecto a los objetivos de evitabilidad, de cobertura. Es importante que estos encuentros se traduzcan en informes y en decisiones concretas, y no solamente en discusiones, para acostumbrarse a una actitud de vigilancia traducida en rapidez en los ajustes necesarios. Por otro lado, averiguar explícitamente que el camino cumple con las expectativas, fortalece la autoconciencia de autonomía de la comunidad.

⇒ *Transparencia y comunicación*

Estas palabras podrían considerarse “implícitas” en lo que se ha planteado en las definiciones anteriores. Es oportuno insistir un poco sobre las exigencias específicas que ponen a la Epidemiología Comunitaria porque indican desafíos particulares y difíciles, sea para los trabajadores de salud como para la comunidad, como colectivo y como personas individuales. La Epidemiología Comunitaria actúa en condiciones y con objetivos que requieren un conocimiento más directo de las personas, de sus problemas, de sus contextos. Es obvio sin

embargo que deben valer las reglas generales de confidencialidad en lo que se refiere al derecho de las personas al respeto de su "vida privada".

La formulación de estrategias y medidas que permiten al mismo tiempo la corresponsabilidad de los miembros de la comunidad en la búsqueda de soluciones de problemas requiere por otro lado el desarrollo de una cultura de la comunicación-información que favorezca la conciencia colectiva y respetuosa de los problemas que afectan a personas en riesgo y con problemas.

No hay reglas pre-definibles en esta dirección. Se pueden sin embargo identificar condiciones específicas donde la Epidemiología Comunitaria debe confrontarse con el desafío de la comunicación-información transparente: las encuestas sobre muertes evitables, la evaluación de la oportunidad, de los contenidos, de las técnicas de visita a domicilio, las estrategias de control de la violencia doméstica y extradomiciliar, son algunos de los capítulos que requieren una atención específica, para que pueda desarrollarse una cultura, que vea a la salud como el producto y el compromiso de toda la comunidad, y no principalmente como el problema, o la culpabilidad de individuos.

La preparación y la circulación de informes sobre los problemas más agudos y delicados de la comunidad deben ocupar en este sentido una parte importante del trabajo participativo y pueden traducirse no solamente en una mejor eficiencia en el cumplimiento de objetivos de salud (ej: conocimiento de casos evitables o disminución de muerte o violencia), si no también en un crecimiento de una conciencia y cultura de democracia participativa y responsable.

Palabras-conceptos-técnicas para acompañar las tareas de la Epidemiología Comunitaria

⇒ *Medir*

La capacidad de traducir las realidades observadas en números-cantidades bien definidas y de las cuales sea conocido y explicitado también el grado de confianza, se reconoce generalmente como una de las características del conocimiento "científico". La aceptación de esta regla por parte de la medicina ha sido una de las etapas claves que han permitido pasos adelante decisivos. La epidemiología ha tenido que adoptar con el máximo de atención el principio de la medición cuantitativa de sus afirmaciones y conocimientos, por el hecho de que sus tareas son quizás aún más desafiantes y complejas de las de la clínica, en cuanto intentan analizar, comprender, poner en relación entre sí, no solamente variables de individuos, sino también de poblaciones y contextos socioeconómicos. Es preciso subrayar que en esta línea, los resultados han sido tan determinantes que la manera misma de pensar en la medicina y en la salud pública ha sido modificada en sus raíces. Y todavía más, de otro

lado, se ha reconocido más recientemente que los indicadores que miden cuantitativamente pueden ser también un instrumento poderoso para ocultar las realidades concretas que estan detrás de los números y de los porcentajes. Medir es esencial para producir “representaciones generales” (científicas, comparables, reproducibles) de lo que pasa: es una guía imprescindible. En Epidemiología Comunitaria el rol de las mediciones no es tan distante de lo que vale para la epidemiología en general: el respeto de las comunidades exige más y no menos “cientificidad”. Lo que cambia es el tipo de empleo de las “mediciones”:

- no sirve el producir “representaciones generales”, sino el generar una representación fiable de las tantas caras de la realidad específica donde se trabaja;
- no requieren, y la mayoría de las veces no permiten, elaboraciones en términos de “significatividad estadística”;
- la significatividad es proporcional a la capacidad de asegurar la “presencia” de toda la comunidad (o de sus grupos en riesgo, o vulnerables, o de los que son programados como parte de proyectos específicos) en los datos que se recogen;
- la fiabilidad de las mediciones de la Epidemiología Comunitaria es el producto combinado de los instrumentos técnicos que se utilizan (fichas, croquis, entrevistas) como en cualquier epidemiología, así como también de los instrumentos de control participativo de los cuales se ha hablado antes;
- además, y es ese quizás el elemento más discriminante, las tantas mediciones de la Epidemiología Comunitaria son parte de una “historia” de la comunidad: se comentan y se integran recíprocamente, se averiguan y discuten a lo largo del tiempo; se completan y se modifican con las mediciones no cuantificables pero imprescindibles de los encuentros de la vida de los individuos y de la comunidad (ver capítulo 7);
- en cualquier epidemiología que se respeta, los datos que miden no son sino una guía y una alerta con respecto a la realidad: en la Epidemiología Comunitaria esta función de guía (a la luz de las palabras claves de la primera parte de este capítulo) no solamente está en primer plano, sino que exige que se realice en la práctica, averiguando directamente donde y cómo los individuos-grupos “indicados” por los datos viven y quieren (o no quieren) entrar en el diálogo comunitario.

⇒ *Datos, fichas, informes*

Como se ha documentado en los diferentes ejemplos, es importante no ver en estas palabras un área de dificultad particular para la Epidemiología Comunitaria. Las reglas y los criterios básicos que es necesario seguir son los mismos de la epidemiología general, porque los datos son evidentemente necesarios para orientarse en cualquier contexto o frente a cualquier tarea:

- las informaciones que se recogen deben ser las *mínimas* indispensables y no las máximo posibles;

- la selección de los datos útiles es posible solamente si está claro el por qué de cada uno y de su conjunto;
- los que recogen los datos deben estar bien entrenados, es decir estar “dentro” del proyecto;
- a pesar de que no importa cuál entrenamiento o motivación tienen los que recogen datos, es necesario un control de calidad sobre la confiabilidad de los procedimientos de recolección y de llenado de fichas;
- es importante que el análisis final de los datos sea hecho de manera de no “forzar” la interpretación de las informaciones producidas en una dirección u otra, para confirmar los sesgos de quien dirige, o para favorecer una tesis o un punto de vista;
- el relato sobre los datos debe estar orientado a hacer comprender los diferentes grados de confiabilidad y de relevancia de lo que se presenta, de manera que la comunicación sea un proceso de crecimiento no solamente de conocimiento, sino también de metodología.

Estas reglas simples (de sentido común) no siempre son observadas en la epidemiología: por ignorancia, falta de voluntad, por sesgos voluntarios; no es difícil imaginar que las mismas dificultades puedan encontrarse en Epidemiología Comunitaria. Lo que es importante subrayar aquí son algunas condiciones específicas de la Epidemiología Comunitaria que son imprescindibles en el manejo de datos-fichas informes como garantía específica de calidad, pero también como un desafío metodológico importante:

- los instrumentos para recoger y representar datos (que sean de rutina, o de investigaciones particulares) deben ser *siempre* el producto de un diálogo, de un proceso participativo verdadero;
- es posible e importante prever en las fichas (o instrumentos similares) secciones predefinidas para informaciones que permiten respuestas del tipo si / no, o de selección entre opciones sencillas; y áreas mas cualitativas (para informaciones que necesitan observaciones originales, comentarios, etc.)
- los que recogen datos deben ser entrenados a ser *igualmente* muy precisos, cuidadosos, neutros en la recolección de las informaciones “objetivas”, y llenos de atención “inteligente” a las informaciones que pueden salir de los encuentros con la gente;
- los criterios de elaboración, verificación, control de calidad de los datos deben ser establecidos antes de empezar el trabajo (sea que se apliquen a datos cualitativos o a datos cuantitativos);
- los informes sobre lo que se ha documentado con los datos deben ser elaborados cuidadosamente: se trata de hecho no solamente de “comunicar los resultados”, sino de acostumbrar a la comunidad a entrar en la lógica (las posibilidades y los límites) de los datos, de los números, de los porcentajes.

En un mundo donde los datos muchas veces sustituyen la realidad de la vida y determinan con su poder y arrogancia las direcciones de los caminos de poblaciones, la confrontación de la comunidad con sus datos es una ocasión importante para crecer en autonomía y conciencia.

⇒ *Historias de vida*

Son parte integrante y original de la metodología científica, de las estrategias participativas, de los objetivos de transparencia y de equidad de la Epidemiología Comunitaria.

Por definición no tienen reglas fijas formales (es decir: cómo escribirlas; grabarlas; cuán largas; con qué detalles; etc.), por el hecho de que las historias de la vida quieren hacer presente y visible (representar) lo que los datos predefinidos no llegan a expresar.

Algunas reglas substanciales son necesarias de todos modos:

- es la vida de la persona (o de la comunidad) que tiene el problema que se debe evidenciar, no la del encuestador;
- el encuestador tiene el derecho y el deber de expresar su opinión, sus reacciones; debe hacerlo (y puede ser muy útil!) en una sección separada de la ficha, o del grabado;
- la evaluación crítica de las historias de vida es uno de los momentos claves del trabajo de Epidemiología Comunitaria: no solamente, ni quizás principalmente para averiguar el contenido informativo clínico y epidemiológico, si no específicamente para evaluarse y entrenarse recíprocamente (trabajadores de salud y miembros de la comunidad) a cómo vivir en la transparencia, lo que puede significar a veces reconocer que no es tan sencillo crear canales adecuados de comunicación. Es preciso subrayar en este sentido que las historias de vida no pueden ser consideradas como el componente más emotivo y folklórico de los instrumentos de la Epidemiología Comunitaria: ellas pueden constituir un recurso específicamente importante cuando permiten profundizar y explicitar a través de otro "punto de vista" realidades complejas más generales;
- la relación de esta "historia de vida" con la Epidemiología Comunitaria puede quizás ser comparada al rol de los "casos clínicos" o de los "eventos centinelas" en el contexto de los métodos más clásicos de investigación clínica y epidemiológica;
- el interés específico de estas historias en Epidemiología Comunitaria es que su función informativa se dirige al mismo tiempo a los trabajadores de salud y a la comunidad (o a sus grupos particularmente interesados en el problema del cual la historia es un indicador).

⇒ *Indicadores*

En el capítulo 9 se indican y comentan como esenciales para la Epidemiología Comunitaria algunos de los indicadores clásicos de la epidemiología. Mientras es útil subrayar una

vez más esta continuidad-coincidencia, es oportuno resaltar también la oportunidad de que la Epidemiología Comunitaria adopte sus indicadores. No sirven otros números, ni índices derivados del cálculo complejo de tantas variables. Desde el punto de vista de la estrategia general, y como medida metodológica aplicable a cada programa es importante ponerse en la posición de calificar los indicadores clásicos a partir de los términos específicos de la Epidemiología Comunitaria: una tasa de cobertura puede ser comentada-calificada relacionándola a equidad o grupos vulnerables; un cuadro de morbi-mortalidad materno-infantil puede referirse a las condiciones específicas de evitabilidad y a historias de vida; los cuadros de indicadores de la comunidad pueden relacionarse con los del país, o de otras comunidades para generar diagnósticos y priorizaciones participativas.

Los indicadores complejos y sintéticos de vida, de ingresos, de desarrollo humano son uno de los puntos más sofisticados del trabajo de descripción y planificación de los destinos globales de las poblaciones del planeta por parte de las grandes agencias nacionales, internacionales, transnacionales: son tan eficientes en su capacidad de “representar” ordenadamente que permiten olvidarse del desorden, de la desigualdad, de la marginalidad de la cual han sido generados.

Cada comunidad debería aprender a presentarse con sus “indicadores calificados”: es una de las medidas sencillas para aprender a vivir en un mundo de cantidades impecables y lejanas sin olvidarse ni avergonzarse de sus informaciones quizás cuantitativamente precarias pero que cuentan historias vivas y en camino.

⇒ “Eventos centinelas” y estrategias de “caso-testigo”

Es bien conocido que los términos incluidos en este único párrafo son tratados normalmente en capítulos bien separados, y (sobre todo por lo que se refiere a la metodología caso-testigo) bastante complejos. Lo que sin embargo es útil retener para la Epidemiología Comunitaria es más sencillo y corresponde a una sola lógica y operatividad.

1. Una comunidad que se compromete en un camino de Epidemiología Comunitaria casi naturalmente se establece como observatorio-vigilancia de los eventos que andan intuitivamente en contra de lo que sería “normal” o “justo” (personas que sufren-mueren de manera dramática, inesperada, no-aceptable, evitable).
2. Las muertes maternas, los niños que mueren de desnutrición, las jóvenes embarazadas demasiado jóvenes sin o contra su decisión autónoma, los muertos por violencia,... lastimosamente el listado puede ser largo. Esos eventos no son solamente “números”, que se suman en estadísticas, registros: son invitaciones fuertes a mirar por detrás del evento. Son centinelas que gritan que algo pasa: es una alarma.
3. Si son centinelas, estos eventos se toman en serio, se califican, se exploran, se documentan, con su contexto. No se aceptan más como “naturales”, inevitables: se busca cuáles son las variables que se han cruzado para que el evento haya podido ocurrir.

4. En un contexto de comunidad vigilante que ha asumido un acercamiento de Epidemiología Comunitaria, los eventos centinelas se transforman en ocasiones de concientización, participación, aprendizaje. Se convierten en guías privilegiadas a grupos en riesgo o vulnerables, a situaciones de no accesibilidad, o de falta de participación, o de abandono. Cada evento-persona centinela es un resumen lúcido de la vida de la comunidad: una historia de vida.
5. Cada evento-persona centinela es un “caso” bien identificado (ver también el capítulo 9 su especificidad es la de ser víctima de algo malo: pero por la mayoría de las otras características, personales, de vida, de contexto, no es muy distinto de las otras personas de la comunidad, de su sexo, de su edad: es posible, quizás útil, el buscar confrontar las historias de vida de este “caso” con las de sus compañeros/as, vecinos/as, que son en un sentido sus “testigos”, su término de referencia. De ésta comparación puede salir (si uno lo hace sistemáticamente, y con criterios bien discutidos-controlados) una información más clara y que permita comprender mejor.
6. La lógica de una evaluación de tipo caso-testigo puede ser una de las herramientas más sencillas y poderosas de trabajo para la Epidemiología Comunitaria.

Para terminar

Hay tres últimas palabras-conceptos que recurren como fuente de dudas-preguntas, cuando se trabaja en epidemiología y aún más cuando uno se pone en un contexto de Epidemiología Comunitaria, con sus dimensiones-poblaciones pequeñas, con sus recursos escasos y su vida marginalizada con respecto a los circuitos reconocidos de conocimiento:

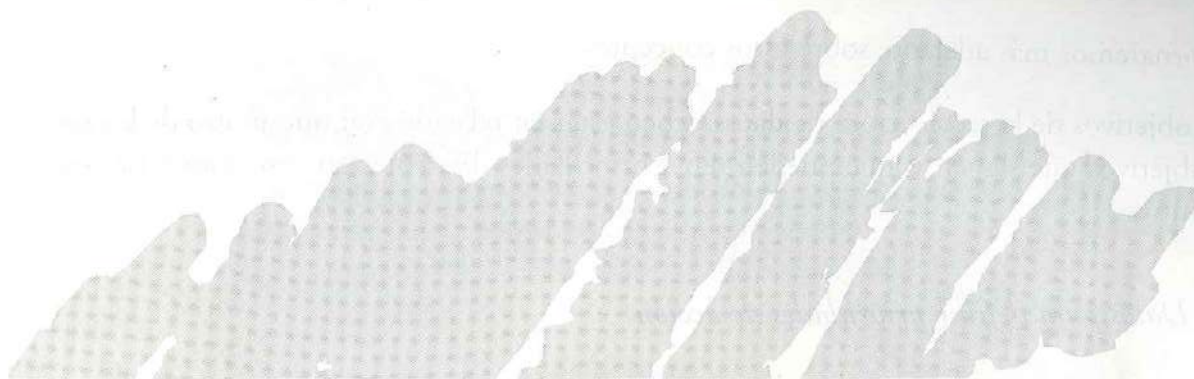
1. ¿Cuánto y cómo se puede asegurar una muestra suficiente? (es decir suficientemente representativa, por las características cualitativas de la generalidad de los problemas que se quiere explorar, y suficientemente extensa para tener el poder de producir evaluaciones estadísticas no sesgadas)
2. ¿Cuál es la posibilidad-probabilidad de producir datos que no sean solamente válidos dentro de una comunidad, sino que tengan características de comparabilidad con otras realidades independientes, heterogéneas, condición indispensable para evaluar la relevancia y confiabilidad de los datos y conocimientos que se producen?
3. ¿Cuáles son las normas o pautas a las cuales la Epidemiología Comunitaria hace referencia, para buscar sus caminos, evaluar sus acontecimientos o fracasos, proteger a los miembros de la comunidad del riesgo del empirismo y de la ignorancia, o sencillamente de las “buenas intenciones” de los que pretenden no seguir la ortodoxia de la epidemiología general?

