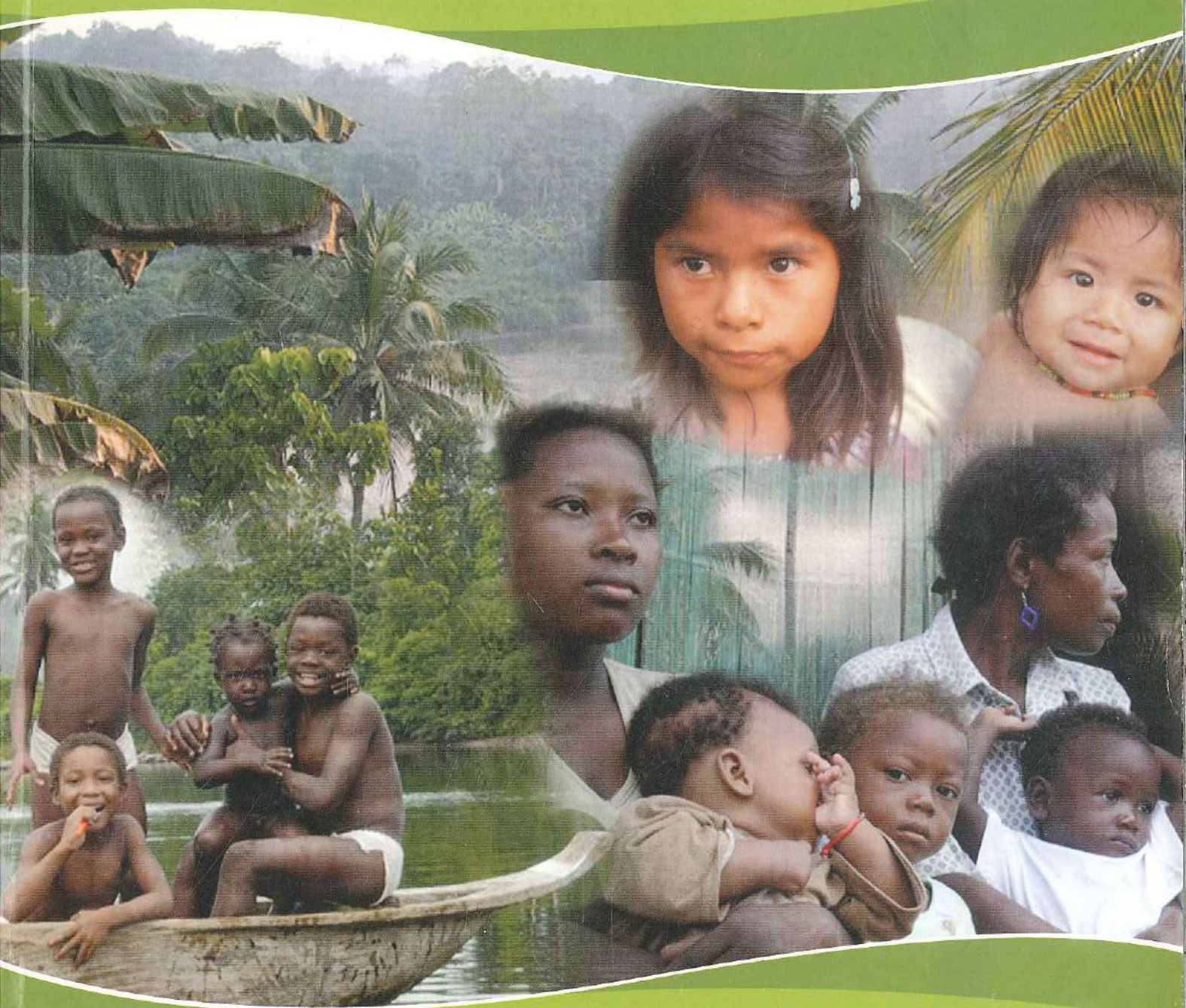


Epidemiología Comunitaria: las periferias toman la palabra



Epidemiología Comunitaria: las periferias toman la palabra

Autores del manual

Gianni Tognoni (Consorzio Mario Negri Sud, Sta María Imbaro - Italia – CECOMET)

Mariella Anselmi (CECOMET – Centro malattie tropicali - Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria - Negrar (VR) - Italia)

Rosanna Prandi (CECOMET - Esmeraldas - Ecuador)

Cintia Caicedo Montaña (CECOMET - Esmeraldas - Ecuador)

Mónica Márquez Figueroa (CECOMET - Esmeraldas - Ecuador)

Daniela Armani (CECOMET - Esmeraldas - Ecuador)

Juan Moreira Viteri (CECOMET – MSP)

Irene Spreafico (CECOMET - Esmeraldas - Ecuador)

Gregorio Montalvo (CECOMET - Esmeraldas - Ecuador)

Samuel Ibarra Segura (Área de salud Borbón)

Francisco Robinzón Huerlo (Área de salud Borbón)

Mario García (Área de salud Borbón)

Asociación de promotores de salud y auxiliares de enfermería Área de salud Borbón

ISBN: 978 - 9942 - 03- 210 - 2

Ediciones: Cecomet 2010

Esmeraldas - Ecuador

Dibujos: Cecomet

Fotografía: Cecomet

Impresión:

El Chasqui Ediciones

Telf: 322 - 7197

Auspiciantes

Generalitat Valenciana (España) - Médicus Mundi Alicante

Agradecimiento

Al equipo materno infantil y de salud pública Instituto Mario Negri (Milano - Italia)

Al equipo Cardiovascular Mario Negri (Milano - Italia)

A los equipos de salud del área Borbón

A SOLCA - Esmeraldas

A SNEM - Esmeraldas

Proyecto SYMAE - Municipio de Esmeraldas - Cooperación Belga

Dedicatoria

Este manual es también una continuación y realización
de los sueños de vida de Ernesta Albasser
y de Mario Tognoni en cuyo recuerdo
ha sido entregada una contribución económica
importante que ha permitido su publicación.

Contenido

Presentación

Introducción

Sección 1: Marco Conceptual y metodológico

Capítulo 1 ¿Por qué la Epidemiología Comunitaria y qué es? 19

Capítulo 2 La Epidemiología Comunitaria como metodología y visión de servicio de un(os) proyecto(s) 39

Sección 2: La Epidemiología Comunitaria encuentra los capítulos clásicos de la epidemiología y salud pública

Capítulo 3 La salud materno - perinatal: historia de éxitos y fracasos 57

Capítulo 4 La salud de los niños en Borbón entre problemas clínicos y sociales: las estrategias se adaptan a los tiempos y necesidades de las comunidades 75

Capítulo 5 Indicadores y medidas epidemiológicas esenciales: muertes en Epidemiología Comunitaria 97

Capítulo 6 La mortalidad materna y perinatal: diferencias entre un enfoque de Epidemiología Comunitaria y la vigilancia formal 121

Sección 3: La orientación a problemas – poblaciones (modelos)

Capítulo 7 Control Comunitario de Tuberculosis: una integración confiable y barata del DOTS o una alternativa? 143

Capítulo 8 Paludismo: seguimiento de un problema en el tiempo 167

Capítulo 9 El cáncer de cuello de útero en Borbón: un mensaje de equidad, diálogo y seguimiento 181

Capítulo 10 Hipertensión: un clásico escenario médico se transforma en un exitoso experimento de Epidemiología Comunitaria 197

Capítulo 11 El Diagnóstico Comunitario: cuento y representación de la historia de las comunidades 219

Sección 4: Perspectivas

Capítulo 12 Hospitales como ¿recursos y barreras de la Epidemiología Comunitaria? 247

Capítulo 13 Experiencias de formación en Epidemiología Comunitaria: diversidad de contextos y de actores 257

Capítulo 14 Conclusiones y perspectivas 279

Presentación

Esta obra sobre Epidemiología Comunitaria es un aporte importante, tanto a la literatura nacional como a la internacional, en la conceptualización y aplicación de un modelo alternativo de participación ciudadana, como sujetos activos en la exigibilidad de sus derechos en salud.

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos, pasando por la declaración de Alma Ata y finalmente con el movimiento de los determinantes sociales en salud, se han dado múltiples esfuerzos dirigidos a concretar el tan promulgado principio de participación comunitaria en salud, de manera particular en el hemisferio sur. Lastimosamente la mayor parte de experiencias en participación comunitaria en salud se limitan a un proceso de legitimación de propuestas diseñadas e implementadas por técnicos. En realidad son contadas las experiencias de participación en salud que han logrado un proceso continuado de participación ciudadana efectiva, basadas en un empoderamiento a partir del conocimiento y análisis de su situación de salud, con la finalidad de ejercer de manera estratégica y oportuna, la exigibilidad de sus derechos, adueñándose de una herramienta como la epidemiología, usualmente reservada para los técnicos y los planificadores, y convirtiéndola en un instrumento potente de transformación de la realidad comunitaria.

Del limitado número de experiencias existentes en participación comunitaria, pocas llegan a describirse en la literatura para contribuir al debate en todos los niveles, razón por la cual los logros alcanzados por la comunidad de Borbón, en el noreste de la Provincia de Esmeraldas, con el apoyo de un equipo de facilitadores comunitarios muy comprometidos, son un ejemplo concreto y revelador de lo que se puede alcanzar cuando la comunidad se convierte en un sujeto proactivo en la búsqueda de la realización de sus derechos en salud y trabaja en coordinación con las instituciones prestadoras de salud, de tal manera que los ciudadanos informados y empoderados se liberan de su condición de objetos de los programas de salud y dejan de ser pacientes que esperan ser atendidos.

Para apuntar hacia el objetivo de salud para todos, como componente importante de nuestro principio constitucional del SUMAK KAWSAY, es necesario promover un acercamiento entre las necesidades expresadas por los ciudadanos y las políticas nacionales de salud. Situación que sólo se puede dar en base al conocimiento y análisis serio de su realidad, que se puede traducir en una planificación de actividades concretas a nivel local. Este aporte de los ciudadanos a la planificación hace que se tomen en cuenta las particularidades cualitativas de lo existente en la periferia, lo cual ayuda a explicar el comportamiento de la tendencia central, más cuantitativa, y puede determinar la diferencia entre el éxito o fracaso de las intervenciones en salud.

Este proceso de participación ciudadana se puede considerar como un proceso de visualización de las personas que conforman las tablas epidemiológicas. Este proceso hace factible que se efective la triangulación necesaria entre las políticas nacionales, las instituciones prestadoras de servicios de salud y la población. La población participa no sólo como veedora de cumplimiento de sus derechos, sino como actor principal, creando una sinergia que se alimenta y enriquece del compartir de conocimientos entre los tres niveles.

La práctica de la Epidemiología Comunitaria requiere de una apertura por parte de las autoridades sanitarias, de las instituciones que prestan los servicios de salud y de la comunidad. En este modelo todos los actores asumen la epidemiología como un instrumento que les permite incrementar el nivel de conocimiento y análisis de su realidad, para poder identificar eventos centinela y determinar la "evitabilidad" de los factores de riesgo, alimentando la especificidad de la planificación local, para de esta manera dar un seguimiento efectivo al cumplimiento de los derechos en salud de la comunidad.

Quito, 17 de junio de 2010

Dr. David Chiriboga

Ministro de Salud Pública del Ecuador

Introducción

Epidemiología Comunitaria, resistencia a la negación del derecho a la salud impuesto por el modelo neoliberal

Durante la década del 90, auspiciado por el Banco Mundial y el FMI, se aplicó en el mundo una política neoliberal, denominada también Política de Ajuste Estructural, que incluyó la reforma del Estado con una redefinición de la política social y el papel del Estado, los mercados y las familias en la satisfacción de las necesidades sociales ^[1]. Esta política que tenía como objetivo resolver o mitigar la crisis de sobreproducción y reducción del poder adquisitivo de los trabajadores, en otras palabras incrementar la acumulación de capital, se consolidó mediante los siguientes mecanismos: eliminación del déficit fiscal, disminución y estabilización de la inflación, apertura comercial para aumentar la liberación de las exportaciones y las importaciones, reducción en la intervención del Estado, privatización de empresas estatales, disminución en la regulación de la economía y descentralización. Este último mecanismo fue la estrategia que permitiría reducir el déficit fiscal y el tamaño de la burocracia a nivel central.^[2]

Los resultados de esta política dejan muchas preocupaciones y efectos negativos tales como la distribución inequitativa de la riqueza social, la misma que fue transferida a manos privadas, y la destrucción del medio ambiente por la explotación intensiva de recursos naturales no renovables. El haber priorizado la acumulación de capital en detrimento de la protección ambiental, paradójicamente destruyó los bienes que sustentan la productividad.^[3]

En salud esta política se materializó en la denominada Reforma del Sector Salud, que incluyó políticas de reducción del presupuesto fiscal con reducción del gasto público, descentralización, debilitamiento de los servicios públicos, favorecimiento de la participación del sector privado empresarial, focalización de paquetes mínimos de atención sobre problemas que fueron clasificados como de alta carga global de enfermedad, y en grupos de personas en pobreza crítica.

Desde principios de la década del 2000 se comenzó a hablar del agotamiento del modelo neoliberal de reforma del sector de la salud. Este fracaso es atribuido a que el modelo estuvo fundamentado en principios económicos de rentabilidad y beneficio como los siguientes: el sector privado es más eficiente que el público y por ello la función del Estado no es producir bienes y servicios, sino regular; un mercado libre y competitivo que genere bienes y servicios es de mejor calidad que un mercado monopolístico; cuanto más cerca de la base se toman las decisiones, es más fácil controlar la corrupción, se atiende mejor a las necesidades locales y más satisfechos quedan los usuarios y, para incrementar la eficiencia y productividad de los servicios es necesario contar con una fuerza laboral flexible. Posteriormente varias evaluaciones develaron que el sector privado puede ser menos eficiente que el público y que la flexibilidad laboral no produce los resultados esperados.^[4]

A pesar del compromiso (discurso) de los gobiernos y agencias internacionales para favorecer una política que permita la cobertura universal, equidad, eficiencia y calidad, los datos empíricos y las evaluaciones de experiencias de varios países no confirmaron el cumplimiento de estos objetivos.^[5] Efectivamente, se documenta que el resultado de esta política en Latinoamérica ha sido la negación del derecho a la salud de amplios grupos poblacionales, excluidos de toda cobertura. Un ejemplo de esto es el fracaso de la política de Salud Colombiana y Mexicana, que no ha logrado que amplios sectores de la población tengan acceso a servicios de salud y que los pobres (subvencionados) sólo tengan acceso a paquetes mínimos. Otros resultados negativos son: una baja capacidad recaudatoria (política de autogestión de servicios), sistemas de salud fragmentados (desintegración de la red de servicios de salud), hospitales de referencia debilitados, persistencia de la distribución desigual de los recursos humanos, no mejora de la calidad de los servicios de salud, pobre priorización de los programas de prevención y promoción de la salud, crecimiento del complejo médico-asegurador privado, desviación de los recursos a los organismos intermedios (empresas privadas), municipios peri urbanos y rurales con pocos servicios, baja transferencia financiera a los servicios y un prolongado desfinanciamiento y deterioro de los servicios de salud. ^[1,5-7]

En el Ecuador esta política, además de la exclusión de amplios sectores de los servicios de salud, ha provocado un enorme gasto de bolsillo ^[8] determinante del aumento de la pobreza y el mantenimiento de un alto porcentaje de causas de muertes evitables. ^[9]

Lo anterior devela que estas políticas nunca tuvieron como objetivo mejorar la situación de salud de los pueblos sino favorecer a las empresas privadas e incrementar la superexplotación de los trabajadores de la salud.

Como respuesta a los efectos de esta política, en los últimos años en Latinoamérica se han implementado nuevas políticas de salud que pretenden alcanzar la universalidad, la solidaridad, la equidad, la regulación, el financiamiento público de los servicios, la integración internacional y el desarrollo humano; todo esto para contrarrestar los principios neoliberales de focalización, competencia gerencial, diferenciación, dejar hacer y dejar pasar, globalización y crecimiento económico. A pesar de que con este nuevo enfoque se han hecho importantes progresos en la cobertura de salud, todavía no se ha logrado asegurar plenamente el derecho a la salud de la mayoría de los pobladores. ^[10]

De hecho, todavía se puede percibir en los hechos un discurso y una práctica neoliberal que se manifiesta en la gran difusión de la "calidad" como objetivo final de la atención de salud, la evaluación de desempeño y la organización por procesos, como nuevos paradigmas que en realidad podrían esconder otra intencionalidad. ^[11]

En efecto, detrás del concepto de calidad se esconde una concepción de reconocer a la salud como una mercancía y no como un derecho, como un valor de cambio y no como un valor de uso. En Epidemiología Comunitaria la concepción es que la salud es un derecho, por eso no se habla de clientes sino de "derechohabientes" (derecho a la salud

y a la autonomía de vida), no se habla de productos sino de derechos, no se habla de calidez sino de respeto, de trato de iguales.

En la lógica de evaluación de desempeño se privilegia la productividad (evaluada con el incremento del número de consultas e intervenciones), que a la postre no es otra cosa que un mecanismo de superexplotación de los trabajadores de la salud, contrario a la garantía de derechos, que es otro de los principios de la Epidemiología Comunitaria. La garantía de derechos en salud implica no sólo conseguir la máxima cobertura, la máxima eficacia y eficiencia y una mejor distribución de recursos hacia los más necesitados. Se trata más bien de que los trabajadores de la salud y las comunidades se apropien de proyectos, y a través de estos puedan y se motiven a utilizar la epidemiología para el desarrollo de la conciencia y organización de los oprimidos y explotados, para que de esta manera puedan ser autónomos y tengan herramientas que les permitan defender sus intereses ante la explotación.

Durante más de 20 años, los intentos de difusión de una práctica de Epidemiología Comunitaria se constituyeron en el referente teórico-práctico opuesto a la política neoliberal, a través del desarrollo de experiencias documentadas en pequeñas localidades o pequeños territorios. Como podría suceder con cualquier práctica contestataria, estos intentos no fueron fáciles y a menudo fueron obstaculizados y/o desviados en una práctica de "utilizar" un discurso de participación comunitaria que no hacía otra cosa que empequeñecer o debilitar lo que verdaderamente significa la defensa autónoma y responsable del derecho a la salud. En este contexto, la mayor dificultad enfrentada desde el Ministerio de Salud Pública fue el enfoque neoliberal ampliamente difundido entre los funcionarios, trabajadores, consultores y agencias internacionales, que no permitieron tener un entorno favorable para la implementación de este enfoque de manera masiva.

Los tiempos han cambiado en el Ecuador y uno diría que el nuevo momento constitucionalista, que tiene como preámbulo la búsqueda del Sumak Kawsay, el cual se puede traducir como "el buen vivir" o "el vivir excepcional", es un momento propicio. Sin embargo es necesario cuidar la coherencia entre el discurso y la práctica, ya que a veces se pueden hallar hechos, conductas, prácticas que no hacen otra cosa que utilizar o tergiversar el discurso para implementar medidas e intervenciones que no se diferencian mucho de lo que se hacía en la década de los 90.

De hecho, se ha documentado que la aplicación del Constitucionalismo podría ser una doctrina y estrategia para implementar una nueva política de superación de la crisis capitalista mundial, que se concreta en una sistemática destrucción de las organizaciones populares, que permite la implementación de políticas extractivistas y de sobreexplotación del trabajo sin resistencias. Visto de ese modo, el constitucionalismo es contrario a uno de los principios fundamentales de la Epidemiología Comunitaria que pone como elemento central la acción de las comunidades organizadas para defender y reivindicar su derecho a la vida y la salud.

En esta nueva publicación, que recoge una nueva parte del camino ya documentado en la primera publicación de esta experiencia en 1997, se quiere representar la toma de la palabra por parte de las comunidades pobres y olvidadas, que quieren demostrar con su quehacer cotidiano que es posible implementar una nueva política de salud, eliminando todo tipo de práctica neoliberal o de política diversionista que distraiga el objetivo final de los pobres del campo y la ciudad de construir una sociedad justa, sin explotación, haciendo realmente efectivo el Sumak Kawsay.

El presente texto de Epidemiología Comunitaria, tiene elementos teóricos y conceptuales y referencias prácticas de cómo luchar para lograr que el derecho a la salud y la vida se materialicen. Es además, un ejemplo de cómo se puede implementar los principios del nuevo paradigma y del modelo de salud, que en el caso del Ecuador preconiza la Constitución y el Ministerio de Salud Pública. No obstante, aún sigue siendo necesaria una profunda discusión de principios y un análisis crítico de las prácticas y políticas anteriores y actuales, de lo contrario la Constitución y las leyes que en varios países como Ecuador, Venezuela y Bolivia se han votado podrían transformarse en un discurso hueco que perennice políticas de negación del derecho a la salud y a la vida.

Por todo esto, esperamos que esta nueva publicación sirva como instrumento de estudio y debate entre los trabajadores de la salud para combatir las concepciones y prácticas que limitan y pueden hacer, de hecho, no accesible universalmente el derecho a la salud y a la vida.

Dr. Alberto Narváez

Epidemiólogo del MSP

❖ Referencias bibliográficas

1. Laurell Asa Cristina. Structural Adjustment and the Globalization of Social Policy in Latin America. *International Sociology*; (2000); 15: 306-325.
2. Godue, C. La salud en los procesos de globalización e internacionalización. Relaciones internacionales, política social y salud (1998). Santa Fé de Bogotá, JAFRE.
3. Cevallos, I. & Granja, M. La Comunicación en Los Proyectos de Desarrollo Social. Quito.: PUCE. (1999).
4. Ugalde A & Homedes N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*; (2005); 17.
5. Laurell Asa Cristina. Health Reform in Mexico: The Promotion of Inequality. *Journal of Health Services*; (2001); 31: 291-321.
6. Málaga, H., Latorre, M. C., Cardenas, J., Montiel, H., Sampson, C., Taborda, M. C. et al. Equidad y Reforma en Salud en Colombia. (2000) Cali, Colombia.
7. Jaramillo I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gaceta Sanitaria de Barcelona*; (2002); 16.
8. Echeverría R. Taller: Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud. 1-30. Ecuador, Universidad San Francisco de Quito. (2008)
9. Narváez A. & Moreira J. Priorización de problemas de salud en el Ecuador. *Boletín Epidemiológico Ecuador*; (2009); 6: 7-28.
10. Buss, P. Enfoques prioritarios en Salud Pública. In R. Páez & E. Granda (Eds.), *Salud Pública, Educación y Reforma: Memorias del Seminario Taller Funciones Esenciales de la Salud Pública*; (1999); (pp. 96-127). Quito: CEPAR.
11. Estévez S. *Destrucción de la Enseñanza Científica*. (2010) (Primera ed.) Quito.

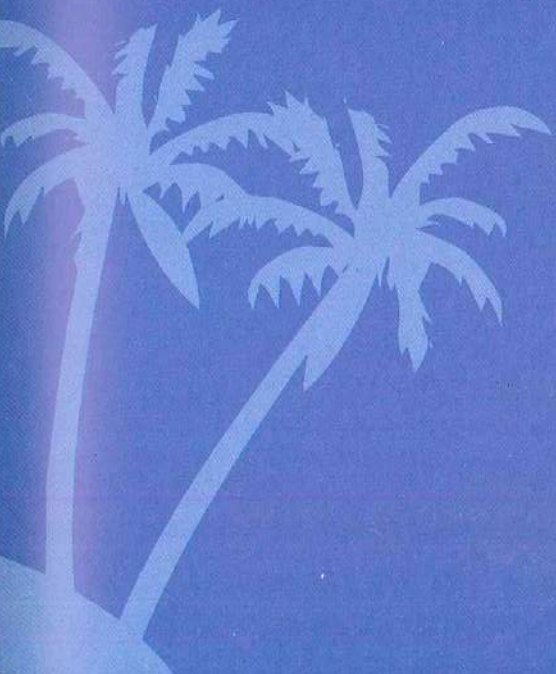
Sección 1

Marco Conceptual y metodológico



Capítulo 1

¿Por qué la Epidemiología Comunitaria y qué es?



❖ Cuadro de referencia general

El 2008 ha sido un año lleno de interés y de contribuciones relacionadas con los temas objeto de este manual: la salud pública, las necesidades y las estrategias de conocimiento y gestión de la salud en las comunidades "marginales", la pregunta sobre sí y en qué medida una disciplina tan técnica como la epidemiología puede ser patrimonio y lenguaje propio de estas comunidades.^[1]

De hecho, en este año se celebraban - por una coincidencia de gran importancia que no ha sido únicamente simbólica - dos aniversarios estrechamente relacionados entre sí: el 60º aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el 30º aniversario de la Declaración de Alma Ata que - treinta años después de la constitución de la OMS - había dado indicaciones concretas acerca de las modalidades y prioridades en base a las cuales los principios y definiciones generales sobre salud y cuidados de salud debían y podían traducirse en la práctica.^[2-4]

Para integrar y subrayar las razones de este interés se añadió la publicación, en el mes de octubre, de la relatoría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, que puede ser considerada con todo derecho - aunque no tenga el formato - otra "Declaración" o "Carta Magna", en la medida en que propone con rigurosidad y autoridad una relectura global de la salud y de los cuidados de salud en el cuadro actual de la economía, de la organización, de las ideologías ciertamente dominantes y prevalentes, en una sociedad que parece estar a años luz de la existente en los tiempos de las dos declaraciones antes mencionadas.^[5]

La literatura que ha acompañado y comentado los tres eventos ha sido, no sólo desde el punto de vista de su abundancia si no de su calidad, tan rica y de tan fácil acceso que no hace falta hacer un resumen que resultaría inevitablemente parcial.

