

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

ISSN 0255-6669

Vol. 10 No. 4, 1990

Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud

En los últimos 10 años se ha reavivado la controversia, en algunos círculos latinoamericanos, en torno al concepto de salud y enfermedad. A ello han contribuido, según nuestro parecer, tres hechos fundamentales:

a. A partir de la Asamblea Mundial de la Salud de 1977 (Resolución WHA 30,43)⁽¹⁾, en la cual los representantes de los Gobiernos Miembros acordaron que "la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debería ser alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, para el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva" (SPT 2000); y de la declaración posterior de Alma Ata (1978) donde se enfatizó, con el compromiso de los gobiernos de casi todos los países del mundo, que la Atención Primaria era el camino para alcanzar estos objetivos, como parte de un desarrollo general con espíritu de justicia social⁽²⁾; en 1980 los gobiernos de América acordaron en el XXVII Consejo Directivo de la OPS las Estrategias y Objetivos Regionales⁽³⁾, estableciéndose metas precisas en términos de mortalidad general y expectativa de vida al nacer, así como de cobertura total de inmunizaciones, agua potable, disposición de excretas y de servicios de atención médica, para todo grupo de población. En esta última

oportunidad se aprobó también que Atención Primaria debía ser concebida como una estrategia de transformación del modelo asistencial en función de los criterios de eficiencia, eficacia y equidad y como el conjunto de acciones "intersectoriales" orientadas a la transformación de las condiciones de vida, sobre todo de los grupos de población "postergados".

Este conjunto de definiciones y compromisos universalmente aceptados como valoración normativa han planteado, al conjunto de los trabajadores de salud, las limitaciones de los fundamentos teórico-metodológicos tradicionalmente utilizados y han abierto espacios a la necesidad de nuevos desarrollos que permitan asumir la problemática de salud-enfermedad como expresión de las condiciones de vida de diferentes grupos de población, y comprender las articulaciones entre estas y los procesos sociales más generales⁽⁴⁾.

b. La crisis económica y la deuda externa de los países latinoamericanos han traído, como una de sus consecuencias, un deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de los grupos de población y, al mismo tiempo, una tendencia a la reducción sustancial del gasto per cápita en salud y en proyectos sociales por parte del sector oficial⁽⁵⁾; con el consiguiente traslado progresivo,

EN ESTE NUMERO...

- Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud
- La peste en las Américas 1985-1988
- Grupo de trabajo sobre definición de casos de SIDA
- Primer encuentro chileno de epidemiología
- Becas para investigaciones en enfermedades tropicales
- Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

al presupuesto familiar, de los costos de los servicios y programas de salud.

En este contexto se ha hecho cada vez más evidente que las metas de SPT 2000 y los objetivos de las estrategias de APS serán difícilmente alcanzables para la mayoría de la población, en la mayoría de nuestros países, a menos que ocurran cambios sustanciales en las políticas sociales generales; acumulándose así una DEUDA SANITARIA creciente que pesa, sobre la población y los gobernantes, como costo social del servicio de la deuda financiera⁽⁹⁾. Todo ello ha contribuido a debilitar el poder legitimador del modelo asistencial, forzando en los estamentos técnicos la necesidad de propuestas de reestructuración y cambio en las políticas de salud.

c. En los marcos señalados, ha tomado fuerza el cuestionamiento de la "planificación normativa" en salud, la cual ha quedado reducida a simples dimensiones formales en muchos de los Ministerios de Salud e Instituciones de Seguridad Social; y se han abierto espacios para los desarrollos del "pensamiento estratégico en salud"⁽¹⁰⁾ y de la "planificación estratégica y situacional"⁽¹¹⁾, antes restringidas a espacios académicos o de oposición política, como herramientas que prometen ser más útiles para la gestión cotidiana de instituciones y programas, en situaciones de poder compartido y de escasez de recursos de poder. Estos "nuevos" desarrollos de la planificación y gestión exigen conceptualizaciones sobre los fenómenos de salud más integrales y con mayor potencia explicativa.

La epidemiología tiene como objeto de estudio los problemas de salud-enfermedad a nivel colectivo, de agrupaciones de población, a nivel de grupos sociales. Lo colectivo, grupal, social, no es la mera sumatoria de procesos individuales, pero al mismo tiempo tiene su expresión no sólo a nivel de grupos sino también a nivel de individuos.

Las concepciones tradicionales de salud y enfermedad han tenido que abrir espacio para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad de aprehender la complejidad real de los procesos determinantes, de superar la visión simple y unilateral, de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales. Al mismo tiempo esto representa el reto de demostrar que estos desarrollos realmente tienen mayor potencialidad para movilizar recursos de poder en función de obtener cambios favorables en las condiciones de vida y perfiles de salud de diferentes grupos de población y para articularse con los desarrollos del pensamiento estratégico en salud y de la planificación estratégica que permitirían mayor eficiencia y eficacia de las acciones de salud.

La "situación de salud"

La descripción y explicación de la situación de salud-enfermedad no son independientes de *quién* y desde cual

posición describe y explica⁽⁹⁾. De esta manera toda descripción y explicación son las de un actor en una determinada situación. Esto constituye un aspecto central para comprender por qué determinadas concepciones predominan y cómo se modifican. Si bien la forma como se perciben los fenómenos tiene una potencia movilizadora de fuerzas sociales; son las fuerzas sociales, los actores, quienes las desarrollan y promueven en función de la eficacia social de las mismas con relación a sus propósitos, sean estos proyectos sociales o técnico-científicos. La confrontación de conceptos, teorías, métodos y técnicas, es así uno de los ámbitos de conflictos y consensos entre actores sociales. El predominio de una forma de pensamiento no es sólo función de su mayor capacidad explicativa en abstracto, sino de su mayor capacidad explicativa desde el punto de vista de quienes tienen el poder de hacer predominar sus proyectos. Sin embargo, dado el carácter heterogéneo de nuestras sociedades, sobre todo en circunstancias de poder compartido, la HEGEMONIA de dichas ideas es también función de su potencialidad de dar respuesta a los fenómenos desde el punto de vista de otros actores sociales, y de "demostrar" superioridad en el plano *tecnológico* frente a otras formas de pensamiento⁽¹⁰⁾. La legitimación de un cuerpo de pensamiento exige así por un lado la acumulación de poder y por el otro su desarrollo no sólo metodológico sino tecnológico; es decir debe tener capacidad de asumir todo el desarrollo científico-técnico previo, redefinirlo y superarlo a un nivel mayor de eficiencia y eficacia. Ocupar espacios, acumular poder, con un pensamiento sobre salud-enfermedad más avanzado, supone por lo tanto no sólo la coherencia y fortaleza teórica de dicho pensamiento, sino una capacidad técnica superior a la del pensamiento que se aspira superar, una mayor capacidad de dar respuesta a los problemas de salud de todos los grupos sociales; no sólo aquellos que nosotros percibimos como relevantes, sino además aquellos que son percibidos como relevantes por otros actores sociales, sobre todo por aquellos cuyo concurso de poder es necesario para el desarrollo de los proyectos, generales y de salud, que valoramos positivamente.

Una situación de salud-enfermedad, desde el punto de vista de un actor social, contiene:

- a. Una selección de *problemas*, fenómenos que afectan a grupos de población seleccionados.
- b. Una enumeración de hechos, que en su contenido y forma son asumidos como relevantes (suficientes y necesarios) para *describir* los problemas seleccionados.
- c. Una explicación, es decir la identificación y percepción del complejo de relaciones entre los múltiples procesos, en diferentes planos y espacios, que producen los *problemas*.

La "situación de salud" de un determinado grupo de población es así un conjunto de "problemas" de salud.