Es evidente que la discusión de preguntas técnicamente tan heterogéneas en un solo párrafo final puede ser vista como una decisión inapropiada. De hecho las respuestas no son tan

fragmentadas ni heterogéneas, porque las preguntas no tienen respuestas numéricas-técnicas. Los elementos que pueden integrar una respuesta conceptual y operativamente satisfactoria se encuentran en las experiencias evocadas y en las indicaciones prácticas de las palabras precedentes.

1. En Epidemiología Comunitaria la *muestra* es la comunidad: por el hecho de que la comunidad no es una población “en estudio”, sino una realidad viva y con duración en el tiempo, la lógica es de mirar a cubrir paulatinamente con conocimientos y estrategias participativas a *toda* la comunidad: es una de las exigencias de la equidad. El único límite que se pone a ésta orientación, a la totalidad progresiva, es la escasez de los recursos y del tiempo: no hay reglas científicas pre-definibles para dar pautas para establecer “cuanto tiempo” es suficiente; “cuánta” gente, familias, personas-grupos vulnerables es necesario monitorear. La respuesta, cualitativa y cuantitativa puede venir solamente de los procesos decisionales participativos.
2. La *comparabilidad* generada por la Epidemiología Comunitaria es ante todo la posibilidad de poner a cada comunidad en la posibilidad de hablar de sí misma, en términos realísticos, con la conciencia explícita de los puntos clave, y de las áreas de incertidumbre que existen en su perfil epidemiológico, pero aún más en su proyecto global de camino de equidad y participación. La comparabilidad de los números y de los datos es parte de esta comparabilidad de fondo, de culturas y de proyectos. Es evidente que se debe auspiciar el tiempo donde comunidades heterogéneas, a partir de sus propios incentivos y con objetivos que ellas definen, se ponen a constituir también redes explícitas y predefinidas de comparabilidad. Las muestras serían más adecuadas, los datos más significativos, los resultados más generalizados: pero sobre todo sería el tiempo de una toma de palabra colectiva y autonomía, que es el resultado más importante y urgente que la Epidemiología Comunitaria quiere conseguir.
3. La Epidemiología Comunitaria no se mueve en un régimen de ausencia de pautas. Sencillamente reconoce que la mayoría de estas pautas han sido formuladas en un mundo muchas veces abstracto: pueden ser buenas, se deben conocer: y además los caminos para cumplir con las normas no es lo que insiste en “obediencias debidas”. Los factores de vida (que favorecen, o que hacen imposibles, las normas) son más decisivos que cualquier protocolo de adhesión, y que cualquier programa de evaluación de “cumplimiento”. La Epidemiología Comunitaria se mueve con el pleno (e imprescindible) conocimiento de lo que es en cada momento esencial (es decir: actualizado, controlado, científicamente probado como capaz de modificar efectivamente la historia de los problemas). El papel de los “expertos” en este sentido es muy crítico para asegurar esta difícil, pero posible calidad esencial de los conocimientos.

A partir de este terreno, la hipótesis de la Epidemiología Comunitaria es que la única norma capaz de hacer caminos de largo plazo, y respecto a la cual tomar responsabilidad, es la de la equidad-democracia. La observancia de las tantas normas y técnicas es parte necesaria, pero dependiente de esta regla básica.



Capítulo 9

Métodos e instrumentos de cuantificación en Epidemiología Comunitaria

📖 Notas introductorias para no olvidar el contexto general

La Epidemiología Comunitaria no es una alternativa ni se opone a la epidemiología clásica. Es más bien una manera democrática de utilizar la epidemiología clásica para responder a las necesidades de la gente. Por un lado, es la comunidad misma quien se apropia de los instrumentos para analizar su realidad, detectar problemas y buscar soluciones a nivel local y, por otro lado, los profesionales de la salud, quienes tienen que cubrir un área más amplia que una comunidad, utilizan los instrumentos de la epidemiología clásica para analizar problemas prioritarios comunes a muchas o a todas las comunidades del área de pertenencia.

📖 Una primera pregunta: ¿datos para qué?

La recolección de datos debe *tener* un **OBJETIVO** y *no puede ser* un objetivo en sí. Demasiadas veces la llamada “epidemiología” se ha vuelto un “contar por contar”: de esta forma se cuentan consultas médicas, vacunas administradas, enfermedades notificadas, muertes hospitalarias... y a veces se realizan hasta estudios especiales para contar mejor, o sea para tener datos más fiables juntando unas “formulitas estadísticas” para calificar los datos como “estadísticamente significativos” (un pasaporte para publicar), aunque talvez no signifiquen nada para la vida de la gente.

Retornaremos más adelante sobre estos conceptos.

Los objetivos de la recolección de datos deben estar en relación con uno u otro de los cinco objetivos que siguen y, que pueden tener prioridades diferentes en contextos y tiempos distintos.

⇒ *Datos para definir prioridades de acción*

Si no queremos planificar las acciones de salud en el aire, tenemos que conocer, aunque sea de manera aproximada, cuales son los problemas más frecuentes y/o mas graves (por ejemplo las causas de muerte) en el área de intervención.

Algunos problemas de salud (por ejemplo: las enfermedades respiratorias agudas; las enfermedades diarreicas agudas; el sarampión y otras enfermedades inmunoprevenibles) generalmente se encuentran entre las primeras causas de enfermedad y de muerte infantil en prácticamente todos los países pobres; otros (como la malaria y otras enfermedades tropicales; el SIDA y algunas enfermedades no transmisibles como diabetes, hipertensión arterial, y otras) varían mucho de un país a otro y entre áreas del mismo país.

Por lo general, este tipo de datos no precisan un grado muy elevado de exactitud y casi nunca es necesario hacer estudios especiales para saber cuales son los problemas más frecuentes; es suficiente, por lo general, estudiar los registros de los centros de salud y/u hospitales.

⇒ *Datos para el monitoreo de las actividades de salud*

Sirven para medir si estamos cumpliendo con las metas fijadas para los diferentes programas (ej. número de niños vacunados mensualmente) y cual es el porcentaje de la población que utiliza los diferentes programas de salud (es decir: la "cobertura"); además, el monitoreo se concentra en el funcionamiento de los programas de salud.

⇒ *Datos para evaluar la eficacia de las actividades de salud*

¿Los casos de sarampión han disminuido en la medida en que aumentó la cobertura del programa de vacunación? ¿La mortalidad por paludismo ha disminuido una vez introducidos los mosquiteros impregnados con insecticida?

Estos ejemplos nos dicen que es necesario conocer el logro obtenido con el programa o servicio ofertado en los usuarios.



¡Recuerda!

Los datos que sirven para medir **cambios** tienen que ser muy exactos, para no llegar a conclusiones equivocadas. A veces necesitan estudios especiales.

⇒ *Datos para vigilar y poder intervenir frente a una epidemia*

Los casos de diarrea con sangre han aumentado mucho en este último mes. ¿Que hacemos?

La vigilancia implica un proceso constante de registro y análisis de los datos de aquellas patologías o problemas que pueden representar un riesgo para la salud de la comunidad. La vigilancia nos permite reaccionar y planificar intervenciones inmediatas.

⇒ *Datos para averiguar las causas de un problema y poder buscar soluciones adecuadas*

En general, este tipo de datos precisan un análisis o un estudio especial.

En la epidemiología clásica, todos los datos y/o estudios que responden a los objetivos 1-4 pertenecen a la **epidemiología descriptiva**, mientras que con el objetivo 5 estamos en el campo de la **epidemiología analítica**.

Parte primera:

Indicadores para el monitoreo de los programas de salud

Los datos brutos no son de mucha utilidad: lo que necesitamos son los INDICADORES.

Un indicador de salud es un dato que nos ayuda a “indicar”, o describir, una actividad o un problema de salud; hacer comparaciones entre lugares diferentes; medir cambios en el tiempo. En general, podemos decir que un indicador es útil si nos proporciona una información que nos ayuda a tomar una decisión, o a orientar una acción.

En el monitoreo de las actividades de salud los siguientes indicadores son esenciales:

1. Indicadores de servicio o productividad
2. Indicadores de cobertura
3. Indicadores de accesibilidad
4. Indicadores de aceptación del servicio
5. Indicadores de calidad del servicio.

En los párrafos siguientes se examina la utilización de cada uno de estos indicadores y se proponen algunos ejemplos de instrumentos para obtener los datos necesarios.

Muchos de estos ejemplos se refieren al programa de vacunación, sobre el cual hay más experiencia y literatura. Sin embargo, los mismos indicadores se aplican a todos los demás programas de salud, como por ejemplo:

- el control prenatal;
- la planificación familiar;
- el control del niño sano;
- el control de enfermedades de transmisión sexual;
- el programa de impregnación de toldos para el control de la malaria;
- el programa de prevención del cáncer del cuello del útero; y otros más.

⇒ *Indicadores de servicio o "productividad".*

Miden actividades realizadas. Indican "cantidad de actividad" del personal de salud (ej.: número de consultas médicas por mes); nos proporcionan una indicación muy parcial e indirecta de la demanda de servicio por la comunidad. Son más informativos si están en relación con "METAS" anteriormente fijadas para alcanzar **OBJETIVOS**, como vamos a aclarar con algunos ejemplos.

Ejemplo: monitoreo del programa de vacunaciones

Se necesita sólo registrar y luego contar las vacunas administradas, utilizando una ficha de registro que se llena durante la actividad diaria o semanalmente de acuerdo a las veces que se realice la actividad. Al final de cada mes se contabilizan todas las dosis administradas por cada vacuna y se llena una ficha mensual.

Una *ficha de anotación* es un instrumento de trabajo. Tiene que ser simple (no hay que gastar tiempo anotando...) pero completa: todo y nada más que lo necesario.

Un tipo de anotación frecuente y fácil es el que utiliza círculos (OOOOOOOOOOOOOO) que se llenan por cada vacuna administrada:

VACUNA	DOSIS ADMINISTRADAS	TOTAL
BCG	oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo	63
POLIO	oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo	172
DPT	oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo	190
SARAMPIÓN	oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooo	70
TT	oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo oooooooooooooooooooooooooooo	128

La única información que puede proporcionarnos este tipo de ficha es la **cantidad de actividad realizada** (total de vacunas administradas). El total mensual se podrá marcar en una ficha de informe mensual.

Damos ahora un paso atrás. ¿Cómo podemos fijar **metas de actividad**, por ejemplo en la vacunación? Hay dos maneras básicas de hacerlo. La primera es ver lo que se ha realizado históricamente y fijar por cada año un cierto incremento. Para este tipo de meta es suficiente una ficha como la nuestra. Tendremos un **indicador de productividad** que nos dirá cuanto hemos estado vacunando, y eso es todo.

La segunda manera, mucho más interesante, es la de fijar metas de actividad en relación con **objetivos de cobertura del programa de vacunación**.

⇒ Indicadores de cobertura

La definición clave es:

Tasa de cobertura de un programa de salud: la proporción de población que recibe el servicio del programa.

La estructura de esta tasa es: **numerador / denominador**. Los dos se refieren al grupo de población incluido en el programa en cuestión (o población "*blanco*").

Siguiendo con el ejemplo de la vacunación: el numerador seguirá siendo el **número de vacunas administradas**; sin embargo, lo que nos interesa para este fin es más bien el **número de personas inmunizadas**. Solo en el caso de BCG y sarampión este número coincide con las vacunas administradas, por ser vacunas de dosis única, mientras que en el caso de polio y DPT un niño se considera inmunizado al recibir la tercera dosis y, para TT un individuo se considera inmunizado con la segunda dosis. Como denominador le pondremos el total de la población que debería ser vacunada, según los grupos de edad que deben recibir la vacuna.

El numerador se obtiene fácilmente de la actividad diaria, pero la ficha de anotación deberá modificarse en relación a la nueva necesidad de información, es decir se añadirán las casillas para las dosis subsecuentes.

¿Como obtener el denominador del indicador de cobertura?

En algunos países hay un **registro civil** bastante funcional; es suficiente consultarlo para tener la población de un distrito, de un área o de un municipio: pero esto es bastante raro. Por lo general, las fuentes de datos son los censos que se efectúan a nivel de todo el país cada 5 - 10 años: se le aplica una estimación del crecimiento anual de la población, y así se obtiene una estimación de la población total y por grupos etáreos en un año determinado.

Ejemplo:

La población total del distrito xxx en el censo de 1990 era de 56.700 personas. Los niños menores de un año son el 5% y los de 1 a 4 años son el 15%. El crecimiento anual de la población se estima en 2.2%. ¿Cuántos niños menores de un año y cuántos entre 1 y 4 años tendríamos en 1995?

¡Cuidado!

para los fines prácticos, la población de mujeres embarazadas se puede considerar equivalente a la de los niños menores de 1 año.

I. Vamos a

estimar la población total de 1995. Tendremos que aplicar un aumento de 2.2% (es decir multiplicar por 1,022) por cada año, como sigue:

Población 1990		Población 1991		Población 1993		Población 1994		Población 1995
56.700	x 1,022	57.950	x 1,022	59.220	x 1,022	60.525	x 1,022	61.860

II. A la población total de 1995 tendremos que aplicar el porcentaje correspondiente a cada grupo de edad, por ejemplo:

$$\text{niños menores de un año en 1995 (5\%)} = 61.860 \times 0.05 = 3.092$$

III. En 1995 se han vacunado con DPT (Tercera dosis), 1980 niños.

Ahora tenemos todo lo necesario para estimar la tasa de cobertura, según la fórmula:

$\text{tasa de cobertura} = \frac{\text{niños menores de un año vacunados en 1995}}{\text{total de niños menores de un año en 1995}} \times 100$
--

o sea:

$$\text{tasa de cobertura} = \frac{1980}{3092} \times 100 = 64$$

La tasa de cobertura para DPT ha sido en 1995 de 64 x 100, o sea 64%.

¿Como diseñar una ficha para monitoreo mensual según las metas? Fijar un nivel de acción.

I. Hay que estimar la población de niños menores de 1 año en el año.

II. Calcular las dosis a administrar según el objetivo de cobertura:

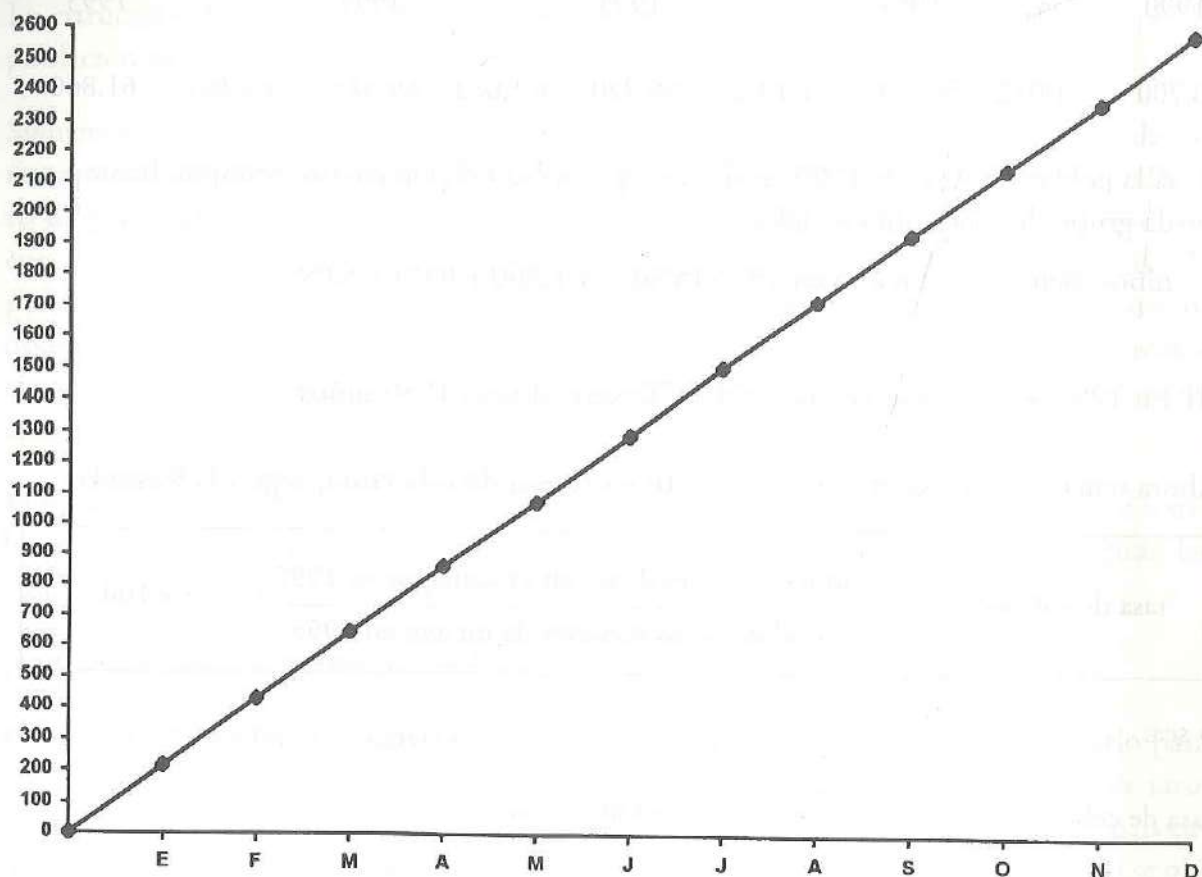
III. Dosis a administrar en el año/12 = dosis a administrar por mes:

Así tenemos todos los datos necesarios para elaborar una **ficha para el monitoreo mensual según las metas**, que es una herramienta de trabajo muy útil para determinar si tenemos que reajustar la estrategia o si estamos bien.