Sin embargo, es importante explicitar, en pocos puntos, el por qué tres eventos tan "globales" son mencionados como cuadro de referencia en esta publicación (que es de hecho una propuesta cultural y un proyecto) que parece, desde su propio título, señalar algo opuesto a lo global: algo local, particular, marginal.

Los puntos que se desarrollan en el siguiente párrafo, como ayuda-memoria, son los que más directamente responden a la pregunta general anunciada en el título de este capítulo: ¿por qué Epidemiología Comunitaria? ¿No existen ya tantas epidemiologías, más o menos participativas, y/o de comunidad?

❖ Para una primera definición aproximada de Epidemiología Comunitaria

El conjunto de datos, análisis, propuestas y perspectivas que se han venido acumulando en los últimos años en la literatura (científica, institucional, formal e informal) en relación a la salud y sus relaciones más o menos controvertidas con la sociedad, parece sugerir un diagnóstico global del tipo: "Las cosas no están yendo bien". Los problemas son, sin embargo, bien conocidos y cualificados en términos epidemiológicos; las causas de los atrasos y las dificultades están perfectamente identificadas y las prioridades están establecidas en las planificaciones globales y nacionales. Es posible que exista algún retraso, pero el camino está claro y las soluciones están en la fase "seductora".^[6]

La lógica de la Epidemiología Comunitaria tiene perfectamente presentes los escenarios y las herramientas (conceptuales y operativas) de las muchas epidemiologías que protagonizan las programaciones y las evaluaciones en los planes de intervención-gestión.^[7] Pero, justamente por esta atención global a los "conocimientos" existentes y a sus contextos de aplicación, la Epidemiología Comunitaria propone la siguiente guía de lectura que tiene sus raíces en la historia de contextos concretos, de experimentaciones de campo, de reflexiones y resultados a lo largo de 20 años de trabajo.

- a) Los tiempos actuales – perfectamente documentados en la literatura – pueden ser considerados como los del "conocimiento epidemiológico que constata y documenta detalladamente lo que existe" (desde las causas a las consecuencias) sin poder-querer sacar indicaciones coherentes-vinculantes para intervenciones que se opongan a lo que es "obviamente" intolerable.
- b) Este conocimiento (sustentado y desarrollado con metodologías y herramientas de epidemiología) inicia y termina en la constatación. Sin embargo, también ha sido el vehículo que propone – con fuerte énfasis y periódicamente – intervenciones enfocadas hacia problemas específicos, o hacia enfermedades, o hacia poblaciones. Estas intervenciones (que cada vez están más ligadas a las redes privadas o público-privadas) responden principalmente a sí mismas, a sus propios tiempos, recursos, prioridades y políticas y prescinden de la "vida pura" de las poblaciones, pretendiendo que éstas se hagan compatibles-obedientes con las exigencias de la intervención.^[8]
- c) La Epidemiología Comunitaria nace y mantiene sus raíces y criterios de referencia – de planificación y evaluación – en las tantas y diferentes realidades de vida y de atención, que caracterizan a las grandes mayorías (que vienen a ser sumas no heterogéneas de muchas minorías periféricas). Para la Epidemiología Comunitaria las poblaciones son **sujeto** de una salud y de unos cuidados de salud que no existen como objetivo separado, o hasta diferente, del de una sociedad que garantiza los derechos humanos.

La salud es indicador-herramienta-camino de estos derechos. La epidemiología no es por tanto una herramienta que describe y cuenta lo que pasa a nivel del "sector salud". Es más bien uno de los lenguajes con el cual las comunidades-sujetos aprenden a utilizar y a practicar la lógica de los derechos.

- d) La Epidemiología Comunitaria, entonces, no es otra disciplina de la epidemiología y/o de la medicina. Es más bien una epidemiología que ha cambiado de dueño y de autores. Ya no es más una mirada-conocimiento que pertenece a los expertos externos, que a veces dan también espacio a técnicas de participación de la comunidad.^[9] Como lenguaje y cultura que acompaña, cuenta, documenta lo cotidiano de la vida (a partir de todo lo que ella cruza en relación con la enfermedad), la Epidemiología Comunitaria hace de la salud y de los cuidados de salud conocimiento que no se conforma con constatar, sino que adopta, en tiempo real, los problemas que se cruzan, en la perspectiva de una solución más o menos posible.
- e) La realidad de las comunidades – que son el lugar donde se expresan y se hacen visibles las crecientes desigualdades "constatadas" en las muchas epidemiologías antes mencionadas – subraya, sin lugar a dudas, que un camino como el que se ha definido no es fácil; de hecho parece impracticable. Por esa razón la Epidemiología Comunitaria se concibe y se plantea como una hipótesis práctica de investigación, en el sentido más profundo de este término, ya que principalmente se preocupa de definir y caminar hacia el objetivo de salud-derecho. Para esto las metodologías o las herramientas de investigación se definen desde adentro y en la medida en que se desarrollan los proyectos. Al hacer esto existe una clara conciencia (que a menudo está en desacuerdo con las posiciones oficiales y/o con las líneas guías de la "comunidad" científica-institucional internacional) que "investigación" no puede ser simplemente – ni principalmente – un mero ejercicio de transferencia de un conocimiento predefinido. De hecho, hace parte de la lógica de investigación de Epidemiología Comunitaria el considerar que un conocimiento que exige obediencia más que comprensión es un conocimiento que corre el riesgo de quedarse obsoleto, y que coincide más con el riesgo-daño de crear una dependencia cultural y una pérdida de autonomía personal y colectiva (lo que es fuertemente y directamente peligroso para la salud y los cuidados de salud aún en sus aspectos más técnicos). La investigación en Epidemiología Comunitaria se define y se mide por la capacidad de hacer que lo que se declara como un derecho de salud-vida pueda ser accesible y disfrutado por los individuos y la colectividad, que justamente por eso se alfabetizan y se refuerzan en la cultura-goce de sus derechos fundamentales de vida.

♦ Hacia los orígenes de la Epidemiología Comunitaria

Se hizo memoria en el párrafo anterior que la Epidemiología Comunitaria no nace en un escritorio sino que es la expresión de un trabajo en las comunidades de diferentes países, especialmente, pero no sólo, del área andina.^[7] El intento de definición que se acaba de proponer se refiere, sin embargo, a hipótesis de trabajo y a conceptos generales que tienen, a su vez, raíces bien precisas en la historia reciente de la sociedad y de los cuidados de salud. El brevísimos recorrido histórico que se propone tiene el objeto de explicitar el por qué y el cómo.

Los orígenes-raíces locales y asistenciales de la Epidemiología Comunitaria están entrelazadas y son complementarias a los orígenes-raíces-desarrollo de las grandes categorías de referencia que caracterizan, cada vez más a fondo, las relaciones (fuertemente conflictivas) entre cuidados de salud y sociedad.¹

♦ El núcleo constitutivo de la salud y de los cuidados de salud no pertenece a la medicina, sino a los derechos humanos

La concepción moderna de la salud y de los cuidados de salud debe ubicarse, más que en una revolución médico científica, en la formulación del carácter universal y vinculante de los derechos humanos, de los cuales la vida, en todas sus expresiones esenciales, es por definición el indicador.^[2] No se debe retomar aquí todo lo que se ha escrito (incluyendo también lo que ha sido discutido más arriba) acerca de cuánto esta concepción se refleja en la definición de salud adoptada por la OMS en su estatuto de fundación.^[10] Sin embargo, es absolutamente importante para una lógica de Epidemiología Comunitaria subrayar el hecho que la salud y los cuidados de salud no pueden ser considerados como entidades autónomas o independientes, sino sólo como "indicadores" del derecho a la vida. En cuanto vinculante, este derecho debe ser disfrutado por todos: la salud, como objetivo general y genérico, debe traducirse en "cuidados de salud", es decir en modalidades operativas institucionales concretas. El derecho a la vida no puede ser violado "activamente" (con hechos que van desde el homicidio a los tratamientos inhumanos y degradantes) y/o por omisión, negando el acceso a lo que garantiza una vida digna (desde la libertad a la cultura y los bienes esenciales que la permiten, desde el agua a los recursos sanitarios).

En todo esto la epidemiología se perfila cada vez menos como una disciplina-metodología que busca calificar y cuantificar las enfermedades (y sus causas), y cada vez más como

¹ No subrayaremos más la estrecha relación existente entre cuidados de salud y sociedad; sin embargo, debe quedar como un criterio obligatorio para la lectura de todo lo que sigue, de manera que se pueda tener presente las implicaciones muy concretas en lo cotidiano de un trabajo de Epidemiología Comunitaria.

cultura-herramienta-estrategia para narrar la relación que existe entre los derechos de vida de las personas y las poblaciones con sus condiciones y contextos concretos de salud-cuidados de salud-enfermedad.

Es interesante ver que los principios arriba expuestos se traducen en derechos concretamente exigibles en el Servicio Sanitario Inglés de 1948 y en la Constitución Italiana del mismo año.^[11-12] En la misma lógica y en el mismo año, un "descubrimiento" tan trascendental como la estreptomycin para el tratamiento de la tuberculosis fue objeto de investigación pública y se convirtió en algo exigible por todos apenas se comprobó que era eficaz.^[13-14]

Lo mismo sucedió, pocos años después, con la vacuna contra la poliomielitis en un contexto totalmente diferente como es el de los Estados Unidos.^[15]

La "exigibilidad" del derecho humano a la salud y a los cuidados de salud está asociada a la exigibilidad del derecho a la educación. El cuadro se hace tan claro y unívoco que, ya en 1959, la revolución cubana incluye estos derechos como indicadores imprescindibles de la "novedad" de su propuesta de sociedad, y crea de hecho una realidad que será (y es) citada, en todos los informes de las agencias de las Naciones Unidas, como "modelo" durante decenios (más allá de las críticas que se puedan hacer sobre las violaciones que realiza el gobierno cubano, por otra parte, no tan diferentes de las que se cometen en la mayoría de los demás países).^[16-17]

Las implicaciones de estas raíces de derecho a la salud y a los cuidados de salud son muy importantes para la definición de la especificidad de la Epidemiología Comunitaria. Técnicamente la Epidemiología Comunitaria (igual que las otras epidemiologías) tiene, como centro de interés y como materia para investigar, a los aspectos médico-sanitarios de la vida. Sus "informes técnicos" (cualitativos y/o cuantitativos) se basan en el comportamiento de las enfermedades, de los tratamientos, de las morbi-mortalidades, de las causas ambientales, sociales, económicas, del "estar bien" o "mal". Sin embargo, como estos "objetos" de estudio, monitoreo o interés son "indicadores" y no realidades autónomas, los "informes" de Epidemiología Comunitaria tratan explícitamente de ser parte (y como tal se deben elaborar, leer e interpretar) del "cuento" más general que la sociedad hace de su recorrido y de su proyecto de búsqueda de un futuro mejor, que es la puesta en práctica de una democracia que pretende hacer de los derechos humanos no solamente una declaración sino una realidad.²

² No es difícil reconocer en este párrafo una de las tesis y de los resultados principales de las investigaciones de campo realizadas por el economista Amartya Sen, que recibió el premio Nobel en 2003, y que es miembro de la comisión sobre los determinantes sociales de la salud, mencionada al inicio de este capítulo.

♦ **La epidemiología se confronta con el des-encuentro entre lógica de los derechos y la primera aparición de tecnologías-mercado en salud**

Las décadas de los sesenta y setenta del siglo pasado han sido una de las más "productivas" en el escenario político-jurídico internacional en lo que se refiere a la concreción de algunas de las principales líneas de desarrollo de la Declaración Universal de 1948. Se concluye (no sin graves problemas dejados en suspenso) el ciclo de la descolonización y se aprueban las grandes Convenciones de las Naciones Unidas (desde el genocidio a la tortura, a los derechos sociales y económicos, a los derechos laborales...). En los países económicamente "centrales" la epidemiología debe confrontar, por primera vez, su propia vocación de disciplina especializada en la exploración de las causas de las enfermedades y su competencia en la "narración" de aquello que sucede con la salud en la sociedad, con el hecho que los cuidados de salud están literalmente invadidos por la primera revolución tecnológica (en el diagnóstico, en la farmacología, en la informatización), y se transforman en un componente cada vez más importante del mercado.

Los textos que aparecen en el Panel 1 son particularmente significativos para la discusión y comprensión de la Epidemiología Comunitaria porque documentan cómo la epidemiología puede y debe ser protagonista y creadora de cultura en la sociedad a través de herramientas, datos y casos concretos que son intrínsecos y específicos de los cuidados de salud, pero que tienen una lógica y unas implicaciones que van más allá de los informes técnicos. Para dar una idea concreta de este rol "comunitario" de la epidemiología, es decir de esta posibilidad-necesidad de pertenecer a, y ser lenguaje de la sociedad y de las poblaciones que están involucradas en el proceso de salud-enfermedad (y por lo tanto de derechos a la vida y goce de prevención y tratamiento), es útil proponer una lectura de los textos del Panel 1 en términos de un "cuento de Epidemiología Comunitaria".

Panel 1: La epidemiología como cuento de la relación entre derecho de salud-vida, cuidados de salud-tecnologías-mercado, roles-metodología de la investigación.

1. Cochrane, A.L. Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
2. Mc Keown T. The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
3. Illich, I. Medical Nemesis: The expropriation of Health. New York: Pantheon Books, 1976.
4. World Health Organization. The essential drugs. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, World Health Organization. 1977 (WHO Technical Report Series, N° 615).
5. Declaration of Alma-Ata (1978).
www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
6. Peto, R. et al. Design and analysis of randomized clinical trials requiring prolonged observation of each patient. I. Introduction and design. Br J Cancer. 1976 Dec;34(6):585-612.
7. Peto R. et al. Design and analysis of randomized clinical trials requiring prolonged observation of each patient. II. Analysis and examples. Br J Cancer. 1977 Jan;35(1):1-39.
8. Yusuf S. Collins R. Peto R. Why do we need some large, simple randomized trials? Statistics in Medicine 1984; 3: 409-420.

- El escrito de A. Cochrane, epidemiólogo inglés (pero también y especialmente defensor e investigador lúcido y concreto de los derechos de ciudadanía y de salud pública), marca un cambio de fondo en la lógica y en la metodología de investigación. Argumenta de manera precisa el por qué y el cómo cada intervención (tecnológica o farmacológica) tiene que ser evaluada rigurosamente para verificar su contribución en términos de salud pública y no solamente su novedad técnica, ya que lo último puede ser simplemente una puerta de entrada para los intereses del mercado.
- Mc Keown, otro epidemiólogo escocés, relee el rol de las tecnologías no como protagonistas autónomas de los cuidados de salud sino como una de las variables

que pueden determinar-modificar la historia de salud-enfermedad en la sociedad. Su "narración" del control de la tuberculosis a lo largo de las décadas, antes y después de la disponibilidad de medicamentos, se vuelve un clásico no sólo de la epidemiología sino de la comprensión del rol de la medicina en la sociedad.

- La "epidemiología cultural" de Iván Illich es quizás la lectura más innovadora de la relación dialéctica entre el derecho a la vida de las personas y la pretensión de adueñarse del mismo (a través de la multiplicación de las prestaciones) por parte del "establishment médico". El escrito sigue siendo, hasta ahora, imprescindible como "memoria" de la necesidad y de la posibilidad de toma de la palabra por parte de la "colectividad de los sujetos" (que no son ni pueden ser nunca más definidos y encerrados en la categoría de "pacientes" y por lo tanto de "objeto de intervenciones").
- El informe sobre los medicamentos esenciales de la OMS es uno de los documentos "oficiales" que enfrenta de forma más directa y en el momento oportuno³ el conflicto entre, por un lado, el derecho-accesibilidad universal a lo que puede "salvar-devolver" vida y autonomía y, por otro lado, el control privado de los recursos. La propuesta de la OMS es muy clara y es obstaculizada radicalmente por la industria. Con el término "esencial" se afirma que los medicamentos para los cuales hay pruebas reconocidas de su eficacia en términos de protección-restitución de la salud son un "bien común" al ser una expresión-indicador del derecho a la vida. La epidemiología está llamada (en un párrafo muy innovador del informe) a monitorear que esta relación entre medicamentos y necesidades sea garantizada a nivel de las poblaciones.
- La Declaración de Alma Ata,³ por sí sola, nos exime de retomar aquí su importancia y contenido. En esta declaración las poblaciones-personas reales son declaradas protagonistas de los cuidados de salud, lo que equivale a decir sujetos con derechos de vida y autonomía y no destinatarios de prestaciones, que equivaldría a decir objeto alcanzable por intervenciones más o menos tecnológicas. Es el documento más articulado y avanzado en la formulación de un plan de "Salud para Todos" (que se convierte en una frase famosa: "Salud para todos en el año 2000").
- Es una lástima que, en lugar de ser el punto de partida para un proyecto de futuro, la Declaración se transformó en el punto de llegada de un camino que, por mucho tiempo, la OMS dejó inoperante en la práctica.^[10-18]
- El nombrar artículos muy "técnicos" al final de la lista de textos que se encuentra en el Panel 1 no es una equivocación ni una provocación. Su significado va mucho más allá de su contenido técnico. Estas publicaciones, realizadas por los estadísticos más reconocidos de la comunidad científica internacional (entre los cuales se encuentran

³ Se presentó justamente en los orígenes de la explosión del mercado farmacéutico global.

algunos verdaderos padres fundadores de la epidemiología), al mismo tiempo que re-definen las reglas fundamentales que deben guiar la planificación, el análisis y los criterios de interpretación de los "randomized clinical trials", traen una contribución decisiva a la metodología experimental y epidemiológica. De hecho, a partir de estos textos se definen las herramientas para que la investigación sea menos un ejercicio que estudia los resultados y la confiabilidad de un experimento y sea más un proyecto que verifica sí, y en qué medida, la "esperanza de vida" de las poblaciones que se estudian se ha modificado de manera significativa por las intervenciones (farmacológicas y no) estudiadas de forma experimental: de este modo se recuerda también que los "clinical trials" de las poblaciones no son más que otra forma de hacer epidemiología. En otras palabras, absolutamente independientes, se repropone la lógica de Alma Ata: las poblaciones, y sus historias de vida, son las protagonistas y el término de referencia.

♦ **El cambio "estructural" de la epidemiología en las décadas de "ajuste estructural" de la sociedad ("80-90")**

La cronología propuesta en el Panel 2 es una lista de eventos, publicaciones y actores que pertenecen a sectores muy diferentes. El hacer una lectura global de estas publicaciones, como un paso más en la introducción al significado y rol de la Epidemiología Comunitaria, podría parecer inapropiado. Sin embargo, es justamente esta relación muy estrecha entre factores y valores tan diferentes la que define el contexto que hace de la Epidemiología Comunitaria algo específicamente actual. Así como lo hicimos en el Panel 1, aquí también se propone una "lectura en continuo" del Panel 2.

Panel 2: La historia de las poblaciones y la de la epidemiología: de sujetos protagonistas a objetos de monitoreo.

1980	Los planes de "ajuste estructural" del BM/FMI declaran que los derechos sociales son variables dependientes de los indicadores económicos.
1987	Cornia, G.A., Jolly, R., Stewart, F. (1987) Adjustment with a Human Face. Study by Unicef Oxford, Oxford University Press.
1989	Convención de las NN.UU. sobre los derechos de la Infancia.
1990	La guerra vuelve a ser modalidad "normal" de hacer política (y por ende contexto e instrumento de violaciones no sancionadas de derechos humanos inviolables).
1990/-3/-6	Con sus informes sobre pobreza, salud-mercado, el BM asume de hecho el rol de la OMS en proponer las "reglas del juego" para la definición y la gestión de las prioridades que se refieren a la salud.
1994	Nace formalmente la Organización Mundial de Comercio (WTO-OMC), como cuadro "normativo" de referencia para la libre circulación de todo lo que puede ser declarado "mercadería".
1996	El acrónimo GBD (Global Burden of Disease) substituye al de HFA (Health for All) en el imaginario y en la "líneas guías para elaborar proyectos" (además de estar presente también en los documentos) de las Agencias de Naciones Unidas (especialmente de la OMS), y en la literatura "científica" (especialmente la epidemiológica y de salud pública).

- Ajuste estructural: el giro que a nivel de concepción de economía y sociedad se ha dado en estos años (final de los años 70 y primera mitad de los 80) es muy poco mencionado en la literatura epidemiológica (y menos aún en la literatura médica). La única e importante (pero marginal) excepción es el comienzo de una línea de investigación acerca del impacto de las "desigualdades" de la salud-cuidados de salud. De hecho, con la etiqueta de "ajuste estructural", la economía entra arrolladoramente en la salud. Ya no es más solamente la pobreza de los países en desarrollo. La transformación monetaria y financiera de la sociedad (con los "modelos neoliberales" que tienen como protagonistas políticos a Reagan en los EEUU y a Thatcher en Inglaterra y como campo de experimentación de aplicaciones en gran escala a las post-dictaduras de América Latina) intenta modificar la relación entre "derechos humanos" y "bienes económicos".
- Ajuste estructural con rostro humano: el impacto de esta evolución – y las todavía más grandes implicaciones que se pueden temer – son tales que ya a mediados de los años 80 sale a la luz la publicación referida en el Panel 2 (que tiene como autores a un grupo mixto de economistas-epidemiólogos), que describe con estudios de casos-países lo dramático de la situación que viven las poblaciones que ya no están protegidas por el "derecho a la salud-vida". Esta publicación llega al punto de pedir – no sólo en su título si no también en sus conclusiones – que este "ajuste" mantenga la decencia de acordarse que se está hablando de poblaciones, de seres humanos, y no de ingenierías económicas.⁴
- Las fechas 1989-90, que se recuerdan en el Panel 2 por dos motivos tan diferentes, se deben comentar juntas porque representan de manera perfecta la creciente y dramática disociación que se produce entre el ámbito de las declaraciones y de los compromisos formales que se toman en la comunidad de las naciones y su violación operativa. La firma de la Convención sobre la Infancia se ha celebrado como un evento histórico por todos los jefes de estado pocas semanas antes del comienzo de la primera guerra del Golfo, que abre la "nueva" época (¡todavía no cerrada!) de la re-invencción de la guerra como instrumento de derecho, socavando así las raíces del propio fundamento de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que tenía-tiene como presupuesto y condición imprescindible la búsqueda de un desarrollo en la paz. Las primeras "víctimas" de esta involución son justamente los niños cuya precariedad de vida, sobre todo dentro de los nuevos escenarios de ajuste estructural, había sido "descubierta" en el acuerdo

⁴ Es importante señalar que:

Cuba ha sido incluida entre los casos-país, no como excepción, si no como categoría de referencia positiva.

El libro se convierte en lectura obligatoria entre el personal de las agencias internacionales.

En la literatura epidemiológica o de salud pública no se hace (casi) mención de este libro.

Que el método de trabajo, con resultados similares, regresa con gran énfasis y es acogido con interés incluso por los epidemiólogos, cuando se aplica, más o menos 10 años más tarde, a lo que sucede en la ex Unión Soviética con el ajuste estructural, sólo 5 años después de la caída del Muro de Berlín.

sobre la Infancia. Los recursos que se destinan a las guerras por parte de todos (EEUU y "aliados") son tantos y tales como para justificar el no-desembolso de parte de los Estados de los fondos prometidos para garantizar los bienes "esenciales" de salud-educación-protección de la violencia y de la explotación de los menores.