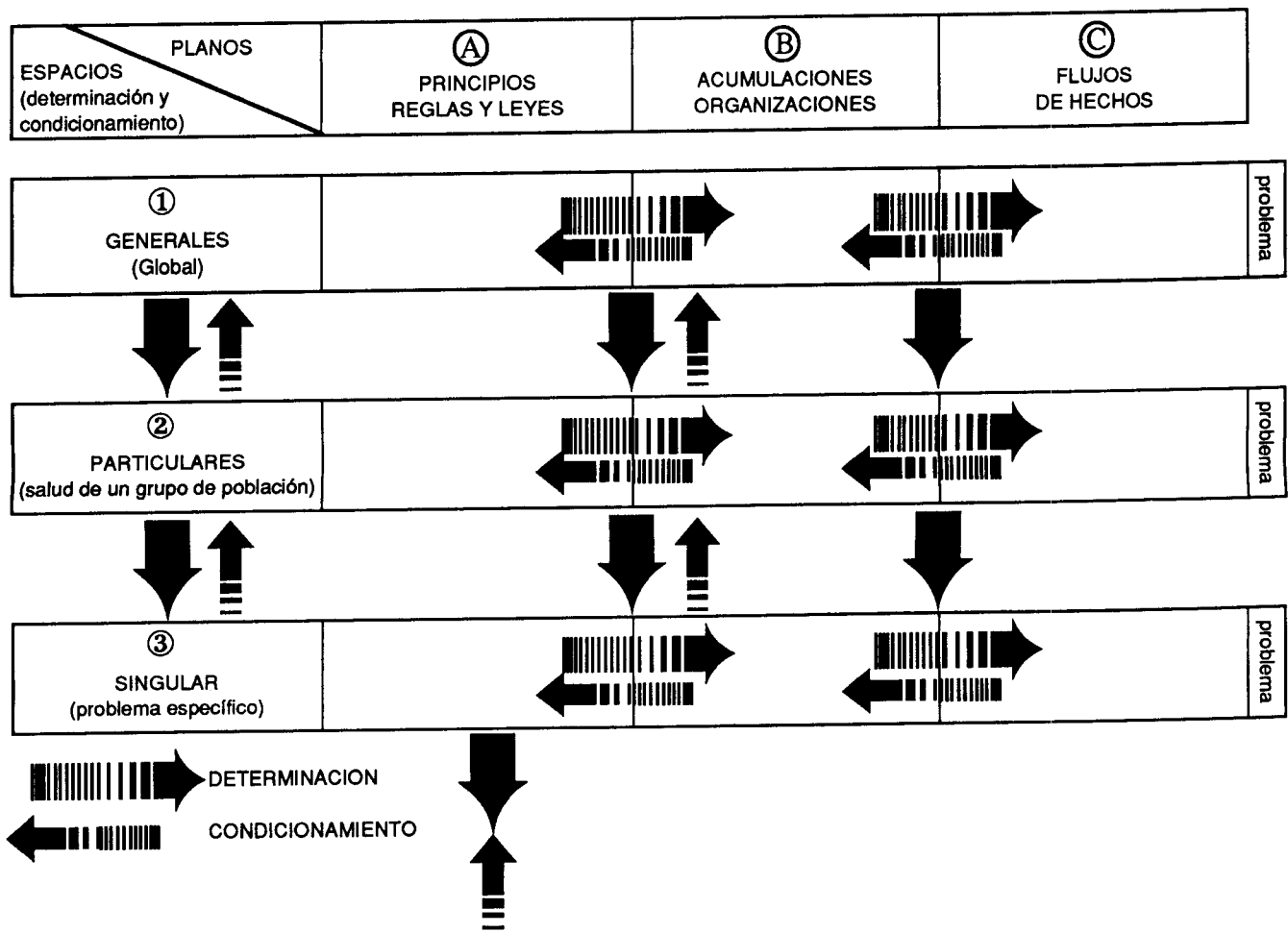
“descritos” y “explicados” desde la perspectiva de un actor social ⁽⁴⁾, es decir, de “alguien” que decide una conducta determinada en función de dicha situación.

Definición, descripción y explicación de problemas de salud-enfermedad

Los hechos que percibimos como fenómenos de salud y enfermedad ocurren en diferentes dimensiones. Ellos pueden ser variaciones (movimientos, flujos de hechos) *singulares*, es decir, entre individuos o entre agrupaciones de población por atributos individuales, o ser *particulares*, variaciones entre grupos sociales en una misma sociedad y en un mismo momento dado (grupos que difieren en sus condiciones objetivas de existencia), o como movimientos *generales*, flujos de hechos que corresponden a la sociedad en general, global. De esta manera los problemas de salud pueden ser definidos como tales en alguna(s) de estas dimensiones (véase diagrama 1).

Estas dimensiones de problemas se corresponden con diferentes “espacios” de determinación y condicionamiento; es decir que los problemas no sólo son definidos en diferentes espacios sino también explicados en espacios diferentes. La forma como se define un problema delimita el espacio de explicación utilizado por el actor. Así, cuando un actor define un problema en el espacio *singular* estará utilizando como explicación las formas de acumulación (organización) y las leyes y principios propios del nivel de lo singular, de los “juicios singulares”⁽¹¹⁾. Su potencia explicativa se limita a la singularidad de los fenómenos y su potencia de acción transformadora sobre los problemas se limita a las posibilidades tecnológicas que ella haya desarrollado dentro de esos límites. Cuando un problema es definido en el espacio *particular*, como perfil de un grupo de población, el actor tiene a su disposición la potencia explicativa de las acumulaciones, leyes y principios que explican el proceso de reproducción social de las condiciones objetivas de existencia de dife-

Diagrama 1. Explicación de problemas de salud.



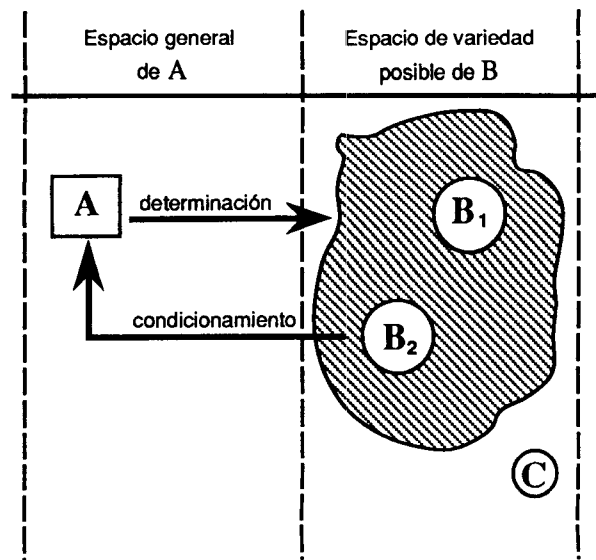
rentes grupos de población, y su capacidad tecnológica. Además de las desarrolladas en el espacio singular, incorporará todo el arsenal que posibilita la modificación de dichas condiciones objetivas de existencia. Comentario similar podemos hacer con respecto a problemas definidos en el espacio general, donde se amplía la potencia explicativa y de transformación. Muchas veces un problema definido en el espacio singular, deja de ser relevante cuando se lo define en el espacio particular o general. Pensemos por ejemplo que para un determinado actor constituye un problema relevante el acceso de la población a raciones de complementación nutricional para modificar la frecuencia de la desnutrición; si el actor tiene posibilidades de redefinir el problema desnutrición en términos de mejoramiento de las condiciones objetivas de existencia y calidad de vida de los grupos de población que presentan la desnutrición como problema, dejará de ser relevante el acceso a alimentación complementaria o tendrá un carácter transitorio, de emergencia. Sin embargo, es importante destacar que mientras más amplio es el espacio de definición y explicación de los problemas, mayor es la necesidad de recursos de poder (técnicos, administrativos y políticos) para actuar.

Por otra parte, es importante destacar que los espacios señalados no son excluyentes; por el contrario debemos asumirlos como incluyentes o recursivos. El espacio de lo general incluye el de lo particular y este el de lo singular. De allí que todo actor en salud está llamado por los hechos a dar respuestas en lo singular aún cuando tenga capacidad de identificar y explicar problemas a nivel general.

Los procesos correspondientes a espacios superiores tienen una relación de "determinación" sobre los procesos que corresponden a espacios de menor jerarquía. Esta relación no debe ser asumida como "causal", sino como la capacidad de delimitar el "espacio de variedad posible" de los procesos y fenómenos (véase diagrama 2). La situación "A" delimita las variaciones posibles de "B" y excluye la posibilidad de "C". Dentro de ese espacio de variedad posible operan los procesos de determinación correspondientes al nivel "B" y las leyes del azar.