El **monitoreo mensual** es útil por esta razón: nos permite detectar precozmente si estamos por debajo de la meta.

Ejemplo:

El gráfico siguiente es una representación de la **línea ideal** que tendríamos que seguir si quisiéramos cumplir con una meta de 80% de cobertura, sobre un denominador que para este gráfico se considera de 3280 niños ($3280 \times 0.8 = 2624$): la línea ideal corresponde a la meta acumulada)



	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
mensual	218	218	218	218	218	218	218	218	218	218	218	218
acumul.	218	436	654	872	1090	1308	1526	1744	1962	2180	2398	2616

¿Que hacer si no estamos cumpliendo con las metas? ¿Podemos aceptar la situación o tenemos que hacer algo? Podremos tomar una decisión mejor si con anterioridad se fija un nivel de acción para el monitoreo. El nivel de acción puede ser la misma "línea ideal": entonces, consideramos que el objetivo que se ha fijado es el **mínimo nivel aceptable de cobertura** y cada vez que la línea real está por debajo de la línea ideal, significa que tenemos que hacer algo.

Otra posibilidad es de fijar un **mínimo nivel aceptable** diferente de la **línea ideal**: en otras palabras, consideramos que el ideal es alcanzar el objetivo previsto de cobertura, pero que si no lo logramos, por lo menos no podemos ir por debajo de un cierto nivel mínimo. Si por ejemplo la cobertura del año anterior fue de 70%, de ninguna manera podemos aceptar una disminución de cobertura para este año.

Tenemos que juntar a nuestra ficha de monitoreo una **línea mínima** basada sobre una cobertura de 70%.

I. Calcular las dosis a administrar según el mínimo de 70% de cobertura:

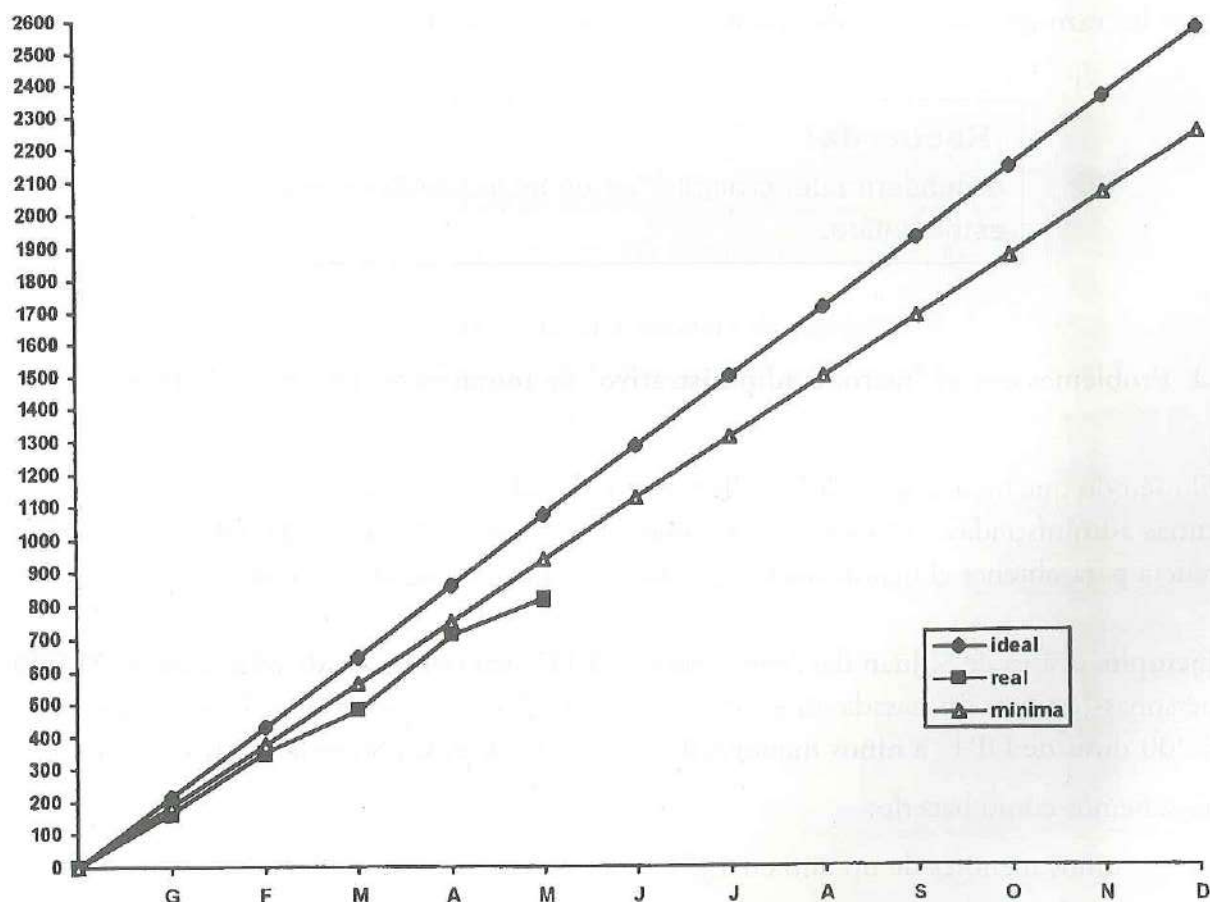
$$3280 \times 0.70 = 2296$$

II. Dosis a administrar en el año/12 = dosis a administrar por mes:

$$2261 : 12 = 191$$

La **línea mínima** se elaborará sobre el **total acumulativo** de 191 dosis por mes.

Si vamos por debajo de la **línea mínima**, hay que decidir una acción urgente.



	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
mínima	188	376	564	752	940	1128	1316	1504	1692	1880	2068	2256
real	165	354	482	712	822							

Esta ficha puede ser un instrumento de trabajo aún más útil, si podemos comparar la tendencia actual en relación a la de los años anteriores. Es posible, por ejemplo, que históricamente (a causa de la estación de lluvias) se haya vacunado siempre mucho menos en la primera que en la segunda parte del año.

Pero si no es así, hay que emprender una acción.

Ejemplos de acción:

- vacunar todos los días en cada puesto de salud, si se ha estado haciendo en días fijos;
- aprovechar de cada oportunidad útil para administrar a un niño las dosis que le faltan;
- intensificar las acciones de promoción y educación para la salud;
- verificar la factibilidad de vacunar directamente en las comunidades.

Una acción más, que ayuda a profundizar el análisis, en el sentido de la epidemiología comunitaria, es discutir con los promotores y los representantes de la comunidad para investigar las razones por las cuales algunos niños no se vacunaron;



¡Recuerda!

el cuaderno del promotor es un instrumento esencial en este sentido.

❑ Problemas con el “método administrativo” de monitoreo-evaluación de la cobertura

El método que hemos aprendido se llama **método administrativo** porque se basa en las vacunas administradas. Hemos visto también que es esencial conocer la población de referencia para obtener el denominador que nos permite estimar la cobertura.

Ejemplo: el área de S. Juan del Norte tenía en 1995 una población de referencia de 71.000 personas (estimación basada en el último censo). En el mismo año se han administrado 4.200 dosis de DPT a niños menores de 1 año. ¿Cual es la cobertura alcanzada?

Ya sabemos cómo hacerlo:

$$\text{niños menores de un año en 1995 (5\%)} = 71.000 \times 0.05 = 3550$$

$$\text{tasa de cobertura} = \frac{\text{niños menores de un año vacunados en 1995}}{\text{total de niños menores de un año en 1995}} \times 100$$

o sea:

$$\text{tasa de cobertura} = \frac{4200}{3550} \times 100 = 118$$

Es evidente que no se puede alcanzar una cobertura mayor de 100% (es decir vacunar más niños de los que hay...)

Sin embargo, situaciones de este tipo son muy frecuentes, e indican que nuestro sistema de estimación no es correcto.

➤ *Causas posibles*

- La recolección de datos puede estar mal hecha;
- los **denominadores** utilizados pueden estar equivocados: por ejemplo, es posible que exista una migración importante hacia esta área después del último censo y en consecuencia la tasa de crecimiento anual ha sido mucho mayor;
- puede haber un aumento de la población que utiliza el servicio: es decir que mucha gente de áreas cercanas, por varias razones, prefiera ser atendida en S. Juan del Norte. Este último problema se puede parcialmente solucionar simplemente preguntando a la gente, en algunos días al azar, de donde vienen.

➤ *Solución posible: Validar los datos de cobertura con el método de encuestas por conglomerados*

El principio es evaluar la cobertura sobre una muestra de población (210 niños divididos en 30 "grupos" de 7) escogida al azar. Las encuestas por conglomerados se utilizan sobre todo cuando el método administrativo no es confiable, sobre todo por falta de datos ciertos sobre la población.

Según el resultado de la encuesta, será útil readaptar el denominador de población, para que sea más realista. Las metas de actividad deberán ser ajustadas también. Se pueden aprovechar las encuestas para obtener informaciones adicionales, sobre todo, las razones de la no vacunación.

Sin embargo, hay que considerar que las encuestas cuestan tiempo y dinero, mientras el sistema administrativo no cuesta prácticamente nada. Es un tipo de herramienta a utilizarse solo de ser realmente necesario (cuando no sea posible conseguir datos confiables en otra forma). No se puede utilizar para hacer el monitoreo del progreso de un año a otro (porque hay un margen de error de alrededor del 10%).

¡Recuerda!

En general, es mucho mejor invertir tiempo y recursos en un mejoramiento de la recolección de datos y en una actualización de los datos de población. A nivel local la participación de los promotores puede ser muy útil para obtener datos de población más confiables que las estimaciones basadas en un censo nacional.

☐ Importancia y limitaciones de la tasa de cobertura

La tasa de cobertura es quizás el indicador más importante de los programas de salud. Nos dice si estamos brindando un servicio a una minoría de “privilegiados” o si la mayoría de nuestra población se está beneficiando del mismo. Se ha demostrado en varios países que algunas actividades de salud (por ejemplo: las vacunaciones contra el sarampión) influyen de manera directa e importante sobre la salud/enfermedad y sobre la mortalidad, especialmente en los niños. Entonces, algunas actividades preventivas son una oportunidad preciosa que se le ofrece a nuestras comunidades: sólo la **tasa de cobertura** nos dice si estamos realmente ofreciendo esta oportunidad a la mayoría de nuestra gente.

☐ La población que falta cubrir

Todos los programas de salud se evalúan según un objetivo de cobertura, lo que es correcto. Pero, en una perspectiva de epidemiología comunitaria, lo que nos debería interesar más es la **población que falta cubrir**; podemos estar cumpliendo con el objetivo de cobertura de 80%, pero ¿qué pasa con el otro 20%?

Muchas veces, es precisamente en este 20% donde se concentran los **grupos en alto riesgo**: los más pobres, los marginados, los que viven lejos de los puestos de salud. Ahora, los programas de prevención deberían, precisamente, concentrarse sobre estos grupos: es allí donde encontramos, normalmente, a los desnutridos, a las mujeres en alto riesgo obstétrico, los niños en riesgo de muerte si se enferman de sarampión o tosferina...

Mientras que la cobertura nos da una indicación muy preciosa sobre el funcionamiento de un programa, la **población que falta cubrir** debería ser el primer objetivo de la epidemiología comunitaria, y el punto de máxima colaboración entre los profesionales de la salud, los promotores y las comunidades.

⇒ *Indicadores de accesibilidad*

Como hemos visto antes, en el caso de vacunas con dosis múltiples (ej.: DPT, POLIO) la estimación de la cobertura se basa sobre los niños efectivamente inmunizados, es decir que han recibido las (3 o 4) dosis programadas.

Sin embargo el número de niños que han recibido por lo menos sus primeras dosis es útil para estimar otro indicador muy importante: la **accesibilidad** del servicio (el porcentaje de la población que tiene acceso al servicio), que se construye en forma similar a la cobertura, con la única diferencia que como numerador se pondrán las primeras dosis:

$$\text{tasa de accesibilidad} = \frac{\text{n. de primeras dosis en niños menores de un año}}{\text{total de niños menores de un año}} \times 100$$

El principio es que, si un niño ha recibido por lo menos una dosis, quiere decir que tiene acceso al servicio.

⇒ *Indicadores de aceptación del servicio; tasa de abandono*

Otro indicador muy útil, relacionado con la accesibilidad y la cobertura, es la **tasa de abandono**. Es, sencillamente, el porcentaje de niños que recibieron por lo menos una dosis y que no llegan a completar la vacunación. Entonces la estructura del indicador es la siguiente: tomamos como ejemplo el programa de control prenatal (CPN), suponiendo que la meta sea de 4 consultas por cada embarazada:

$$\text{tasa de abandono} = \frac{(\text{n. de primeras consultas} - \text{n. de cuartas consultas})}{\text{n. de primeras consultas}} \times 100$$

El mismo indicador se puede aplicar al programa de vacunaciones (para las vacunas de dosis múltiples), para el control de niño sano, y también para el monitoreo de programas de tratamiento de enfermedades, como la tuberculosis, la lepra, la oncocercosis, y en general las que necesitan controles múltiples.

Es un indicador operacional muy útil. Si la tasa de abandono es muy elevada, entonces hay que investigar las razones y tratar de resolverlas (por ejemplo: insuficiente explicación sobre el programa y el esquema de vacunación o de tratamiento; falta de medicamentos o vacunas en ciertos días; oportunidades no aprovechadas, es decir, visitas por otras razones a las unidades de salud que se podrían aprovechar también para el programa en cuestión): si

se logra disminuir la tasa de abandono, la cobertura aumentará automáticamente sin necesidad de implementar estrategias especiales.

Si la tasa de abandono es muy baja, esto quiere decir que hay más bien un problema de accesibilidad, y habrá que implementar estrategias para aumentarla (ir a vacunar en las comunidades, etc...).

Por último, cabe señalar que este indicador, que nos proporciona una información de gran utilidad práctica, es muy fácil de obtener, **en cuanto no precisa ni la estimación de la población.** Todos los datos necesarios están disponibles en las unidades o puestos de salud.

⇒ *Indicadores de calidad*

La evaluación de la cobertura no nos dice nada sobre la calidad del servicio que estamos brindando a la población. Por ejemplo: podemos haber alcanzado un objetivo de cobertura del 90% de niños vacunados contra el sarampión, pero en seis unidades de salud la cadena de frío ha presentado problemas graves de funcionamiento. Probablemente muchas vacunas administradas eran ineficaces, sin embargo el indicador de cobertura no dice nada sobre este aspecto.

Otro ejemplo, supongamos que en el programa de **control prenatal (CPN)** se ha logrado una cobertura excelente: 85% de la población estimada de mujeres embarazadas ha sido recibida en consulta de embarazo por lo menos tres veces. Bueno, pero ¿que tipo de servicio les hemos brindado?

Podemos haber tomado el peso, medido la altura del útero, evaluado la posición del feto y auscultado los latidos; tal vez hemos dado una charla sobre los aspectos de nutrición. Las mujeres se van, y no sabremos nada de ellas. ¿Donde habrán dado a luz? ¿En su casa? ¿En el hospital? ¿Como habrá ido el parto? ¿El programa de control de embarazo habrá sido de alguna utilidad?

Estos ejemplos deberían ayudarnos a reflexionar más sobre lo que estamos haciendo en lugar de trabajar mecánicamente. La pregunta clave sobre la **calidad del servicio** es: ¿estamos haciendo algo útil? Y ¿lo estamos haciendo bien?

Para contestar la primera pregunta hay que tener bien claro el **objetivo** de cada acción de salud: para algunas actividades esto es bastante claro e inmediato: por ejemplo, el objetivo de la actividad de la consulta médica es diagnosticar y tratar una enfermedad, y el objetivo de la vacunación contra el sarampión es de prevenir esta enfermedad. Pero para otras actividades el objetivo no es ni tan claro ni tan inmediato.

En un estudio sobre la CPN en un país africano, los investigadores observaron que la mayoría de las embarazadas eran efectivamente atendidas en la CPN, pero no se tomaba ninguna acción especial para las mujeres en alto riesgo. Entonces, ¿de qué utilidad podría ser el programa?

Para evaluar la calidad de un servicio necesitamos una guía de las acciones más importantes que hay que realizar en cada programa. Lo ideal sería tener un cuaderno de normas técnicas que nos oriente y pueda ser consultado en cada unidad de salud. Por ejemplo, en lo que se refiere al programa de control de embarazo, las preguntas de una guía de este tipo podrían ser, entre otras:

- ¿tenemos criterios claros (normas) para identificar a las mujeres en riesgo y en alto riesgo obstétrico?
- ¿tomamos una acción especial para estas mujeres? (por ejemplo: suplemento nutricional; hierro- vitaminas en caso de anemia; referencia para parto en el hospital o maternidad...).

El mismo cuaderno podría ser utilizado en la formación y supervisión del personal de las unidades de salud.

¿Cual podría ser un indicador de calidad del programa de control de embarazo?