- El Banco Mundial como autor-actor epidemiológico: la epidemiología está prácticamente ausente – a nivel cultural y concreto – de lo que está pasando en los eventos que se acaban de mencionar. Una excepción importante constituye lo que se viene desarrollando por parte de las "epidemiologías sin número" en América Latina, donde se vuelve a lanzar el rol social y cultural, además del cuantitativo y académico, de la epidemiología.^[19-20] En lo que se considera la "tendencia" se afirma progresivamente, también gracias a los tres informes del Banco Mundial (que ha contado con la colaboración de un muy eficiente-calificado sector de "salud pública"), la necesidad de un cambio de fondo en el análisis de los problemas para hacer frente a la "transición epidemiológica" y a los "nuevos" desafíos de las "nuevas" cronicidades (en tiempos de una cada vez más importante reducción de recursos para la salud). Se hace necesario transformar las enfermedades-muertes de eventos que interesan-involucran-personas-poblaciones-concretas en cargas asistenciales que hay que cuantificar económicamente, y por lo tanto, y al mismo tiempo, se analiza la potencialidad de mercado y la sostenibilidad de gestión por parte del sector público. El informe del "Global Burden of Disease" ^[21] se presenta como la respuesta, suficientemente sofisticada y ambivalente desde el punto de vista metodológico e ideológico, para crear el interés y promover la discusión y la crítica. Justamente por eso, este informe es capaz (en ausencia de alternativas y gracias a una creciente presión "publicitaria", incluso en la literatura más acreditada) de ocupar todo el espacio de la epidemiología y de la salud pública.
- WTO – GBD. La complementariedad de los nuevos acrónimos: la epidemiología del Global Burden of Disease (GBD) tiene un interés indudable y un inevitable atractivo. Esto se debe a su articulación entre datos y modelos; a la integración entre acercamientos matemático-estadísticos que garantizan confiabilidad; a la re-definición en términos económicos de los mapas epidemiológicos mundiales (para estar a la altura de la globalización) y a la idea de que para todos los países existen todos los datos que se requieren para hacer (ciertamente con oportunos ajustes multivariantes!) comparaciones, planificaciones, inversiones, evaluaciones, donde todos pueden tener un rol. No es extraño que este escenario (con el lenguaje que lo describe y que se vuelve paradigmático y obligatorio en las universidades y en las publicaciones científicas) represente un cuadro de referencia hecho a la medida para la Organización Mundial del Comercio (WTO), que se presenta como la nueva (¡y obligatoria!) frontera de un desarrollo y de una sociedad global, donde lo prioritario e imprescindible es garantizar el derecho a las mercancías y a su intercambio. Las reglas son las de un mercado que sólo puede tener

controles desde su interior, pero que no debe responder a otras normas o criterios de valor. Las enfermedades y los sistemas de cuidados de salud – desvinculados de los sujetos humanos que los padecen– son candidatos a una política de cuidados de salud cada vez más centrada en las “prestaciones económicamente accesibles” y menos en la garantía de los derechos de las personas reales. La “vida” y sus derechos se mantienen presentes en los “nuevos” escenarios económico-epidemiológicos (una cohabitación de por sí alarmante, incluso desde el punto de vista estrictamente metodológico además del cultural y político) únicamente como un elemento no central de los nuevos indicadores QALY, DALY y sus derivados.⁵ Ahora son los “años de vida” (Life Years), tal y como lo calculan las compañías de seguros, los que cuentan. Por razones puramente cosméticas estos se “ajustan” por Discapacidad y Calidad. Está claro que de estas complejidades pueden hablar, o entender, sólo los “especialistas”, los que – por definición – no son los sujetos portadores-de-necesidades, ni los titulares-de-derechos.

¿Y la epidemiología? ¿se acepta como variable dependiente de la economía? ¿Y la asistencia? ¿queda disponible para el ocaso de la época de los derechos?

♦ **El re-descubrimiento del “derecho humano” a la vida y la desaparición de sus sujetos**

Para este último paso introductorio se propone también una representación esquemática (de actores y de tiempos) de los escenarios globales en los que la Epidemiología Comunitaria se ha desarrollado (Panel 3). Una re-lectura global, siguiendo la misma lógica adoptada para los dos paneles anteriores, define la situación en la que las experiencias y las propuestas de este manual deben ser comprendidas y realizadas.

⁵ El indicador QALY (Quality Adjusted Life Years) se ha traducido al castellano como Años de Vida Ajustados por Calidad, mientras el indicador DALY (Disability Adjusted Life Years) se ha traducido como Años de Vida ajustados por Discapacidad. Esto ha generado una serie de acrónimos confusos: AVPP, AVISA, AVAD que pocos pueden calcular y mucho menos interpretar y explicar. A inicios de los años 90 la Agencia Estadounidense para el Desarrollo (USAID) financió la realización de pequeños informes tipo Global Burden of Disease a nivel de cada uno de los países de América Latina usando estos indicadores.

Panel 3: Objetivos de desarrollo del milenio (ODM): ¿compromisos, promesas-esperas de largo plazo o sin tiempo?

1. Final-inicio de milenio: se cambian los acrónimos, se multiplican los compromisos: para malaria, TB, SIDA, hambre, pobreza.
2. El informe sobre la "Macroeconomía de la salud-sanidad" es perfecto en el diagnóstico: "Nos encontramos frente a un problema estructural"; pero perfectamente dissociado en los remedios: "No se tocan las estructuras; es necesaria mucha buena voluntad (de parte de todos, públicos o privados)".
3. La lógica de la "seguridad" luego del 11 de septiembre 2001 es la oportunidad perfecta para declarar cerrada la época de la obligatoriedad del derecho y para dar vuelta a las prioridades de la política y de las inversiones.
4. Los cuidados de salud (como sistema y como mercado) se hacen cada vez más importantes que la salud (como derecho de vida). Las grandes transnacionales de los cuidados de salud (desde las farmacéuticas a las aseguradoras) aumentan su presión para una lectura y una operatividad "soft" de los derechos sociales y económicos: que deben ser afirmados, pero no necesariamente respetados.
5. Ante una transformación progresiva de los cuidados de salud, la epidemiología se preocupa sobre todo de aplicar en todas partes "líneas-guías", "basadas en evidencias" (producidas en situaciones asistenciales "estándar" y óptimas, publicadas en revistas prestigiosas, enseñadas en las escuelas de referencia), preocupadas por el uso óptimo de la escasez de recursos, pero desvinculadas rigurosamente de los contextos aplicativos (v. párrafo 1 del capítulo para la posible-prometedora evolución del 2008).

- La "globalización" es reconocida cada vez más (no sólo por parte de sus críticos) como un proceso que no es únicamente económico-comercial, sino especialmente cultural y de imaginación. Sin disponer de pruebas a priori o a posteriori, se imponen decisiones tomadas a nivel central, por parte de "decisionistas" que no representan para nada a las poblaciones reales.
- La guerra preventiva: un paso esencial en esta "expropiación" de las comunidades reales, es el re-descubrimiento y adopción de la "guerra" (contra "enemigos", "terrorismos") como una modalidad "normal" de hacer política, que prevé "víctimas" y "daños colaterales". En cualquier sitio donde – por estrategias militares o económicas – se ha considerado "necesario", millones de personas han sido mártires de experimentos con bombas más o menos "prohibidas", entre las cuales se encuentran los embargos económicos, el hambre, la sustracción-prohibición del acceso a los servicios de salud.

- La "comunidad internacional", substancialmente expropiada de sus poderes reales a nivel de las agencias de garantías como las Naciones Unidas y la OMS, asume un rol de productora de "recomendaciones" coherentes con la cultura de la globalización. Estas recomendaciones "verticales", decididas centralmente, según planes rígidamente controlados, no están dirigidas a las poblaciones y a su derecho de goce de los derechos humanos (y por lo tanto de los bienes esenciales), en un contexto obligado de democracia, sino a una u otra enfermedad que coincide con una u otra tecnología de intervención en salud (TB, malaria, VIH,...).^[22-24]
- Las Estrategias de Alianzas Público-Privadas que deberían ser garantía de fondos, en la práctica son cada vez más la expresión de iniciativas de "beneficencia", que no prevén (de hecho se oponen y descalifican como ineficientes-imposibles) modificaciones estructurales a nivel político-económico (Ej.: promoción-implementación de sistemas de salud pública).^[25]
- Una epidemiología que describe para no hacerse cargo de la realidad: el lenguaje de la epidemiología (datos, tablas, estimaciones) entra a ser parte de la política, de la economía. Las personas-poblaciones que "viven" en aquellas tablas, son de hecho invisibles en su calidad de seres humanos, son números que entran en las proyecciones "globales"; son parte de un proceso perfectamente conocido, pero que, a priori, ha sido declarado como no-modificable, ni evitable con los únicos cambios (estructurales) que serían necesarios. De esta manera, la epidemiología se encuentra en la condición de cuantificar el carácter de genocidio de las desigualdades que han sido perfectamente programadas y documentadas y de hacer más visible el carácter de "tratamiento deshumano o degradante" (y por ende de tortura) a que se ven sometidos los que mueren de hambre, sed, degradación, heridas no curables, sin dar una respuesta.
- Las descripciones-que-denuncian y los ejemplos de intervenciones-que-involucran comunidades, aunque son raros, no faltan. Sin embargo, el modelo prevalente continúa previendo estrategias que aplican a nivel local líneas guías y protocolos dirigidos a resolver problemas específicos. Los informes epidemiológicos que cuentan (por parte de las poblaciones y de los operadores del país) sí, en qué medida y porqué las necesidades de salud no son respetadas, son mucho más raros. Más rara aún es la epidemiología que se ubica explícitamente en la perspectiva de leer la dinámica de la salud-enfermedad en términos de derechos humanos respetados o violados.
- El redescubrimiento de la salud-cuidados de salud como derecho humano es uno de los temas más recurrentes en la literatura reciente. ¿Es esto solamente un ejercicio de imagen? siendo que esta reafirmación de derechos "debidos" corresponde en la realidad a una postergación de años o décadas vencidos y de objetivos publicitados por todos como prioritarios y urgentes (ver programas FAO y de ODM).^[10] ¿Con qué costos en término de muertes-sufrimientos, tratamientos inhumanos o degradantes? ¿Con qué responsabilidad? ¿Con qué grado de evitabilidad? Alrededor de estas preguntas que envían evidentemente a causas-actores "estructurales", la epidemiología tartamudea:

¿voluntariamente? ¿para reducir el riesgo de afirmaciones demagógicas? ¿por ausencia de datos? ¿por qué los únicos datos que son aceptados en las discusiones o en los procesos decisionales son los que reproducen la lógica del GBD?, en donde lo que cuenta es el peso económico-asistencial de las enfermedades, y por lo tanto de su mercado. ¿Quiere esto decir que lo que pasa en la vida de las personas-poblaciones reales, en término de derechos de vida, no es una variable económicamente medible y por lo tanto no existe?

❖ Conclusiones

El cuadro que se ha delineado en este capítulo de introducción es inevitablemente muy sintético. Por lo tanto está claro que existe un riesgo en la aproximación a uno u otro aspecto. Sin embargo, lo que importa es retener el hilo conductor que se resume en los siguientes puntos:

- a) es urgente reconstituir, en lo cotidiano y en estrecho contacto con las necesidades de las poblaciones reales, la relación entre salud y derechos humanos;^[26]
- b) no se trata de un problema principalmente "técnico". Los obstáculos más grandes que hay que superar son especialmente de tipo cultural, incluso y principalmente al interior de los cuidados de la salud. La epidemiología debe re-encontrarse como disciplina-competencia que devuelve visibilidad a las poblaciones que han sido fagocitadas por la ideología de la globalización y transformadas en variables muy "soft" de la economía;
- c) la Epidemiología Comunitaria parte de la hipótesis que un regreso de la epidemiología a sus orígenes de derecho, puede y debe ser un proceso que tiene sus raíces y expresiones principales en las situaciones de vida y en la asistencia que ocurre en las "periferias", consideradas como lugares y tiempos de investigación-experimentación activa y original de soluciones, y no sólo como lugar de cumplimiento de recetas que han sido prescritas y gestionadas en los niveles "centrales";
- d) sólo de esta forma es pensable un proceso de recíproca alfabetización entre las macropolíticas (que se plantean en una perspectiva de mediano-largo plazo, que están al margen de lo que sucede mientras tanto en las poblaciones reales) y las políticas asistenciales necesarias y practicables a nivel local, donde viven, ahora, hoy, mañana, pasado mañana, los sujetos individuales y colectivos del derecho humano a la salud;
- e) esta "alfabetización recíproca" no puede pretender ser lineal, ni consensual a priori. Siendo un proyecto difícil, de investigación, sólo puede ser profunda y positivamente dialéctica. Esto quiere decir que debe ser capaz de confrontarse-experimentarse en la búsqueda de respuestas que no pueden ser iguales, ni igualmente practicables, en la infinita heterogeneidad de los contextos de vida y de asistencia.

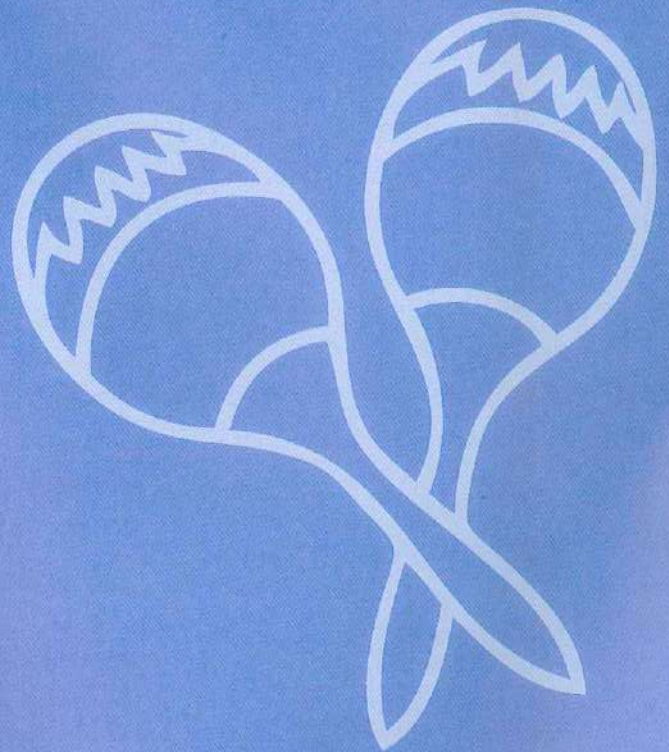
❖ Referencias bibliográficas

- [1] A renaissance in primary health care. Lancet 2008 Sep 13; 372 (9642): 863.
- [2] ONU. Declaración Universal de Derechos Humanos. ONU 1948 [citado 2009 Jun 8; Disponible en: URL: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- [3] OMS. Declaracion de Alma Ata. OMS 1978 [citado 2009 Jun 8];Disponible en: URL: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- [4] Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Vinod KP, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. Lancet 2008; 372: 917-27.
- [5] Comisión-Determinantes-Sociales-de-la-Salud. Subsanan las desigualdades en una generacion: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final. Buenos Aires: Ediciones Journal SA; 2008.
- [6] OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca. OMS 2008 Disponible en: URL: <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>
- [7] Tognoni G. Manual de Epidemiología Comunitaria. Esmeraldas: CECOMET; 1998.
- [8] Granda E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. 2003. [manuscrito no publicado]
- [9] Moreira J, Narvaez E, Narvaez A. Epidemiología y participación comunitaria: ¿Cual es el medio y cual es el fin? Bol Epidemiol (Ecu) 2008;6(51):42-4.
- [10] Torres-Goitia J. Desarrollo y salud. 1 ed. La Paz: Artes Graficas Sagitario; 2008.
- [11] National Health Service Act. Encyclopaedia Britannica 2009 Disponible en: URL: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/404910/National-health-service-act>
- [12] Costituzione della Repubblica Italiana 1948. Wikipedia 2009 Disponible en: URL: <http://it.wikipedia.org/wiki/Costituzione-della-Repubblica-Italiana>
- [13] Marshall G, Blacklock JS, Cameron C, Capon NB, Cruickshank R, Gaddum JH, et al. Streptomycin treatment of tuberculous meningitis. Lancet 1948 Apr 17;(April):582-96.
- [14] Feldman WH, Hinshaw HC. Streptomycin: A valuable anti-tuberculous agent. BMJ 1948; 1(4541): 87-92.

- [15] Hampton L. Albert Sabin and the coalition to Eliminate Polio from the Americas. *Am J Public Health* 2009; 99: 34-44.
- [16] De Vos P, Van der Stuyft P. The right to health in times of economic crisis: Cuba's way. *The Lancet* 2009; 374(9701):1575-6.
- [17] Ramonet I. Cien Horas con Fidel Castro. 2001.
- [18] Walley J, Lawn JE, Tinket A, De-Francisco A, Chopra M, Rudan I, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *Lancet* 2008;372:1001-7.
- [19] Breilh J. *Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. 1 ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
- [20] Breilh J. Latin American critical (social) epidemiology: new settings for an old dream. *Int J Epidemiol* 2008;37:745-50.
- [21] Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990 - 2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997 May 24; 349 (9064):1498-504.
- [22] Sachs JD. A new global commitment to disease control in Africa. *Nat Med* 2001; 7 (5): 521-3.
- [23] Brugha R, Donoghue M, Starling M, Ndubani P, Ssengooba F, Fernandes B, et al. The Global Fund: managing great expectations. *Lancet* 2004 Jul 3; 364 (9428): 95-100.
- [24] Frenk J, Gomez-Dantes O. Globalisation and the challenges to health systems. *Bmj* 2002; 325 (7355): 95-7.
- [25] Kumar MK, Dewan PK, Nair PK, Frieden TR, Sahu S, Wares F, et al. Improved tuberculosis case detection through public-private partnership and laboratory-based surveillance, Kannur District, Kerala, India, 2001-2002. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005 Aug; 9 (8): 870-6.
- [26] Breihl Jaime, Tilleria Ylonka. *Aceleracion global y despojo en Ecuador: el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. 1 ed. Quito: Abya-Yala; 2009
- [27] Boback M, Marmot M. Societal transition and health. *Lancet* 2009 Jan 31; 373(9661): 360- 2.

Capítulo 2

Herramientas, metodologías y actores de la Epidemiología Comunitaria



❖ Una definición de Epidemiología Comunitaria a través de su "biografía"

El largo (aunque demasiado sintético) recorrido histórico y conceptual que ha sido presentado en el primer capítulo, y que ha tenido el objetivo de contar con un contexto general de referencia, debería haber aclarado que:

- a) Epidemiología Comunitaria no es otra epidemiología. En efecto, el adjetivo "Comunitaria" no debe ser visto como uno más que se añade a la lista de los ya existentes o posibles: epidemiología clínica, epidemiología asistencial, epidemiología social, epidemiología analítica, etc.
- b) Epidemiología Comunitaria se describe mejor como una epidemiología "diferente": es una epidemiología que se constituye al mismo tiempo en herramienta y lenguaje para que las comunidades (sean estas pequeñas o grandes, urbanas o rurales, grupos o poblaciones, bien estructuradas o divididas, en conflicto o en construcción) describan, analicen, comprendan, gestionen, proyecten y cuenten su propia historia. Esta historia que se cuenta es específicamente aquella que pasa por el encuentro entre por un lado el goce y, por otro lado, la exclusión del derecho a la vida, poniendo atención particular a los aspectos y expresiones de aquel derecho que entran en los ámbitos de la salud, la enfermedad, los cuidados de salud, el malestar, la autonomía, la muerte...

El carácter "diferente" de la Epidemiología Comunitaria en relación con las otras epidemiologías, igualmente necesarias, no tiene que ver tanto con las metodologías y herramientas técnicas que se utilizan. La diferencia más bien está en que la Epidemiología Comunitaria es la expresión, el acompañamiento y la toma de conciencia y de palabra de un proyecto. A través de la Epidemiología Comunitaria, las comunidades tratan de hacer de ese indicador de los derechos fundamentales constituido por la salud y los cuidados de salud, algo que no viene de afuera, sino que pertenece a la comunidad, que forma parte de su identidad y de sus opciones prioritarias.

La Epidemiología Comunitaria, por lo tanto, no es, ni puede ser, una disciplina o una metodología o una estrategia definida-programada en un escritorio. Tampoco es, ni puede ser, el producto de la reflexión de expertos, deseosos de estar más cerca de las necesidades de situaciones difíciles o marginales, más solidarios, más abiertos a la participación y no encerrados en sus propias competencias. Por lo tanto no puede ser entendida como una mera enseñanza de conocimientos, de técnicas, de criterios organizativos, de recolección o de análisis de datos. El conjunto de estos conocimientos se da por existente, estando en unos casos más disponible o aplicable que en otros.

La Epidemiología Comunitaria ha nacido – y nace cada vez en cada comunidad que decide involucrarse – al "descubrir" y consecuentemente "asumir-el-compromiso-de-hacer", que la salud y los cuidados de la salud, como todos los derechos, son parte normal y autónoma de la cultura, y por lo tanto de lo cotidiano de la vida en una determinada comunidad.

Desde esta toma de conciencia nacen las opciones organizativas, de prioridades, de herramientas, de lenguajes, de roles de los diferentes actores que estructuran los proyectos de Epidemiología Comunitaria.

"...en 1997 varias comunidades de América Andina y Central hicimos una primera relatoría de experiencias de Epidemiología Comunitaria que fueron escritas en un Manual. Ya desde entonces nos encontrábamos frente a la imposición de un "experimento" en el que la salud y los cuidados de salud, como derecho debido y posible, se habían transformado en un área de expropiación en la que las intervenciones-prestaciones eran cada vez más precarias y discontinuas.⁶ De esta manera nos enfrentábamos con una situación en la que se nos decía que los recursos siempre eran escasos, que las necesidades insatisfechas eran una realidad con la que se debía aprender a convivir, que el tiempo y las energías tenían que estar comprometidos a encontrar respuestas y soluciones más o menos insuficientes, casi siempre inadecuadas. Sin embargo, y a pesar de todo esto, nos dimos cuenta que lo que más faltaba era la capacidad y la posibilidad de tener un proyecto que nos haga sentir parte de un proceso..."

De esta manera la Epidemiología Comunitaria nace al reconocer que era necesario tener un proyecto que pertenezca a esa comunidad: que no sea sólo de los expertos o de los operadores. Parte esencial del proyecto fue el tener, y por lo tanto producir, conocimientos y datos que fueran:

- » específicos para los problemas de esas comunidades;
- » actualizados para discutir-acompañar su evolución;
- » suficientemente sencillos para no necesitar de capacidades particulares o recursos suplementarios o análisis complicados;
- » confiables no tanto por la precisión técnica más o menos sofisticada, sino para poder ser discutidos y evaluados en tiempo (casi) real, con una periodicidad coherente con las preguntas que van apareciendo;
- » traducibles a un lenguaje que permita una comprensión recíproca y una maduración gradual de las competencias y de las culturas de los diferentes actores.

Las/os protagonistas de este proyecto debían ser lo más "representativos" posible de la comunidad, es decir que debían ser personas que pertenecieran en forma permanente y "normal" a la comunidad. De esta manera se podía garantizar una presencia y un conocimiento rápido y completo de lo que iba sucediendo, lo cual es evidentemente más eficiente si se compara con lo que se puede obtener con la presencia, inevitablemente fragmentaria y ocasional, de operadores y/o expertos. El proyecto de Epidemiología Comunitaria implicaba entonces una revisión profunda de los roles y de

⁶ Ver referencia a "ajustes estructurales" descritos para los años 89 y 90 en el capítulo 1.

las herramientas que permitieran recoger, monitorear y averiguar la confiabilidad y la utilización de los datos. Los "formularios" y los datos previstos por los niveles centrales revelaban ser a menudo insuficientes y especialmente inadecuados (con su inevitable estandarización y rigidez) para reflejar la variabilidad de las situaciones que era necesario evaluar. De hecho, la Epidemiología Comunitaria no responde simplemente al objetivo de producir una documentación objetiva para enviar al nivel central, con la finalidad de producir estadísticas "intermedias". La Epidemiología Comunitaria, más bien, trata de garantizar la comprensión concreta e inmediata de los problemas de manera que se puedan implementar mecanismos para su resolución por parte de los que son responsables de la asistencia. Para la Epidemiología Comunitaria la documentación burocrático-administrativa (que a menudo no regresa, o llega tarde y en forma escasamente comprensible a la comunidad) no es más que un producto secundario.

El "proyecto Epidemiología Comunitaria" se transforma de esta manera en una "colectividad de trabajo de Epidemiología Comunitaria". Esta colectividad se organiza de manera flexible, por problemas, por grupos de riesgo, por situaciones específicas ligadas al ambiente social, cultural, geográfico en el cual se vive y se trabaja.

La realidad y las actividades documentadas en la lógica de la Epidemiología Comunitaria se traducen regularmente en "informes" donde los aspectos cualitativos prevalecen sobre los cuantitativos (porcentajes, denominadores, tasas,...). Las personas y los grupos – sus historias de vida, de enfermedad, su capacidad de ser o no parte del proyecto y de compartir mensajes, recomendaciones, intervenciones – deben quedar permanente e imprescindiblemente "visibles". Tienen que ser "ubicables" en un espacio y en un tiempo concreto. Sólo si todas estas individualidades son bien identificables se hace posible continuar haciendo "sumas" que no las hagan desaparecer en "fotos de grupo".

Las "visiones de conjunto" corren el riesgo de esconder en lugar de hacer comprender mejor las características específicas constituidas por los riesgos, las causas de muerte y de enfermedad, la potencialidad o dificultad de una comunidad de llegar a ser autónoma y, consecuentemente, de evitar quedar en condiciones de riesgo.