Sin embargo, la forma como se desarrollan los hechos en un determinado nivel, se traduce en organización, acumulaciones biológicas y sociales, que afectan los niveles superiores de determinación. Así, por ejemplo, los perfiles de salud-enfermedad de un determinado grupo de población, están determinados por los procesos de reproducción social de sus condiciones objetivas de existencia (nivel particular), los cuales están determinados por los procesos que rigen la reproducción general de esa sociedad y que establecen la forma particular de inserción de dicho grupo en tales procesos generales. Sin embargo, y precisamente porque la reproducción de las relaciones generales de la sociedad supone la reproducción de los diferentes grupos que la componen, cualquier modifica-

Diagrama 2. Dinámica de los procesos.



ción a nivel de las condiciones objetivas de existencia de un grupo, se expresará de una u otra forma en los procesos generales de reproducción⁽¹²⁾. Es decir que entre los procesos de niveles superiores e inferiores hay una relación de "determinación", y en el sentido contrario hay una relación de "condicionamiento" (véase diagramas 1 y 2).

Al interior de cada espacio o nivel, existe también una dinámica de determinación y condicionamiento. Es decir una relación de determinación de las leyes y principios sobre las acumulaciones (formas organizativas) y de estas sobre los flujos de hechos (fenómenos) que producen; y al mismo tiempo una relación de condicionamiento entre los flujos de hechos, los cuales producen acumulaciones biológicas y sociales y pueden forzar las "reglas del sistema"⁽¹³⁾.

Ante este complejo proceso de determinación con mucha frecuencia se asumen posiciones unilaterales, que enfatizan alguno de sus niveles y componentes, cometiendo vicios de reduccionismo, cuando problemas correspondientes a espacios superiores se definen o explican en espacios inferiores, o de mecanicismo, cuando problemas fácilmente definibles, explicables y modificables en espacios inferiores se abordan sólo a niveles superiores. Obviamente que ello está relacionado no sólo o no tanto con limitaciones de conocimiento como con el punto de vista y los intereses del actor.

La descripción, explicación y acción transformadora en el espacio de lo singular

Este es el espacio de lo que podríamos llamar la "epidemiología de *qué*". Los "problemas" de salud-enfermedad en este espacio aparecen como variaciones

entre individuos o atributos individuales; y la forma habitual de definición de los mismos es la frecuencia y gravedad de una patología o accidente en particular, entre personas con determinados atributos de tiempo, espacio o caracteres biológicos o sociales individuales. Las formas de organización, las acumulaciones que producen estos hechos suelen ser formas de vida y conductas individuales, que últimamente se han venido denominando “estilos de vida”⁽¹⁴⁾, o la exposición individual a factores o procesos de riesgo que en su expresión organizativa constituyen los llamados “grupos de riesgo”⁽¹⁵⁾. Las leyes y principios más genéricos definidos por la epidemiología a este nivel son las leyes de variación de agentes, del huésped y de los riesgos, aun cuando se haya definido además un conjunto de otras leyes y principios más específicos para cada tipo de patología o problema⁽¹⁶⁾. Desde nuestro punto de vista, este es el espacio donde se ubican la mayor parte de los desarrollos teórico-metodológicos y técnicos de la epidemiología para estudiar epidemias, para evaluar factores de riesgo, para la vigilancia epidemiológica de problemas específicos, y más recientemente para la evaluación de tecnologías.

Asumir los problemas a este nivel es en definitiva recoger la forma como los procesos sociales y biológicos de determinación y condicionamiento se articulan para producir las manifestaciones singulares de los fenómenos de salud-enfermedad, y no tan solo asumir la expresión biológica individual de los procesos sociales. Estas expresiones singulares no son sólo expresiones biológicas, son expresiones singulares de procesos biológicos y sociales. El tipo de acciones que se derivan de esta forma de definición y explicación de los problemas de salud-enfermedad, suelen tener el carácter de control de daños y riesgos específicos de un problema o grupo de ellos y por lo tanto la organización del modelo asistencial que de ellas deriva suele ser la de programas o servicios dirigidos a patologías específicas, muchas veces verticalistas y centralizadoras.

El extenso arsenal metodológico y técnico disponible para el abordaje a este nivel tiene que ser dominado por quienes desean dar respuestas a los problemas de salud desde los servicios de salud o en condiciones de limitación de recursos de poder. La gestión a este nivel es básica no sólo para ganar legitimidad, sino además para evidenciar las limitaciones del mismo, la necesidad de redefinir los problemas en espacios superiores y de acumular poder para actuar en los mismos.

La definición, explicación y acción transformadora en el espacio de lo particular

Este es el espacio de lo que podríamos llamar la “epidemiología de *quién*”. Los “problemas” aparecen definidos como variaciones de perfil de salud-enfermedad a nivel de grupos de población^(17,18). La explicación enfatiza en los procesos de reproducción social de las condi-

ciones objetivas de existencia (calidad de vida) de cada grupo, y en las leyes y principios que rigen las acumulaciones, las formas como se organizan los diferentes “momentos” de dicho proceso.

La existencia y reproducción de los hombres, sus condiciones objetivas de existencia, comprenden como primera condición indispensable la existencia como especie, la replicación y reproducción de los caracteres morfológicos y funcionales de la especie humana. Para efectos de salud-enfermedad debemos destacar los procesos de gestación, crecimiento y desarrollo y su expresión en las capacidades genéticas y patrones de respuesta inmunológica. De allí que un “momento” principal del proceso de reproducción social de las condiciones objetivas de existencia de individuos y grupo, es el momento de *reproducción biológica*.

La existencia de los hombres y grupos sociales, al igual que en otros seres vivos, ocurre inmersa en múltiples sistemas ecológicos en los cuales interactúan con muchos otros grupos humanos y otras especies en determinadas condiciones naturales. Otro momento principal de la reproducción social de estas condiciones de existencia es así el momento de *reproducción de las relaciones ecológicas*.

Las relaciones entre los hombres y entre ellos y la naturaleza están mediadas por la conciencia y las formas de conducta que de ella se derivan. Reproducir un grupo humano implica la reproducción de sus formas de percibirse a sí mismo y al resto de los grupos de población, y de percibir el mundo social y natural ante el cual definen sus conductas (conciencia individual, de grupo, de nación, de clase, nivel y formas de conocimiento de los procesos naturales y sociales, etc.). El tercer momento principal a distinguir es el momento de *reproducción de las formas de conciencia y de conducta*.

Las relaciones entre los hombres y entre ellos y la naturaleza están básicamente mediadas por la capacidad de trabajar, de producir y distribuir bienes y servicios para satisfacer sus necesidades. Reproducir la existencia de un grupo de población requiere reproducir sus relaciones económicas, sus formas de inserción en el proceso productivo, en la distribución y consumo de bienes y servicios. El cuarto momento principal a identificar es por tanto el momento de *reproducción de las relaciones económicas*.

El proceso de reproducción social comprende así por lo menos cuatro momentos principales: el momento de reproducción de la procesos biológicos, el de las relaciones y procesos ecológicos, el de las formas de conciencia y de conducta, y el de las relaciones económicas⁽¹⁹⁾. Cada uno de estos procesos está regido por principios y leyes que las disciplinas científicas específicas se han encargado de desentrañar. Las diferentes disciplinas de la biología, la ecología, las ciencias de la conciencia y conducta (psicología, antropología, educación, etc.) y las diferentes disciplinas económicas, nos aportan cada día ele-

mentos conceptuales, metodológicos y técnicos para conocer los flujos de hechos y las formas de organización (acumulación) correspondientes a cada momento. Sin embargo, es necesario señalar que las condiciones objetivas de existencia de un grupo social y por tanto su perfil de salud-enfermedad, no son la sumatoria más o menos aleatoria de los hechos y acumulaciones en cada momento reproductivo, como procesos independientes. La noción de “momento” pretende justamente superar el concepto de etapa y la visión de “estructuras” o procesos independientes. Cada momento involucra en su proceso al conjunto de los otros momentos y es al mismo tiempo afectado por ellos. Entrando por cada momento nos encontramos con todos los momentos.

Las leyes y principios que rigen en particular en cada momento reproductivo son específicas para él, pero se articulan en el complejo proceso biológico y social de reproducción de las condiciones objetivas de existencia de cada grupo social, de una forma diferente. Esta forma de articulación es expresión del proceso general de reproducción de la sociedad y de la forma de inserción de dicho grupo social.