Por ejemplo, una manera sencilla de evaluar el efecto de este programa de prevención sería evaluar el porcentaje de partos en ambiente protegido que han sido referidos por el programa CPN sobre el total de partos efectuados.

Parte segunda:

Indicadores de salud/enfermedad y de mortalidad

⇒ *Indicadores de enfermedad*

□ **Objetivo**

La anotación sistemática de las enfermedades debe responder a objetivos claros, que ya hemos indicado en la introducción; sobre todo:

- Datos para evaluar el EFECTO de las actividades de salud; y
- Datos para VIGILAR y poder INTERVENIR frente a una epidemia, y, más en general, para el control de enfermedades, sobre todo transmisibles.

Primera pregunta: ¿cuáles enfermedades registrar sistemáticamente?

Las enfermedades que tendrán la más alta prioridad son las más frecuentes y graves, y en segundo lugar las más evitables por una acción de salud.

¡Recuerda!

En muchos países, hay una lista impresionante de decenas y decenas de enfermedades de declaración obligatoria. Hay que concentrarse sobre las más importantes!

☐ **Diagnóstico**

Si por un lado es esencial registrar sobretodo las enfermedades que causan más problemas de salud y que son evitables con algún tipo de intervención, por otro lado hay que tomar en cuenta la calidad de la observación, o del diagnóstico, que varía mucho según el sitio de observación.

Las enfermedades se observan básicamente en tres sitios diferentes:

- la comunidad, en general por promotores de salud o auxiliares
- los centros y puestos de salud, por médicos y/o enfermeras, con o sin laboratorio básico
- el hospital, por médicos, en general con laboratorio.

☐ **La definición de caso**

La calidad de la observación varía según el nivel donde se hace el diagnóstico. Para utilizar correctamente los datos, es esencial entonces que el diagnóstico y el registro respondan a un criterio muy preciso según el nivel. En otras palabras: en cada nivel los agentes de salud deberán utilizar una **definición de caso** para el diagnóstico de cada enfermedad. Si la definición de caso es común y compartida por todas las unidades del mismo nivel, los datos registrados serán comparables y tendrán validez; si no es así, tendremos datos de fantasía y de escasa o ninguna utilidad. Pero vamos a ayudarnos con algunos ejemplos.

➤ **Definición clínica.**

Tiene la ventaja de no necesitar de confirmación de laboratorio. Los criterios de definición clínica pueden ser los mismos para los centros de salud, puestos de salud y hospitales, su-

poniendo que el personal haya recibido una formación específica sobre el diagnóstico y la definición de cada caso. Dentro de ciertas limitaciones, la **definición clínica debe ser utilizada** también a **nivel de la comunidad**, por promotores y/o auxiliares de salud. Tiene la doble ventaja de enseñar unos criterios muy claros y sencillos de diagnóstico de las enfermedades que pueden ser tratadas a este nivel, y por otro lado permiten proporcionar una información esencial sobre el estado de salud de la comunidad.

A este nivel, el sistema de registro debe concentrarse sobre un número muy limitado de problemas clave, que sean al mismo tiempo importantes según los criterios ya mencionados y fácilmente identificables por el personal de la comunidad.

¡Recuerda!

Los médicos se equivocan muy frecuentemente en el diagnóstico clínico! Los promotores necesitan criterios muy sencillos y claros para poder reconocer, tratar y registrar un número muy limitado de enfermedades.

Ejemplo:

- Sarampión: fiebre, erupción cutánea, ojos rojos;
- Tuberculosis: tos de 3 semanas o más; adelgazamiento; sudoración nocturna; esputo con sangre;
- Oncocercosis: comezón cutánea; manchas en la piel; nódulos cutáneos; ceguera;
- Lepra: mancha cutánea con pérdida de sensibilidad; hinchazón de los lóbulos auriculares; deformidad de los dedos y/o de la cara;
- Malaria: fiebre con escalofríos; dolor de cabeza y de todo el cuerpo; el enfermo que dice "tengo el paludismo".

Nota: como veremos en el próximo ejemplo, es muy difícil diagnosticar clínicamente el paludismo sin laboratorio; en un estudio reciente sobre la validez del diagnóstico clínico de malaria, se ha demostrado que el criterio más confiable es el autodiagnóstico del enfermo...

Es evidente que los promotores y auxiliares, en sus giras por las comunidades, encontrarán muchos casos de otras enfermedades, además de las que están entrenados a diagnosticar y registrar según la definición de caso. En estas situaciones, en lugar de registrar y registrar en sus cuadernos un **diagnóstico de enfermedad**, ellos registrarán los **síntomas principales** que observan. Muchas veces, los profesionales de la salud estarán en capacidad de utilizar esta información.

Ejemplo:

Los promotores de salud serán entrenados a reconocer, registrar y tratar los casos de diarrea y deshidratación; tal vez no estarán en capacidad de reconocer la disentería bacilar. Sin embargo, al registrar, además de la diarrea, los síntomas (fiebre elevada; dolor intestinal y sangre en las heces), ofrecerán al profesional de salud la posibilidad de sospechar, si hay muchos casos, un brote de disentería bacilar.

➤ *Definición clínica más confirmación de laboratorio*

Hay algunas enfermedades que se pueden diagnosticar clínicamente con un nivel aceptable de precisión (sarampión; enfermedad diarreica aguda; enfermedad respiratoria aguda; tétanos neonatal; leishmaniasis cutánea...); para ellas, el diagnóstico clínico, según la definición de caso, será la fuente principal de información.

Hay otras para las cuales el diagnóstico clínico, es, sencillamente, imposible.

Ejemplo:

Hoy en el puesto de salud hemos visto 14 casos de fiebre elevada, con dolores articulares y dolor de cabeza. ¿Cual es el diagnóstico? La respuesta más probable, si estamos en zona endémica, es: paludismo. Sin embargo, ni el mejor médico tropicalista está en capacidad de hacer con certeza un diagnóstico clínico de paludismo sin confirmación del laboratorio; de hecho, estos mismos casos pueden ser gripe, fiebre tifoidea, dengue o muchas otras enfermedades más.

Si no hay facilidad de laboratorio, se tendrá, sin embargo, que utilizar una definición clínica, que sirve para dos fines prácticos:

1. hacer un diagnóstico clínico y tratar en consecuencia (se puede estar equivocado, pero es mejor tratar inutilmente un caso de gripe que dejar sin tratamiento un paciente con paludismo!);
2. registrar sistemáticamente los casos de **paludismo posible o presuntivo**. Para las enfermedades de este tipo, en las que el laboratorio es esencial para una confirmación, es necesario, en el registro de los casos, marcar si se trata de casos presuntivos (los que responden a una definición clínica y se han de tratar) o de casos confirmados por un laboratorio.

➡ **¡Cuidado!**

En general, los profesionales de salud y los médicos en primer lugar tenemos la costumbre de confiar mucho más en los resultados de laboratorio que en el diagnóstico clínico, y esto se debe a la formación que hemos recibido. Sin embargo el laboratorio también debe ser interpretado muy cuidadosamente. Un ejemplo es la **reacción de Widal** para el diagnóstico de **fiebre tifoidea**: es un test muy popular, sin embargo, cuando se aplica sistemáticamente a todos los casos de fiebre, los resultados **falsos positivos** son muchos más que los verdaderos positivos. Se ha demostrado que el uso sistemático de esta reacción, lleva a un número inmenso de tratamientos inútiles con antibióticos potencialmente peligrosos.

☐ Fichas para registrar los casos de enfermedad.

Se pueden utilizar herramientas diferentes según el nivel de observación.

➤ *Comunidad*

Cuadernos de los promotores: cada uno ve unos cuantos casos y los anota en su cuaderno según la definición de caso, apuntando también los síntomas más importantes.

➤ *Centros y puestos de salud*

Registros; fichas de registro (enfermedades más importantes; espacios vacíos para otras enfermedades; informe mensual).

Ejemplo de ficha para registro de la consulta médica

Enfermedad		primeras consultas		Total	consultas subsecuentes	Total general
	< 5 años	6-14 años	>= 15			
Malaria (sospechosos)	00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000 000	00000 00000 0000	56	00000000 00000000 00000000 00000000	87
Malaria (confirmados)	00000 00000 00000	00000 0000	00000 00000 0	35	00000000 0000	47
Malnutrición	00000 00000	00000		15	00000000	22
Tuberculosis (BK +)			00	2	00	4
Tuberculosis (BK -)	00	00	000	7	00000000	14
Sarampión	00	00000 00		9	000	12
Enf. resp. Aguda	00000 00000 00000	00000 00000 0000	00000 00000	43	00000000	50
Diarrea	00000 00000 00000	00000 00000 00000 0	00000 00000 00	41	00000000 0	50
Disentería				0		0
SIDA (sospechosos)			00	2		2
SIDA (confirmados)			00	2	0000	6
GONORREA			00000 000	8	00000000	15
SÍFILIS			00	2		6
VAGINITIS			00000 000	8		8
OTRAS ENFER- MEDADES	00000 00000 00000 00000	00000 00000 000	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 0	74	00000000 00000000 00000000 00000000 00000000	113

Para ganar tiempo en el registro es aconsejable que las enfermedades más frecuentes estén previamente señaladas, y que se dejen unas líneas más para registrar casos de otras enfermedades. Esta ficha no es nada más que un ejemplo, y tendrá que ser adaptada al perfil epidemiológico local. Podrá ser más compleja o más sencilla según el nivel de utilización. Puede ser usada con frecuencia diaria o semanal, según la intensidad de la actividad de consulta. Un modelo similar será utilizado para totalizar los casos en un INFORME MENSUAL y en un INFORME ANUAL.

Es mejor si el mismo modelo de ficha se utiliza por lo menos en todas las unidades de salud de una provincia, mejor todavía si en la Región y en el país! De esta manera, la información estará más estandarizada y se podrán hacer comparaciones más fáciles entre lugares diferentes. Como es evidente, la misma definición de caso debe ser utilizada, también.

Una ficha de este tipo o similar es lo mínimo esencial que se necesita para recoger y registrar la información sobre enfermedad en las unidades de salud. En muchas unidades se utilizarán también registros con una información más detallada sobre cada caso. Un registro tiene la ventaja de poder registrar muchas informaciones más (sexo, edad exacta, comunidad de procedencia, duración de los síntomas...); sin embargo el registro de todos estos datos lleva mucho más tiempo y hacer un informe mensual sobre datos de un registro es bastante complicado!

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

➤ *Incidencia*

Un modelo de ficha de registro y de informe como esta o similar nos permite obtener fácilmente un indicador de enfermedad entre los más importantes, es decir la **incidencia** de cada enfermedad.

Incidencia = n. de nuevos casos (en un tiempo determinado)

Normalmente, la incidencia se calcula sobre un año. El cálculo de incidencia no necesita entonces ningún denominador y se basa únicamente sobre los datos anotados por los operadores de salud. Si hay que hacer comparaciones entre diferentes lugares o sobre la evolución en el curso de años, entonces necesitaremos del dato de población (como lo hemos aprendido en relación a la cobertura).

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{\text{n. de nuevos casos (en un tiempo determinado)}}{\text{población}}$$

Según la frecuencia de la enfermedad, la **tasa de incidencia** se puede expresar por 1.000, o por 10.000, o por 100.000 personas.

¡Recuerda!

Los casos de enfermedad que se observan y anotan en las unidades de salud no son nada más que una fracción de los casos totales que ocurren. Entonces, las tasas de incidencia que se deducen de estas fuentes serían más bien **tasas de declaración** o de **incidencia de casos diagnosticados**, que son siempre inferiores a las verdaderas tasas de incidencia. Se puede seguir utilizando la denominación de tasa de incidencia, pero sin olvidar lo que representa en realidad.

No es una discusión académica, porque esto implica una consecuencia práctica muy importante. Mientras las verdaderas tasas de incidencia pueden estar aumentando, la incidencia de casos diagnosticados puede disminuir, y el contrario puede acontecer también, según si hay una disminución o un aumento de la calidad del sistema de registro y notificación.

➤ *Limitaciones y utilización de la información epidemiológica de rutina*

Los epidemiólogos clásicos dicen en general que los datos obtenidos de la información epidemiológica de rutina no sirve para nada, precisamente por la variabilidad de la calidad del sistema de registro y notificación. Los únicos datos válidos serían entonces los que derivan de estudios epidemiológicos rigurosos sobre muestras de la población (ver la tercera parte).

Sin embargo, al contrario, los datos de rutina pueden ser de mucha utilidad práctica, aunque no sean rigurosos. Podríamos decir que la información epidemiológica de rutina es como una balanza mal calibrada: no indicará exactamente mi peso, sin embargo podrá decirme si subo o bajo de peso en el tiempo. Así, la información epidemiológica de rutina no da una indicación exacta de la incidencia real de las enfermedades en la población, sin embargo puede medir cambios, siempre y cuando la calidad del sistema de información no se modifique mucho en el tiempo.

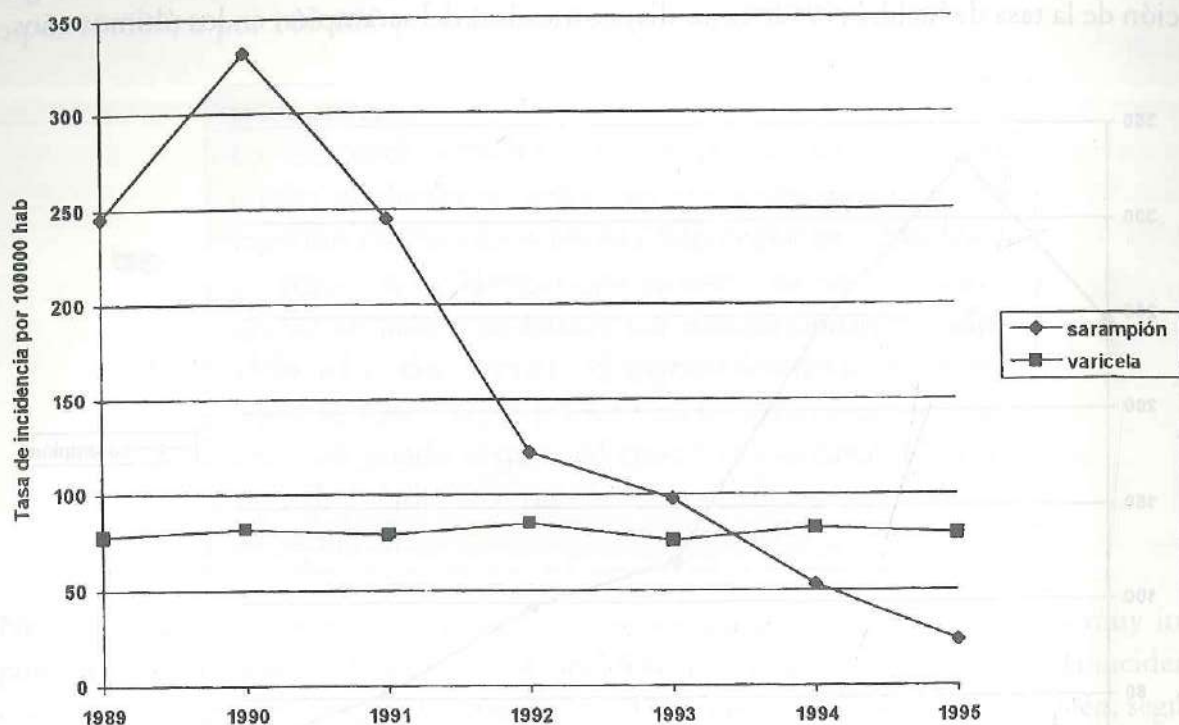
Ahora: ¿Cómo podemos saber si la calidad del sistema de información se mantiene más o menos constante?

Ejemplo: puesto que la cobertura de la vacunación anti-sarampionosa ha aumentado mucho en los últimos años, queremos ver si esto ha afectado realmente la incidencia de la enfermedad.

Basado en nuestras fichas e informes anuales, hacemos una representación gráfica de la evolución de la **tasa de incidencia** (de casos diagnosticados) del sarampión en los últimos años.



Parece haber una disminución de la incidencia muy evidente. Sin embargo, ¿Será posible que esto se deba, por lo menos en parte, a un deterioro del sistema de registro e informe de casos? La manera más sencilla de averiguarlo es compararlo con una enfermedad cuya incidencia no es susceptible de ser modificada por una intervención preventiva, como por ejemplo la varicela (podría ser también la gripe, o las enfermedades respiratorias agudas u otras...)



La tasa de incidencia de la varicela se ha mantenido más o menos constante, y quiere decir que nuestra “balanza”, aunque imperfecta, no se ha modificado. Puedo concluir que el dato sobre sarampión es real, y que se debe al efecto de la vacunación.

En general cuando detectamos cambios muy grandes es muy probable que sean reales, y no sean debidos a deficiencias del sistema de información.

➤ Vigilancia epidemiológica

Más que para evaluar el efecto de las actividades de salud, la anotación sistemática de los casos de enfermedad es útil para la **vigilancia epidemiológica**.

Vigilancia epidemiológica es un sistema de observación continua sobre un grupo de enfermedades (en general transmisibles), seleccionadas, sobre todo, según los criterios de **gravedad** y de **posibilidad de intervención**

En general, la **vigilancia epidemiológica** se concentra especialmente sobre las enfermedades para las cuales hay programas especiales de prevención y control, sobre todo las del programa de inmunizaciones y otras enfermedades que se pueden manifestar de manera epidémica.