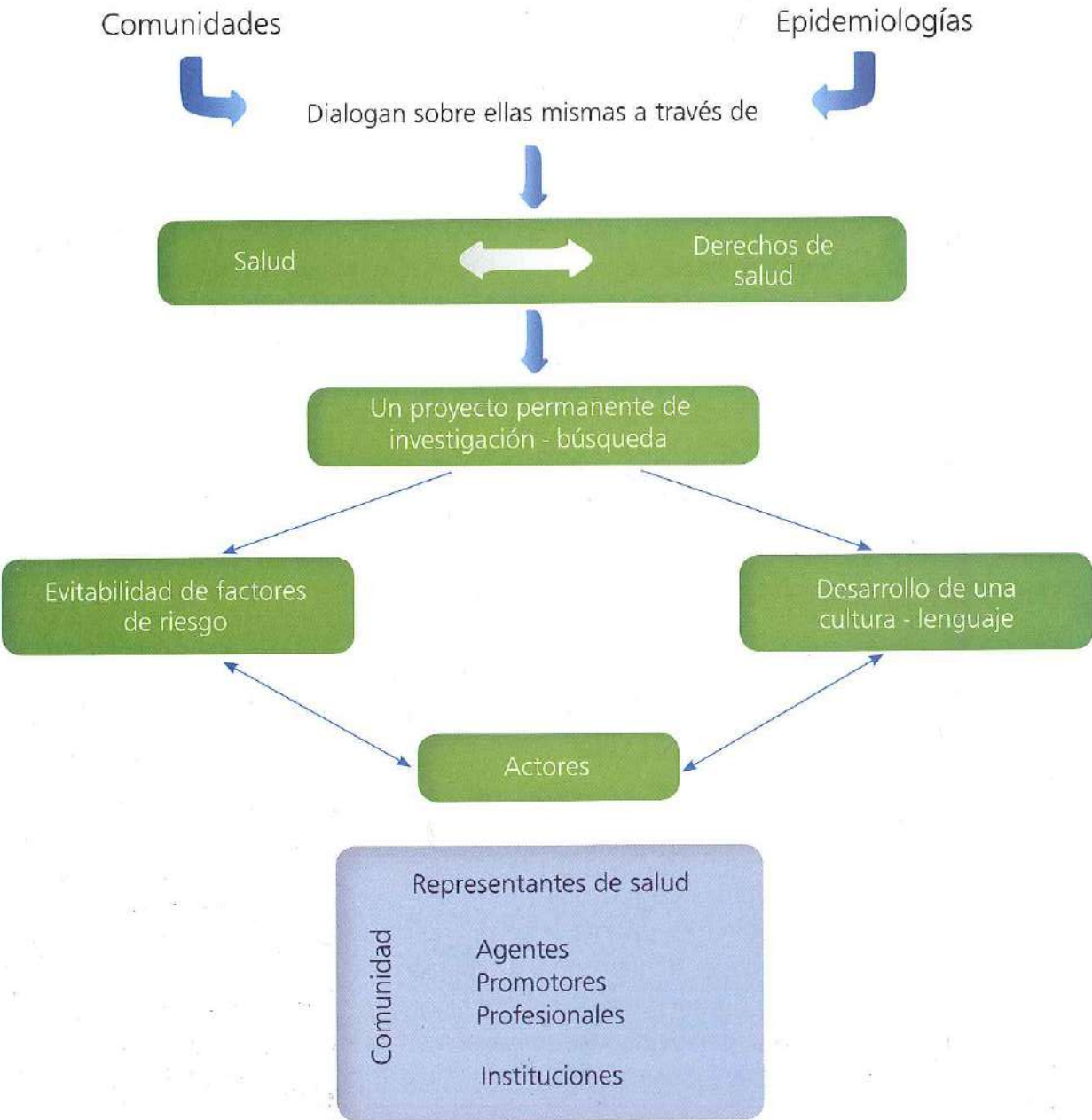
❖ Desde la "biografía" a la estructura operativa de la Epidemiología Comunitaria

Por definición – considerando la variabilidad de los contextos de vida y de las historias de las comunidades – no tiene sentido hablar ni prever una estructura operativa "estándar" de Epidemiología Comunitaria. Como toda "biografía", cada una de las "biografías" de Epidemiología Comunitaria es distinta y se diferencia según las comunidades y la especificidad de sus necesidades de derecho y de cuidados de salud. Como sucede con la vida, para la Epidemiología Comunitaria no existen biografías fotocopiadas. Sin embargo, es posible-necesario, en la perspectiva de mejorar con más eficiencia la calidad y la

operatividad, proponer un esquema de referencia donde se hagan visibles las principales articulaciones entre objetivos, protagonistas, actividades y resultados esperados de los diferentes proyectos.

La Figura 1 es un intento de representar esta articulación y los párrafos que siguen constituyen una guía “esencial” para su lectura, la misma que debería permitir subrayar las implicaciones de la articulación y de la jerarquía recíproca que existe entre las diferentes variables que intervienen en un proyecto de Epidemiología Comunitaria.

Figura 1: Los contextos de Epidemiología Comunitaria



♦ **Binomio comunidades - epidemiologías**

El binomio – y la estrecha interacción entre Comunidad y Epidemiología – es el centro y el criterio de referencia. La comunidad asume a la epidemiología (que es igual a la capacidad de conocerse y de contarse en su búsqueda de la salud como derecho humano) como lenguaje y recurso propio. El conocimiento epidemiológico no se importa desde afuera ni se exporta como un "dato". Es parte de la identidad y de la vida diaria de la comunidad, tanto en su producción como en su interpretación, en el uso de sus datos para la planificación y en el diálogo acerca de sus implicaciones no sólo en los cuidados de salud, sino en los derechos de ciudadanía.

♦ **Evitabilidad de factores de riesgo**

La Epidemiología Comunitaria distingue bien – mientras produce, interpreta y utiliza los datos – entre lo que pertenece a los riesgos del contexto de vida y lo que pertenece – depende de las condiciones institucionales, a las que pertenecen tanto la organización local de la sociedad como la de los cuidados de salud. Sin embargo, la Epidemiología Comunitaria no es una actividad que estudia por separado los diferentes bloques de variables. A partir de los diferentes problemas (enfermedades, y/o grupos de riesgo) que asume, define de manera explícita sí, cuándo y cómo estos dos bloques interactúan, provocando un aumento de los riesgos o de la capacidad para evitarlos y controlarlos. Ya sea que se trate de la mortalidad materna, o de la violencia, o de la marginalidad, la Epidemiología Comunitaria tiene como objetivo el describir, con la perspectiva de hacerse cargo, lo que se puede garantizar como derecho o como forma de evitar la violación. Un hospital que no funciona en la lógica de Epidemiología Comunitaria puede ser un factor de riesgo más grande y menos evitable que la pobreza más extrema o la dispersión-lejanía geográfica. Así mismo la mortalidad materna o infantil puede depender más de la no disponibilidad de servicios esenciales que de factores de riesgo debidos a la desnutrición o a otras patologías.

♦ **Desarrollo de una cultura – lenguaje**

La relación entre los diferentes derechos no es sólo una declaración de principios. La Epidemiología Comunitaria es un ejercicio permanente de formación en un lenguaje que debe acostumbrar a no considerar la salud y los cuidados de salud como algo separado de la vida cotidiana. Sólo así la comunidad puede reconocerse como "sujeto no dividido", portador de derechos que se protegen y refuerzan mutuamente. Esta relación estrecha entre derechos debe estar presente, con la misma prioridad y atención, en todas las etapas y modalidades de intervención, desde las actividades generales de promoción y formación, hasta la recolección de los datos y su interpretación-comunicación en un lenguaje comprensible y compartido. Sólo esta continuidad de los aspectos técnicos y operativos con el lenguaje que se usa todos los días, puede garantizar la creación progresiva de una cultura de la salud que entra a ser parte integrante de la gestión "política" de las necesidades y de los recursos.

♦ Actores de Epidemiología Comunitaria

La lista de actores-protagonistas de la Epidemiología Comunitaria está en un orden estrictamente jerárquico, por grado de importancia e "imprescindibilidad". Sólo si existen representantes-promotores-responsables que viven permanentemente y como miembros "normales" de las comunidades, capacitados y actualizados constantemente, la contribución y las competencias (obviamente imprescindibles) de expertos y agentes institucionales podrán traducirse en prácticas alcanzables y por ende en cultura de Epidemiología Comunitaria. La capacitación y actualización de las comunidades y sus representantes no se da con una serie de cursos sobre "nociones" de epidemiología, sino a través de la actividad de campo en la recolección-discusión-diálogo acerca de los datos reales que se refieren a la epidemiología concreta de la comunidad. Los ejemplos presentados en los capítulos que siguen darán una idea precisa del cómo y por qué esta jerarquía no es sólo una afirmación de principios (que sería estrictamente demagógica), sino una indicación operativa absolutamente "normal".

❖ La definición de la Epidemiología Comunitaria a través de sus palabras clave

El objetivo de este último título, antes de pasar a la "biografía concreta" de la Epidemiología Comunitaria en la realidad de Borbón, es el de retomar algunas de las palabras clave que ya han sido mencionadas en los párrafos anteriores, así como en los textos que fueron elaborados en 1997 y en 2001, de manera que se pueda aclarar y subrayar rápidamente su ubicación y su rol. Se puede - por razones didácticas- distinguir cuatro "grupos" de palabras clave:

- » el primero agrupa a aquellas que se refieren a los objetivos y a la lógica general;
- » el segundo comprende a las que se refieren a los contenidos y a los puntos de orientación del trabajo de observación-monitoreo-registro de los datos;
- » el tercero comprende las que evocan ejemplos de herramientas y metodologías operativas de Epidemiología Comunitaria;
- » el cuarto comprende las que retoman el tema del lenguaje y de la comunicación.

♦ Palabras clave que se refieren a objetivos y lógica general

► Proyecto

Se afirmó que la Epidemiología Comunitaria no es una herramienta o una estrategia de estudio que se realiza de vez en cuando para conseguir-publicar resultados. Sin embargo, se hace necesario calificarla como "proyecto" para que podamos recordar permanentemente

que el objetivo de garantizar derechos de vida-salud no es ni fácil ni alcanzable a corto plazo; y no se puede alcanzar ni tampoco garantizar sin una programación explícita. En efecto, como todo proyecto, una práctica de Epidemiología Comunitaria debe darse tiempos y criterios de evaluación-avance con los cuales confrontarse regularmente de manera que se pueda responder directamente y en diálogo con la comunidad.

Se ha visto que la lógica y la práctica de los macro-proyectos (descritos en el Capítulo 1), junto con la epidemiología que los acompaña y monitorea en su desarrollo, es la tendencia a aceptar como inevitable un retraso en el cumplimiento de los objetivos. Este hecho, de por sí ya escandaloso, lo es aún más cuando se piensa que, por ese retraso, nadie se hace responsable de rendir cuentas a nadie. En cambio la Epidemiología Comunitaria trata, por definición, de hacerse cargo y de dar cuenta de lo que sucede con las comunidades con las que se comparte la vida. La transparencia, la responsabilidad y la inmediatez de las informaciones sobre contenidos, métodos y tiempos del "proyecto" son una condición obligatoria para la credibilidad y la garantía de continuidad.

► Visibilidad

La visibilidad de las personas y de los grupos de riesgo, y no de los técnicos o auspiciantes, es uno de los elementos que distinguen a la Epidemiología Comunitaria de las "epidemiologías que estudian" y que se interesan más en los valores-resultados medianos, globales y generalizables. La centralidad de la visibilidad de las personas en el trabajo de Epidemiología Comunitaria está estrictamente relacionada al hecho que son esas personas las que deben quedar como protagonistas – ser el motivo, el punto focal, la medida de la calidad y de la confiabilidad – de una epidemiología que pertenece a la comunidad y que junto con ellos / ellas la construye. Ninguna de sus historias tiene que perderse: todas sus historias juntas son el producto de la Epidemiología Comunitaria.

► Investigación (o búsqueda)

Las raíces locales de la Epidemiología Comunitaria obligan a mantener el sentido de "proyecto" dentro de contextos de gestión que a menudo dependen de las lógicas "globales". Estas invitan, empujan y obligan a conformarse con las reglas y con los tiempos de una evolución dirigida prevalentemente, si no exclusivamente, por los plazos y las compatibilidades económicas. Por esa razón, involucrarse en una práctica de Epidemiología Comunitaria significa no perder de vista a las personas, mientras que la epidemiología oficial las absorbe en la valoración global de las cargas asistenciales. Hacer compatibles y practicables estos dos objetivos no es una tarea fácil y sólo se puede abordar desde una verdadera investigación (o búsqueda).

Enraizada en la más normal cotidianidad de la asistencia, la Epidemiología Comunitaria debe tener la conciencia de no ser una "epidemiología menor o localista". Al contrario, la Epidemiología Comunitaria devuelve a la epidemiología su rol de fondo, que es el de re-encontrar y contar el sentido de la historia que se vive, a través de la devolución de los derechos a quien está más en riesgo y de quien ni se conoce la existencia. Es

una búsqueda para la cual no hay ofertas de grandes financiamientos o incentivos o donaciones. Es, o debería ser, una búsqueda obligatoria para todos aquellos que trabajan en devolver a la salud su característica de ser un servicio para las personas concretas, que viven aquí y ahora, y para que los cuidados de salud no se conviertan en un mero ejercicio de erogación de prestaciones.

♦ **Palabras clave que se refieren a contenidos que orientan la Epidemiología Comunitaria**

► **Eventos centinela**

El proyecto-investigación de Epidemiología Comunitaria tiene como metodología de base la de plantearse de forma sistemática preguntas sobre el significado (los orígenes, las implicaciones, la evitabilidad) de todo lo que se presenta como dificultad o imposibilidad de gozar de una vida digna, ya sea esto por enfermedades, por violaciones de derechos de autonomía, por falta de accesibilidad a recursos, etc. Todos los eventos negativos en la salud o en los cuidados de salud (tanto más cuanto más graves son) son potencialmente "centinelas". Ser "centinela" significa ser indicadores de una necesidad a la que hay que responder, no sólo con intervenciones debidas, sino también con el compromiso de comprender, profundizar y transformar lo que sucede. Los "eventos centinela" hacen una invitación al diálogo y a la confrontación entre los actores de salud y los miembros de la comunidad. Por otro lado, hacer epidemiología de los "eventos centinela" (mortalidad, hospitalizaciones, enfermedades invalidantes....) significa también hacer visible y compartido el mapa (y por ende una mejor toma a cargo) de los problemas y de las preguntas abiertas. Comprender los "eventos centinela" es el paso imprescindible para crear la posibilidad de encontrar soluciones más eficientes, que también podrán servir para las situaciones "centinelas" que se presentarán en el futuro.

► **Evitabilidad**

La evitabilidad está entre las palabras clave obligatorias para el desarrollo de una cultura de Epidemiología Comunitaria. Sin embargo, y muy a menudo, lo que se declara como evitable de hecho no lo es, debido a razones muy diversas y que son bien conocidas, pero que no por eso dejan de ser evitables (es suficiente pensar en factores de riesgo como la falta de educación, la pobreza, la desnutrición, las violencias....). Mantener una metodología que de forma permanente verifique la evitabilidad (y por ende la posibilidad de alcanzarla-garantizarla) significa dar prioridad a una verdadera "inteligencia epidemiológica" (entendida como una combinación de conocimiento técnico y de conciencia personal y colectiva) para comprender lo que sucede. Hacer esto ya es, en todo caso, un paso concreto hacia la evitabilidad y una contribución realizada de la misma. Cuando los mapas y las historias de los eventos centinela se analizan con la lógica de la evitabilidad, se convierten en una verdadera escuela pública de formación permanente y colectiva para todas las comunidades y agentes de salud.

♦ **Palabras clave que se refieren a herramientas y modalidades operativas de la Epidemiología Comunitaria**

Primeramente una premisa, que en cierto sentido es obvia, pero que es oportuno subrayar explícitamente aquí. La Epidemiología Comunitaria se aprovecha de todas las técnicas y herramientas de la epidemiología, siempre y cuando sean necesarias, oportunas y practicables. Los clásicos diseños de estudio (cohortes, caso-control, cortes transversales, etc.) así como las modalidades y criterios para el análisis y presentación de los datos (frecuencias, curvas de sobrevivencia, gráficos, tablas) hacen parte, por definición, de los recursos operativos y de conocimientos de esa realidad que se ha llamado "proyecto-colectividad de Epidemiología Comunitaria". En este párrafo se ponen en evidencia algunos términos para los cuales no es necesario retomar el significado "técnico" en sí, sino más bien la importancia operativa y la significación, tanto de imagen como de estrategia, la misma que se hace todavía más clara en la presentación de los escenarios concretos de los capítulos siguientes.

► **Monitoreo – Seguimiento**

Estas palabras clave están estrictamente vinculadas con otro término (más asistencial que epidemiológico): "tomar a cargo" o "hacerse responsable de...". Nos encontramos en el centro de la identidad misma de la Epidemiología Comunitaria. El proyecto de vida-derecho de una comunidad humana, de la que la Epidemiología Comunitaria es competente y responsable, se traduce en prácticas de vigilancia, de ubicación de personas, de definición de contextos, de llamadas para control, que permiten tener una información adecuada para poder ser capaz de contar las historias globales de salud de las personas y de los grupos humanos involucrados. De hecho, "historia" es el término de la Epidemiología Comunitaria que mejor traduce el significado más técnico-epidemiológico de longitudinal, el mismo que instintivamente nos reenvía a una estrategia de "estudio". "Historia", en cambio, implica un intercambio de conocimiento entre personas y no el conocimiento de la una sobre la otra. Es al mismo tiempo acompañar y compartir un destino y no un dar y recibir prestaciones. Todas las historias (de las personas y de los grupos de riesgo) son normalmente de competencia de la Epidemiología Comunitaria. De todas se debe "dar cuenta". El "perder de vista", el no saber lo que ha sucedido con algunas de estas historias, es decir "el abandono" (que es la palabra clave antónima de seguimiento) es, de por sí, un evento centinela del que hay que dar cuenta con la misma atención que se da a un evento de morbi-mortalidad. La importancia y las implicaciones de esta lógica de monitoreo – seguimiento – toma a cargo, se profundiza en el capítulo sobre tuberculosis y el equivalente comunitario de la estrategia bautizada internacionalmente con el acrónimo DOTS.

► **Historias de vida**

Para la comprensión de las historias de vida de personas-grupos-problemas es particularmente importante el contexto: es decir la manera en la que los dos bloques de variables de la Figura 1 se cruzan o pueden cruzarse en el futuro. La "historia de vida" no

es una mera narración retrospectiva y por eso no se limita a ser una "autopsia verbal" de eventos centinela como la mortalidad. Es también – y de manera importante – pronóstico, previsión y diálogo (al interior del grupo de trabajo de Epidemiología Comunitaria y de este grupo con la comunidad) acerca del cómo hacerse cargo de las historias en una forma prospectiva. Por esa razón no es solamente una descripción cualitativa y narrativa de lo que se ha observado. Es también la formulación cualitativamente motivada de lo que se espera. De esta manera uno se pone – con un fuerte acento en los aspectos cualitativos (y no estrictamente "de salud") – en la clásica condición epidemiológica que más garantiza la confiabilidad y la comprensión de la información: la comparación entre lo observado y lo esperado.

► Herramientas de recolección de datos

Debido a la centralidad global que en Epidemiología Comunitaria tienen los usuarios-actores principales (ver Figura 1), se hace prioritaria la mención del "cuaderno de los promotores". No se trata de nada especial. Es simplemente una formalización absolutamente sencilla del estilo antiguo de "tomar notas de manera esmerada" sobre todo lo que se ve y se hace en base a un proyecto y a un programa. Es algo que prevé (para reflejar mejor la vida) "campos fijos" y "campos libres" datos de salud y de contexto. Es una ayuda-memoria de los hechos, de las profundizaciones necesarias, de las preguntas abiertas.

El cuaderno es sobre todo una herramienta que pertenece – y como tal es vivida – a los operadores. Es su identidad y como tal refleja la especificidad (más o menos adecuada) de la mirada, documentando la adquisición progresiva de competencias. Permite el diálogo y aprendizaje recíproco de competencias y de lenguaje. Este cuaderno se acompaña de fichas especiales que pertenecen a la epidemiología institucional y/o que sirven para "proyectos" particulares. Está integrado por el uso intensivo de mapas que permiten ver los lugares y los tiempos de vida de las personas en riesgo y/o de sus eventos centinelas y/o de los "determinantes ambientales", desde la lejanía geográfica hasta la marginalidad, pasando por la violencia doméstica y social.

► Evaluación – Supervisión

La lógica del "cuaderno" nos recuerda – y quiere subrayar – que la epidemiología no está hecha solamente (ni principalmente) de números y de datos despojados de subjetividad.

Es más bien uno de los tantos puntos de vista y una de las herramientas para dar visibilidad contextualizada a la historia de los individuos y de las comunidades. Es evidente que – como todas las historias y crónicas que quieren dar cuenta de la realidad de los hechos y de las personas y no las ideas y prejuicios o interpretaciones del narrador – esta herramienta necesita de estrategias de evaluación y control rigurosos. En Epidemiología Comunitaria se garantiza de manera absolutamente obligatoria (incluso dentro de la flexibilidad logística que se define para cada comunidad) esta auditoría sistemática:

- a) con reuniones generales periódicas (mensuales) de una jornada en que todo el material es reconsiderado, con una fuerte interacción entre promotores y técnicos;
- b) con encuentros descentralizados dirigidos a la evaluación de los datos y de los problemas específicos de un lugar;
- c) con la supervisión en acción por parte de operadores expertos en esos problemas;
- d) con encuentros menos frecuentes de 2-3 días de duración para discutir los informes de resúmenes periódicos, así como para averiguar la correspondencia de los datos agregados con los originales y sobre todo para dar coherencia-comprensibilidad a las interpretaciones e implicaciones (Ver los capítulos de las secciones 2 y 3).

♦ **El lenguaje como palabra clave de Epidemiología Comunitaria: de instrumento a proyecto**

La Epidemiología Comunitaria es una manera de utilizar la mirada, las técnicas, los datos de la epidemiología y comparte con ella su lenguaje, sus herramientas de comunicación y sus necesidades de capacitación. Por otro lado está claro que este compartir de herramientas-objetivos se adapta a los interlocutores y a los contextos. De esta manera se convierte en un compartir cultural y no se limita solamente a una distribución de información más o menos actualizada. La única explicación que quizás es todavía oportuna se refiere al lenguaje.

La relevancia que en Epidemiología Comunitaria tiene un lenguaje comprensible, que sea adaptado a las características culturales de las personas y grupos que se deben involucrar, no necesita ser subrayada. Esto es aún más cierto si se prevé-planifica que estas personas o grupos se ocupen de una forma autónoma de su propio proyecto de defensa y cuidados de salud. Sin embargo, esta necesidad obvia – que es regularmente recomendada en todos los informes y documentos internacionales y que a menudo es objeto de estudios que vuelven a demostrar que la participación es importante – es todo menos respetada. Se debe tener en claro que la Epidemiología Comunitaria, por sí sola, no es una estrategia que – por definición o a priori – garantiza una participación y/o una comunicación ideal. Es cierto, sin embargo, que parte de su identidad es el desarrollo y el empleo de un lenguaje que no solamente sirva para “hacerse entender”, sino que sobre todo sea constructor de comunidad. Por su parte las comunidades no están siempre orientadas a, o deseosas de, un lenguaje que favorezca el compartir conocimientos ni una participación responsable.

La elección de un lenguaje tiene el mismo objetivo principal de todo proyecto de comunicación: “hacerse entender”. Sin embargo, el objetivo más de fondo es verificar que esa comprensión realmente se ha dado. Dicho de otro modo, es hacer que el lenguaje de Epidemiología Comunitaria, entendido como la lógica o la manera de ver o de percibir las prioridades, entre a formar parte del lenguaje corriente-normal de la comunidad-sociedad

en la que se trabaja. De esta forma el lenguaje pasa de ser una herramienta y se convierte en un proyecto. Si la salud y lo que se necesita para cuidarla es uno de los componentes de los derechos y de las prácticas de ciudadanía de una comunidad, su lenguaje, representado por la Epidemiología Comunitaria, debe ser uno de los componentes del lenguaje general de la sociedad. No se habla de, ni se mira a la salud y a los cuidados de salud como un "compartimiento" separado de y para expertos. Se debe hablar de salud y de cuidados de salud como se habla de la casa y de su falta del trabajo, y del desempleo, de los problemas económicos y de supervivencia y de las soluciones posibles o imposibles. Si la salud y los cuidados de salud son indicadores de la relación de la sociedad con sus derechos fundamentales de vida, su lenguaje es un indicador del éxito o del fracaso de la Epidemiología Comunitaria en la medida en que se ha incorporado el lenguaje al imaginario y a la organización general de la comunidad.