Abordar los problemas de salud a este nivel permite identificar las acumulaciones que producen el perfil de salud-enfermedad de cada grupo e identificar las acciones que a nivel de la reproducción biológica (gestación, crecimiento, desarrollo, genética, inmunología, etc.) son técnicamente factibles de realizar para modificarlas. Igualmente permite identificar las acumulaciones a nivel de lo ecológico (condiciones naturales, exposición a ciclos epidemiológicos de enfermedades, saneamiento ambiental, condiciones ambientales de trabajo, etc.); a nivel de las formas de conciencia y conducta (organización, participación, educación, movilización, etc.), y al nivel de las relaciones económicas (proceso de trabajo, participación en la distribución y en el consumo, acceso a servicios asistenciales, etc.) que tenemos posibilidades de modificar, el tipo de hechos que es necesario producir para acumular posibilidades de transformarlas; o bien el tipo de hechos que debemos producir para que se impacte en el nivel de lo general la organización económica, política, cultural y los hechos que ellas producen, la forma de inserción del grupo social en cuestión. O bien la necesidad de cambiar las reglas generales del sistema.

El tipo de acciones de salud que se derivan de este abordaje particular tiende a organizarse en planes y programas de salud por grupos de población, abriendo mayores posibilidades a la descentralización y a la participación de las organizaciones de la población. Este abordaje permite redefinir muchas de las acciones que podrían definirse en un abordaje singular o potenciarlas como parte del esfuerzo por modificar las condiciones de existencia de un grupo. Permite así mismo plantearse la posibilidad de definir un conjunto de indicadores sobre períodos más precoces del proceso de determinación, y también redefinir el pensamiento preventivo y de promo-

ción de salud, dándose así la mano con las conceptualizaciones más avanzadas de la “estrategia de atención primaria”, entendida esta no como “un programa marginal para poblaciones marginalizadas”, sino como el conjunto de acciones sociales dirigidas a promover la transformación de la calidad de vida de todas los sectores de la población ⁽²⁰⁾.

Hemos querido insistir en este espacio de lo particular por cuanto, en nuestra opinión, muchas de las limitaciones y dificultades teórico-metodológicas de quienes trabajan en los servicios de salud residen en las limitaciones para definir los problemas y evaluar sus acciones en este ámbito. Asimismo, pensamos, muchas de las dificultades para la incorporación del pensamiento social más avanzado en los espacios técnicos de salud, devienen del escaso énfasis en estos procesos de mediación y la limitación, muchas veces, al abordaje en el espacio de lo general. Recuperar el espacio de lo particular es recuperar los procesos que median entre los procesos más generales y sus manifestaciones a nivel singular. Es asumir toda la potencialidad explicativa de las ciencias biológicas y sociales, pero a partir de la definición de “problemas” de salud-enfermedad y de la búsqueda de acciones que potencien nuestra eficiencia y eficacia.

Definición, explicación y acción transformadora en el espacio de lo general

Este es el ámbito de las políticas y planes de salud. Los problemas aparecen básicamente como la necesidad de decidir entre prioridades, entre ellas los planes de salud; como la necesidad de priorizar entre diferentes grupos de población; como la forma de inserción de los perfiles de salud de la población y del modelo asistencial con los procesos económicos, políticos, demográficos, y las condiciones naturales del lugar. Este es el ámbito donde suelen definirse las características básicas del modelo asistencial.

El abordaje de los problemas de salud-enfermedad a este nivel permite identificar las relaciones entre ellos y los modelos económicos, los cambios históricos en los procesos políticos, el impacto de grandes catástrofes bélicas, o naturales.

Las consideraciones sobre este espacio no se amplían, por nuestras propias limitaciones, por limitaciones de espacio y por ser el ámbito más extensamente admitido por los investigadores sociales en salud. Sin embargo, queremos destacar la necesidad de profundizar el desarrollo de herramientas conceptuales, metodológicas y técnicas para la valoración prospectiva de los problemas de salud-enfermedad. En circunstancias como las actuales de América Latina se ha incrementado la necesidad de instrumentos para evaluar el impacto a mediano plazo de las decisiones de hoy, a fin de orientar los juicios sobre ellas con bases más sólidas y fundamentadas. La prospectiva en otros campos ha alcanzado desarrollos considerables que contrastan con el estado aún primitivo de la

utilización en salud^(21,22,23). Ello es indispensable además por el hecho de que muchas decisiones impactan después de muchos años y mediadas por el impacto de muchos otros procesos.

Referencias

- ⁽¹⁾ Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA 30.43. Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 1977.
- ⁽²⁾ Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Alma-Ata. 1978: Atención Primaria de Salud*. Ginebra: Serie salud para todos No. 1, 1978.
- ⁽³⁾ Organización Panamericana de la Salud. *Estrategias. Salud para todos en el año 2000*. Washington, D.C.: Documento Oficial No. 173, 1980.
- ⁽⁴⁾ Barrenechea, J.J., Castellanos, P.L., Matus, C., Mendes, E., Medici, A. y Sonis, A. *Esquema tentativo de análisis de las implicaciones conceptuales y metodológicas de APS y SPT 2000*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1987.
- ⁽⁵⁾ Organización Panamericana de la Salud. *Informe Anual del Director, 1984*. Washington, D.C.: Documento Oficial No. 201, 1985.
- ⁽⁶⁾ Barrenechea, J.J. y col. Opus cit.
- ⁽⁷⁾ Testa, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. *Cuad Med Soc* 38:3-24, 1986.
- ⁽⁸⁾ Matus, C. *Estrategia y plan* (3a ed) México, D.F.: Siglo XXI Editores, 1981.
- ⁽⁹⁾ a) Mitrov, I. y Bonoma. Psychological assumption, experimentation and old world problems: A critique and alternative approach to evaluation. *Evaluation Quarterly*:(2)235-260, 1978.
- b) Mitrov, I. y Killman. *Methodological approach to social sciences*. San Francisco: Jossey-Buss, 1978.
- ⁽¹⁰⁾ Gramsci A. *Notas sobre Maquiavelo*. México, D.F.: Juan Pablo Editor, 1975.
- ⁽¹¹⁾ Hegel, G. *Lógica*. Madrid: Ed. Ricardo Aguilera, 1971.
- ⁽¹²⁾ La noción de procesos de determinación, vinculada al pensamiento explicativo, no debe ser restringida al "pensamiento causal" positivista, en el sentido de Hume ni de Stuart Mills. Tampoco debe ser confundido con nociones meramente probabilísticas como las de Suppes, ni neopositivistas, estructuralistas y pragmáticas como las de Collingwood. Si bien no corresponde ahora una discusión sistemática del pensamiento causal en epidemiología, sí conviene destacar la relevancia que en el proceso práctico de conocimiento tienen las teorías que sobre el iene objeto tel actor conocedor, tal como ha sido rescatado y enfatizado en el pensamiento de Popper, y destacar además, a diferencia de este último autor, la jerarquizada y dinámica complejidad de los procesos de determinación, la relevancia que la forma como los diferentes actores sociales perciben los objetos de conocimiento y transformación tiene para la praxis de dichos actores sociales, y el carácter socialmente determinado de estas formas de percepción.