Así, el primer objetivo de un sistema de vigilancia epidemiológica es la **detección precoz de las epidemias.**

Que es una epidemia?

Una epidemia se define en general como **la ocurrencia de un número anormalmente elevado de casos de una enfermedad en un período determinado.**

Es evidente que se trata de una definición muy empírica y operacional. Un “**número anormalmente elevado**” puede significar muchas cosas diferentes según la enfermedad y el perfil epidemiológico del área y de esta forma no es posible fijar un criterio general. Para enfermedades frecuentes, “**número anormalmente elevado**” puede significar por ejemplo el doble de casos en el mes en relación al promedio de los meses anteriores, o, si hay variación periódica en el año, en relación al mismo período del año anterior.

Hay que cuidarse también de las “falsas epidemias” debidas más bien a un aumento de utilización del servicio sanitario en ciertos períodos, por ejemplo en la estación seca. Si el número de consultas se duplica, no habrá que sorprenderse mucho si se duplica también el número de casos de I.R.A. o de E.D.A.!

Para este fin, otro indicador muy sencillo y fácil de obtener es, para una enfermedad determinada, el **porcentaje sobre el total de consultas** (tiene también la ventaja de ser menos susceptible a las variaciones del número de unidades que informan...).

Ejemplo:

En abril se han registrado en el área de S. Benito 56 nuevos casos de disentería, mientras que en enero hubo 23, en febrero 28 y en marzo 19 (total 70, promedio 23). ¿Lo puedo considerar un “**número anormalmente elevado**”? Si considero como criterio “el doble de casos en el mes en relación al promedio de los meses anteriores” debería concluir que se trata de una epidemia. Sin embargo, las consultas médicas en el primer trimestre (estación de lluvias) fueron 2840, y en abril (inicio de estación seca) 2630. Entonces, en el primer trimestre el **porcentaje sobre el total de consultas** ha sido de

$$70/2840 \times 100 = 2.4,$$

y en abril de

$$56/2630 \times 100 = 2.1$$

es decir que se ha mantenido más o menos constante por lo que puedo interpretar que no se trata de una verdadera epidemia.

Lo que es importante, es escoger un criterio apropiado de “alerta” para la vigilancia epidemiológica de 4 o 5 enfermedades de importancia en el área (en otras palabras: indicar cual es el “**número anormalmente elevado**”, es decir fijar un **nivel de acción**).

➡ **¡Recuerda!**

en ciertas circunstancias el **nivel de acción** puede ser **un solo caso de enfermedad!!!**

Esto sucede

1. en los casos de enfermedades raras, graves y que tienden a manifestarse en forma epidémica, como por ejemplo la meningitis;
2. en el caso de enfermedades que se han vuelto raras a consecuencia de los programas preventivos, sobre todo las vacunaciones.

En general, para el objetivo de vigilancia epidemiológica no se necesita expresar los datos como **tasa**: la simple **incidencia** (número de nuevos casos) es suficiente para los fines operacionales.

El sistema de vigilancia que hemos descrito tiene que ser **orientado hacia una acción**. El estudio y control de epidemias va más allá de los objetivos de este manual, por lo que referimos a textos más completos (ver las indicaciones bibliográficas al final del capítulo).

En general, hay dos acciones principales que los profesionales de salud a nivel local deben tomar:

- Informar por la vía más rápida al nivel superior;
- Tomar las medidas de control adecuadas según las normas técnicas, sin descuidar las actividades de rutina.

En algunos países hay un **manual de control de foco** para las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.

➡ **Recuerda:**

En general, una vez detectada una epidemia de una enfermedad transmisible, el **control** propiamente dicho (es decir: prevenir la propagación de la epidemia) ya no es posible: las acciones más urgentes serán organizar el tratamiento adecuado de los enfermos e identificar las comunidades más afectadas (con el auxilio de **mapas**), donde, de ser posible, concentrar las medidas de prevención y/o tratamiento de los contactos.

El segundo objetivo de la vigilancia epidemiológica es monitorear en profundidad dos o tres enfermedades prioritarias sujetas a programas preventivos especiales, en primer lugar las vacunaciones.

Fichas más detalladas se necesitan para las enfermedades sujetas a **vigilancia epidemiológica especial**.

A veces se utilizan para este fin los así llamados centros centinela: es decir centros o puestos de salud seleccionados, donde se encuentre personal de salud particularmente motivado y eficaz en la recolección y recopilación de datos; estos centros deben estar bien distribuidos en el territorio del área

➤ *Prevalencia y tasa de prevalencia*

El otro indicador importante de enfermedad es la **prevalencia**. En lugar de considerar los nuevos casos, como en el caso del cálculo de la incidencia, aquí consideramos los casos que hay en un momento determinado.

$$\text{Prevalencia} = \text{n. de casos (en un momento determinado)}$$

Este indicador no tiene mucho sentido para las enfermedades agudas, que duran pocos días, porque sería demasiado variable en el curso de un año, según el momento que se quiere estudiar. Así, no se podría hacer ninguna comparación entre un año y otro. Sin embargo este indicador puede ser útil si se quiere estudiar la frecuencia de una enfermedad crónica, como la tuberculosis, la hipertensión arterial, la malnutrición infantil. En estos casos no hay mucha variabilidad y en cualquier momento se puede hacer un estudio en la comunidad sobre una muestra de población (ver más adelante la sección sobre estudios epidemiológicos). Una vez más, si se conoce el **denominador** (la población), este indicador también se puede expresar como **tasa**, pudiéndose hacer comparaciones entre épocas y lugares diferentes:

$$\text{Tasa de prevalencia} = \frac{\text{n. de nuevos casos (en un momento determinado)}}{\text{población}}$$

Según la frecuencia de la enfermedad, la **tasa de prevalencia**, como la de incidencia, se puede expresar por 1.000, o por 10.000, o por 100.000 personas.

⇒ *Registro y notificación de muertes y causas de muerte*

¿Cuál es el objetivo de investigar los aspectos de mortalidad? Investigar sobre mortalidad tiene sentido solamente si pensamos lograr un impacto sobre este aspecto. En otras palabras, lo que nos interesa más son las muertes evitables.

En el caso de la mortalidad, las fuentes de datos y las maneras de recogerlos varían en función de los indicadores utilizados.

□ Fuentes de datos

Hay que registrar los acontecimientos donde se observan. En el caso de la mortalidad:

- a) Comunidad (promotores de salud);
- b) Hospitales.

¡Recuerda!

Las muertes no acontecen casi nunca en los centros y puestos de salud: en general la gente muere en su casa o en el hospital.

Otras fuentes posibles:

1. **Registro civil.** En los países/regiones donde hay un buen sistema de registro civil los tres indicadores se pueden obtener allí. Pero no es casi nunca así en la realidad.
2. **Encuestas demográficas y de salud.** Las encuestas de mortalidad son muy complejas, precisan una muestra de población de tamaño muy grande, cuestan mucho y no son nunca recomendables a nivel de epidemiología comunitaria.

Sin embargo, encuestas de este tipo se llevan a cabo en casi todos los países, y los informes pueden encontrarse, ya sea en el Ministerio de Salud, o del Interior, o en la sede de agencias internacionales.

3. **Centros y puestos de salud.** Como ya hemos dicho, los centros y puestos de salud no son un lugar adecuado para detectar los casos de muerte, por lo que este es un acontecimiento que en general ocurre fuera de los mismos. Sin embargo, simples entrevistas sistemáticas pueden ser muy útiles, siempre y cuando la mayoría de la población tenga acceso a los programas de salud. Por ejemplo, una sede apropiada podría ser la CPN si la mayoría de las mujeres embarazadas asisten por lo menos una vez.

Así, en cada CPN , se haría sistemáticamente esta serie de preguntas:

- ¿Cuándo nació su último niño?
- ¿Está vivo todavía?
- ¿Si no, cuando murió?

El registro sistemático de estos datos, aunque no permita obtener indicadores precisos, puede dar una idea aproximada de la situación de mortalidad infantil y juvenil, sin ningún costo.

☐ Indicadores

Vamos a definir nada más que los principales indicadores de mortalidad, sabiendo que en general su cálculo exacto no es posible sin encuestas especiales (que no se hacen a nivel de epidemiología comunitaria).

➤ *Tasa de mortalidad general:*

$$\frac{\text{total de muertes en un año}}{\text{población total (por convención: a mitad del año)}} \times 1.000$$

En los países pobres, casi la mitad de las muertes totales, y la gran mayoría de las muertes evitables, ocurren en la edad infantil. Así, para fines prácticos, los dos indicadores siguientes son los más importantes:

➤ *Tasa de mortalidad infantil:*

$$\frac{\text{total muertes en niños menores de un año}}{\text{total nacidos vivos}} \times 1.000$$

➤ *Tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años:*

$$\frac{\text{total muertes en niños de 1 a 4 años}}{\text{total niños de 1 a 4 años}} \times 1.000$$

➤ *Tasa de letalidad de una enfermedad:*

$$\frac{\text{total muertes por la enfermedad}}{\text{total casos de la enfermedad}} \times 100$$

Es el porcentaje de muertes por la enfermedad sobre el total de casos de la enfermedad.

Lo que se puede obtener sin estudios especiales, para algunas enfermedades, es la **tasa de letalidad intrahospitalaria** (número de muertes en el hospital sobre el total de casos hospitalizados).

Nota: la tasa de letalidad intrahospitalaria de una enfermedad no se puede considerar representativa de la comunidad, porque en general los casos que llegan al hospital tienden a ser más graves; lo que nos proporciona es una indicación muy aproximada de la calidad del manejo de casos en el hospital.

➤ **Tasa de mortalidad específica por una enfermedad:**

$$\frac{\text{total muertes en un año por la enfermedad}}{\text{población total}} \times 100.000$$

Como es lógico, la tasa de mortalidad específica se puede calcular también por grupos de edad, como la mortalidad general.

➤ **Tasa de mortalidad proporcional**

Un indicador más práctico, y mucho más fácil de obtener, es el que podríamos llamar la **mortalidad proporcional**.

$$\frac{\text{Muertes en un año por la enfermedad}}{\text{muertes totales en un año}} \times 100$$

Este indicador se refiere al porcentaje de muertes atribuibles a esa enfermedad sobre las muertes totales. Si sumamos en el numerador todas las causas de muertes evitables, obtendremos una aproximación de la **proporción de muertes evitables**.

Los responsables de salud se concentrarán sobre las **causas evitables** más frecuentes, buscando soluciones a nivel de las acciones de salud.

❑ **Muertes evitables y autopsia verbal**

El diagnóstico por causa de muerte es muy difícil aún en los hospitales (en países desarrollados puede haber un error del 30% o más en el registro de causas de muerte); además, la mayoría de las muertes no ocurren en los hospitales, sino en la comunidad.

Como hemos dicho antes, la gran mayoría de las muertes evitables ocurren en la edad infantil, y entonces es lógico concentrarse sobre los **niños menores de 5 años**.

Distribución de 12.2 millones de muertes de niños menores de 5 años en los países en desarrollo (O.M.S., 1993)

I.R.A./neumonía	24.6%
I.R.A./sarampión	5.2%
sarampión	2.4%
diarrea/sarampión	1.9%
diarrea	22.5%
diarrea/VIH	0.3%
I.R.A./VIH	0.2%
I.R.A./tosferina	2.1%
I.R.A./malaria	1.6%
malaria	5.6%
malaria/anemia	0.6%
otras causas	33.1%

Lo que nos interesa más, para fines prácticos, es el **monitoreo sistemático de las causas más frecuentes de muertes evitables**. ¿Como podemos hacer esto?

Este monitoreo es parcialmente posible solo en las comunidades visitadas regularmente por promotores y/o auxiliares de enfermería. El objetivo no es obtener un indicador exacto, sino, una vez más, obtener datos útiles para la acción.

Vamos a entrar entonces un poco más en detalle sobre este aspecto.

Los promotores de salud son los centinelas de lo que acontece en una comunidad. En general, conocen a menudo toda la población de la comunidad; anotan en su cuaderno los acontecimientos más importantes, y sobre todo los nacimientos y las muertes que ocurren en la comunidad. En general, cuando muere alguien, ellos lo saben en seguida. Registrarán en su cuaderno lo que ha pasado y habrá una descripción de lo que ocurrió antes. Esta información se puede estandarizar parcialmente en forma de una ficha muy sencilla, que permita reconocer algunas causas frecuentes de muertes evitables. Así, las entrevistas hechas por los promotores pueden ser más estructuradas y ganar en precisión: esto es hacer una **autopsia verbal**.

Una **ficha de autopsia verbal** es un cuestionario dirigido en general a la madre o a quien cuidaba directamente al niño.

Se trata esencialmente de una entrevista estructurada sobre los síntomas que el niño presentaba en el período antecedente a la muerte.

Existen varios modelos de **ficha de autopsia verbal**. Para que sea más eficaz y pertinente, es bueno que el modelo de cuestionario se realice en colaboración con los promotores y/o


auxiliares que tendrán que utilizarlo. De hecho, su primer objetivo es ayudarlos a identificar mejor las causas evitables de muerte, en relación con los criterios de definición de caso a los que deberían estar acostumbrados para el diagnóstico de las enfermedades.

Naturalmente la exactitud del diagnóstico de muerte hecho por autopsia verbal es limitada, y no podemos construir sobre ella indicadores muy exactos; sin embargo, un monitoreo sistemático nos permite estimar, ante todo, cual es el porcentaje de muertes perinatales sobre el total (si es muy elevado, es evidente que es prioritario organizar una acción más eficaz a nivel de CPN y de atención al parto y al recién nacido). En segundo lugar, el grado de precisión es bastante aceptable para algunas enfermedades, como sarampión, diarrea, tétanos neonatal y, aunque un poco menos, I.R.A. (es decir, algunas entre las causas más importantes de muertes infantiles).

Obtener indicadores fiables de mortalidad en un área de salud es muy difícil.

Sus variaciones, a menos que sean muy grandes, no son siempre interpretables: hay que ser muy prudentes al interpretar tendencias de mortalidad, porque variaciones de un año a otro pueden depender de muchos factores y no necesariamente reflejar acciones de salud.

¡Recuerda!

- 
- a) el monitoreo de la mortalidad por los profesionales de salud es importante, pero no esencial;
 - b) el objetivo primordial del monitoreo de las causas evitables de muerte no es obtener un indicador: **el promotor de salud y el auxiliar que visitan las comunidades son los primeros que deben utilizar esta información.**

El promotor, que conoce a menudo la comunidad, puede llegar a un nivel mucho más profundo en la investigación de la causa de muerte: solamente a través del diálogo con la comunidad, y entre los promotores y profesionales, se puede llegar a la acción más eficaz.

Lo fundamental es discutir a todos los niveles las muertes evitables y tomar las medidas apropiadas.

Para los profesionales que examinan las fichas de autopsia verbal, 10 muertes por diarrea son 10 muertes por diarrea. Para los promotores, son diez niños que murieron deshidratados, mientras podrían estar vivos todavía. La causa es la misma, y sin embargo las causas verdaderas están escondidas, en la historia de cada uno de estos niños: son las historias que no aparecen nunca en las estadísticas o en los artículos científicos. No son posiblemente "estadísticamente significativas"...: sin embargo, son estas historias que hay que conocer y comprender, si se quiere intervenir de manera eficaz.

☞ Parte tercera:

Los estudios epidemiológicos

⇒ *Introducción*

La gran mayoría de los datos que se necesitan para construir los indicadores necesarios en epidemiología comunitaria **NO NECESITAN UN ESTUDIO ESPECIAL**, porque se pueden conseguir simplemente, como hemos visto, con una buena utilización de la información que ya existe y con una estructuración adecuada del sistema de información de las unidades de salud, utilizando fichas e informes adecuados a las necesidades de información.

Es evidente que todos los datos que se pueden obtener de un sistema de información de rutina son muy baratos: únicamente se necesita el esfuerzo de **anotar y hacer informes** con periodicidad regular.

El peligro más grande de la aplicación de la epidemiología clásica es creer que hacer epidemiología es realizar estudios especiales. Los estudios epidemiológicos son complejos, precisan tiempo, personal y recursos; además, el personal que se utiliza es generalmente el mismo personal de salud, que así, durante el tiempo del estudio, descuida sus actividades esenciales.

De esta manera, sin entrar en detalles sobre la metodología, vamos a presentar los tipos principales de estudios epidemiológicos, tratando de ver en que aspectos pueden complementar al sistema de información de rutina que ya hemos analizado.

Los estudios epidemiológicos se clasifican en tres categorías mayores: descriptivos, analíticos y experimentales.

⇒ *Estudios epidemiológicos descriptivos*

Como el nombre dice, este tipo de estudio **describen** una situación. Por ejemplo: la **frecuencia** (incidencia o prevalencia) de una enfermedad; **¿quien?** (edad, sexo, ocupación, recursos económicos.....) está más afectado; **¿donde?** (distribución geográfica) y **¿cuando?** (secuencia temporal) la enfermedad ocurre.

Pero, en general, los estudios descriptivos no se ocupan solo de enfermedades; se pueden estudiar, con la misma metodología, muchas otras situaciones pertinentes a los programas de salud, y veremos algunos ejemplos.