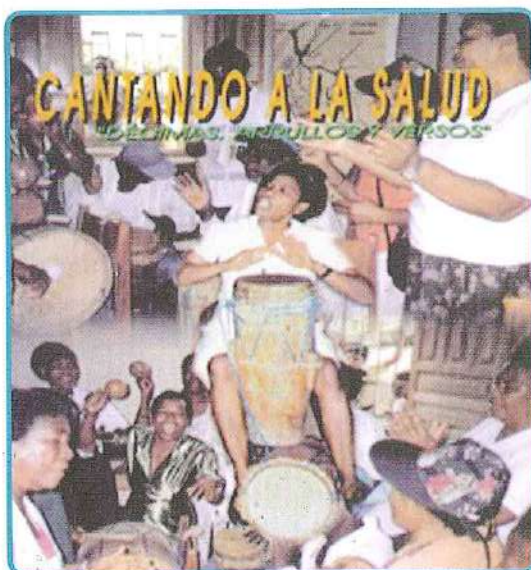
♦ Un lenguaje deseado y recomendado

Todos los casos que se presentan en este libro son ejemplos y experimentos de este proyecto. Representando la realidad a través de "mapas habitados" se quiere destacar la contribución principal de la Epidemiología Comunitaria, que es la de ser una cultura del conocimiento recíproco, que se hace incluso a través del lenguaje de salud-enfermedad.

Los indicadores, los numeradores y denominadores, las frecuencias, los promedios y sus desviaciones, la morbi-mortalidad se transforman en caras, historias y lugares.

Por esa razón, y para concluir este camino introductivo, se hace imprescindible recomendar, como obligatoria, la lectura de uno de los productos más importantes (por sus contenidos y metodología) de los años de experiencia en Borbón (Figura 2). Se trata de la traducción de la experiencia de Epidemiología Comunitaria en los cantos, versos y arrullos de las comunidades. Las reflexiones y los deseos que nacieron componiendo-mirando-escuchando décimas y arrullos es la experimentación más exitosa de lenguaje.

Figura 2



La pregunta sigue siendo la misma que se planteó en el primer seminario de Epidemiología Comunitaria: ¿puede la epidemiología, una disciplina de los números y de las cantidades, ser también una mirada, una cultura de la escucha y de la atención, de comprensión compartida de la vida de las comunidades? La respuesta fue la fiesta, los ritmos, los bailes, los estribillos, las rimas. De hecho no fue una respuesta a las preguntas sino un proyectarse hacia adelante, hacia objetivos de largo plazo.

► **Ritmos, rimas, estribillos decían:**

"No existen cosas que hay que aprender. Si la Epidemiología Comunitaria quiere tener futuro, debe aprender los ritmos y los estribillos de la vida. Las palabras y los conceptos deben hacer suyo "el tiempo y las leyes de las semillas", es decir, mezclarse y perderse en la tierra de las muchas y diferentes comunidades, idiomas, geografías a tal punto de no ser más identificadas como algo diferente y separado. Las palabras y los conceptos, en los ritmos, en los cantos, en las palabras de todos los días, deben transformarse en una de las muchas herramientas que cuentan, imaginan, transforman la esperanza y la preocupación, el saber y la incertidumbre, los éxitos y fracasos, el sufrimiento y la alegría de la vida".

"La Epidemiología, última llegada en la vida de las comunidades, se ha acogido como un huésped del que hay que escuchar con respeto las propuestas y los puntos de vista.... Los técnicos y los profesionales incapaces de reconocer la centralidad y de asimilar esta bibliografía y este lenguaje son mucho más peligrosos para la salud médica e integral de las comunidades, que los que no se han actualizado sobre el último o penúltimo artículo de metodología y estadística."

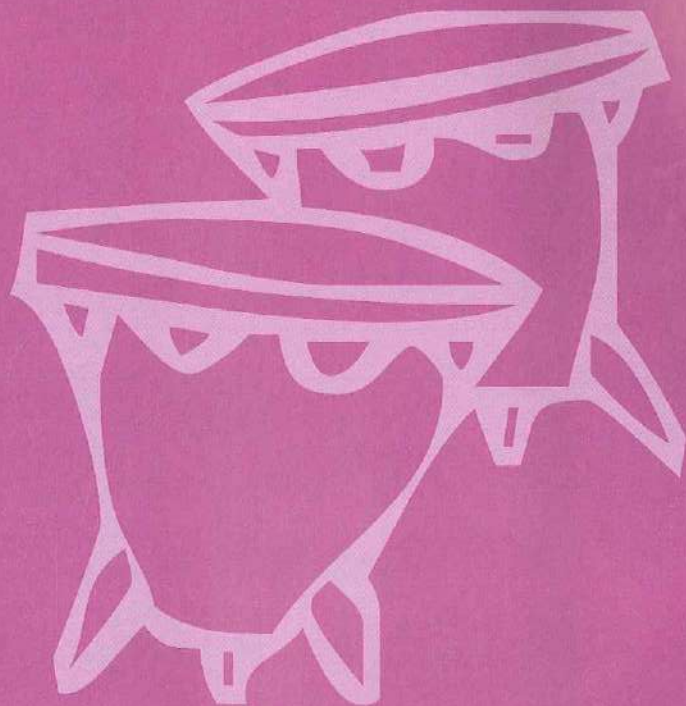
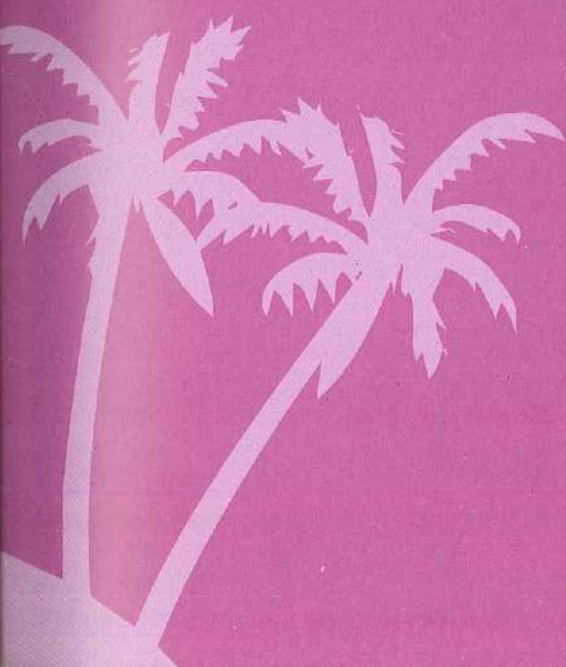
"No puede haber un mejor deseo para todos los que trabajan en salud: llegar a ser parte del lenguaje y del canto de las poblaciones de las cuales, antes, sólo se conocía, poco y áridamente, las enfermedades."

❖ Referencias bibliográficas

- » Moreira J, Narváez E, Narváez A. Epidemiología y participación comunitaria: ¿Cual es el medio y cual es el fin? Boletín Epidemiológico (Ecu) 2008;6(51):42-4.
- » Tognoni G. Manual de Epidemiología Comunitaria. Esmeraldas: CECOMET; 1997.
- » CECOMET. Epidemiología y Participación: Herramientas y métodos, cuentos y propuestas de Epidemiología Comunitaria. Quito: Génesis Ediciones; 2001.
- » Promotores-de-Salud. CANTANDO A LA SALUD "Décimas, arrullos y versos". Quito: Génesis Ediciones; 2002.

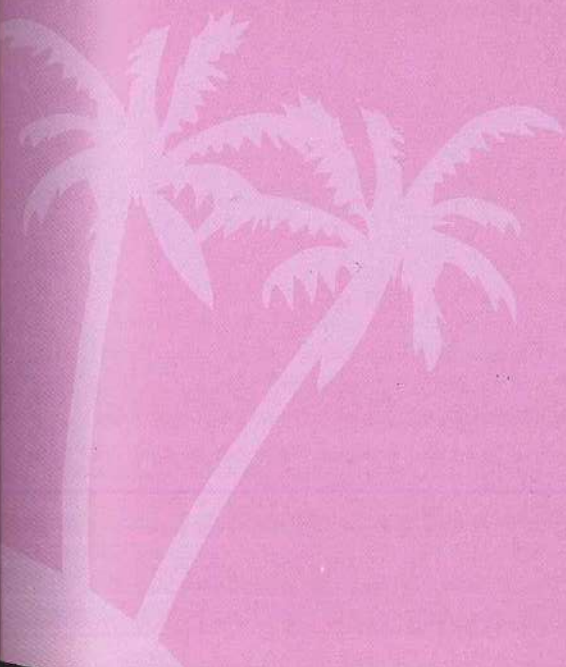
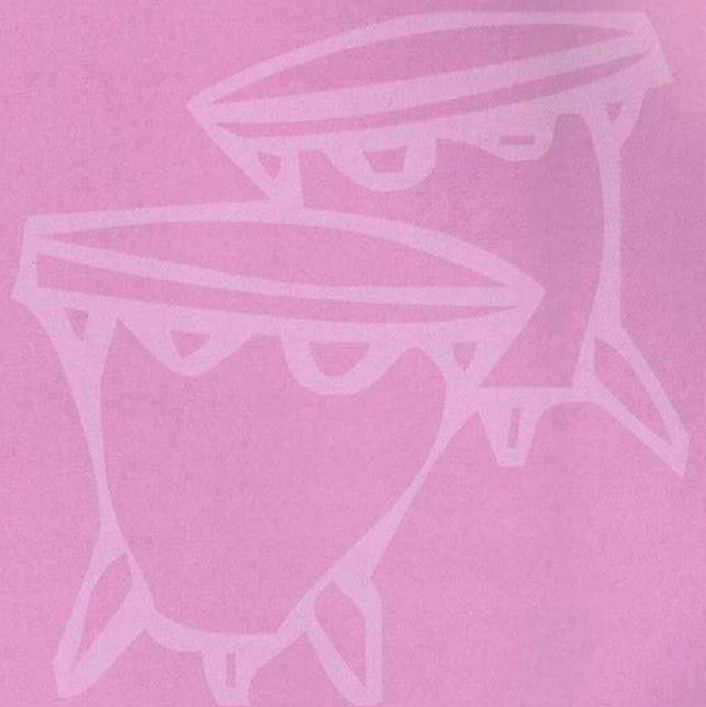
Sección 2:

**La Epidemiología Comunitaria
encuentra los capítulos clásicos
de la epidemiología y salud pública**



Capítulo 3

La Salud Materno – Perinatal: historia de éxitos y fracasos



❖ Antecedentes

Cuando se inició la actividad en el área de salud Borbón, a comienzos de los años 80, el control de las embarazadas era una tarea casi exclusiva del equipo de profesionales – cuando visitaba las comunidades – y de las parteras capacitadas por el Ministerio de Salud. Mientras tanto, promotoras/es y auxiliares centraban su atención en otros problemas que en esos momentos eran más visibles para la comunidad como el paludismo y la desnutrición.

A partir de 1996, con el inicio de la colaboración con el hospital, se activó una observación más atenta del sector materno perinatal, tanto a nivel de hospital como durante el monitoreo mensual de muertes y casos graves.

La discusión de las Historias de Vida evidenció la existencia de errores/problemas en el control de las embarazadas y en la atención al parto a nivel del área dispersa así como a nivel del hospital. Fue específicamente evidente que el hospital no respondía a las necesidades del área: el 80% de los partos se daban en las comunidades, atendidos por parteras/auxiliares o familiares y sólo el 20% de los partos se realizaban en el hospital. En sólo dos años (1998 y 1999) se reportaron 12 muertes maternas y 85 perinatales.

La conciencia que muchas de las complicaciones y de las muertes se hubieran podido evitar motivó la decisión de empezar un camino de cambio y de lucha contra la morbi-mortalidad materna-perinatal por medio de un plan que abarcara al mismo tiempo los dos escenarios, el área dispersa y el hospital de referencia, con la certeza de que el camino iba a ser largo antes de llegar a disminuir las muertes maternas y perinatales.

Es preciso subrayar la importancia y el desafío de una decisión de ese tipo. La disociación de hecho, entre el nivel hospitalario y las comunidades del área, sigue siendo uno de los factores de riesgo estructural de los sistemas de salud, a pesar de la coincidencia de las recomendaciones de todas las agencias de salud en conceptualizar y promover modelos de "referencia y contrarreferencia" que asumen como normales y bien establecidas las relaciones entre los equipos de salud que trabajan en los dos contextos. La realidad es muy distinta, y se mantiene así sobre todo por la falta de una epidemiología asistencial capaz de describir y calificar a nivel de países y/o de provincias, cuántas son las personas que mueren y/o padecen consecuencias clínicas graves por el riesgo-discontinuidad.

El cuento detallado de este escenario de Epidemiología Comunitaria es una pequeña y muy didáctica contribución a hacer visibles las posibilidades y al mismo tiempo la fragilidad de una estrategia colaborativa entre los dos contextos asistenciales. Las estrategias adoptadas son presentadas separadamente para dejar la evaluación general en el párrafo de los comentarios finales.

❖ Intervención

♦ El escenario del área dispersa

► Objetivos

Los objetivos a perseguir con promotoras/es, auxiliares y profesionales eran claros en su formulación general (Panel 1) que planteaba – una vez más – el desafío de activar un proceso de formación de una red de actores muy diversos (comunidad, personal de base, profesionales) por sus competencias y roles.

Panel 1: Objetivos de la intervención

1. Aumentar la captación de las embarazadas y garantizar los controles.
2. Mejorar la capacidad del personal de base en la atención del embarazo y del parto no complicados.
3. Capacitar al personal de base en la identificación de los signos de alarma de las complicaciones del embarazo y del parto.
4. Involucrar a las comunidades en la discusión de la problemática materna.

Se formó un equipo coordinador: una obstetriz de larga experiencia en formación del personal, un gineco-obstetra para la actualización del personal profesional, y el personal del CECOMET para el componente epidemiológico, el mismo que coordinaba también la intervención activada en paralelo en el hospital.

► Actividades y herramientas

Las etapas del proceso definido en el Panel 1 se pueden agrupar en tres: la formación del personal de base y profesional, la captación y seguimiento de las embarazadas y la participación de la comunidad.

♦ Formación del personal de base y profesional

Para el personal de base se organizó una capacitación diferenciada según la experiencia de las parteras, auxiliares y promotoras: aquellas que ya acostumbraban a atender partos y las que no los atendían.

Las personas clave eran las que normalmente atendían partos y por ellas se empezó: 100 parteras, 9 auxiliares y 7 promotoras fueron seleccionadas para iniciar el proceso de formación. La integración en los cursos de los diferentes actores comunitarios permitía superar desconfianzas y celos y creaba las condiciones de diálogo en vista de una colaboración más eficaz que respetara los roles de cada uno.

Los cursos tuvieron como finalidad la capacitación en la atención correcta de un parto no complicado, el reconocimiento de los signos de peligro y la necesidad/urgencia de la transferencia de las embarazadas con complicaciones: todo esto a partir de los cuentos de los partos atendidos, de su práctica, de su experiencia de medicina tradicional, identificando con ellas los aspectos positivos y las debilidades/errores. Las herramientas utilizadas fueron los juegos didácticos, socio-dramas, set de dibujos de fácil entendimiento para algunas parteras analfabetas.

Una novedad en la capacitación para las parteras y promotoras fue la organización de pasantías hospitalarias en actividades de control prenatal y atención del parto, con la tutoría de una obstetriz.

Ambas modalidades se completaron con la capacitación en acción durante la visita del equipo médico que valoraba con ellas a las embarazadas, discutía los problemas y profundizaba puntos débiles de cada una.

Para las/los que no atendían partos el objetivo de la capacitación era llegar a reconocer factores de riesgo y señales de peligro para referir con tiempo a las embarazadas a un nivel superior. La formación se limitó a cursos teóricos y capacitación en acción.

La memoria de cada taller entregada a los que participaban era al mismo tiempo un texto de referencia y una herramienta de manejo fácil para el diálogo con la comunidad.

♦ Captación y seguimiento de las embarazadas

Las/los promotoras/es y las auxiliares registraban a las embarazadas en el cuaderno epidemiológico, anotando la edad, el número de hijos y eventuales factores de riesgo adicionales, la fecha probable del parto, las características del parto y el peso del recién nacido; las parteras usaban los formularios diseñados por el Ministerio de Salud para registrar sus actividades.

Las visitas domiciliarias permitían captar a las embarazadas que no se presentaban espontáneamente a los controles. Las embarazadas de alto riesgo se enviaban al hospital con una hoja de referencia o la misma promotora/partera/auxiliar las acompañaba al hospital. El seguimiento de estos casos en las reuniones de monitoreo y la ubicación en un mapa facilitó la identificación de las micro áreas que más problemas presentaban y, por ende, la intensificación equitativa de la intervención.

♦ Participación de la comunidad

Para que cada mujer se adueñara de los conocimientos básicos y pudiese ser ella misma la primera "vigilante" de su estado de salud, se realizaban encuentros con las embarazadas y mujeres en edad fértil para profundizar los factores de riesgo y las señales de peligro que se pueden presentar durante el embarazo, parto y puerperio. La discusión de las Historias de Vida de los casos graves y de las muertes maternas y perinatales ocurridos en el área o el cuento de un parto/embarazo complicado sufrido por algunas mujeres presentes en el encuentro, eran el punto de partida para la puesta en común de los conocimientos y la aclaración de problemas desconocidos o conceptos equivocados.

Para que toda la comunidad y los otros actores que intervienen cuando se presenta un caso grave (esposo, madre, suegra) participaran de la discusión sobre la problemática materna, se organizaban asambleas comunitarias. La presentación de los datos sobre los embarazos/partos complicados del área de salud en los años anteriores y su ubicación en el mapa, permitía a todos tener una visión más completa de los problemas existentes y al mismo tiempo identificar los sectores más afectados.

La discusión sobre cuántas Historias de Vida terminaron con éxito y cuántas con fracasos ponía en evidencia los factores socio económicos, culturales y de deficiencia del servicio de salud que determinaron la evolución final: percepción equivocada del peligro de parte de las mujeres o de los familiares o del personal de salud, lejanía, falta de transporte, falta de colaboración de la comunidad, poca capacidad del servicio de salud para resolver los problemas.

Los encuentros con las mujeres y las asambleas comunitarias terminaban siempre con la identificación de estrategias de intervención y compromisos personales y colectivos. Un ejemplo de esto son los compromisos asumidos en las asambleas y encuentros de las comunidades de Wimbi y Wimbicito (Panel 2).

Panel 2: El mapa de los compromisos

De las embarazadas:

- Señalar inmediatamente al personal de salud la aparición de signos de alarma; acudir a los controles.

De los familiares:

- Estar pendiente del estado de salud de las embarazadas y listos para trasladarlas pronto en caso de ser necesario.

De la comunidad:

- Ser solidaria y colaborar para el transporte o el apoyo económico.

De los PS/auxiliares/parteras:

- Mayor colaboración en el control de las embarazadas.
- Transferir con tiempo al hospital los casos complicados.
- Recoger las Historias de Vida.

Del equipo de salud itinerante:

- Dedicar más tiempo a las embarazadas.
- Hacer visitas domiciliarias.
- Hacer capacitación en acción al personal de base.
- Discutir los problemas encontrados en las asambleas.

Del equipo coordinador del área:

- Mejorar la capacidad del hospital de hacer frente a las emergencias maternas.

❖ Resultados

Es evidente que en pocos años de intervención (2000-2005) no se puede reducir drásticamente la mortalidad materna y perinatal por la complejidad de los factores determinantes. Lo que se puede documentar es su monitoreo permanente y la recolección/discusión de las Historias de Vida, como se reporta en el capítulo específico (Mortalidad Materna).

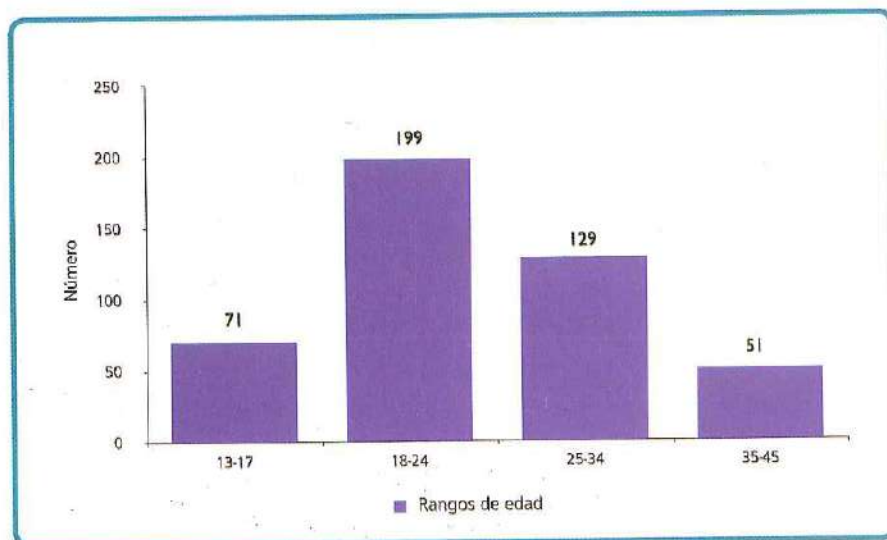
Los datos que presentamos a continuación reflejan la atención especial al problema materno perinatal y consisten en una fotografía descriptiva del perfil de las embarazadas y de una "filmación" que hace un recuento cronológico de las complicaciones más frecuentes.

♦ Perfil de las madres embarazadas

La información fue recogida de los cuadernos de las/os promotoras/es y auxiliares del año 2005. Se obtuvo datos de un total de 450 embarazadas. De estas, el 73% estuvieron en el rango de edad apropiado (18 a 34 años). El embarazo en adolescentes (13 a 17 años) correspondió al 15.7% del total de embarazos (Figura 1). Los datos andinos y nacionales de embarazo en la adolescencia se refieren al rango de edad de 15 a 19 años, y en Ecuador el porcentaje de mujeres que están en este grupo de edad y que además son madres o están embarazadas es de 20%, llegando al 28% en el grupo poblacional más pobre.

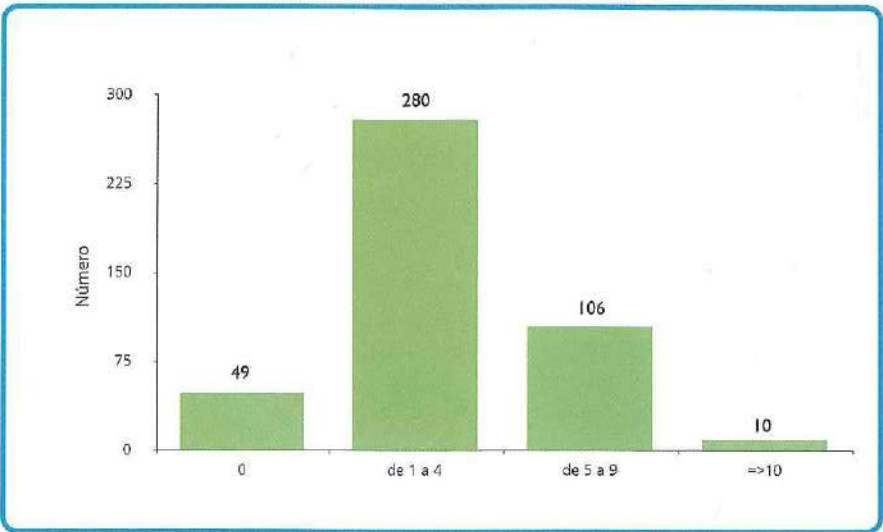
En 445 embarazadas se obtuvo información sobre el número de hijos que ya tenían. La mayor parte, que correspondieron al 63% tenían entre 1 y 4 hijos seguidas del 24% que tenían entre 5 y 9 hijos (Figura 2).

Figura 1: Distribución de embarazadas por edad



Fuente: cuaderno epidemiológico de promotores/auxiliares 2005

Figura 2: Número de hijos por embarazada

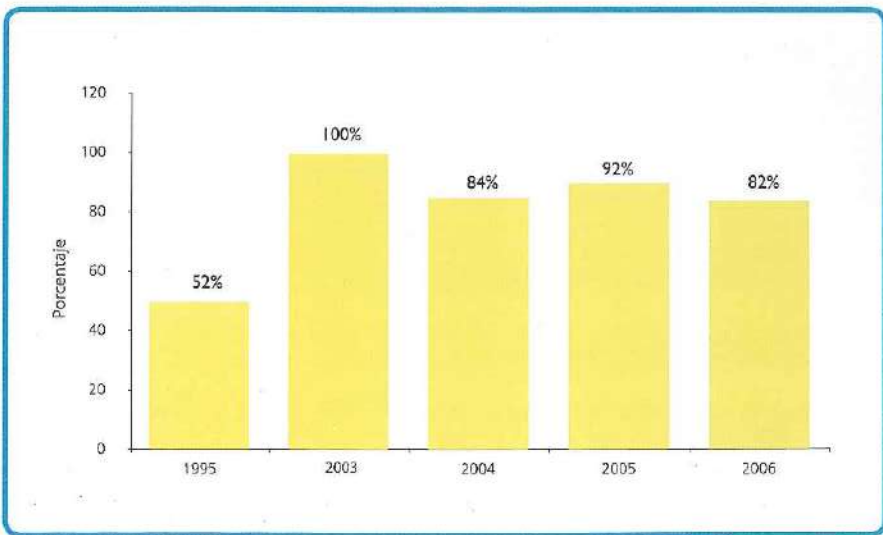


Fuente: cuaderno epidemiológico de promotores/auxiliares 2005

♦ Control prenatal

Desde 1995 hasta el 2003 la cobertura de controles prenatales aumentó al doble y, a partir de entonces, se ha mantenido sobre el 80%. Estos controles prenatales son realizados sobre todo por el personal de base ya que la presencia de los profesionales no ha sido constante. La información fue recogida a partir del cuaderno de los/as promotores/as de salud (Figura 3).