Para una mayor discusión de los procesos de determinación en salud sugerimos:

- a) Castellanos, P.L. La investigación epidemiológica. En: *Usos y perspectivas de la epidemiología*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, PNSP 84-47, 1984.
- b) Castellanos, P.L. Las ciencias sociales en la investigación en salud. En: *Salud y sociedad. Memorias del Seminario Ciencias Sociales y Salud, Quito, 1983*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1986.
- ⁽¹³⁾ Sobre la relación entre flujos de hechos, acumulaciones y reglas conviene ver: Matus, C. *Política y plan*, Caracas: Publicaciones IVEPLAN, 1984.
- ⁽¹⁴⁾ a) Gladunov, I. y cols. An integrated program for the prevention and control of non-communicable diseases. *J Chronic Dis* 26:419-426, 1983.
- b) Klos, D.M. y Rosenstock, I.M. Some lessons from the North Karelia projects. *Am J Pub Health* 72:53-54, 1982.
- ⁽¹⁵⁾ a) Mac Mahon, B. y Pugh. *Principios y métodos de la epidemiología* (2a ed) México D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1975.
- b) Lilienfeld, A. *Foundations of epidemiology*. Nueva York: Oxford University Press, 1976.
- ⁽¹⁶⁾ Susser, M. *Causal thinking in the health sciences*. Nueva York: Oxford University Press, 1973.
- ⁽¹⁷⁾ Breilh, J. *Epidemiología, economía, medicina y política*. Quito: Ediciones Universidad Central, 1979.
- ⁽¹⁸⁾ Laurell, A.C. Work process and health process in Mexico. *Int J Health Serv* 9:543-568, 1979.
- ⁽¹⁹⁾ Para una mayor discusión sobre reproducción social y salud conviene ver: Samaja, J. Lógica, biología y sociología médicas. *Rev Centro Americana de Salud*, Nos. 6 al 12, 1976-79.
- ⁽²⁰⁾ Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo de la política general de cooperación técnica de la OPS en el cuatrienio 1987-90*. Tema 5. Comité Ejecutivo del Consejo Directivo. Washington, D.C., abril 1987.
- ⁽²¹⁾ McKeown, T. La enfermedad desde la perspectiva del desarrollo humano. *Foro Mundial de la Salud*, 6(1):82-88, 1985.
- ⁽²²⁾ Murtomaa, M. y Kankaanpaa, J. *Scenarios approach in Finnish health strategy development*. European Conference on Planning and Management for Health, septiembre 1984.
- ⁽²³⁾ Brenner H. *Estimating the effects of economic change on national health and social well-being*. A study prepared for the use of the Joint Economic Committee. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, junio 1984.

(Fuente: Dr. Pedro Luis Castellanos, presentado en el IV Congreso Latinoamericano y V Congreso Mundial de Medicina Social, Medellín, Colombia, julio 1987.)

La peste en las Américas 1985-1988

Durante los últimos cuatro años la situación de la peste humana en las Américas ha sido consistente con la endemia de la peste de roedores salvajes en sus focos naturales. La OPS ha recibido notificación de 438 casos de peste con 42 casos fatales (50% del número de casos notificados durante los cuatro años anteriores: 1981-1984). Esto señala una tasa de letalidad de aproximadamente 9,6%. Es interesante observar que no hay evidencia de que en la Región esté ocurriendo la forma neumónica de la enfermedad. Casos de peste bubónica fueron notificados por los cinco países de las Américas donde los focos endémicos de peste han estado activos durante los últimos años. En ese período se redujo considerablemente en Perú la extensión geográfica del área infectada. Esto se debe probablemente a la regresión de la peste después del grave brote notificado en 1984, el cual se extendió a tres departamentos en el norte del país. El cese de este brote en Perú contribuyó de manera importante a la disminución de los casos notificados en el cuatrienio.

En una base global, durante los últimos cuatro años la Región de las Américas ha incluido geográficamente a cinco de los 12 países (42%) que han notificado casos de peste a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esos cinco países son responsables de aproximadamente 12,5% del número total de casos de peste registrados por la OMS.

En el cuadro 1 se presenta el número anual de casos de peste y de defunciones notificados a la OPS.

Bolivia ha seguido notificando casos de peste en el foco de Apolo, en el Departamento de La Paz, un foco relativamente nuevo que se inició en 1967, y que ha producido casos en una base casi anual desde esa fecha. El foco de peste inactivo en el Departamento de Santa Cruz, al sureste del país, produjo dos casos de peste durante

septiembre-octubre de 1987. Estos fueron los primeros casos notificados en ese foco desde 1985, lo que indica que la peste está circulando activamente en esta área.

En Brasil, se ha observado una tendencia decreciente en la notificación de casos durante los últimos cuatro años con ocurrencias esporádicas de casos durante el año. Sin embargo, parecen ocurrir períodos de actividad alta estacional durante los meses de febrero y marzo y de nuevo de septiembre a noviembre. Una tasa de defunción menor de 3% evidencia un sistema nacional de vigilancia activo, que permite la temprana identificación y el tratamiento adecuado de casos.

Durante este cuatrienio, Ecuador notificó solo tres casos de peste con dos defunciones. Esos casos ocurrieron en 1985 en el Cantón Macará, Provincia de Loja, en la sección extrema sur del país en la frontera con Perú. Aparentemente estaban asociados con el brote de peste que apareció en Perú en 1984, y que se extendió hacia el norte. El foco de Chimborazo no ha producido ningún caso durante los últimos cuatro años, después del pequeño brote que ocurrió en 1983-1984.

En Perú, durante el primer trimestre de 1985 se notificaron casos de peste en los Departamentos de Cajamarca y Piura y desde entonces solo en este último Departamento. Todo esto parece indicar que el extenso brote de peste bubónica de 1984 se ha reducido y que la peste se ha limitado a su foco perenne en el Departamento de Piura. No se notificaron casos durante 1986. No obstante, en 1987 y 1988 se notificó un total de 41 casos en el Departamento de Piura con una tasa de mortalidad cercana al 27%.

Casos de peste han continuado ocurriendo en toda el área endémica occidental de los Estados Unidos de América, con casos notificados por los nueve estados del

Cuadro 1. Número de casos de peste y defunciones en las Américas 1985-1988.

País	Número de casos (defunciones)				Total
	1985	1986	1987	1988	
Bolivia	--	94(15)	2(1)	2	98(16)
Brasil	71(2)	58(4)	44	25	198(6)
Ecuador	3(2)	--	--	--	3(2)
Estados Unidos	17(2)	10	12(2)	15	54(4)
Perú	44(3)	--	31(6)	10(5)	85(14)
Total	135(9)	162(19)	88(9)	52(5)	438(42)

oeste. Las investigaciones sobre estos casos detectaron roedores epizooticos salvajes en la proximidad del sitio donde ocurrieron muchos de estos casos.

Del análisis de la información disponible recibida por la OPS procedente de los países de la Región, parece ser que los casos esporádicos de peste que ocurren en Brasil y los Estados Unidos, son probablemente causados por el contacto directo con roedores salvajes infectados y por sus pulgas. Por otro lado, los pequeños brotes que ocurren en los países andinos son probablemente resultado del contacto inicial con roedores salvajes infectados y de la transmisión subsecuente de humano a humano a través de la pulga humana del vector *Pulex irritans*. Esto coincide con los brotes relativamente pequeños, explosivos, frecuentemente familiares entre individuos que asisten a velorios de casos fatales de peste. Es interesante observar que en los países andinos los casos iniciales en el área son generalmente fatales, mientras que los casos sub-

secuentes usualmente sobreviven. Esto se puede deber a retraso en la notificación ya que la peste ocurre en áreas rurales lejanas y algunas veces se requiere notificar a las autoridades nacionales. Sin embargo, una vez que las autoridades son alertadas, la pronta identificación y tratamiento de casos previene defunciones subsecuentes.

La peste es extremadamente difícil o imposible de erradicar en sus focos endémicos salvajes y puede, bajo ciertas condiciones, extenderse rápidamente a las áreas adyacentes, como sucedió con el brote de 1984 en el Perú. Por esa razón, es obligatorio que la vigilancia de la peste se incremente y se mantenga cuidadosamente para controlar la expansión potencial de los focos actuales, que pudiera resultar en la invasión de áreas altamente pobladas con resultados desastrosos.

(Fuente: Dr. James A. Rust, Consultor, Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS.)

Grupo de trabajo sobre definición de casos de SIDA

Introducción

En 1981, después del reconocimiento de un nuevo síndrome, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) en Atlanta, desarrollaron una definición de trabajo para este síndrome en los adultos, con el fin de vigilar la epidemia⁽¹⁾. En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó esa definición para su uso a nivel mundial⁽²⁾. La OMS propuso, asimismo, una definición alternativa de casos del SIDA, basada en criterios clínicos, con el fin de facilitar el reconocimiento de este síndrome y la notificación de casos cuando no se disponga de servicios de laboratorio⁽³⁾.

Aunque la definición clínica de la OMS de casos de SIDA ha sido de gran utilidad en muchos países de Africa al sur del Sahara, existen razones que justifican el desarrollo para América Latina y el Caribe de una nueva definición auxiliar de casos de SIDA en los adultos. Entre las razones principales se encuentran: 1) la creciente importancia de las infecciones endémicas específicas (por ejemplo, la tuberculosis) en la presentación clínica de casos del SIDA; 2) la disponibilidad de servicios de laboratorio para confirmar los hallazgos clínicos de la infección por

el HIV, mediante la prueba de anticuerpos, empleando los métodos ELISA, de inmunofluorescencia o de inmunoelectrotransferencia (Western blot) y 3) el hecho de que la definición de casos del SIDA de la OMS/CDC no se puede aplicar de manera amplia en los países de la Región de las Américas, ya que usualmente no se dispone de los métodos diagnósticos adecuados que requieren cultivo, histología, citología o radiología.