□ Estudios transversales o “cross sectional”

Podríamos decir que este tipo de estudio es una fotografía de la situación existente en un determinado momento: se pueden denominar también estudios de prevalencia.

Esta definición, indica que este tipo de estudio se aplica más a enfermedades de tipo crónico o a situaciones que no están sujetas a un cambio muy rápido en el tiempo.

Un estudio de prevalencia se puede hacer sobre la totalidad de la población del área de estudio. En este caso, el resultado será la prevalencia exacta de la enfermedad (o situación) en cuestión. Si por ejemplo quiero conocer la situación nutricional de los niños menores de 5 años en un área de salud, tendré que visitar todas las comunidades, pesar y medir a todos los niños y registrar su edad; luego pasaré a examinar los datos y clasificarlos según los índices de nutrición (como: peso por talla; peso por edad) y podré obtener de esta forma la prevalencia exacta de malnutrición leve, moderada y grave según el estandar internacional.

Sin embargo, es evidente que un trabajo de este tipo, sobre todo si la población en estudio es numerosa, es irrealizable. Lo que se hace entonces, en general, es **tomar una muestra** de la población: en otras palabras, estudiar solamente un grupo de niños, y sacar conclusiones que sean válidas para todos.

Para que un estudio sea correcto, la **muestra** deberá ser **representativa** de la población que quiero estudiar. Suponiendo que voy a estudiar la prevalencia del bocio endémico entre los niños, yo podría decidir tomar una muestra en las escuelas primarias; pero, si la escolaridad del área no es alta y sólo el 70% de los niños van a la escuela, yo puedo suponer que el 30% restante pertenecen a un grupo de población desfavorecido, y por ello con mayores deficiencias en el aspecto nutricional también; entonces, si me limito a estudiar la población escolar, el resultado será probablemente mucho más bajo que la realidad. Esto no quiere decir que un estudio basado en las escuelas no tenga sentido: solamente que, las conclusiones que podremos sacar serán sobre la **población escolar**, y no sobre la población general. De la misma manera, toda clase de estudio que podamos hacer en las unidades de salud nos proporcionará datos sobre la población que accede a las unidades de salud, y no sobre la población total. Este es el primer criterio para escoger una muestra.

El segundo criterio es la **casualidad**. Para que una muestra sea representativa, debe ser tomada al azar. Este es un concepto esencial y hay que comprenderlo.

Para que una muestra sea verdaderamente representativa, cada individuo de la población estudiada (o **población de referencia**) debe tener la misma oportunidad de ser escogido, es decir de entrar en la muestra o **población de estudio**; para que sea así, la única manera es que sea el azar, y no la decisión del encuestador, quien determine los que van a conformar la muestra.

Hay muchas maneras de escoger una muestra al azar, y las técnicas estadísticas que se pueden emplear no entran en el ámbito de este manual. Vamos a ilustrar el principio del **muestreo aleatorio simple**, que es la base de todas las otras técnicas.

1. Hay que hacer una **lista numerada** de todos los individuos de la **población de referencia**;
2. Se decide cual es el **tamaño de la muestra**, es decir el número de individuos que entrarán en la **población de estudio**; esto depende de la precisión que se quiere obtener. Según el tamaño de la muestra, se puede prever cual puede ser el error máximo debido al muestreo, y entonces indicar el “intervalo” en el cual el valor exacto (de la **población de referencia**) se situa. Este “intervalo” disminuirá a medida que aumenta el **tamaño de la muestra**; o sea, como es lógico de esperar, los resultados alcanzan un mejor nivel de precisión si la **población de estudio** es más grande.
3. Se utilizará una **tabla de números aleatorios** (ver ejemplo), se escogerá el primer número al azar (por ejemplo dejando caer la punta de un lápiz sobre la hoja sin mirarla) y luego se seguirá adelante hasta seleccionar el número de individuos requerido para alcanzar el tamaño de la muestra, anteriormente definido; los individuos de nuestra lista que tienen los mismos números que hemos sacado de la tabla serán nuestra **población de estudio**.

Este tipo de muestreo es el más riguroso, pero no es muy práctico, porque es raro que existan listas de población.

Hay otros métodos más prácticos, y el más utilizado en el campo es el **muestreo por conglomerados**, que se ha estandarizado para estudiar la cobertura de la vacunación pero que se utiliza para muchas otras encuestas.

La descripción detallada de los métodos de muestreo se encuentran en obras formales de epidemiología (ver capítulo 10).

Un ejemplo de este tipo de estudios son las encuestas de cobertura de vacunación (es un ejemplo clásico de estudio transversal, aunque no se investigue una enfermedad sino la presencia/ausencia de la vacunación), las mismas que se pueden justificar cuando tengamos dudas sobre la validez de las estimaciones “administrativas”.

Otros ejemplos son las encuestas “CAP” (conocimiento - actitud - práctica de la población en relación a problemas susceptibles de ser modificados con la educación para la salud): son relativamente sencillas y permiten averiguar si las acciones de educación en salud son realmente eficaces o no producen ningún cambio. Es siempre oportuno pedir asistencia de especialistas antes de hacer estudios de este tipo.

❑ Estudios longitudinales

Los estudios longitudinales recogen información sobre los **nuevos casos** de enfermedades que ocurren en un cierto tiempo y se pueden definir también como **estudios de incidencia**, y por eso mismo se aplican más bien a enfermedades agudas (como diarrea, sarampión, IRA.). Hay que definir una muestra de población al inicio del estudio y luego visitarla regularmente por el tiempo considerado. Como es evidente, este tipo de estudio es mucho más complicado y difícil, y por lo general no se hace, siendo más práctico, aunque menos riguroso organizar la **vigilancia epidemiológica** según los principios que ya hemos visto anteriormente.

⇒ *Estudios epidemiológicos analíticos*

Se utilizan para investigar los factores que pueden determinar **porque una persona o una sub-población se enferma y otra no**. En otras palabras, investigan cuales son los factores que influyen más en la distribución de una enfermedad, o, mejor dicho, cuales son los **factores de riesgo** de una enfermedad. En general, estos estudios se realizan para comprobar una hipótesis basada sobre la observación empírica o sobre resultados de análisis biológicos.

❑ Estudios de cohorte o prospectivos

Un estudio prospectivo se basa en la observación en el tiempo de dos grupos de población: el primer grupo tiene una **característica** que se sospecha ser un factor de riesgo para una enfermedad determinada y el segundo grupo es similar al primero en todo, pero no tiene la **característica** en cuestión. El objetivo del estudio es ver si efectivamente en el primer grupo hay más personas que padecen de esa enfermedad y en este caso se confirmará que la característica presente es un factor de riesgo.

Ejemplo

Un grupo de investigadores norteamericanos siguieron por 38 meses (desde diciembre 1968 hasta febrero 1972) a dos grupos de mujeres en edad fértil; el primer grupo utilizaba contraceptivos orales, y el segundo no. Los dos grupos eran similares en todos los otros aspectos. En el grupo que no usaba contraceptivos orales se observaron en el período de estudio 32 casos de cáncer del cuello uterino sobre 100.000, y en el grupo que los había utilizado por 4 años o más observaron 173 casos sobre 100.000.

¿Como cuantificar el riesgo de cáncer del cuello asociado con el uso de contraceptivos? El indicador más utilizado es el **riesgo relativo**.

En general, el **riesgo relativo (RR)** no es más que una relación de tipo numerador/denominador:

$$RR = \frac{\text{tasa de incidencia de la enfermedad en el grupo expuesto al factor o característica}}{\text{tasa de incidencia de la enfermedad en el grupo no expuesto}}$$

Mientras más alto el valor del riesgo relativo, más alta la importancia del factor de riesgo. En la práctica, el **riesgo relativo** mide cuanto aumenta el riesgo de la enfermedad en los que están expuestos al factor de riesgo, comparado a los que no están expuestos.

Utilizando los datos del ejemplo, el RR se puede calcular así:

$$RR = \frac{173/100.000}{32/100.000} = 5.4$$

Quiere decir en la práctica que las mujeres que usaban contraceptivos tenían un riesgo 5.4 veces más elevado de desarrollar un cáncer del cuello.

☐ Estudios caso-testigo o caso-control

Mientras el estudio de cohorte parte de una **característica** (o factor de riesgo), y estudia dos grupos de personas que aún no han desarrollado la enfermedad, anotando en el tiempo todos los que se enferman, los **estudios caso-testigo**, al contrario, parten de la **enfermedad** y estudian un grupo de **casos** (personas enfermas) y un grupo de **testigos** (sin la enfermedad) y analizan retrospectivamente los dos grupos, o sea investigan si anteriormente ha existido exposición y como han sido expuestos al factor que se quiere estudiar. Vamos a entrar más en detalle sobre este tipo de estudio porque es más sencillo para ser realizado por el personal de las unidades de salud.

Ejemplo

En una ciudad africana se observó que durante una gran epidemia de sarampión, muchos niños con la enfermedad habían sido llevados a un centro de salud (por cualquier enfermedad) algún tiempo antes de enfermarse con sarampión, y que, en la mayoría de los casos, el tiempo entre la consulta en el centro de salud y el inicio del sarampión era compatible con la incubación de la enfermedad. Entonces un investigador francés quiso averiguar si la consulta en un centro de salud durante una epidemia podía ser un factor de riesgo para contraer la enfermedad.

Al final de la epidemia, entrevistaron sistemáticamente a las madres de los niños que llegaban con sarampión (casos) a un gran centro de salud para averiguar si los niños habían sido llevados a la misma o a otra unidad de salud de una a tres semanas antes de enfermarse.

Escogieron un grupo de **controles** (o testigos) comparable en todo al primero menos por el hecho de no haberse enfermado e hicieron la misma entrevista.

Los resultados están expuestos en la tabla siguiente:

visita anterior a la unidad de salud	casos	controles
si	a 50	b 3
no	c 20	d 43

Aquí no se puede determinar el riesgo relativo, porque estamos partiendo de los casos y mirando hacia atrás (de esta forma no tenemos los elementos para determinar la tasa de incidencia): en los estudios de este tipo, el índice que se puede obtener es el "odds ratio" o razón de los productos cruzados, que se calcula con la fórmula siguiente:

$$\text{odds ratio} = \frac{a \times d}{b \times c}$$

Con los datos del ejemplo anterior:

$$\text{odds ratio} = \frac{50 \times 43}{3 \times 20} = 35$$

El **odds ratio** es una aproximación del riesgo relativo, y algunos autores lo llaman también **riesgo relativo**, lo que nosotros haremos también, sabiendo que es ligeramente diferente. En este ejemplo se averiguó que los centros de salud eran una fuente de infección muy importante y se empezaron a tomar medidas de control del **sarampión de origen nosocomial** (es decir, contraído en las unidades de salud).

Un grupo en otro país decidió estudiar si la concentración de niños en la sala de espera puede ser el aspecto que más influye en el riesgo de enfermarse. Si así hubiera sido, el riesgo de **sarampión de origen nosocomial** debería ser menor si los niños esperan afuera del cen-

tro de salud. Ellos realizaron por lo tanto un estudio similar (al final de una epidemia de sarampión) en un área rural donde no habían salas de espera y la gente hacía cola afuera de los centros de salud. Los resultados se exponen en la tabla siguiente.

visita anterior a la unidad de salud	casos		controles	
si	a	29	b	87
no	c	40	d	111

$$\text{riesgo relativo (RR)} = \frac{a \times d}{b \times c} = \frac{29 \times 198}{87 \times 40} = 0.93$$

Un RR cerca de 1 no demuestra ninguna asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad.

La conclusión fue que no había riesgo de sarampión nosocomial si la espera se hace fuera del centro de salud.

Los estudios casos-testigo tienen la ventaja de poder realizarse en las unidades de salud, y en un tiempo relativamente limitado, y por lo tanto pueden ser prácticamente realizables por el personal profesional de salud. Es más, como ya lo hemos visto en el caso de estudios descriptivos, un estudio casos-testigo no tiene necesariamente que investigar factores de riesgo de enfermedades, sino también otros aspectos de los programas de salud, utilizando la misma metodología.

Ejemplo

Un grupo en Bolivia quiso estudiar los factores de riesgo de **abandono del programa tuberculosis**.

Es conocido que el problema más grande de los programas de control de tuberculosis en todos los países son los abandonos prematuros del tratamiento. Un grupo tuvo la idea de utilizar la misma metodología caso-control, estudiando, en lugar de una enfermedad, el **abandono del programa** y los factores que pueden influenciarlo, tomando como **grupo de control** los enfermos que no habían abandonado el tratamiento.

Se sorprendieron de encontrar que dos factores eran determinantes:

1. el hecho de creer que la TB es una enfermedad que no puede curarse (RR de 20);
2. el hecho que el médico tratante no demuestra creer que la enfermedad ha mejorado con el tratamiento (RR de 50!)

Los dos factores se podían corregir sencillamente, con un buen diálogo con los pacientes y los médicos.

Un estudio caso-control puede estar al alcance del personal de salud. Hay que partir de una **hipótesis** sobre la asociación entre una enfermedad (o como hemos visto, una condición determinada) y un **factor de riesgo**. El primer paso será preguntar a alguien que sabe más si esto se ha estudiado ya, y hacer una búsqueda bibliográfica, de ser posible. Si no es posible acceder a la bibliografía, entonces mejor no hacer el estudio: se hacen muchos más estudios inútiles que estudios útiles y no es necesario agregar uno más...

Si no hay una respuesta a nuestra hipótesis, y si en la discusión con personas de experiencia se comprueba su pertinencia, entonces puede ser útil programar un estudio. La realización práctica de un estudio caso-testigo no es muy complicada, sin embargo los aspectos relativos a la selección de casos y testigos, al tamaño de los dos grupos y otros detalles tienen que ser planificados con la ayuda de expertos.

□ Interpretar el riesgo relativo.

¿Cómo ser un “lector inteligente” de los estudios epidemiológicos?

El riesgo relativo es quizás la “palabrita mágica” de la epidemiología clásica. Representa el índice que la mayoría de los estudios, sobre los argumentos más variados, pretenden demostrar. Sin embargo, en su nombre se han tomado decisiones importantes de salud pública, no siempre justificadas.

Hay que considerar que, si el RR no es muy importante (muy elevado) y si la enfermedad (o la condición) en cuestión es muy rara, el RR tiene una importancia muy relativa.

Los estudios realmente importantes son referidos a problemas importantes, frecuentes, y que pueden demostrar **factores de riesgo** con un RR realmente elevado.

El afán de publicar es un **factor de riesgo de estudios inútiles**. Los profesionales de la salud de los países en desarrollo tienen una presión inmensa de trabajo de rutina, poco tiempo para leer y poco acceso a la literatura: es necesario (y no es siempre fácil) concentrarse en los estudios sobre aspectos **esenciales** de salud y que sugieren **soluciones prácticas y aplicables** en la actividad diaria.

⇒ *Ensayos (o experimentación) controlados y aleatorios*

Se definen como la metodología que permite evaluar de manera confiable como una “variable” que se quiere introducir en la “historia natural” de una población modifica de manera evidente esta historia.

Técnicamente, el proceso es sencillísimo:

los miembros de la población son asignados, según criterios aleatorios a diferentes grupos (normalmente dos, pero puede ser más si las variables que se quieren estudiar son más de una) que son “tratados” o expuestos a la acción de:

- las prácticas de la rutina, que corresponden al grado más actualizado de los conocimientos disponibles;
- las mismas prácticas, *más* la(s) variable que se quiere(n) evaluar.

La Tabla propone ejemplos de ensayos controlados aleatorios, que permiten verificar la flexibilidad y la extensión de aplicación de esta técnica.

☐ Algunos escenarios de ensayos controlados aleatorios

<i>Pregunta Problema</i>	<i>Contexto y contenido de la experimentación</i>
1. Rol de la vacuna antimalárica	Se aleatorizan los miembros de diferentes comunidades para recibir o no la vacuna, y se observan las tasas de infección.
2. Rol de toldos impregnados	Se aleatorizan habitaciones o aldeas a ser protegidas o no con toldos Nota: <ul style="list-style-type: none">• Se podría evaluar una protección “global” contra la infección también evaluando comparativamente las diferentes estrategias, o la combinación de dos de ellas (quizás considerando toldos + profilaxis)• Se pueden elegir comunidades y situaciones de alta o baja probabilidad de infección, y/o de resistencia a medicamentos.
3. Rol de profilaxis con Vit. A.	Se aleatorizan los niños de una aldea (o todos los niños de diferentes aldeas) para tomar o no suplementos de vitamina A; <ul style="list-style-type: none">• en comprimido• con dieta y se mide la frecuencia de infecciones y de mortalidad durante un tiempo.

<i>Pregunta</i> Problema	<i>Contexto y contenido de la experimentación</i>
4. Cual es el impacto de programas y/o técnicas de educación para evitar complicaciones del embarazo (o de otras situaciones a riesgo)	Se aleatorizan las mujeres embarazadas de un aldea para recibir un tipo de información o asistencia y se comparan los resultados con los que se observan en una comunidad sin intervenciones específicas..
5. Cual es la eficacia <ul style="list-style-type: none"> • de programas de screening • de diferentes medicamentos antihipertensivos; • de un medicamento frente a intervenciones sobre costumbres de vida. 	Como en los escenarios precedentes.