Figura 3: Porcentaje de embarazadas controladas por año



Fuente: cuaderno epidemiológico de promotores/auxiliares

El total de embarazadas controladas durante cada año fue de: 160 en 1995; 441 en 2003; 661 en 2004; 622 en 2005 y 451 en 2006.

♦ Patología del embarazo y del parto

La patología más frecuente que se encontró durante los embarazos fue la preclampsia seguida de los abortos complicados sumando un total de 45 casos. En 17 casos el embarazo se asoció a enfermedades como hipertensión esencial, paludismo, infecciones de transmisión sexual y epilepsia (Tabla 1).

Durante el parto la hemorragia, el parto prolongado, el parto pre-término, la eclampsia y la mala presentación fueron las complicaciones más frecuentes. Otras complicaciones fueron el parto gemelar, el desprendimiento de placenta y el prolapso de cordón (Tabla 2).

Tabla 1: Patología durante el embarazo

Patología	Nº de casos
Preclampsia	23
Aborto complicado	22
Embarazo+enfermedades	17
Embarazo ectópico	11
Amenaza parto prematuro	6
Amenaza de aborto	6
Placenta previa	3
Endometritis	3
Polihidramnios	3
Corioamnionitis	2
Embarazo sin embrión	1

Fuente: cuaderno epidemiológico de promotores/auxiliares y monitoreo mensual

Tabla 2: Complicaciones durante el parto

Problemas	Nº de casos
Hemorragia	17
Parto prolongado	14
Parto pre-término	14
Eclampsia	13
Mala presentación	11
Parto Gemelar	7
Desprendimiento de placenta	5
Prolapso de cordón	2

Fuente: cuaderno epidemiológico de promotores/auxiliares y monitoreo mensual

♦ Peso de los niños al nacimiento

Desde el año 2000 hasta el primer semestre del 2005 se pesaron un total de 2214 recién nacidos, de los cuales 81 (3.6%) nacieron con bajo peso. El porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacimiento se ha mantenido entre 2.4 y 4.8%, que es bastante inferior al porcentaje nacional, que de acuerdo con el informe sobre la situación nutricional de los niños ecuatorianos publicado en 2001 por OPS es de 11%. Esto permite decir que el peso bajo al nacimiento no es un problema de salud pública en el área Borbón: los casos son pocos y no parecen depender del problema materno o nutricional (Tabla 3 y Figura 4)

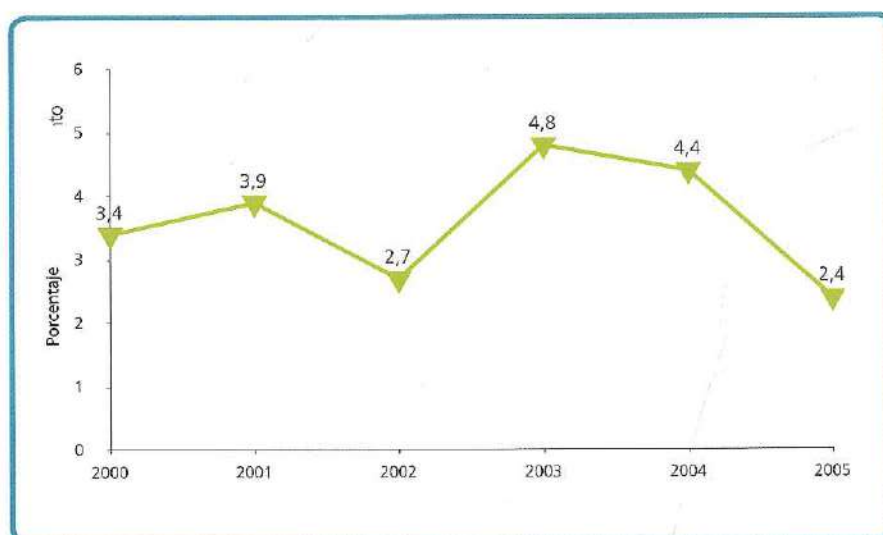
Tabla 3: Número de niños pesados al nacimiento y con peso bajo por año

Año	Niños pesados	Niños con peso bajo
2000	350	12
2001	364	14
2002	405	11
2003	398	19
2004	407	18
2005*	290	7
Total	2214	81

Fuente: registro de peso al nacimiento

*Los datos del 2005 se refieren al primer semestre

Figura 4: Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacimiento



Fuente: registro de peso al nacimiento

♦ El escenario del hospital

Los objetivos establecidos para el trabajo en el hospital fueron diferentes a los que se plantearon para el área dispersa, sin embargo, también buscaban garantizar una continuidad en la atención, para hacer del hospital un verdadero lugar de referencia de las comunidades. Estos objetivos fueron:

- Mejorar la capacidad resolutive del hospital
- Hacer del hospital un observatorio de los problemas del territorio con una atención especial a la problemática materno perinatal.

♦ Actividades y herramientas

► Mejoramiento de la capacidad resolutive del hospital

Desde el inicio estuvo claro que para mejorar la capacidad resolutive del hospital se debía intervenir en tres niveles: infraestructura, servicios y formación de personal.

A nivel de infraestructura se procedió a reestructurar la sala de hospitalización de obstetricia y los consultorios de consulta externa. También fue necesario construir una sala de partos y un quirófano con el equipamiento esencial para poder realizar una cesárea.

A nivel de servicios se equipó el laboratorio, se contrató a un tecnólogo para realizar los exámenes básicos y se colaboró en la implementación del servicio de ecografía obstétrica.

Así mismo se activó el plan de maternidad gratuita, que ya se había implementado en otras áreas del país, pero que en ese momento todavía no se había puesto en marcha en el área. Este plan comprendía el financiamiento para poder realizar exámenes de laboratorio y de imágenes, provisión de medicamentos esenciales y referencia a un hospital de segundo nivel. También se pusieron en marcha algunas iniciativas para mejorar las relaciones entre el personal del hospital y las embarazadas como fueron la promoción y monitoreo del trato amable a la mujer y de la privacidad de la atención, acompañamiento por parte del personal durante la labor de parto, la presencia de un familiar en la labor de parto.

Para la formación del personal se emplearon diferentes estrategias:

- » cursos de actualización para el personal profesional (del hospital y del área dispersa) sobre manejo del Alto Riesgo Obstétrico, Clínica en cuidado obstétrico y neonatal básico y de emergencia;
- » elaboración de protocolos para el manejo de las complicaciones;
- » cursos de humanización de la salud especialmente para el personal de enfermería para tratar de iniciar un camino en el mejoramiento de las relaciones entre personal hospitalario y pacientes;
- » pasantías: dos médicos hicieron pasantías en la maternidad de Quito para ecografía obstétrica y realización de cesárea; una licenciada de enfermería para instrumentación quirúrgica y esterilización; dos auxiliares de enfermería para atención de parto, esterilización de material, atención de enfermería en quirófano y sala de parto;
- » con la tutoría de una obstetriz voluntaria con gran experiencia y la contratación de un obstetra, se garantizó la capacitación en acción tanto a auxiliares de enfermería como a profesionales durante 3 años.

► Hospital como observatorio activo de lo que pasa en el territorio

Dentro de la óptica de Epidemiología Comunitaria, se trató de hacer del hospital (que normalmente recibe los casos más complicados) el observatorio de lo que sucedía en el territorio. Para esto era importante registrar todos los eventos hospitalarios, no sólo para cumplir con una exigencia estadística del Ministerio de Salud, sino especialmente para conocer los eventos graves y dónde se producían, para planificar intervenciones priorizando los barrios/sectores, comunidades/micro áreas/ríos más afectados.

En el hospital se instauró nuevamente el registro de partos, donde se anotaban datos personales y gineco obstétricos de la mujer, eventuales complicaciones, datos del recién nacido. La procedencia de la mujer se consideró también esencial en el registro.

Por otro lado se inició un sistema de referencia – contrarreferencia de los casos graves maternos que llegaban al hospital desde el área dispersa. En muchas ocasiones promotores/auxiliares y parteras acompañaban al hospital a las mujeres con problemas y la transferencia era una oportunidad de discutir con los profesionales el caso clínico y analizar las decisiones tomadas: la transferencia se concretaba así en el diálogo con los profesionales y en un evento de capacitación permanente.

Los casos graves ocurridos durante el mes se registraban en el cuaderno de las complicaciones y los profesionales del hospital los reportaban en la reunión mensual de monitoreo.

Para garantizar la comunicación con el personal del área y el seguimiento de los pacientes en las comunidades, se decidió elaborar una hoja da alta que reportara en términos no muy técnicos el diagnóstico, el tratamiento y los controles subsecuentes.

El registro de parto, así como las referencias-contrarreferencias, los cuadernos de las complicaciones y las hojas de alta se convirtieron de esta forma en las principales herramientas del diálogo entre hospital y área dispersa.

Si para el área dispersa existía una red de promotores de salud y auxiliares de enfermería que captaba a las embarazadas, para el pueblo de Borbón no había referentes y las embarazadas poco acudían al hospital para los controles y para el parto. Para poder superar este obstáculo y con la idea de plasmar en la práctica el “diálogo” del hospital con la comunidad de Borbón, la obstetriz y una auxiliar de enfermería realizaban periódicamente la búsqueda activa de las embarazadas en los diferentes barrios, con la finalidad de aumentar el número de controles prenatales y captar tempranamente a aquellas que presentaran factores de riesgo y señales de peligro.

En el hospital, cada 15 días, se organizaban encuentros de preparación al parto que no sólo pretendían dar a las mujeres los consejos necesarios, sino crear una mayor confianza entre las mujeres y la estructura hospitalaria. Una guía con el desarrollo de todos los temas facilitaba la intervención educativa del personal de salud del hospital con muy poca experiencia en diálogo y comunicación.

❖ Resultados

Al revisar los datos de parto institucional se evidencia una mejora substancial. Así según datos estadísticos de producción del área, en el año 1995 la cobertura de parto institucional fue del 21%, en cambio a partir del 2002 se duplicó llegando al 40%. En el año 2005 hubo una ruptura de relaciones entre el hospital y la red de promotores/as y auxiliares de enfermería del área dispersa. Esto, en términos de cobertura de parto institucional significó un retroceso y una disminución de la cobertura al 25% (Tabla 4).

Tabla 4: Cobertura parto hospitalario y muertes materno- perinatales

	1998-1999	2000-2004	2005
Cobertura parto Hospitalario	21%	40%	25%
Muertes maternas	12	14	2
Muertes perinatales	85	123	25

Fuente: estadísticas del área

Otra manera de ver el incremento de la cobertura de atención es dar una mirada al número de muertes maternas y perinatales. Si se hace la comparación de las muertes maternas y perinatales por periodo son evidentes las diferencias: se pasa de 12 muertes maternas en 2 años a 16 en 6 años; de 85 muertes perinatales en dos años a 148 en 6 años. Este efecto permanece también en el año siguiente (Tabla 4).

En el monitoreo de los partos hospitalarios se pudo evidenciar que en el periodo 2000-2001 se produjeron 442 partos: los complicados fueron 50 (10%) y 24 (48%) fueron referidos al hospital desde el área dispersa. El hospital pudo resolver el 40% de estos partos, los restantes 60% fueron referidos al hospital provincial de Esmeraldas.

❖ Comentarios generales

♦ El camino es posible

En la lógica de acercamiento/diálogo entre hospital y área dispersa, las estrategias/ actividades realizadas tanto en el área dispersa como en el área hospitalaria han tenido puntos de encuentro que nos demuestran el involucramiento en el proceso y un mejoramiento de la comunicación:

- » las parteras tanto del pueblo de Borbón como del área dispersa pudieron ingresar al hospital para atender los partos junto con personal profesional: aumentó la confianza entre parteras y profesionales y pudieron compartir conocimientos y experiencia;
- » el trabajo realizado con el personal de base del área dispersa y concentrada permitió que aumente la cobertura de los controles del embarazo, se reconozcan a tiempo señales de peligro y se transfieran al hospital los embarazos complicados para un parto más seguro;

- » la puesta en marcha de una estrategia prospectiva de control del peso de los niños recién nacidos ha permitido poner en evidencia los casos centinelas, aquellos niños que por presentar peso bajo al nacer, necesitaban un monitoreo más puntual;
- » el sistema de referencia y contrarreferencia acercó más el hospital al área dispersa, mejoró la confianza de las embarazadas en el personal de base y en algunas ocasiones, para el personal que acompañaba a la embarazada, se convirtió en una forma de capacitación permanente. El sistema funcionó mejor en lo que respecta a las referencias enviadas desde el área dispersa; la contrarreferencia se realizaba sólo cuando estaba de turno el personal que había asumido el compromiso de dialogar con la comunidad y consideraba la contrarreferencia como una herramienta importante para hacerlo concreto;
- » el reactivar el registro de partos y añadir la variable de procedencia, permitió conocer mejor de dónde y con qué complicaciones venían las mujeres y planificar intervenciones puntuales;
- » en el hospital el mejoramiento de la atención a las mujeres embarazadas en calidad y calidez se reflejó en el aumento de los partos institucionales;
- » el hospital reconoció la limitada capacidad resolutive para enfrentar algunas complicaciones y activó el sistema de referencia a un hospital de segundo nivel.

♦ **No todas las historias tienen un final feliz**

La minuciosidad en los detalles con la que se ha presentado esta información sobre la salud materno-perinatal ha tenido dos propósitos. El primero ha sido el de poner en evidencia la importancia de una articulación estrecha entre los tantos actores; el segundo el de subrayar la posibilidad de superar – en plazos no tan largos – barreras que incluso pueden ser culturales y/o estructurales. Es fácil darse cuenta, observando las fechas de los datos, que a pesar de ser tan prometedor, el plan se interrumpió en el 2005. La historia de la decisión del hospital de interrumpir la experimentación de continuidad es uno de los tantos hechos, donde se ven idiosincrasias individuales y torpeza institucional que colaboran perfectamente para regresar a la disociación de la que se hablaba en la introducción del capítulo. Frente a esto, diversas lecturas son posibles:

- » ¿Se trata de un fracaso en la lógica y la metodología de Epidemiología Comunitaria?.
- » ¿Es más bien la muestra de un rol importante de la Epidemiología Comunitaria para poder hacer visibles y explícitos las resistencias y comportamientos de riesgo de parte de los sistemas de salud?.

» ¿Es una "alfabetización" obligada de las comunidades sobre la precariedad del apoyo público?.

Lo que es cierto es que el derecho de las comunidades a ser criterio de referencia prioritario con respecto a los desequilibrios de las instituciones y de los actores del sistema de salud, ha sido violado. El derecho a entrar en la vida sin riesgos evitables es, nuevamente, en Borbón, una pregunta abierta.

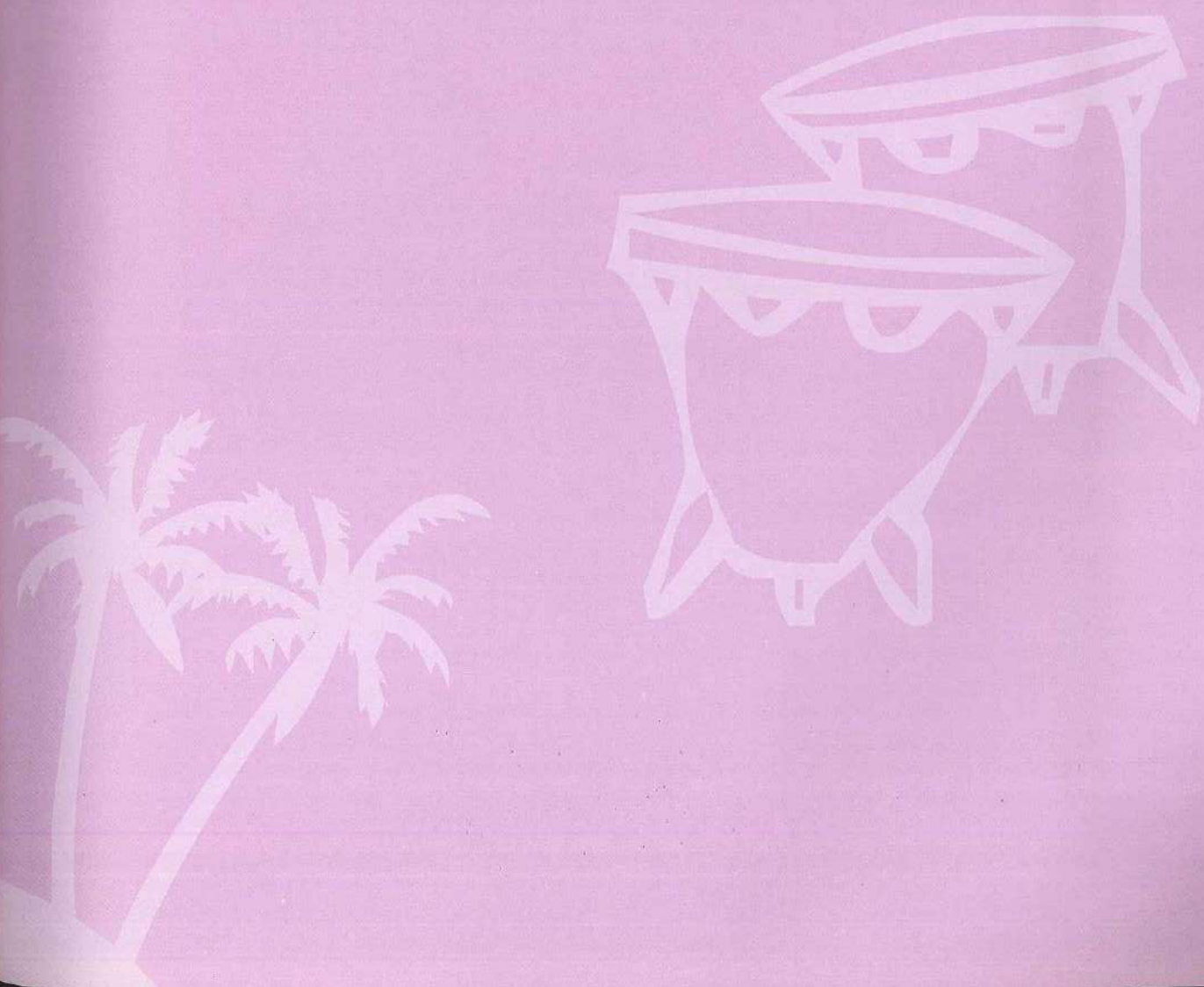
La documentación y discusión, con mirada hacia el futuro, de estos hechos, es uno de los roles, no marginales, de la Epidemiología Comunitaria.

❖ Referencias bibliográficas

- Tognoni G. Manual de Epidemiología Comunitaria. Esmeraldas: CECOMET; 1997.
- Larrea C, Freire WB, Lutter C. Equidad desde el principio. Situación nutricional de los niños ecuatorianos. Washington: 2001
- Grupo de Epidemiología Comunitaria de Borbón. Monitoreo de peso al nacer en el área de salud Borbón. 2000-2001. Bol APS 2003;1(9):73-9.
- Setel PW, Macfarlane SB, Szreter S, Mikkelsen L, Jha P, Stout S, AbouZahr C; Monitoring of Vital Events. A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. Lancet. 2007 Nov 3;370(9598):1569-77.
- MSP. Guía de programación local y participativa para el primer nivel de atención: "modelo de atención integral en salud familiar, comunitaria e intercultural". 1 ed. Quito: MSP; 2008.
- MSP. Norma técnica para la atención del parto vertical culturalmente adecuado. 2008. Quito, MSP.
- Organismo-Andino-de-Salud. El embarazo en adolescentes en la subregión andina. Lima: ORAS-CONHU; 2008.
- Horton R. The continuing invisibility of women and children. Lancet. 2010 Jun 5;375(9730):1941-3.
- Bennett S, Ssengooba F. Closing the gaps: from science to action in maternal, newborn, and child health in Africa. PLoS Med. 2010 Jun 29;7(6):e1000298.

Capítulo 4

La salud de los niños en Borbón: entre problemas clínicos y sociales las estrategias se adaptan a los tiempos y necesidades de las comunidades



❖ Antecedentes generales

La salud de los menores de 5 años forma parte de las prioridades mundiales reconocidas por todas las autoridades y agencias nacionales e internacionales. La atención a este grupo se remonta a muchos años atrás, pues tiene a sus espaldas un sin número de programas, actividades y experiencias desarrolladas.

Los datos más recientes documentan que las metas que se han fijado – en términos de reducción substancial de la morbi-mortalidad en el corto o mediano plazo – continúan sin cumplimiento o han sido postergadas. De todas maneras existen algunos signos positivos, que sobre todo muestran la impresionante variabilidad de resultados, ya sea entre países y regiones, o al interior de un mismo país.

♦ Situación de Ecuador

Los datos disponibles para Ecuador se encuentran principalmente en dos fuentes, que coinciden en documentar una disminución importante de la mortalidad infantil a partir de 1993, pero con estimaciones fuertemente diferentes. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), como fuente oficial, indica una disminución de 25.1 por 1000 nacidos vivos en 1993 a 15.3 en el 2003; las Encuestas Demográficas de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN) 1994, 1999 y 2004 proporcionan tasas de 40, 30 y 29 por 1000 nacidos vivos respectivamente, señalando para el 2004 niveles más altos que los reportados por INEC en 1993.

Dentro de este cuadro disociado, es preciso subrayar, sin embargo, una coincidencia. Sin que sea necesario hacer referencia a porcentajes precisos, que son difícilmente comparables, las dos fuentes reflejan situaciones de desigualdades impresionantes entre las diferentes áreas geográficas, con tasas “provinciales” que llegan a ser casi el doble de las nacionales, con indicadores específicamente preocupantes para áreas rurales y para grupos indígenas.

Al igual que en las estadísticas “globales”, los datos del Ecuador muestran que las afecciones asociadas más frecuentemente a causas de muerte, tanto en los menores de un año, como en el grupo etáreo de 1 a 4 años, son principalmente las enfermedades respiratorias agudas (IRA), las diarreas (EDA) y la desnutrición. Estos problemas son considerados prevenibles o, al menos, controlables, con tratamientos “esenciales” y/o estrategias nutricionales que ya han mostrado ser eficaces. Las mismas causas están asociadas a la mayoría de las hospitalizaciones en menores de 1 año.

Los datos más recientes sobre desnutrición merecen ser destacados: la encuesta ENDEMAIN 2004 sitúa a la desnutrición crónica (relación de la talla para la edad) en niños menores de 5 años en 23.2%, una de las tasas más altas de América Latina.

♦ El contexto de la intervención de Epidemiología Comunitaria

En el área de salud Borbón, cuando se inició la intervención en 1979, la problemática infantil fue la primera que se enfrentó porque la situación era alarmante: las muertes por desnutrición, IRA y EDA eran muy frecuentes y en toda el área sólo existía un médico que residía en el pueblo de Borbón y algunas auxiliares de enfermería en el área dispersa que sólo trabajaban en su unidad de salud.

En 1984 se hizo un tamizaje de la desnutrición en menores de 5 años en las 20 comunidades del área dispersa que más se visitaban y se encontró una prevalencia del 28.5%.

Se empezó entonces la formación de promotores de salud para que pudieran prestar los primeros auxilios y al mismo tiempo realizaran una vigilancia de los tres problemas que más afectaban a los niños: desnutrición, EDA e IRA.

A partir de 1991, la intervención que abarcaba a unos pocos sectores del área, se extendió a la totalidad de las comunidades con la participación de promotores/as de salud, auxiliares de enfermería y profesionales rurales y en 1999 se introdujo el monitoreo de muertes y casos graves.

El enfoque de este informe se refiere a la evaluación y a los resultados del proyecto en los períodos 2003-2005 para los datos nutricionales y 2000-2005 para la mortalidad y coberturas de vacunación.