Métodos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la OMS, y el Programa Global de la OMS sobre el SIDA convocaron a un grupo de trabajo de expertos de siete países (Argentina, Brasil, Canadá, los Estados Unidos, Honduras, México y Venezuela), con el siguiente propósito:

1. Revisar la aplicación de la definición de casos del SIDA en los adultos, que se emplea actualmente^(3,4) en los países de las Américas, y
2. Proponer una definición de casos del SIDA más conveniente que complemente el criterio actual, para ser utilizada en las Américas⁽⁴⁾.

El Grupo de Trabajo se reunió en Caracas, Venezuela, entre el 20 y el 22 de febrero de 1989 y redactó una definición preliminar de casos, basada en datos empíricos^(5,6) y en la experiencia profesional de los participantes.

Resultados

El grupo de expertos propuso una definición de casos del SIDA que requiere una prueba serológica positiva del HIV, más la presencia de una o más manifestaciones clínicas fáciles de diagnosticar, asociadas con las etapas avanzadas de la infección por el HIV (cuadro 1). Las manifestaciones se agrupan en tres clasificaciones (A, B y C) de acuerdo con su importancia relativa. A las condiciones en la clasificación A se les asigna seis puntos, en la clasificación B tres puntos y en la C dos puntos. Se clasifica con SIDA a los adultos (personas con 13 o más

años de edad) si resultan positivos a la prueba del HIV y acumulan seis o más puntos, o si reúnen los criterios más estrictos de la definición estándar actual del SIDA en los adultos⁽⁴⁾.

Discusión

En 1983 la OPS inició el sistema de vigilancia epidemiológica de casos del SIDA. La definición de casos revisada (OMS/ CDC, 1987) que se promueve dentro de la Región de las Américas requiere que se notifique a la OPS los casos del SIDA. La consulta en Caracas ofreció la oportunidad de desarrollar una definición auxiliar más apropiada para la notificación de casos del SIDA en América Latina y el Caribe. Esa definición auxiliar refleja la diversidad de hallazgos clínicos y recursos técnicos, y será de utilidad en aquellos lugares donde no se puede aplicar⁽⁴⁾

Cuadro 1. Grupo de trabajo sobre criterios para definición de casos del SIDA.

	Síntoma/signo/diagnóstico	Puntos
A	+ Sarcoma de Kaposi	6
	+ Tuberculosis pulmonar diseminada/extrapulmonar/no cavitaria	6
B	+ Candidiasis oral/leucoplasia pilosa	3
	+ Tuberculosis pulmonar cavitaria o sin especificación	3
	+ Herpes zóster, <60 años de edad	3
	+ Disfunción del sistema nervioso central	3
C	+ Diarrea, ≥1 mes	2
	+ Fiebre, ≥1 mes	2
	+ Caquexia o >10% de pérdida de peso	2
	+ Astenia, >1 mes	2
	+ Dermatitis persistente	2
	+ Anemia, linfopenia y/o trombocitopenia	2
	+ Infiltrados intersticiales, difusos y/o bilaterales	2
	+ Tos persistente	2
	Total	

Más: Serología del HIV positiva.

Exclusiones: cáncer, quimioterapia o tratamiento con esteroides, o cuando las condiciones enumeradas resultan de causas conocidas no asociadas con la infección por el HIV.

Notas para las clasificaciones A, B, y C

- Tuberculosis* - En ausencia de una radiografía de tórax se debe considerar el diagnóstico de tuberculosis pulmonar como una condición de la clasificación B.
- Disfunción del sistema nervioso central* - Indicada por (1) confusión mental (por ejemplo, disorientación espacial o temporal); (2) demencia; (3) nivel de conciencia disminuido (por ejemplo, estupor o coma); (4) convulsiones; (5) meningitis o encefalitis, y/o (6) pruebas cerebelares anormales (por ejemplo, incapacidad de mover el dedo índice ≥20 veces en cinco segundos).
- Candidiasis oral* - Puede ser diagnosticada por la apariencia macroscópica en la mucosa orofaríngea de característicos parches blancos removibles o placas en base eritematosa.
- Leucoplasia pilosa* - Placas blancas no removibles en la lengua.
- Diarrea* - Dos o más evacuaciones flojas o líquidas al día, constante o intermitentemente por un mes o más.
- Caquexia o pérdida de peso* - Emaciación clínica o pérdida de peso mayor del 10% del peso normal del paciente (cuando no se conoce el peso normal del paciente, se utilizará para calcularlo el peso promedio de la población del mismo sexo y altura del paciente).
- Anormalidades hematológicas* - La anemia se define de la manera siguiente: < 30% de hematócrito en los hombres y < 25% en las mujeres. < 11g/dl de hemoglobina en los hombres y < 10g/dl en las mujeres; linfopenia absoluta < 1.000/ul (mm³); trombocitopenia < 100.000/ul (mm³). Se asigna solo una condición satisfecha (forma textual) y se asignan dos puntos (sistema de puntaje) por una o más de estas anomalías hematológicas.

la definición de casos del SIDA de la OMS/CDC en la notificación de casos.

Con posterioridad a la reunión, la OPS informó a todos los Países Miembros sobre el proyecto de definición y solicitó opiniones en cuanto a su idoneidad y compatibilidad con los modelos nacionales de atención de salud, así como sugerencias para mejorarlos. Se recomendó, por ejemplo, que se agregara a la clasificación C, linfadenopatía ≥ 1 cm en ≥ 2 sitios no inguinales por ≥ 1 mes, y que la tos persistente o cualquier forma de neumonía (excepto la tuberculosis) se sustituyera por infiltrados intersticiales y tos persistente. El Ministerio de Salud de Brasil y los CDC han sugerido, asimismo, que se revise el sistema de puntos y han desarrollado un protocolo para la verificación clínica de la nueva definición.

En conclusión, reconociendo la importancia de perfeccionar la calidad del proceso de notificación de casos del SIDA, se hace necesario desarrollar nuevos estudios que evalúen y verifiquen la definición auxiliar propuesta por el Grupo de Trabajo de Caracas. La OPS facilitará la cooperación técnica para estudios de verificación y de recolección de nueva información relevante, con el fin de establecer una definición auxiliar operativa de casos del SIDA.

- (1) Centros para el Control de Enfermedades. Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS)—Estados Unidos, *MMWR* 31:507-514, 1982.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), WHO/CDC case definition for AIDS. *WER* 61(10): 69-72, 1986.
- (3) Organización Mundial de la Salud. Provisional WHO clinical case definition for AIDS. *WER* 61(10) 72-73, 1986.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), 1987 revision of CDC/WHO case definition for AIDS. *WER* 63(1/2) 1-7, 1988.
- (5) Schechter, MT, Craib, KJP, Thinh, NL, y cols. Progression to AIDS and predictors of AIDS in seroprevalent and seroincident cohorts of homosexual men. *AIDS* 3:347-353, 1989.
- (6) Pérez, MA, Ismael, C, Quinhões, EP, y cols. Theory and method to develop a revised case definition of AIDS from empirical clinical data. En: *Resúmenes analíticos, V Conferencia Internacional sobre el SIDA, Montreal, Canadá, 4-9 junio de 1989*. No. WGP 14, p. 1012, 1989.

Primer encuentro chileno de epidemiología

Entre el 26 y el 28 de julio de 1989, se efectuó en Santiago el primer encuentro chileno de epidemiología, auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de Chile, y organizado por el Grupo para el Desarrollo de la Investigación en Salud (GREDIS)¹.

Los objetivos del encuentro fueron hacer un diagnóstico del uso de la epidemiología en el país, promover su utilización para enfrentar problemas de salud, y delinear metas y estrategias para lograr que la epidemiología sea usada sistemáticamente en todos los niveles donde se toman decisiones en salud.