☐ Ensayos controlados aleatorios y epidemiología comunitaria

Es fácil identificar en los ejemplos de la Tabla situaciones que coinciden con problemas que se encuentran directamente en situaciones de Epidemiología Comunitaria Sin embargo hay algunas razones más para incluir la metodología y la realidad de los ensayos controlados aleatorios entre los conocimientos de interés más general para la Epidemiología Comunitaria

- a) Se acepta hoy en medicina que solamente lo que se ha experimentado y evaluado cuidadosamente con ensayos controlados aleatorios puede ser utilizado responsablemente por los profesionales de salud.

Por ejemplo:

- los medicamentos esenciales son los que se han estudiado con ensayos controlados aleatorios; los otros deben considerarse inútiles, o menos importantes;
 - para adoptar prácticas preventivas (como vacunas, toldos impregnados) es preciso verificar si existen resultados pertinentes producidos en ensayos controlados aleatorios.
- b) Cuando hay varias soluciones para el mismo problema, la selección de la intervención más apropiada se hace a partir de los resultados de ensayos controlados aleatorios comparativos entre las diferentes soluciones.
- c) La participación de las comunidades en ensayos controlados aleatorios es la ocasión de averiguar el nivel de calidad de los cuidados que ya están a disposición, y poner un nuevo enfoque sobre la existencia de necesidades aún sin respuesta.
- d) En la planificación de programas de intervención se puede seleccionar la literatura, haciendo referencia no tanto a "autoridades" u "opiniones", personales o empíricas, cuanto al conjunto de las evidencias producidas en ensayos controlados aleatorios.

e) Por el hecho que muchos de los resultados de los ensayos controlados aleatorios publicados en la literatura han sido obtenidos en condiciones y poblaciones muy diferentes de las que existen en las comunidades, una de las tareas más interesantes y desafiantes para la Epidemiología Comunitaria sería de averiguar:

- si las diferencias del contexto de aplicación de los resultados de los ensayos controlados aleatorios pueden modificar el impacto y el valor de los mismos resultados;
- si es necesario y posible crear condiciones más adecuadas para aplicar los conocimientos de los ensayos controlados aleatorios en la rutina de las comunidades;
- si es oportuno y posible organizar estudios prospectivos de cohorte (o de caso-testigo) para evaluar si los resultados de los ensayos controlados aleatorios son transferibles a la comunidad.

Ejemplos:

- evaluando como la eficacia de los toldos impregnados se reproduce en comunidades con cultura y estructuras habitacionales distintas
- monitorizando los casos de IRA, EDA, asma tratados según las recomendaciones producidas a partir de los ensayos controlados aleatorios para averiguar si se obtienen los mismos resultados, y si no investigar los porqués;
- controlando si existen las condiciones suficientes de diagnóstico y de seguimiento que son necesarios para “transferir a la comunidad” las recomendaciones relativas a tratamientos crónicos “pesados”, como para tuberculosis, hipertensión arterial, etc..

Sería muy interesante utilizar sistemáticamente los resultados de los ensayos controlados aleatorios (disponibles hoy en bancos de datos fácilmente accesibles) como material preferencial en los cursos de entrenamiento básico y de actualización de los trabajadores de salud (en las escuelas de medicina y de enfermería) para acostumbrarlos a una mentalidad de evaluación crítica y controlada, capaz de elegir entre las tantas propuestas y soluciones que se encuentran las que tienen una documentación sólida y experimental. Es un ejercicio de responsabilidad frente a comunidades que se enfrentan con la escasez de recursos, y necesitan respuestas esenciales y confiables.

Más generalmente, una cultura de salud basada en los ensayos controlados aleatorios puede ayudar a transformar las actitudes autoritarias de los profesionales de salud, y específicamente de los médicos, por el hecho que su “libertad de hacer lo que piensan” tiene que confrontarse con la existencia de datos controlados que son los únicos que permiten tomar decisiones. Esta tendencia se ha hecho aún más clara en los últimos años en todos los sistemas de salud de los países del Norte, donde se acepta progresivamente como regla que solamente las intervenciones respaldadas por pruebas o evidencias muy sólidas tienen legitimidad.

La ausencia de datos producidos con ensayos controlados aleatorios en relación a un problema, identifica áreas donde se requiere un cuidado particular en la toma de decisiones, para evitar proceder con un empirismo que puede ser dañino para la población interesada y puede implicar gastos inútiles de recursos. Tan pronto como sea posible, estas áreas de "incertidumbre por ausencia de conocimientos" deben transformarse en objeto de investigación:

- epidemiología descriptiva para definir bien la calidad y el tamaño del problema;
- un ensayos controlados aleatorios que explore y evalúe de manera adecuada el rol de la intervención que se quiere adoptar.

La experiencia de muchas comunidades en diferentes países en los sectores típicos de la Epidemiología Comunitaria ha demostrado que la técnica de los ensayos controlados aleatorios podría estar muy al alcance de los que trabajan en y con las comunidades, una vez que un mínimo respaldo técnico confiable sea asegurado en la planificación del estudio, en su monitoreo, en la evaluación de los resultados.

Por el hecho de que los ensayos controlados aleatorios requieren muchas veces números bastante grandes de pacientes (o personas, o grupos, o situaciones) aleatorizables en los grupos experimentales, la metodología de los ensayos controlados aleatorios es frecuentemente "multicéntrica", es decir involucra muchas realidades distintas, cercanas o alejadas. Estas estrategias pueden ser una ocasión importante para desarrollar una mentalidad de colaboración en red, de interdependencia, de comunicación, de comparación y evaluación recíproca de prácticas y de culturas. Todo eso es vital para el crecimiento de la Epidemiología Comunitaria.

❑ Los aspectos técnicos de los ensayos controlados aleatorios

Aunque no sea muy frecuente la probabilidad de organizar ensayos controlados aleatorios en la práctica de Epidemiología Comunitaria, las pocas notas técnicas que aquí se proponen (haciendo referencia a los textos básicos de la bibliografía para la profundización necesaria) son importantes además porque constituyen una guía esencial para leer la literatura y reconocer cuáles ECA poseen las características mínimas de confiabilidad.

1. La condición básica para un ensayo es la asignación aleatoria de los pacientes a los (dos o más) grupos experimentales. La asignación aleatoria asegura que las observaciones que se hacen no sean sesgadas (por ej: que los pacientes más graves sean asignados al grupo que recibe el "viejo" tratamiento, de manera que los resultados favorecen necesariamente al "nuevo" tratamiento).
2. La hipótesis (o la variable) que se quiere evaluar debe tener buenos motivos, debe ser clara y documentada antes de iniciar el estudio a través de una revisión crítica de los conocimientos disponibles

3. Los "resultados" (es decir: las medidas que evalúan y cuantifican el impacto de la intervención o del tratamiento) deben ser basados sobre indicadores sólidos, no ambiguos. Ejemplo: un tratamiento antiinfectivo no es eficaz solamente si baja la fiebre, o disminuyen los síntomas: debe documentarse que la infección ha desaparecido.
4. Para que una práctica sea modificada, es una buena regla que los resultados no sean obtenidos en un solo ensayos controlados aleatorios, si no confirmado por otros producidos en situaciones similares, por otros investigadores.
5. Es preciso averiguar que la planificación, la ejecución, la evaluación de los datos no sean bajo el control exclusivo ni dominante de "partes interesadas" (por ejemplo: el laboratorio farmacéutico productor del medicamento), y que por eso sean garantizadas y documentables la autonomía real (intelectual y económica) de los investigadores.
6. Las técnicas y las fórmulas para expresar los resultados de los ensayos clínicos son aproximadamente las mismas que su utilizan para los estudios epidemiológicos (ver arriba).

De hecho, los ensayos controlados aleatorios pueden ser considerados sin embargo un subcapítulo de la epidemiología: la única, y fundamental diferencia está en el hecho de que la variable de la cual se quiere medir el impacto (el beneficio o el riesgo) ha sido escogida e introducida desde afuera, según el diseño experimental aleatorio; mientras en los estudios de cohorte o de caso-testigo se observa-mide-evalúa el impacto de variables (= factores de riesgo o de protección) ya presentes en el sistema o la población.

☐ Fuentes de información para la Epidemiología Comunitaria

El tema ha sido tratado en varias oportunidades a lo largo de los capítulos y de los casos modelos precedentes. Se resumen aquí algunas reglas básicas, que aunque sean obvias no siempre se pueden (o se olvida de) respetar:

1. Indicar las fuentes que se pueden hoy considerar esenciales y accesibles. El problema más crítico es la capacidad de seleccionar entre las tantas informaciones existentes, las que sean más confiables. Es oportuno que en cada grupo de Epidemiología Comunitaria se garantice una información básica sobretudo para los problemas prioritarios de su actividad.
2. Para la mayoría de los problemas existen pautas-recomendaciones, que es preciso confrontar con las condiciones concretas de aplicación, para traducir adecuadamente los principios generales en indicaciones y prácticas operativas correspondientes. Es necesario que los trabajadores en Epidemiología Comunitaria puedan estar al día no solo ni principalmente sobre las fuentes de información disponibles en el país o región (co-

mo revistas, o bancos informatizados), si no que puedan estar relacionados con grupos expertos confiables dispuestos a proporcionar las informaciones esenciales:

- sistemáticamente, periódicamente y/o cada vez que devienen disponibles informaciones nuevas con respecto a los problemas prioritarios en la actividad de Epidemiología Comunitaria;
- cuando surgen preguntas, dudas, incertidumbres que quieren una información bien orientada.

3. Es preciso recordar que las novedades “verdaderas” (las que exigen cambios de prácticas para respetar el derecho de las comunidades a los conocimientos más actualizados) no son tan frecuentes. Las necesidades de información no requieren por eso un tiempo excesivo, ni de la parte de los que trabajan en el campo, ni de la parte de los “expertos de referencia”. En los últimos años, se ha aclarado que una estructura de información que sería oportuno establecer en cada país o región de país, debería incluir:

- un “centro de información” general y/o especializado por problemas (ejemplo: medicamentos; salud materno-infantil; enfermedades crónicas no transmisibles);
- la distribución de boletines muy sencillos y escritos en lenguaje accesible, que no solamente provean la información, sino que acostumbren a evaluar críticamente su relevancia comparativa con las informaciones existentes y las prácticas posibles;
- un servicio de preguntas-respuestas en tiempo real para los problemas emergentes, y/o para las “dudas”;
- una actualización periódica del grupo de Epidemiología Comunitaria a partir de los casos concretos que se han encontrado (“casos centinelas de necesidad de información”) y que han generado problemas de aplicación de los conocimientos disponibles.

Los centros-grupos de los cuales se dan las direcciones completas en la parte bibliográfica (capítulo 10) y en la presentación del manual, pueden ser un recurso accesible.

Es evidente que no todos los grupos descentralizados de Epidemiología Comunitaria pueden (ni deben) tener acceso directo a estos grupos de referencia. Se propone, sin embargo, que para que los que trabajan en comunidades aisladas se establezcan “centros de coordinación”. Debe ser la tarea de ese “centro” construir una red de comunicación (a nivel nacional, o en el caso, con la disponibilidad creciente de las comunicaciones informáticas, a nivel internacional) que pueda representar un recurso permanente y distribuible.

¡Recuerda!

no hay nunca respuestas adecuadas-apropiadas, si las preguntas no son el producto de una evaluación clara del problema por parte del individuo y aun más del equipo de Epidemiología Comunitaria

☞ Nota al margen:

El auxilio de la tecnología informática en epidemiología comunitaria

En todos los países hay una difusión creciente y extremadamente rápida de computadoras, cada año más poderosas y con mayor capacidad de respuesta.

Aunque esta pueda parecer una tecnología inapropiada a nivel de atención primaria de salud, sin embargo los computadores personales son de utilización corriente en muchos ministerios de salud, no sólo en las oficinas centrales sino también regionales y a veces provinciales y es de creer que en poco tiempo su difusión será capilar hasta a nivel periférico.

Existen programas epidemiológicos integrados como EPIINFO del CDC de Atlanta - O.M.S. (difundido sin cobrar), de utilización bastante sencilla, que permiten archivar toda la información epidemiológica de un área de salud y de calcular automáticamente los principales indicadores epidemiológicos; programas para cálculo automático de la cobertura de vacunación, del estado nutricional según los índices de peso-talla-edad; hojas electrónicas (Lotus, Excel...) que permiten evitar cualquier cálculo manual, reajustando automáticamente los totales cuando se cambien algunas cifras; programas que hacen automáticamente gráficos y diagramas.

Saber utilizar la tecnología informática es, el día de hoy, una nueva forma de alfabetización. Sin embargo, el riesgo de dispersión es muy alto (mucha información se hace disponible, y no toda esta información es siempre útil); además, siempre pueden haber problemas técnicos, de electricidad, u otros, con el riesgo de perder horas, días o semanas de trabajo.

En cada país hay expertos informáticos y cursos. Estos son mejores aun si están dentro del marco del mismo ministerio de salud (para que el uso de los programas informáticos pueda ser coordinado en los diferentes niveles).

⇒ *Comunicarse con el resto del mundo: INTERNET, un teléfono y una computadora*

Con un teléfono y una computadora es posible, en el día de hoy, comunicarse con todo el mundo en tiempo real y con un costo muy limitado. En casi todos los países existe ya la conexión con INTERNET, la más grande red de telecomunicación en el mundo. El riesgo es que esto vaya a marcar una nueva división entre el mundo desarrollado (donde la mayoría tendrá acceso a una comunicación interplanetaria) y los países en desarrollo. El desafío, entonces, es el de difundir a todos los niveles el acceso a la red, que ofrece posibilidades inmensas de intercambio de documentación e información de cualquier tipo y que puede, si se utiliza democráticamente, y para limitarnos al campo de la salud, disminuir la

distancia entre los niveles más periféricos del sistema y los expertos que pueden ayudar a buscar soluciones.

Hay que saber que la red existe, y averiguar (en lugares apropiados, o sea con los requisitos mínimos de presencia de electricidad y línea telefónica) si hay posibilidad de conexión.

La ventaja es de poder acceder a bancos bibliográficos y también directamente a grupos de expertos sobre varios problemas de salud, acceder a cursos a distancia, consultar sobre casos clínicos complicados o manejo de epidemias o cualquier otra cosa.

¿Como documentarse en Epidemiología Comunitaria? Las fuentes bibliográficas

Es evidente que ninguna experiencia ni manual nace en el vacío. Las fuentes y las raíces de lo que se ha propuesto a lo largo de los capítulos son muchas y de diferentes clases. No han sido mencionadas puntualmente por el hecho de que la experiencia de enseñanza y práctica de Epidemiología Comunitaria nos obligó a “olvidarnos” de las referencias específicas, para transformarlas en un lenguaje de diálogo y de intercambio donde la atención a los contextos reales tenía prioridad absoluta.

La opción podría ser en esta sección final de llenar la ausencia de citas precisas con un listado de libros, artículos, otros manuales que integran, justifican, permiten una evaluación crítica y una profundización de este texto.

El resultado sería un listado muy largo, con una mayoría de títulos en inglés, difícilmente accesibles. Hemos preferido proponer una guía “orientadora” a las fuentes que han sido utilizadas con más frecuencia a lo largo de los años.

Según lo indicado en el párrafo dedicado a la información, la manera quizás más eficiente para tener acceso a estas fuentes es hacer referencia a los grupos mencionados en la presentación con preguntas y pedidos de materiales relacionados a problemas concretos y áreas específicas de trabajo e intervención. Esta estrategia permitiría también establecer la “red” de actores de Epidemiología Comunitaria que se propone en la misma presentación.

Para favorecer una primera orientación en este trabajo de documentación de intercambio, se proponen algunas indicaciones generales agregadas:

- de un lado a Agencias que institucionalmente producen materiales y actúan en un contexto de Atención Primaria de Salud.
- Por otro lado pocas palabras clave que más frecuentemente se han encontrado en el trabajo de epidemiología comunitaria y que han sido, y siguen siendo, el objeto de muchas contribuciones en la literatura.

Las publicaciones de OMS, OPS y UNICEF (Informes de países y generales; manuales metodológicos; boletines; investigaciones dirigidas a problemas particulares)

Estas siguen siendo evidentemente una de las fuentes “obligadas” (a pesar del carácter muchas veces demasiado formal, del estilo, del lenguaje, de las metodologías propuestas). Una fuente importante de publicaciones que monitorizan el impacto del “ajuste” en diferentes países del mundo es el Centro de Investigación de UNICEF de Florencia - Italia, aunque en los últimos años el enfoque principal de las investigaciones no ha sido América Latina, sino Africa y los países de la ex- Unión Soviética. Muchas informaciones que pueden ser útiles para programas de capacitación e intervención de epidemiología comunitaria se encuentran en las publicaciones relativas a *medicamentos esenciales y políticas de medicamentos* por el hecho de que el medicamento es un indicador privilegiado de la cotidianidad de los problemas de salud. Las oficinas existentes en cada país deberían ser “utilizadas” intensamente aunque a veces se descubra que lo que existe no corresponde mucho a lo que se necesita en realidad. Es una regla general: uno de los productos más relevantes de una búsqueda bibliográfica bien hecha es averiguar la oportunidad de desarrollar algo nuevo o por lo menos adaptarlo.