❖ Actividades y herramientas

La intervención trató de intensificar/monitorear/completar las actividades previstas por el Ministerio de Salud Pública, que eran:

- » control del peso: debía realizarse en las comunidades con presencia estable de promotoras/es y auxiliares de enfermería, con la ayuda de una balanza de reloj. El control del peso se debía realizar a todo niño menor de 5 años. La meta que se estableció al inicio fue la de pesar mensualmente a los menores de 1 año y, al menos 2 veces al año, a los niños de 1 a 4 años en las comunidades dispersas;
- » registro en el cuaderno epidemiológico: a partir del año 2002 se introdujo esta nueva herramienta, donde el personal de base anotaba los controles de peso, lo que permitía hacer un mejor seguimiento de los niños. Esto fue necesario hacer ya que a menudo las madres perdían el carné de crecimiento y no quedaba constancia de la situación nutricional de los niños. El objetivo era que a todo menor de 5 años se le debería hacer el control de crecimiento. A los niños que no acudían al control, especialmente los menores de 1 año, y que tenían algún riesgo (por problema médico o no médico) se los buscaba en la casa, donde se conversaba con la madre para indicarle la importancia de una atención integral durante los controles;

- » entrega de micronutrientes: esta es una actividad que se hacía cuando las unidades de salud disponían de hierro y Vitamina A. El grupo objetivo para hierro eran los menores de 2 años, mientras que, para vitamina A, eran los menores de 5 años y los niños desnutridos;
- » entrega del suplemento alimenticio "Mi Papilla": de igual manera que en la anterior, la entrega se hacía según la disponibilidad, aunque el objetivo era de realizarlo mensualmente a todos los niños desde los 6 meses hasta los 2 años;
- » identificación y seguimiento a desnutridos: en el control sistemático de peso en los menores de 5 años, se identificaban los niños con bajo peso (desnutrición leve-moderada-grave). A estos niños se les hacía un seguimiento más estricto del peso, la alimentación, la toma de medicamentos. Al mismo tiempo se daba educación nutricional a la mamá y/o a los familiares responsables del cuidado del niño;
- » a los desnutridos moderados y graves se les hacía una visita domiciliaria. En estas visitas se logró reconstruir Historias de Vida, que evidenciaron que las causas de la desnutrición no estaban ligadas a situaciones de extrema pobreza, sino a situaciones familiares críticas (madres solteras o con problemas psiquiátricos, niños sin padres que vivían con abuelitas) y a enfermedades frecuentes mal cuidadas. Para superar estos problemas se establecieron protocolos de recuperación de desnutridos con entrega de leche, micronutrientes, vitaminas e involucramiento de la comunidad para los casos de familias críticas;
- » vacunación: las auxiliares de enfermería son las encargadas de la vacunación de los niños y registran en el parte diario de vacunas del MSP y en el carné de crecimiento, los cuales quedan en poder de las mamás que a menudo los pierden. Con este sistema difícilmente la auxiliar podía recordar qué vacuna le tocaba a cada niño y qué cantidades de vacunas solicitar. Para superar esta dificultad se utilizó la herramienta del censo de vacunas que permitía a la auxiliar tener presente la situación de todos los niños de su área de influencia y el número de niños. En este censo se anotaba el nombre y apellido de los niños; el nombre de la madre, la fecha de nacimiento, las vacunas ya administradas y la fecha en que cada niño debía recibir la siguiente dosis de vacuna. Analizando los datos de producción del área de salud, junto con las auxiliares de enfermería se evidenció la baja cobertura de vacunación y se identificaron algunas causas:
 - sub registro y/o errores de registro en el parte diario que llena el personal de salud;
 - datos de población utilizados por el MSP que no corresponden a la realidad (especialmente subestimación de la población asignada a cada unidad operativa);

- pérdida de los partes diarios en los que registraban la actividad;
- desabastecimiento de vacunas en la jefatura de área, por deficiencia en la solicitud mensual de los biológicos e insumos en la Dirección Provincial de Salud (DPS).

Para superar estos inconvenientes se procedió a revisar mensualmente con cada auxiliar los partes diarios, los concentrados mensuales y la hoja de solicitud y saldos de vacuna. Como referencia se utilizó el censo real de la población. Trimestralmente se hacía un monitoreo de las coberturas y se programaban eventuales barridos. De esta forma, desde el año 2004 se pudo mejorar la cobertura. (Para más detalles ver Recuadro 1).

Recuadro 1

ÁREA DE SALUD BORBÓN CONTROL DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN 2000 - 2005														
Comunidad:														
Fecha de actualización:														
	Vacunas													
Menores de 5 años nómina	Fecha de nacimiento	BCG	DPT				Antipolio				Pentavalente			SRP
		1	1	2	3	R	1	2	3	R	1	2	3	
niño:														
mama:														
niño:														
mama:														
niño:														
mama:														
niño:														
mama:														
niño:														
mama:														
niño:														
mama:														

La hoja ha sido actualizada en la medida en que se han añadido nuevas vacunas al esquema de vacunación.

- » educación a las madres. Un aspecto importante para mejorar la salud infantil es la educación de las madres sobre alimentación, rehidratación oral, signos de alarma en caso de IRA y EDA, ya que estas son las patologías más frecuentes en los niños. La herramienta escogida para facilitar esta tarea ha sido un set de dibujos de fácil comprensión que se utiliza para las charlas. Esto permitió que las madres o familiares identifiquen señales de peligro y lleven oportunamente al niño a la unidad de salud;

El diálogo con las madres y la comunidad se ha ampliado con la presentación y discusión de los datos relativos a las muertes y casos graves que se producían en el área de salud.

Todas estas actividades se han complementado con el monitoreo mensual de muertes y casos graves, el mismo que no forma parte de las actividades rutinarias que recomienda el MSP. Este monitoreo comprende la recolección de casos graves, muertes e historias de vida de eventos centinelas. Gracias a esto se puede establecer, para cada evento, responsabilidades y grado de evitabilidad. La información recogida en el mismo fue sistematizada y compartida anualmente con promotores de salud, auxiliares de enfermería y comunidad para su análisis y discusión.

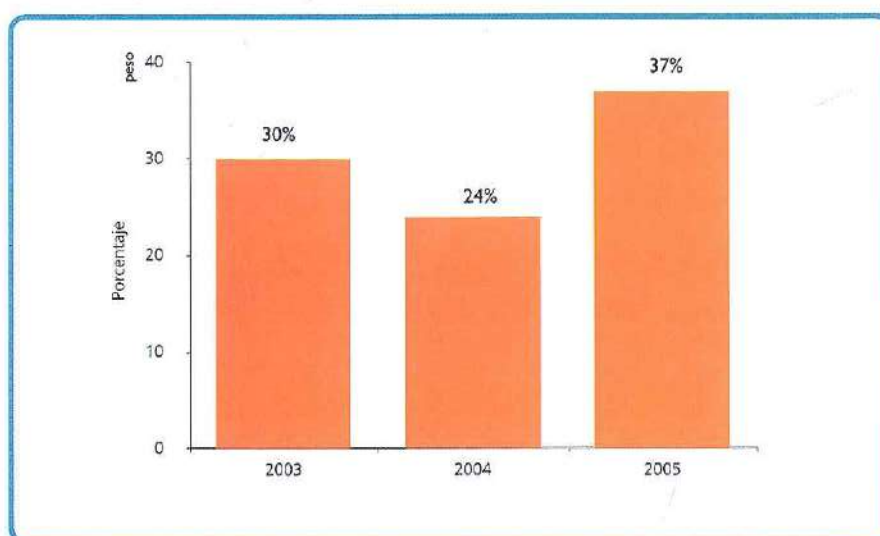
❖ Resultados y discusión

♦ Menores de 1 año

► Control de crecimiento, situación nutricional y vacunación

De acuerdo a los datos de control de peso en los menores de 1 año, recabados del cuaderno del promotor de salud, se pudo ver que, desde el año 2003 hasta el 2005, se mantiene el porcentaje de cumplimiento de la meta (pesar mensualmente a todos los niños menores de 1 año); sin embargo, este porcentaje ni siquiera alcanzó el 40% al finalizar el período (Figura 1). Esta información se puede considerar muy instructiva porque a primera vista documenta un rotundo fracaso. El punto crítico, sin embargo, es otro: estos porcentajes miden las distancias de una meta que fue propuesta desde el nivel central, no tomando en cuenta ni las condiciones logísticas de los lugares, ni la organización de los servicios con respecto a las necesidades reales de las poblaciones, tanto epidemiológicas como clínicas. Esta era una meta concentrada más en la adherencia a un "proceso" y no a una medida de éxito. En el contexto comunitario de Borbón, con una larga tradición de enfoque nutricional, y con estrategias enfocadas a las condiciones de riesgos, la meta mensual era logísticamente imposible y poco coherente con las necesidades (ver más adelante tasas de desnutrición). La decisión comunitaria de asociar el control del peso con la vacunación cada dos meses hizo que, inmediatamente, los porcentajes lleguen a sobrepasar el 70% en el 2006.

Figura 1: Cumplimiento de la meta de control mensual del peso en menores de un año



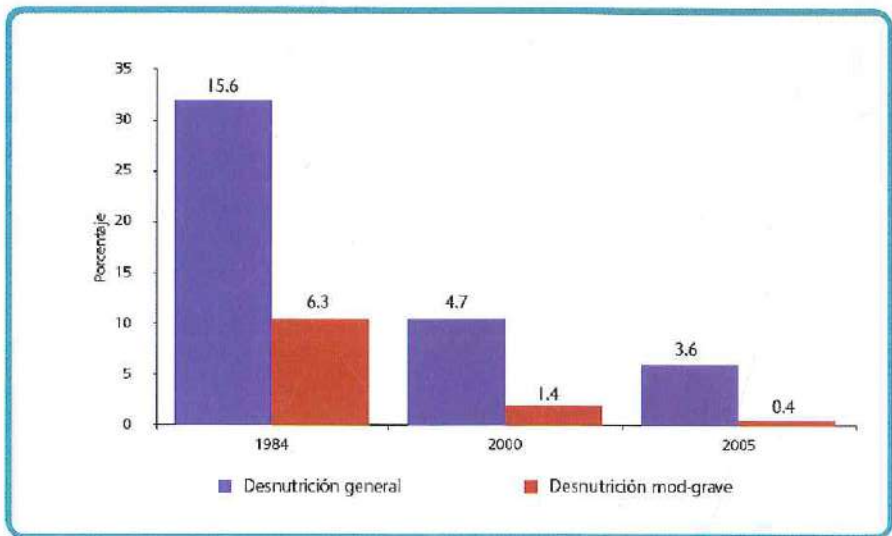
Fuente: cuaderno epidemiológico de promotores/auxiliares

Estos datos se refieren únicamente a las comunidades donde permanece estable el personal de salud es decir donde hay un sub centro de salud y donde hay promotor/a de salud. Por esta razón el número de menores de un año con control mensual es limitado (103 de 343 en 2003; 79 de 329 en 2004 y 105 de 283 en 2005).

Para conocer los cambios que ocurrieron con el problema de la desnutrición a lo largo del tiempo se hicieron 3 cohortes en 20 comunidades, recogiendo la información de las hojas de registro del equipo médico itinerante que hacía las visitas en 1984 y de los cuadernos de promotores/as y auxiliares en los años 2000 y 2005. Gracias a esta información se pudo demostrar que la desnutrición dejó de ser un problema prioritario para el área de salud Borbón, considerando especialmente la disminución de la forma grave y moderada. En 1984, de 20 (15.6%) niños desnutridos 8 (6.3) tenían la forma moderada y grave; en el 2000, de 10 (4.7%) niños desnutridos sólo 3 tenían las formas moderada y grave y en el 2005, de 8 (3.6%) niños desnutridos sólo 1 tenía las formas grave y moderada (Figura 2).

Es necesario señalar que, a pesar de que el área de salud Borbón está dentro de un cantón considerado de extrema pobreza y con poca accesibilidad a los servicios de salud, al comparar los datos de prevalencia de desnutrición del área con el país, observamos que en el año 2000, la prevalencia de desnutrición aguda en el área alcanzó niveles mucho más bajos (4,7%) que los que se observaron a nivel nacional (14,3%).

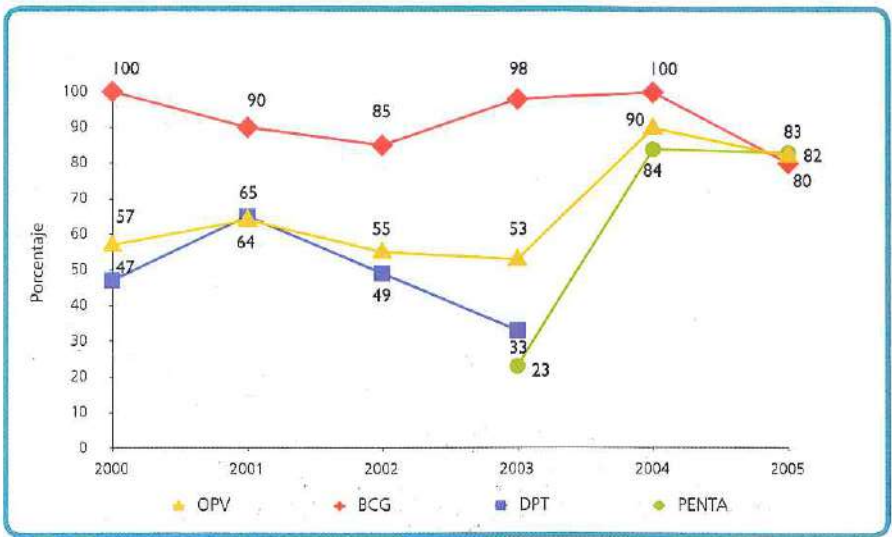
Figura 2: Prevalencia de desnutrición en menores de 1 año en 20 comunidades del Área Borbón



Fuente: Hojas de registro (1984) y cuadernos epidemiológicos (2000 y 2005)

Por otro lado, cuando se observan las coberturas de vacunación, especialmente para polio (OPV) y difteria, tos ferina y tétanos (DPT), se evidencia que las coberturas se mantuvieron bajas hasta el 2003. A partir de 2004 empiezan a aumentar hasta llegar a superar el 80%. Esto se logró gracias al monitoreo mensual del registro y a la aplicación del censo de vacunas. Cabe recalcar que estas coberturas se han sacado tomando en cuenta – para fines de comparación – los datos de población real del área. Si se hubiera utilizado las proyecciones poblacionales calculadas por el MSP, las coberturas serían más altas. También hay que mencionar que en el 2003 se introdujo al esquema de vacunación la vacuna pentavalente, la cual reemplazó a la DPT. Por eso se observa que hay coberturas bajas, pero cuando se suman las dos el resultado final es de 56% (Figura 3).

Figura 3: Coberturas de vacunación en menores de 1 año en el Área Borbón



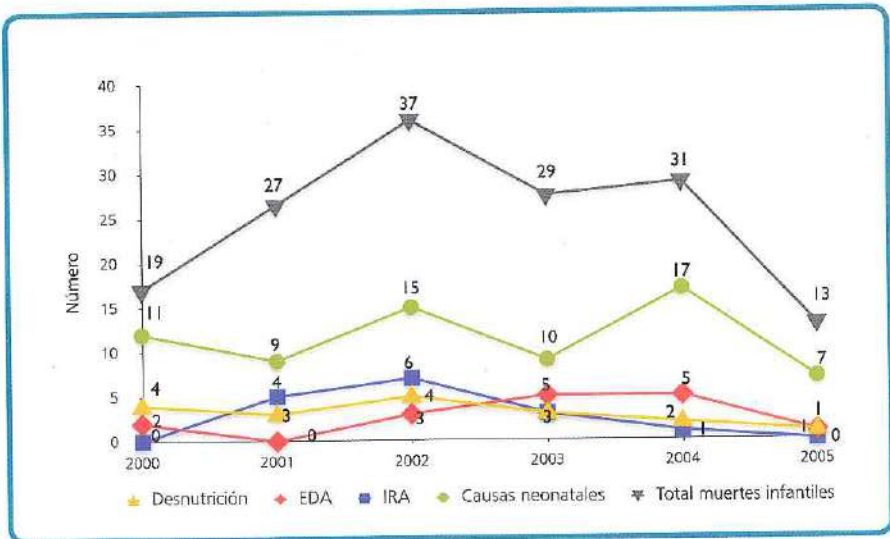
Fuente: Concentrados mensuales de vacunación del área

La información propuesta en las Figuras 2 y 3 permite que la lectura de los resultados específicos del proyecto se realice en tiempo real y dentro del cuadro de la "logística comunitaria"⁷. De esta forma se garantiza que lo que sucede con las personas determine el quehacer de los equipos de salud (con un rol predominante de promotores y auxiliares, sobre todo para estas actividades). Así se siembra la semilla para que las comunidades aprendan progresivamente a planificar y a adaptar estrategias y herramientas. Sólo juntando estos enfoques se puede lograr lo que casi ninguna programación oficial consigue: el monitoreo inmediato del impacto de la planificación sobre los problemas reales.

❖ Perfil de mortalidad

La situación de este indicador clave de la epidemiología clásica y de la Epidemiología Comunitaria se lo ha tratado de resumir en las Figuras 4 y 5, en la Tabla 1 y en el Recuadro 2.

Figura 4: Número de muertes por causa



Fuente: Monitoreo de la mortalidad

7 Entendemos como logística comunitaria a la organización que en una comunidad se puede poner en marcha, considerando y respetando los contextos particulares, para poder llevar a cabo actividades que busquen mejorar la situación general.

Figura 5: Distribución de las causas de mortalidad por micro área

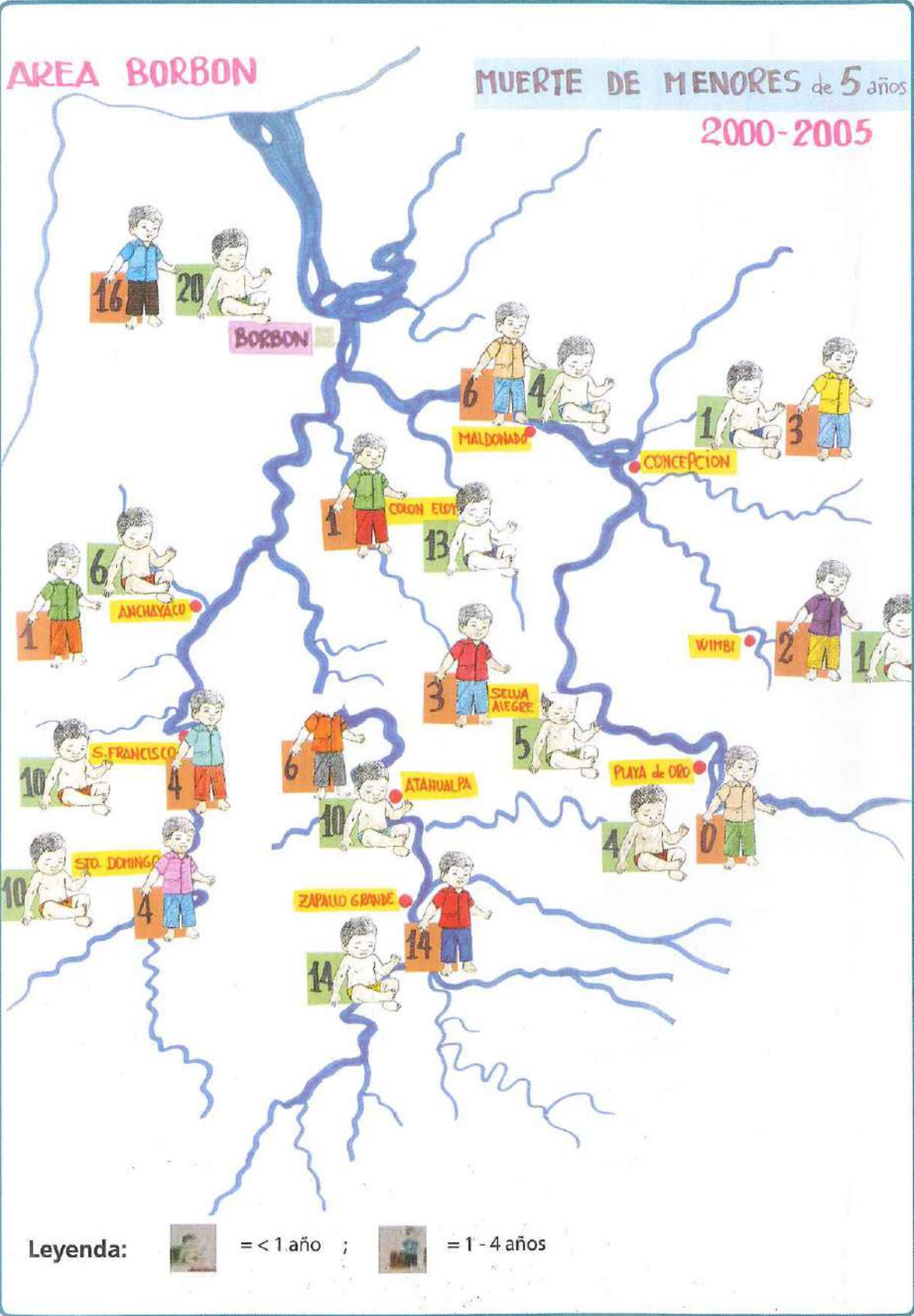


Tabla 1: Causas de muerte en menores de 1 año 2000-2005

CAUSAS	Número de casos por año					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Causas neonatales:	11	9	15	10	17	7
Asfixia al nacimiento	3	3	8	3	5	1
Corioamnionitis	-	-	-	-	1	-
Desprendimiento placenta	-	-	-	-	-	1
Mala presentación	-	-	1	1	-	1
Parto prolongado	-	-	-	1	2	-
Prematurez	2	-	2	3	1	-
Polihidramnios	-	-	-	-	1	-
Accidental	-	-	-	-	1	-
Tétanos neonatal	-	-	1	-	-	-
Muerte súbita	1	-	-	-	-	-
Malformación congénita	1	1	-	-	-	-
Sepsis	-	1	-	-	-	-
Traumatismo	-	1	-	-	-	-
Desconocido	4	3	3	2	6	4
EDA	2	-	3	5	5	1
Desnutrición	4	3	4	3	2	1
IRA	-	4	4	3	1	0
Asfixia accidental	1	1	-	2	-	-
Sepsis	-	-	1	1		
Ahogamiento	-	-	-	1	-	-
Parálisis cerebral	-	-	-	1	-	-
Síndrome de Down	-	-	-	-	1	-
Accidente	-	-	-	-	1	-
Traumatismo	-	1	1	-	1	-
Paladar hendido	-	-	-	-	-	1
Abdomen agudo	1	1	1	-	-	-
Atresia conducto biliar	-	-	1	-	-	-
Muerte súbita	-	1	-	-	-	-
Paludismo	-	1	-	-	-	-
Hemorragia digestiva	-	-	1	-	-	-
Meningitis	-	-	2	-	-	-
Desconocido	-	6	4	3	3	3
Total	19	27	37	29	31	13

Fuente: Monitoreo de la mortalidad

Recuadro 2

HV

Maldonado

Niña de 8 m. Desnutrición

La mamá de la niña tiene antecedentes psiquiátricos. A los 3 meses la mamá le quitó el seno a la niña y sólo le daba coladas de verde. Al darse cuenta que la niña estaba desnutrida, la auxiliar habló con los padres de la niña sin ningún resultado. La niña siguió bajando de peso pasando de una desnutrición leve a una moderada.

Otra vez la auxiliar habló con los responsables de un proyecto para conseguir ayuda. Fueron a la casa de la niña que estaba hinchada y con diarrea y con llagas y consiguieron internarla en el hospital. Luego de pocos días el papá la sacó del hospital y la llevó de regreso a su casa.

Durante una semana la auxiliar y gente de este proyecto cuidaron a la niña en el dispensario, preparándole comidas adecuadas y con medicinas. La niña mejoró un poco y se curó de las llagas.

La mamá la llevó nuevamente a la casa, se descuidó de ella así la niña empeoró otra vez. La abuela paterna no quería que la niña viviera porque decía que no era de su hijo y le prohibía a su hijo de comprarle la leche. Al final no se pudo hacer más nada y la niña murió.

El propósito de presentar los datos de varias maneras es el de tratar de integrar la información clásica con la comunitaria, incluyendo especialmente el enfoque de evitabilidad. Esta forma de presentación también permite comprender la importancia y las implicaciones que tienen, por un lado las metodologías más "formales" (figuras estadísticas, tablas), las mismas que son más aplicables para los equipos de salud y, por otro lado, las representaciones más directas (mapas, historias de vida), que exponen los eventos dentro del contexto de las comunidades y que por eso se pueden ver, analizar y memorizar más fácilmente. Este segundo punto de vista está especialmente concebido para ser usado con los promotores de salud y las comunidades; sin embargo, también ha mostrado ser muy útil con los profesionales.