Al encuentro se invitaron epidemiólogos chilenos de organismos dependientes del Ministerio de Salud, de las Universidades, y de organizaciones no gubernamentales (se definió como epidemiólogos a todos quienes trabajan en clínica, laboratorio o salud pública y que requieren de la epidemiología para su quehacer). Asistieron en total 107 personas, en su mayoría médicos (75%); las provincias fueron representadas por un grupo relativamente pequeño de participantes (10%).

Se cursaron dos tipos de invitaciones: participantes (73) quienes formaron grupos de trabajo y presentaron sus conclusiones en reuniones plenarias, e invitados (34) quienes asistieron a las exposiciones.

Los grupos de trabajo fueron liderados por epidemiólogos jóvenes, quienes participaron además en el diseño de guías de discusión. Este grupo de monitores asumió con entusiasmo la tarea y tuvo un rol importante en los resultados del encuentro.

¹Organización no gubernamental que desarrolla investigación y capacitación en epidemiología.

Se realizaron cuatro tipos de actividades:

- a.- *Presentación de grandes temas de la epidemiología:* “Desafíos de la epidemiología moderna para los servicios de salud”, “Vigilancia epidemiológica”, “Enfoque de riesgo”, “Experiencias de investigaciones colaborativas en Chile” a cargo de distinguidos especialistas internacionales.
- b.- *Presentación de temas contingentes de la epidemiología:* hipertensión arterial, sarampión, administración de servicios de salud posterior al reciente traspaso de los consultorios de atención primaria a la administración municipal y control de alimentos. Estos temas fueron abordados por especialistas nacionales de amplia trayectoria y su presentación enfatizó la necesidad de la epidemiología en cada caso.
- c.- *Discusión en grupos de trabajo:* se formaron tres categorías de grupos: docentes e investigadores; representantes de organismos normativos, y profesionales del nivel operativo. Los grupos de 10 a 14 personas se abocaron a la discusión del uso de la epidemiología en todas las actividades de salud, y posteriormente propusieron estrategias para mejorarla. El debate se organizó analizando la situación de la epidemiología, de acuerdo a sus usos: diagnóstico de la situación de salud, vigilancia epidemiológica, evaluación, investigación y organización de servicios de salud. Cada grupo debatió en torno a dos usos de la epidemiología.
- d.- *Plenarias:* cada grupo presentó los puntos debatidos, tanto aquellos donde había consenso, como aquellos en que las opiniones se encontraban divididas. Las plenarias permitieron la discusión inter-grupos.

Como producto del encuentro se editará un documento con las conclusiones, sugerencias y tareas a corto y mediano plazo, y se implementará una serie de actividades para mantener continuidad en el desarrollo de la epidemiología.

Conclusiones del encuentro

Existe acuerdo en que Chile tiene una tradición de desarrollo e impulso de la epidemiología y ha formado epidemiólogos que han cooperado en la difusión de esta disciplina en otros países de Latinoamérica. También se observó que se cuenta con una organización de servicios de salud que abarca todo el territorio y que existen programas nacionales para enfrentar los problemas de salud que en su oportunidad fueron prioritarios.

Sin embargo, también es claro que ha habido, en los últimos años, un estancamiento en el desarrollo de la

salud pública que dificulta dar respuestas eficientes a las prioridades de salud actuales. Esto último fue la principal motivación de este primer encuentro. Las observaciones que siguen reflejan las conclusiones de los participantes y se refieren mayormente a las limitaciones que hoy enfrenta la epidemiología en el país.

El uso de la epidemiología en el diagnóstico de la situación de salud de la comunidad

En general se trabaja sin un diagnóstico de salud y el análisis de la información que se registra es insuficiente. Los equipos locales se han transformado en generadores de información “solicitada” por los niveles superiores y raramente son retroalimentados por el sistema. La comunidad no participa en el diagnóstico ni es informada del resultado de éste.

Cuando se dispone de un diagnóstico, generalmente no incluye factores de riesgo, sino que se centra más bien en los daños específicos. Se reconoció la falta de indicadores para medir factores psicosociales importantes que influyen en la salud.

Entre los factores que condicionan la falta de diagnósticos o la calidad discutible de los mismos se mencionaron los siguientes: alta demanda asistencial, capacitación insuficiente y, finalmente, falta de motivación de los equipos de salud.

El uso de la epidemiología en la vigilancia epidemiológica

En Chile se someten a vigilancia epidemiológica las enfermedades infecciosas incluidas en el programa ampliado de inmunizaciones, la tuberculosis y algunas otras situaciones de salud.

Se concluyó que el principal problema del sistema en uso es que no conduce a la toma de decisiones o que estas se toman tardíamente, lo que explicaría en parte por qué no se analizan en forma oportuna los datos del sistema. Esta fallas ocurren tanto en el nivel local como en los niveles superiores.

También se comentaron las limitaciones en la generación de información, tales como: subnotificación debido a que cantidades crecientes de personas son atendidas en servicios privados donde no se notifica o en servicios de urgencia donde se notifica en forma no sistemática; poca difusión y actualización de las normas; inexistencia de manuales de procedimientos; falta de validación de la información recogida.

No hay mecanismos adecuados de retroalimentación del sistema ni difusión de la información a la comunidad científica nacional ni a la población.

Se comentó que la alta rotación de personal a cargo de las actividades de epidemiología, especialmente en el primer nivel de atención, dificulta su formación y altera la continuidad del proceso.

Los participantes sugirieron profundizar la reflexión en los siguientes aspectos:

Aspectos éticos: respecto a la información de la comunidad, a la confidencialidad y a la toma oportuna de decisiones.

Política de personal: número de epidemiólogos necesarios en los servicios de salud, definición de sus responsabilidades, remuneraciones y necesidad de adiestramiento permanente.

Coordinación: necesidad de unificar los programas de las personas y los programas del ambiente. Estudiar mecanismos de coordinación entre los profesionales de laboratorios, clínicos y epidemiólogos.

Departamento de epidemiología a nivel central: que norme, supervise y capacite a los responsables de la vigilancia epidemiológica.

Laboratorio de referencia nacional: que forme parte activa del sistema de vigilancia.

Otros problemas de salud que deberían incorporarse a un sistema de vigilancia: enfermedades crónicas no transmisibles, salud ambiental, salud mental, accidentes y violencias y salud ocupacional.

Usos de la epidemiología en la organización de servicios de salud

Se observó que la epidemiología ha sido escasamente utilizada en la organización de servicios de salud y en la organización de la atención médica. Además, en los recientes cambios de la atención médica no han tenido una participación importante los epidemiólogos.

La organización requiere de la disciplina epidemiológica para readecuarse frente a problemas de salud emergentes y para evaluar y mejorar los programas.

La gran mayoría de la investigación epidemiológica se realiza en el país en las universidades, por lo que no responde a las necesidades de los servicios de salud, y su utilidad es limitada.

Uso de la epidemiología en el proceso de evaluación

Se concluyó que la evaluación que actualmente se realiza en general enfatiza lo cuantitativo; no incorpora criterios como eficacia, impacto, equidad o satisfacción de usuarios y funcionarios, y que la comunidad no participa en la evaluación de los servicios de salud. El sentido de la evaluación se pierde por cuanto ella no conduce a los cambios necesarios.

Se estimó que, dados los profundos cambios ocurridos en la organización del sistema nacional de salud, es necesario utilizar la epidemiología para evaluar el sistema privado de salud y la gestión de los centros de atención primaria municipales.

La investigación epidemiológica

La investigación epidemiológica en el país no está suficientemente desarrollada, reconociéndose la urgente necesidad de una política en este sentido. Entre las principales carencias se mencionaron: desconocimiento sobre fuentes de financiamiento y sus prioridades, falta de programas de desarrollo de la investigación a nivel institucional, insuficiente asesoría técnica (laboratorio, estadística, epidemiología), desinterés por realizar investigaciones colaborativas, falta de personal preparado y motivado y descoordinación entre los grupos de investigadores.

Se reconoció que hay poca difusión de las investigaciones, por una parte por desinterés de las revistas científicas por los temas epidemiológicos y por otra parte por falta de oportunidades para presentar los trabajos.

Existe además una carencia en la formación de los epidemiólogos que impide disponer de metodologías adecuadas que permitan evolucionar desde la epidemiología descriptiva a la analítica.