El Banco Mundial

Se ha transformado progresivamente en los últimos años en una agencia protagónica en el sector salud. Sobre todo los informes de los años 90 sobre pobreza, inversiones en salud, salud mental, representan textos básicos para todos los que quieren tener una idea documentada del lugar que tienen los derechos de salud en el cuadro más general de los programas de ajuste, y de los “deberes” y derechos económicos. En la enseñanza de la epidemiología y de la epidemiología comunitaria los informes citados constituyen una referencia imprescindible. En el mismo sentido es útil estar al día de los trabajos más recientes sobre GBD (global burden of diseases; la evaluación global del “peso” de las enfermedades en las diferentes

sociedades medido con indicadores que incluyen no solamente morbi-mortalidad, sino también calidad de vida y discapacidad; los que se llaman QALY, quality adjusted life years, y DALY, disability adjusted life years).

El informe del PNUD

Que se publica cada año sobre la situación de vida de todos los países del mundo, contiene informaciones importantes sobre las variables que integran los “indicadores de desarrollo humano” (IDH). Nota: es muy evidente que la indicación de esta fuente de información (así como la del Banco Mundial) no coincide con una recomendación a compartir las tesis explícitas e implícitas. Es preciso sin embargo moverse, también en la enseñanza y en la práctica de la epidemiología comunitaria, estando al día de los escenarios más generales y del como se construye y se promocionan lo “imaginario” y lo real de la salud dentro del proceso general de evaluación de la macro-sociedad.

El “Archivo bibliográfico *El Canguro*”

Que se ha mencionado en el capítulo sobre Bolivia y en el capítulo metodológico, es una fuente modelo para actualizarse sobre lo que pasa en el sector materno infantil.

El CECOMET

Prevé entre sus programas prioritarios la activación de un sistema-servicio de búsquedas bibliográficas dirigidas a los principales sectores y tareas de la epidemiología comunitaria a través de la utilización “inteligente” de los muchos bancos de datos existentes y de internet.

La desigualdad socio-económica

Como variable principal de cualquier acercamiento en salud pública y epidemiología, ha sido y sigue siendo un tema central de investigación y de publicaciones en las más famosas revistas de medicina general, con enfoques prioritarios en los países del Norte (para Europa, el *British Medical Journal* constituye una fuente privilegiada; para EE.UU., *Jama* y *American Journal of Public Health* dedican periódicamente espacios importantes al impacto de las políticas sociales sobre las numerosas “minorías” del país), pero también con una atención esporádica a lo que pasa a nivel mundial (ver también varias contribuciones en *The Lancet*).

Las dos palabras clave evocadas por desigualdad y que han recibido una atención particular en estas publicaciones son *evitabilidad y derechos* (esta última sobretudo en relación a los programas de desajustes de los sistemas públicos de salud que se están implementando en diferentes países europeos y que ocupan el debate también en los países escandinavos y en América del Norte, donde se pueden encontrar contribuciones metodológicamente interesantes en la comparación de la situación en Estados Unidos versus Canadá).

Participación, salud comunitaria, salud pública son las categorías metodológicas que mejor definen las muchas investigaciones publicadas (con un espacio importante reservado a los países del sur del mundo) principalmente en dos revistas: *Social Sciences and Medicine* y *Health Policy and Planning*. Aunque los artículos sean muchas veces muy complejos y pesados, los acercamientos que se documentan y las reflexiones generales que se proponen, pueden representar una ayuda importante sobre todo en la enseñanza.

📖 La metodología de la investigación epidemiológica

No ha presentado en los últimos años contribuciones originales, posiblemente con la excepción de la aplicación más difundida de la técnica de "evaluación epidemiológica rápida" (REA) y de la "autopsia verbal". Se coincide generalmente en afirmar lo que ha sido un tema constante en este manual: los aspectos metodológicos de la epidemiología que investiga e interviene en la vida y en la salud de las comunidades, pueden ser considerados como bien establecidos y suficientemente flexibles como para adaptarse a cualquier situación. El problema es la capacitación y sobretudo la disponibilidad de recursos que permitan a los que trabajan en las comunidades aplicar en su práctica los principios y las herramientas disponibles.

📖 INASP

Aunque no sea específicamente dedicada a la epidemiología comunitaria, puede ser muy útil mencionar una iniciativa muy reciente (aún en su fase de desarrollo) que documenta el concepto de pensar en la información como en un trabajo de colaboración de la "comunidad científica y de salud" a nivel internacional. Se ha establecido una "red de accesibilidad a la literatura internacional" (International Network for the Availability of Scientific Publications, INASP: su dirección es PO Box 2564, London W5 12D) que está a disposición de los que quieren mantenerse actualizados en áreas específicas. Quizás la epidemiología comunitaria pueda ser no solo la que se beneficia sino también la que estimula y orienta este servicio.

Grupos - comunidades - personas a quienes se puede hacer referencia para la discusión de experiencias de EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA

Dr. Horacio Barri
MOSIS
Calle San Luis 1327, B Observatorio
Córdoba 5000 - ARGENTINA

Dr. Zeno Bisoffi
Fondazione Don Giovanni Calabria
per le Malattie Tropicale
Via Sempredoni, 5 - 37024 Negrar (VR) - ITALIA
Correo electrónico: bisoffi@linus.univr.it

Dr. M. Bonati
Istituto di Ricerche Farmacologiche "M. Negri"
Via Eritrea, 62 - 20157 Milano, ITALIA

CECOMET - VAE
Calle "J" y Luis Tello (Las Palmas)
C.P. 08-01-0065 - Esmeraldas, ECUADOR
Correo electrónico: apostoll@vapostolico.org.ec

Dra Giovanna Dorotea Cecchetto
c/o Parroquia San Roque
Calle San Martín y Avenida Indiana - Colonia Harrinson
Barrio San Jacinto
San Salvador
EL SALVADOR

Dr. Kleber Domingos Da Silva
Dpto. De Farmacia - GPUIM.
Grupo de Prevencao Ao Uso
Indevido de Medicamentos
Caixa Postal 3212
CEP 60431 - 327 Fortaleza - Ceará - BRASIL

Dr. Claudio Leone
AL. Casa Branca 327 Apto. 11
01408 CEP. Sao Paulo, BRASIL

Dr. Alberto Narváez
Post-grado Andino de Epidemiología, PUCE - Quito
Av. 12 de Octubre y Patria - Quito, ECUADOR

Pro Vida, Perm.
Servicio de Medicinas PRO-VIDA
General Garzón 2170 Jesús María
Lima, PERU.

Dr. Gianni Tognoni
Istituto di Ricerche Farmacologiche "M. Negri"
Via Eritrea, 62 - 20157 Milano, ITALIA
Correo electrónico: tognoni@irfmn.mnegri.it

Dr. Javier Torres Goitia
Juanita & Giovannino
Revista de Epidemiología Comunitaria
Casilla 6910 - La Paz, BOLIVIA



Conclusión

Mirando hacia adelante: guía para una utilización participativa del manual

El camino a través de los conceptos, las experiencias, las herramientas encontradas en los años y en las comunidades donde se han experimentado acercamientos de Epidemiología Comunitaria ha sido largo. Las conclusiones no quieren añadir nada nuevo: el empleo del manual puede ser sólo la reproducción -cada vez transformada según los contextos- del camino.

Estas conclusiones abiertas a la novedad y complementariedad de las exploraciones más allá de su fragmentación, no proponen una síntesis, sino un hilo conductor, que quisiera coincidir con la hipótesis de programas aplicativos: según la lógica de todo el manual, en ésta perspectiva están incluidas sea aplicaciones conceptual-teóricas en términos de formación-capacitación, sea trabajos-experiencias de campo.

El camino que falta es, como siempre, más exigente y largo de el que se ha hecho.

1. Las palabras, los acercamientos, las técnicas de la Epidemiología Comunitaria son muy sencillas:
 - atención a las necesidades de comunidades concretas;
 - trabajo participativo, dentro del equipo y con las comunidades;

- utilización ordenada de los datos de rutina a través de los instrumentos epidemiológicos, pobres y eficientes de la observación y de la vigilancia;
 - continuidad-complementariedad entre la atención al “colectivo” de las comunidades, y a los casos particulares que pueden ser “centinelas” de lo que datos “medios” no dicen ni desvelan;
 - concientización-conciencia de que la salud es una de las variables de la vida, y de que los contextos son tan importantes como la morbilidad y la mortalidad.
1. La sencillez de los planteamientos y de las perspectivas de la Epidemiología Comunitaria se parece mucho a la que caracteriza la búsqueda de los derechos básicos. Así como los principios fundamentales del derecho se repiten iguales, no hay nada de substancialmente nuevo en la Epidemiología Comunitaria: sus propuestas aparecen sin embargo, como las del derecho, intuitivamente justas y debidas, aunque su implementación aparezca proporcionalmente difícil, un desafío que puede sugerir el desaliento.
 2. El desafío de la Epidemiología Comunitaria –quedarse con actitud transformadora muy próximos a la dureza de vida de los problemas reales– exige competencias sólidas, y una capacidad de duración en el tiempo. La Epidemiología Comunitaria no puede ser vista como una de las técnicas de estudio-conocimiento de las condiciones de salud. Por el hecho de que las transformaciones de las comunidades no pueden ser más que lentas, los que las acompañan y quieren favorecerlas (identificando, midiendo las vulnerabilidades y persiguiendo las evitabilidades) deben estar dispuestos a compartir los tiempos y las incertidumbres de una trayectoria que no tiene garantías de linealidad, ni de éxitos generalizados. En este sentido los representantes y los protagonistas claves (y aún más ejemplares, por sus raíces y el rol que desarrollan) de la Epidemiología Comunitaria son los/las promotores/as: todos quienes condividen un camino mientras ejercen una profesión técnica bien definida.
 3. El manual es un cuento de hipótesis, sugerencias, resultados de caminos: y quiere acostumbrar a caminar. En los caminos de vida, es menos importante la obediencia y repetición de las indicaciones, y más el entrar adentro en la lógica de la trayectoria que se ve adelante, para hacer exploraciones e inventar soluciones miradas a la especificidad de las diferentes situaciones concretas.
 4. Los instrumentos son muy pocos: asumen (necesariamente) formas, y algunas veces nombres, distintos al adaptarse a los problemas y a los contextos.
 5. La eficiencia de los instrumentos depende ciertamente de los conocimientos técnicos (indispensables!) pero sobre todo de la capacidad de identificar bien las prioridades, de formular preguntas, de imaginar respuestas que sean practicables en el corto plazo, y al mismo tiempo portadoras de perspectivas.
 6. La utilización-capacitación que se puede hacer con el manual en este sentido es prin-

principalmente de tipo metodológico. La indicación general que resume el camino se puede formular así:

- el punto de partida es el descubrimiento de los casos, la recolección de datos parciales, experiencias;
- el paso sucesivo prevé la aplicación de los pocos instrumentos técnicos de sistematización, que permiten descubrir y subrayar las relaciones que existen entre las tantas variables;
- la parte conclusiva (de importancia imprescindible en el proceso) es el ejercicio de cuentos, informes sobre los casos, las encuestas, los datos administrativos;
- los éxitos, los fracasos.

Como el proyecto, el manual se reconoce por quienes lo hacen, en cada comunidad a lo largo del tiempo.

7. La parte técnica de la Epidemiología Comunitaria, que tiene sus raíces, proyecciones, protagonistas en promotores-miembros de la comunidad, necesita el respaldo de “expertos” convencidos de que la Epidemiología Comunitaria es una opción técnica y metodológica por lo menos tan importante y profesionalmente calificada como las tareas de enseñanza-investigación de una carrera académica. Las actitudes “solidarias” son indispensables, pero no suficientes. El rigor metodológico necesario para el empleo confiable de los instrumentos sencillos de la Epidemiología Comunitaria en contextos de actualización difíciles (porque son poco controlados y lejanos de los que caracterizan el clásico saber-hacer de la medicina) es quizás más exigente que lo que se requiere en las investigaciones, donde es posible elegir las condiciones, las herramientas, los recursos más adecuados.
8. Nacido de las historias de tantas comunidades (y no solamente de las que se han presentado en el texto), el manual quisiera estimular el desarrollo de *redes de Epidemiología Comunitaria*. Las experiencias pequeñas y fragmentadas necesitan multiplicarse y hacerse “masa crítica”, de conocimientos y datos, visibles no solamente en las comunidades locales, si no capaces de confrontarse con las culturas dominantes, y favorecer la formación de una “opinión pública”, profesional y de una sociedad más orientada a las prioridades comunitarias.

La red no se hace solamente con las tantas experiencias: el deber y el desafío de la Epidemiología Comunitaria es de activar y priorizar iniciativas de comunicación con todos los niveles y los integrantes del complejo camino de la salud: desde las escuelas profesionales de pre-grado hasta los planificadores, los investigadores, los medios de comunicación social, los consumidores. Las pistas propuestas en este sentido por las experiencias de los tres países no son solamente crónicas de hechos-experiencias casuales, si no más bien una indicación metodológica “central”.

9. La Epidemiología Comunitaria necesita recursos, financieros, humanos, políticos. El manual no da evidentemente indicaciones sobre como buscarlos. Sin embargo las experiencias de las cuales se ha hablado nacen todas de un "mosaico" de recursos e "invenciones" de respaldos (no solamente económicos) que integraban o sustituían al estado. La Epidemiología Comunitaria debería ser la tarea del estado, como reconocimiento y expresión del derecho de las comunidades a la salud. Es necesario insistir políticamente en eso: conscientes sin embargo que la salud participada, expresión de democracia substancial, no será fácilmente, ni en tiempos predecibles, uno de los bienes básicos accesibles sin dificultad para las mayorías.

10. El manual se ha abierto con una cita breve (una "ventana") de un autor que ha acompañado a lo largo de los últimos 25 años el camino de las comunidades de las Américas con un texto reeditado mil veces que resumía la misma historia en términos de "venas abiertas". Se sabe, a pesar de tantos brotes de esperanzas, que el viejo resumen sigue siendo el diagnóstico más apropiado las poblaciones que ocupan los intereses prioritarios de la Epidemiología Comunitaria

Por eso, la dialéctica y la fascinación entre caminos y horizonte sigue siendo el marco de referencia más cierto de la Epidemiología Comunitaria

El CECOMET ayudando a tejer las redes

El CECOMET nace como fruto de experiencias de Epidemiología Comunitaria y de la experiencia de haber compilado la información que está integrada en este manual y a la vez se propone como un centro de convergencia de los hilos que pudieran empezar a tejer esa red de Epidemiología Comunitaria y como nexo para formar con otros Centros redes más grandes. En Ecuador, en Latinoamérica, en el Mundo todos los días se están gestando, desarrollando, sintetizando experiencias de Epidemiología Comunitaria y el CECOMET deja abierta una puerta para que estos grupos-comunidades puedan unirse para tejer la red de E.C:

- formando grupos de discusión;
- ofreciendo fuentes de información: publicaciones, testimonios, cuentos, INTERNET, ...;
- produciendo materiales para:
 - ⇒ la concientización,
 - ⇒ el diálogo
- organizando protocolos de investigación;
- sistematizando las experiencias que se gestan y se desarrollan todos los días.

Está ubicado físicamente en un lugar donde se viven diariamente los riesgos: desde las picaduras de mosquitos hasta la violencia que se encuentra en las calles como producto de una sociedad donde la brecha entre ricos y pobres se amplía cada vez más, pasando por la polución mal controlada; está ubicado a mitad de camino entre las comunidades más aisladas y el centro urbano donde tarjetas magnéticas abren las puertas de una tecnología que avanza a una velocidad difícil de ser alcanzada. Quiere tender las redes hacia esas comunidades aisladas, empobrecidas, violentadas y acortar esa brecha entre aislamiento y la red de información que a una velocidad inimaginable pasa desde una conexión telefónica a un satélite; quiere ofrecer ese espacio de discusión para que los proyectos de Epidemiología Comunitaria que se están gestando, desarrollando, sintetizando puedan tener mejores posibilidades de éxito.

El CECOMET se encuentra en Esmeraldas, una ciudad de 120.000 hab. en el nor-occidente del Ecuador. Sus coordenadas son:

CECOMET - VAE

Calle "J" y Luis Tello (Las Palmas)

Apdo. 08-01-0065 - Esmeraldas, Ecuador

Tel. (5936)722035 - Fax. (5936)722039

Correo electrónico: apostol1@vapostolico.org.ec

Este Manual está dirigido en particular al personal de salud y en general a todas las personas que se encuentran o quieren comprometerse en experiencias que, desde dentro de las comunidades, quieran hacer un camino para restituir o mantener vivo el derecho de todos a una ciudadanía concreta y no formal, desde una perspectiva de salud.

Recoge tres historias en Epidemiología Comunitaria: la primera con promotores de salud en un contexto rural, la segunda con promotores de salud en un contexto urbano marginal y la tercera desde una experiencia de comunicación.

Intenta, a través de estas historias y de lecturas complementarias, dejar que se adivinen o se inventen caminos similares que puedan ser puestos en práctica.

ISBN: 9978-04-335-7

Ediciones CECOMET
Calle "J" y Luis Tello (Las Palmas)
Casilla 08-01-0065
Tel.: 00593-6-722 035
Fax: 00593-6-722 039
e-mail: apostol1@vapostolico.org.ec
Esmeraldas, Ecuador