Propuestas

I. Propositiones al sistema de salud.

A nivel superior (Ministerio de Salud):

1. Promover el uso de la epidemiología en todo el quehacer del Ministerio de Salud.
2. Crear condiciones para lograrlo especialmente en términos de tiempo y capacitación.
3. Recuperar una modalidad de trabajo estable y la necesaria mística en los equipos de trabajo.
4. Formular política de investigación.
5. Crear o mantener relación docente-asistencial con las universidades.
6. Crear y definir claramente en el Ministerio de Salud un referente para los epidemiólogos que retroalimente a los niveles locales.
7. Revisar el método de programación y propender al uso de programación con enfoque de riesgo.
8. Modernizar el sistema de vigilancia mediante apoyo computacional en los diferentes niveles del sistema de salud.
9. Incorporar al sistema de vigilancia epidemiológica los problemas del ambiente y la salud ocupacional.
10. Incorporar al Instituto de Salud Pública como parte activa del sistema de vigilancia epidemiológica.

A nivel local (Servicios de salud, Municipalidades):

1. Tener un referente epidemiológico en la estruc-

tura de servicios de salud (Departamento de Programas de las Personas por ejemplo).

2. Crear mecanismos que permitan integrar la comunidad en forma estable al diagnóstico, gestión y evaluación de los servicios de salud.
3. Fomentar la investigación local en aspectos operativos y/o evaluativos.
4. Unificar los programas de las personas y del ambiente.
5. Asignar los cargos de epidemiólogos a personas idóneas. En el caso del nivel primario, los encargados comunales de salud deben tener formación en salud pública y epidemiología.

II. Proposiciones a la Universidad.

1. Incorporar la epidemiología precozmente en el curriculum de los estudiantes de la salud, como forma de análisis en la práctica diaria.
2. Modificar las técnicas docentes que hacen poco atractiva la epidemiología para los estudiantes.
3. Recuperar la capacidad de actualización en postgrado de la Escuela de Salud Pública.
4. Crear un sistema de capacitación continua en la formación de epidemiólogos.
5. Incorporar los resultados del sistema de vigilancia epidemiológica para mantener información actualizada sobre la situación de salud del país.

III. Proposiciones a los epidemiólogos.

Formar un núcleo de desarrollo de la epidemiología a

partir de los organizadores del encuentro. Se propone que este grupo actúe a nivel nacional, que tenga suficiente capacidad de convocatoria, que sea multidisciplinario y que incluya a todas las instituciones relacionadas con la epidemiología.

Como actividades futuras para este grupo se plantearon:

1. Realizar un catastro de los epidemiólogos del país.
2. Actividades de capacitación multidisciplinaria, tanto en su enfoque como en sus participantes.
3. Actividades de comunicación y difusión:

— Reuniones periódicas para análisis de temas específicos.

— Publicaciones: revista de epidemiología y boletín o carta epidemiológica periódica (especialmente importante para los grupos de provincia).

— Talleres de análisis de métodos de trabajo.

4. Actividades de apoyo: asesoría metodológica.

Los monitores de los grupos de trabajo del encuentro han conformado el grupo inicial que ha asumido la tarea de dar un impulso serio al desarrollo de la epidemiología en el país y, junto con los organizadores, están realizando la evaluación del encuentro y planificando un evento científico de epidemiología para abril de 1990.

Becas para investigaciones en enfermedades tropicales

El Laboratorio de Investigaciones Sociales de la Universidad Central de Venezuela, con apoyo del Programa Especial de Investigación y Entrenamiento en Enfermedades Tropicales (TDR), está desarrollando un programa de becas para realizar investigaciones.

Las becas serán otorgadas a los investigadores que se aboquen al estudio de los aspectos sociales y económicos de la transmisión y el control de las seis enfermedades tropicales incluídas en el programa TDR: malaria, filarías, leishmaniasis, lepra, esquistosomiasis y enfermedad de Chagas. Las investigaciones se llevarán a cabo en el país de residencia de cada investigador.

Objetivos del programa

El objetivo fundamental del programa es contribuir a la búsqueda de nuevas perspectivas de estudio con relación a las enfermedades tropicales y de esta manera, aportar posibles soluciones a los problemas de salud pública en América Latina. Este programa intenta incentivar la participación de los científicos sociales dentro del área de la salud, puesto que se ha determinado que las dimensiones sociales y económicas juegan un papel fundamental en la comprensión de la transmisión y en el mejoramiento del control de las enfermedades tropicales.

Además se considera que las intervenciones en el área de la salud son más duraderas en la medida en que se adecúan a las características socioculturales y económicas de las comunidades.

Áreas de investigación

Cada candidato podrá elegir su problema de investigación así como el enfoque teórico-metodológico que considere apropiado para sus propósitos científicos; sin embargo, se dará prioridad a proyectos de investigación que:

- tomen en cuenta a los problemas reales del país;
- intenten promover la participación de las comunidades en la solución de sus propios problemas de salud;
- busquen integrar el conocimiento biomédico con el de las ciencias sociales, y
- mantengan contactos institucionales con las agencias gubernamentales responsables del control de las enfermedades.

Si bien no existen restricciones temáticas, se presentan a manera de ejemplo algunas áreas de investigación que se consideran prioritarias:

Sobre la comunidad:

- Modos de vida que contribuyen al riesgo y posibilitan la ruptura de la salud.
- Percepción del riesgo en la población.
- Migraciones y transmisión.
- Representación social de la salud, la enfermedad, los vectores, la muerte.
- Reconstrucción de procesos de participación de las comunidades frente a la salud y la enfermedad.
- Participación de la mujer en la solución de los problemas de salud.

Sobre los programas de control:

- Evaluación de los programas de control.
- Recuperación de los saberes prácticos.
- Revisión o producción de la historia de los programas.
- Estudio del discurso oficial en los programas de control.

Sobre los procesos de investigación:

- Revisión crítica de los procesos de investigación en el área.

- Reconstrucción de los procesos de intervención investigativa.

Requisitos de postulación

El programa está dirigido a investigadores apoyados por alguna institución de reconocida trayectoria académica; en particular a estudiantes de postgrado, a investigadores jóvenes o nuevos en el área de ciencias sociales y salud, al personal de las oficinas de control sanitario de los organismos públicos y organizaciones no gubernamentales dedicadas a la investigación.

De manera excepcional se considerarán propuestas de estudiantes de pregrado que preparen tesis, siempre que se encuentren integrados a investigaciones mayores o bajo una tutoría calificada.

Recepción y selección de los proyectos

La recepción de las propuestas está abierta durante todo el año, pero la evaluación y aprobación por un Comité Internacional se realiza dos veces al año, en los meses de mayo y noviembre.

Las propuestas pueden ser presentadas en español, portugués, inglés y francés, pero las respuestas y los procedimientos formales se realizarán en español.

Los proyectos de investigación deberán realizarse en un período de un año y podrán optar por un monto de hasta US\$5.000. En casos excepcionales el proyecto y el financiamiento podrán ser prolongados por un año más.

Consultas informales

Las personas que así lo deseen pueden enviar al Secretariado propuestas informales manifestando su interés en presentar un proyecto de investigación, e indicando lo que se desea investigar, una formulación del problema y la afiliación institucional. A vuelta de correo se le enviarán comentarios, referencias y sugerencias sobre la propuesta.

Una información más detallada, al igual que las planillas para la presentación de las propuestas pueden obtenerse solicitándolas al Dr. Roberto Briceño-León, Laboratorio de Investigaciones Sociales, Universidad Central de Venezuela, Apartado Postal 47795, Caracas 1040-A, teléfono (02) 662-6970, Venezuela.

Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

**Total de casos y defunciones por cólera, fiebre amarilla y peste
notificados en la Región de las Américas al 31 de diciembre de 1989.**

País y división administrativa principal	Cólera casos	Fiebre amarilla		Peste casos
		Casos	Defunciones	
BOLIVIA	—	98	78	—
Beni	—	1	1	—
Cochabamba	—	92	72	—
La Paz	—	2	2	—
Santa Cruz	—	3	3	—
BRASIL	—	8	2	1
Minas Gerais	—	7	1	—
Paraíba	—	—	—	1
Rondônia	—	1	1	—
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA	—	—	—	4
Colorado	—	—	—	2
Nuevo México	—	—	—	2



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
 Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
 525 Twenty-third Street, N.W.
 Washington, D.C. 20037, E.U.A.