Otra nota metodológica tiene que ver con el uso del número absoluto de eventos, en lugar de los porcentajes y tasas. Las tasas están concebidas para resumir y generalizar; sin embargo, esto tiene el precio de esconder particularidades y alejar a las comunidades de la epidemiología. Para las comunidades un evento representa a una persona, que tiene un rostro, un nombre (o un apodo) y una historia que contar, mientras que un porcentaje

o una tasa es un resumen muy alejado de la realidad. El acercamiento de los números absolutos hace que las comunidades se identifiquen y con esto participen de una manera más autónoma en la construcción de la epidemiología de los eventos.

Al alternar la mirada entre las Figuras 4 y 5, la Tabla 1 y el Recuadro 2, se retoman las observaciones que se hicieron como conclusión del taller que se ha mencionado en el capítulo "Indicadores y medidas epidemiológicas esenciales: muertes en Epidemiología Comunitaria". Este método de observación y análisis puede ser considerado como un verdadero modelo didáctico que permite tomar decisiones en tiempo real y al mismo tiempo desarrollar la cultura de Epidemiología Comunitaria con y en los equipos de salud.

El número de muertes en menores de un año es muy variable cada año; sin embargo, se observa un descenso muy importante en el 2005 que llega, de todas maneras, a niveles parecidos a los del 2000. La historia puede ser leída como un mejoramiento progresivo del registro de los casos, pero también puede ser interpretado como un mejoramiento clínico exitoso. En el período 2000 a 2005 observamos que han muerto en total 156 niños. Si desagregamos las muertes por causas, observamos que las afecciones neonatales correspondieron aproximadamente a un 43% de los casos, seguidos de otro grupo de patologías evitables que sumaron un total de 47 muertes (30%), así repartidas: desnutrición 17 (11%), EDA 16 (10%) e IRA 14 (9%).

Al considerar la descripción detallada de causas que se encuentra en la Tabla 1 se pone en evidencia una información importante en términos de evitabilidad; sin embargo, si por un momento dejamos a un lado la definición "diagnóstica", y más bien nos concentramos en los escenarios mucho más informativos que se describen en el mapa de la Figura 5 y en la historia de vida descrita en el Recuadro 2, el análisis se vuelve más rico.

La desnutrición – que debe ser atribuida a la niña protagonista de la historia – es el término "técnico" que termina en los registros nacionales. Este diagnóstico no tiene mucho que ver con el verdadero problema que causó la muerte. Desde el punto de vista de evitabilidad – prevención – manejo - toma a cargo, el verdadero "diagnóstico" podría ser: "Descuido o patología familiar no tratable". Es cierto que este "diagnóstico" va a convertirse en un dolor de cabeza para los estadísticos nacionales que no van a encontrar una correspondencia en la lista de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). La respuesta a este problema tampoco se va a encontrar en la puesta en marcha de más intervenciones "médicas". La pregunta – en búsqueda de una solución – más bien podría ser: ¿Puede la comunidad hacer algo más?, o definitivamente es una muerte inevitable? Solamente un monitoreo de este tipo, que tome en cuenta diferentes miradas de las causas y de los lugares de donde vienen los casos permite comprender lo que pasa y lo que realmente se puede hacer.

Por otro lado es evidente que los números de los eventos son (relativamente) pequeños, más aún si estos son transformados en tasas por mil. Si uno pone atención a las causas "clínicamente" evitables que se concentran en el periodo posterior al neonatal (14 o 6 por mil si se hace referencia a los años 2004 y 2005), significa que cada una de las 29 comunidades podría ver un caso cada 2 o 3 años. ¿Cómo se puede – con un número tan esporádico de eventos – mantener una sensibilización y una atención adecuada? El riesgo que existe – y que de hecho se verifica todos los días en las auditorías médicas que se realizan en los servicios de salud – es que todos los casos se "acepten" como una fatalidad o como un evento no evitable.

Es por eso que se hace muy importante el garantizar el diálogo mensual como verdadero observatorio y escuela de epidemiología y salud pública. En las "jornadas del 22" se recopilan las historias y los escenarios que se refieren a todas las muertes y a todas las comunidades y esto se convierte en el resumen y generalización necesaria para sugerir recomendaciones aplicables en el nivel nacional pero, por otro lado, también permite tomar decisiones oportunas y "basadas en la evidencia" en el nivel local.

Es paradójico que, a veces, los equipos de salud locales no sean capaces de garantizar la fiabilidad de la información. Si uno considera el bajo número de casos que tendrían que ser "tomados a cargo" se esperaría que la información recogida (y la atención brindada) sea de alta calidad. Este nivel de cuidados se puede ver en el rol del equipo de salud que tomó a cargo a la niña de la historia de vida. Una vez más se insiste en la importancia de las "jornadas del 22" como escuela de Epidemiología Comunitaria. Para que los equipos de salud sean realmente garantes de una buena atención y manejo de información, es necesario que alternen la mirada individual de los casos esporádicos (a los que se enfrentan cuando están en la comunidad) con una más general – pero no por eso superficial – de la epidemiología de las poblaciones y los problemas (que se observa en las reuniones de monitoreo). Este enfoque también ha sido sugerido por los científicos de la epidemiología crítica que proponen una dialéctica entre la epidemiología académica y la epidemiología popular.

Finalmente vale la pena pensar en la importancia, pero sobre todo en la dificultad, de una comparación de los datos nacionales o provinciales, con los locales. Quizás es legítimo preguntarse para quién y por qué es útil hacer esta comparación ¿para el nivel local o para el nivel nacional? Una discusión detallada sobre esta relación entre lo "local" y "nacional" se encuentra en el capítulo "Indicadores y medidas epidemiológicas esenciales".

♦ Niños de 1 a 4 años

Esta sección dedicada al segundo grupo etáreo de la población de menores de 5 años, reproduce de manera muy fiel (con figuras, tablas y recuadros) las conclusiones que se han sacado para la población de menores de un año, por lo tanto no se harán mayores comentarios y dejamos que los lectores saquen sus propias conclusiones usando el mismo modelo de análisis que se usó más arriba.

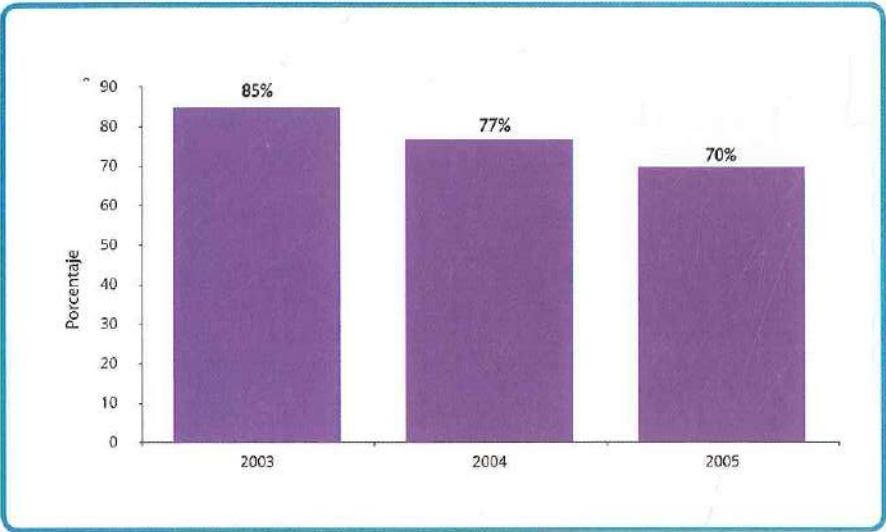
► Control de crecimiento y situación nutricional

A lo largo de los años 2003 – 2005 la cobertura de control de peso (con 2 y más controles) se mantiene por encima del 70% (Figura 6). La disminución de la cobertura en el año 2005, se debe al conflicto que se ha producido con la jefatura del área que ha alterado las normales actividades en la segunda mitad del año. Si no se considera el número de controles, si no el número total de niños pesados en relación a todos los que se encuentran en edad comprendida entre 1 a 4 años, la cobertura en los dos últimos años aumentaría a más del 85%. En el año 2006, teniendo la meta de dos o más controles, todas las micro áreas alcanzaron más del 90% de cobertura.

Se observa que la prevalencia de desnutrición (moderada y grave) en un periodo de 20 años ha tenido un descenso considerable en relación a la general. En 1984 de 156 (31.9%) niños desnutridos 51 (10.4%) tenían la forma moderada y grave; en el año 2000 de 60 (10.4%) niños desnutridos sólo 11 tenían las formas moderada y grave y en el 2005 de 49 (6.0%) niños desnutridos sólo 1 tenía la forma grave y moderada. El acercamiento comunitario ha permitido un trabajo muy de cerca con las madres y familias de niños desnutridos que hizo posible la recuperación de muchos de ellos (Figura 7).

Los porcentajes de incidencia son muy distintos de las estadísticas nacionales. ¿Cómo, y con qué criterio de interpretación, se pueden comparar los datos alarmantes de la encuesta ENDEMAIN 2004 sobre la desnutrición crónica con los datos de Borbón? Aún más si se toma en cuenta que Borbón es una de las áreas más desfavorecidas del país. Los datos de Borbón podrían ser interpretados como una subestimación del riesgo y, por eso, se sugiere que para este análisis se lea una vez más la discusión sobre “lo nacional” y “lo local” que se encuentra en el capítulo “Indicadores y medidas epidemiológicas esenciales”.

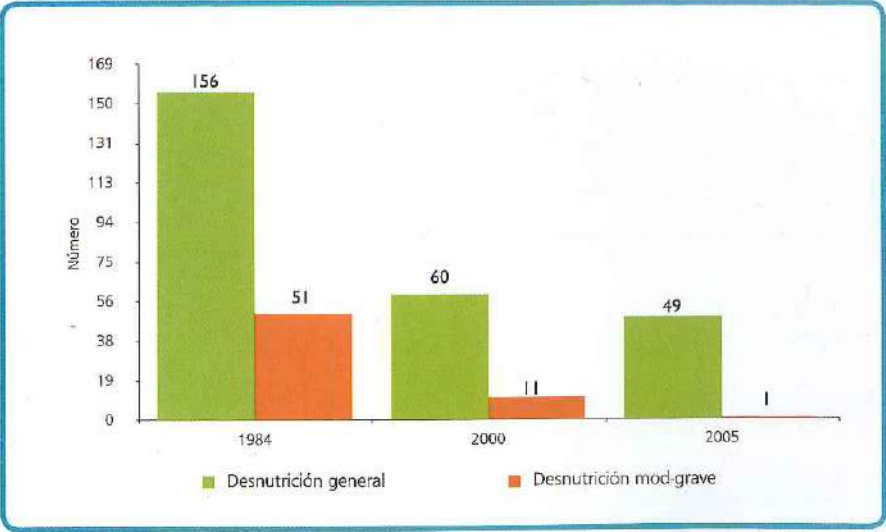
Figura 6: Cumplimiento de la meta de control de peso en niños de 1 a 4 años



Fuente: cuaderno epidemiológico de promotores/auxiliares

Los niños registrados en el cuaderno en 2003 fueron 1618 y de ellos tuvieron por lo menos dos controles 1376; en 2004 los niños registrados fueron 1864 y controlados 1435; en 2005 los registrados fueron 2697 y controlados 1888. Aunque la cobertura de por lo menos dos controles en el año ha bajado, ha aumentado la captación de los niños.

Figura 7: Desnutrición en niños de 1 a 4 años en 20 comunidades del Área Borbón

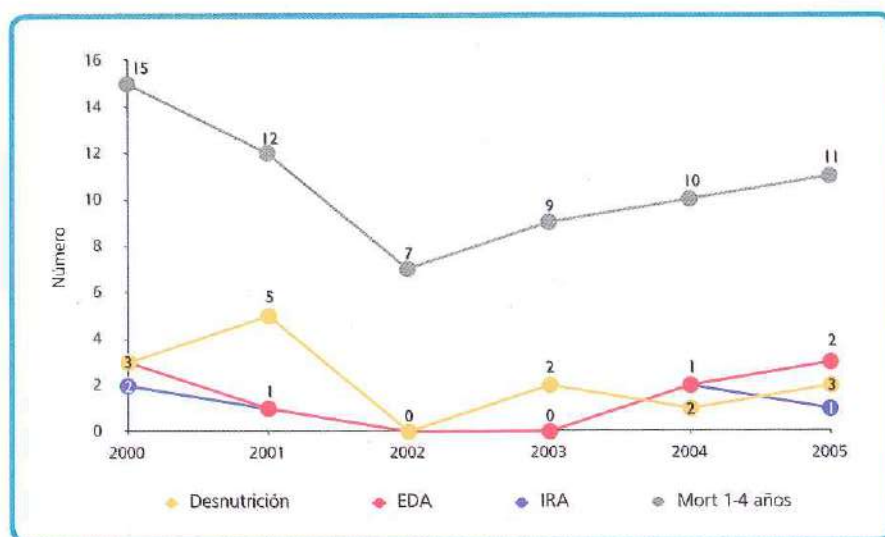


Fuente: Hojas de registro (1984) y cuadernos epidemiológicos (2000 y 2005)

❖ Perfil de mortalidad

Durante los seis años de monitoreo hubo 64 muertes de niños de 1 a 4 años. El comportamiento durante todos los años ha sido parecido, a excepción del año 2002 donde hubo el menor número de muertes (Figura 8). En relación a las causas, las evitables tradicionales (EDA, IRA, Desnutrición) son las que ocasionan el 44% del total de las muertes (Tabla 2), porcentaje más alto que el del grupo de menores de 1 año (30%). Es necesario señalar que han fallecido más niños por desnutrición (13 casos) que por las otras patologías. Posiblemente se deba a que estos niños necesitan de un cuidado y tratamiento más largo, por otro lado la mayoría de veces estos casos se dan en hogares desarticulados, donde las madres son jóvenes, "alocadas", a veces se van y dejan los niños al cuidado de las abuelas. En ocasiones hay padres que no ven la gravedad del caso y se llevan a sus niños a la montaña donde el personal de salud no puede seguirlos y cuando regresan llegan con el niño muy grave. Para analizar e interpretar esta información se puede usar el mismo enfoque utilizado para el perfil de mortalidad en menores de un año, alternando la mirada entre las causas clínicas y sociales.

Figura 8: Número de muertes por causas y por año



Fuente: Monitoreo de la mortalidad

Tabla 2: Causas de muertes en niños de 1 a 4 años 2000-2005

CAUSAS	Número de casos por año					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Desnutrición	3	5	0	2	1	2
EDA	3	1	0	0	2	3
IRA	2	1	0	0	2	1
Ahogamiento	1	-	1	1	-	-
Anemia	-	-	-	-	-	1
Asma	-	-	-	-	-	1
Parálisis cerebral	-	-	-	1	-	-
Picadura de insecto	-	1	-	1	-	-
Quemadura	-	-	-	1	-	-
Meningitis	1	1	1	-	-	-
Accidental (uso arma de fuego)	-	-	1	-	-	-
Tb pulmonar	1	-	-	-	-	-
Traumatismo	-	-	1	-	-	-
Desconocido	4	3	3	3	5	3
Total	15	12	7	9	10	11

Fuente: monitoreo de mortalidad

Recuadro 3

Historia de Vida

San Francisco del Cayapas

Niña, 1 año 1 mes

IRA grave + desnutrición

La mamá llevó la niña a la consulta médica con el equipo de salud que visitaba la comunidad.

Al momento de la consulta (14/11/01), la niña tenía una temperatura de 36.8 °C, peso de 5.6 Kg, respiración de 60 por minuto, uñas de manos y pies moradas. Al auscultar los pulmones no se encontró sibilancias, por lo que se le diagnosticó IRA (neumonía) y desnutrición grave. Se le dio la primera dosis del antibiótico y se la refirió urgentemente al hospital con el motorista del equipo de salud de la coordinación del área. Se hizo referencia escrita. La niña no tenía ninguna vacuna.

Al llegar al hospital el doctor que estaba de guardia diagnosticó asma (aunque no había síntomas de asma) y la trató por eso, le puso oxígeno y le quitó el antibiótico.

Al día siguiente en el cambio de turno del hospital se corrige el diagnóstico por IRA – Neumonía. La niña se pone grave y le ponen penicilina cristalina. Una licenciada le dijo al doctor si no era el caso de darle otro tipo de antibiótico pero el doctor dijo que con eso estaba bien. Más tarde la niña cuando tosió botó sangre. Entonces la mamá pide el alta para llevarla a la casa y hacerle remedios caseros calientes pero al llegar a la puerta de salida del hospital la niña murió. Le señora decía que en el hospital la niña tenía vida artificial porque tenía puesto el oxígeno.

Posteriormente, en el hospital de Borbón se conversó con la madre de la niña, quien manifestó que la niña a partir de los 6 meses de edad empezó a sufrir crisis de asma, se ponía fría y le daba vomitadera. En esos momentos ella le daba remedios caseros como: mentol y cebo tibio y con eso le pasaba un poco. Esta vez, llevaba ya 3 días con los remedios caseros descritos, hasta que la madre escuchó que el equipo de salud había llegado a la comunidad (ella vive a 20 minutos San Francisco adentro), y se presentó a la consulta.

La comunidad, refirió que la señora desde que salió embarazada hizo todo lo posible por abortarla, aún estando el embarazo muy avanzado, pero no lo logró y por eso es que la niña nació enfermiza. En la casa los otros niños son sanos y de buen peso. Refirieron además que en otra ocasión fue ingresada en el hospital por ponerse muy mal.

Al revisar la historia clínica del hospital, en agosto de este mismo año la niña había sido ingresada en el hospital por IRA, coqueluche y desnutrición moderada, (5.7Kg). Le recetaron 3 antibióticos (gentamicina, ampicilina y eritromicina) y luego la mamá pidió el alta.

❖ Conclusiones y/o puntos importantes

A lo largo de más de dos décadas de trabajo en el área de Salud Borbón, acompañando a las comunidades en la identificación de problemas y en la búsqueda de estrategias para mejorar la salud de la población, se trabajó con varios grupos en riesgo, entre los cuales el de los niños menores de 5 años ha sido privilegiado.

En este caminar, hemos apoyado las actividades de los programas de salud que lleva el MSP, pero sin dejar de lado el enfoque de Epidemiología Comunitaria, pues muchos de los programas del MSP son verticales y tienen normas tan rígidas que en ocasiones no permiten avanzar, dejando en el anonimato a las personas y no garantizando su derecho a la salud. Estos programas a menudo niegan la posibilidad de que personas de la misma comunidad como los promotores de salud, las familias sean actores en el cuidado de su propia salud.

Como en todas las intervenciones que se discuten en este libro, ésta también le ha dado importancia y protagonismo al trabajo desarrollado por promotores de salud y auxiliares de enfermería permitiendo un diálogo permanente con las madres y las familias de los niños. El diálogo ha estado centrado en el reconocimiento de señales de peligro para las enfermedades evitables; en el control de crecimiento con metas reales y alcanzables; en la vacunación, no priorizando cobertura sino buscando que todo niño sea realmente protegido; en el seguimiento de los niños desnutridos y en el monitoreo de los casos graves y las muertes. Todas estas actividades han sido documentadas, con datos fiables que han permitido hacer comparaciones entre lugares y tiempos, pero sobre todo han permitido conocer el contexto y la historia de cada evento que se ha producido.

Esta intervención de Epidemiología Comunitaria nos ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

- » que la desnutrición ya no es un problema prioritario del área de salud Borbón, considerando especialmente la disminución de la forma grave y moderada;
- » que es necesario siempre buscar estrategias y herramientas que se puedan aplicar a nivel local para lograr los objetivos y las metas planteadas en bien de la población; no sólo cumpliendo coberturas que justifiquen un trabajo, como a veces se exige en el MSP, si no garantizando que los niños realmente tengan buena salud;
- » que para poder ejercer una práctica real de Epidemiología Comunitaria, es importante aprender a alternar la mirada entre las causas clínicas, que provocan mortalidad o morbilidad, y otras causas más ligadas al contexto social y cultural, las cuales sólo se pueden comprender y controlar desde una perspectiva comunitaria asumida por todos: estado, trabajadores de salud y sociedad.

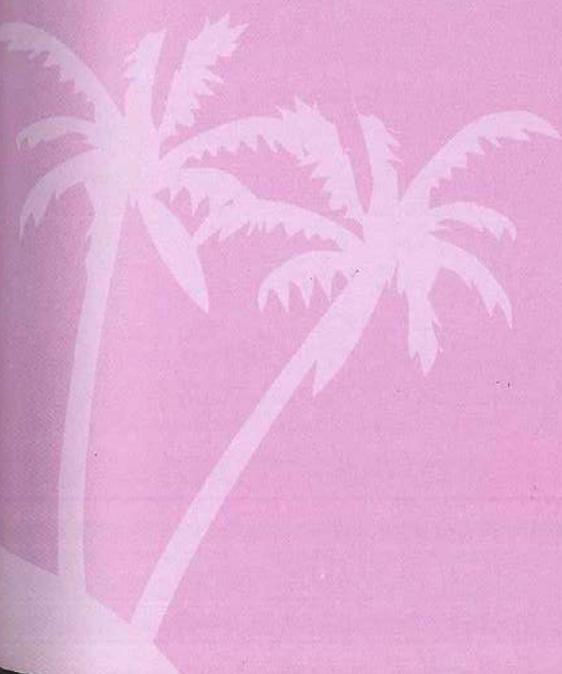
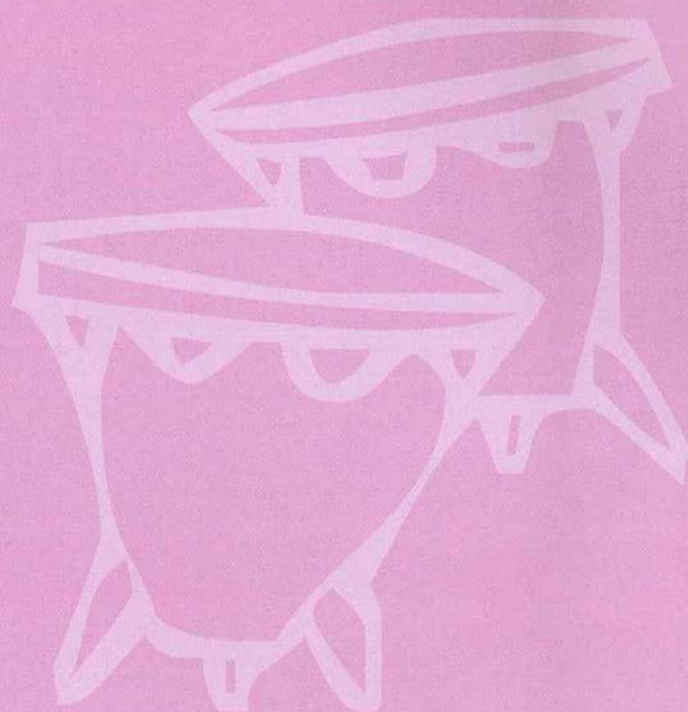
Este estilo de intervención es el que finalmente ha servido – y puede garantizar – que los objetivos, tantas veces planteados en las grandes metas globales (ver Objetivos del Milenio), de reducir la mortalidad infantil y de erradicar la pobreza y el hambre, no se queden en simples postulados si no que realmente sean un testimonio de que por una vez las poblaciones más vulneradas han tenido el derecho a una vida digna.

❖ Referencias bibliográficas

- » Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1436-1442
- » Breilh J. Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. 1ª ed. Lugar Editorial. Buenos Aires 2003.
- » Grupo de Epidemiología Comunitaria de Borbón, Situación nutricional en menores de 5 años, Borbón-Ecuador, *Boletín APS* 2003 (9);61-70
- » Encuesta Demográfica y de Salud materna infantil, ENDEMAIN-IV, Ecuador, 2004
- » OMS, Informe sobre la salud y el mundo: "cada madre y cada niño contarán", 2005
- » MSP, Situación de la Salud del Ecuador, Quito 2006
- » Pemberton S, Gordon D, Nandy S, Pantazis C, Townsend P. Child rights and child poverty: can the international framework of children's rights be used to improve child survival rates? *PLoS Med.* 2007 Oct;4(10):1567-70.
- » UNDP. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Internet; citado 12 sept 2008] [disponible en: <http://www.undp.org/spanish/mdg/>]
- » Masera G. Bridging the childhood cancer mortality gap between economically developed and low-income countries. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2009 Oct;31(10):710-2.
- » Gladstone M, Lancaster GA, Umar E, Nyirenda M, Kayira E, van den Broek NR, Smyth RL. The Malawi Developmental Assessment Tool (MDAT): the creation, validation, and reliability of a tool to assess child development in rural settings. *PLoS Med.* 2010 May 25;7(5):e1000273.

Capítulo 5

Indicadores y medidas epidemiológicas esenciales Muertes en Epidemiología Comunitaria



❖ Cuadro de referencia

1. La disponibilidad de estadísticas fiables sobre los datos esenciales de registro civil de los ciudadanos (nacimientos y muertes) es un objetivo y a la vez un indicador de la "calidad administrativa mínima" y "de la capacidad de gobierno" de toda sociedad humana.
2. Los objetivos de estas informaciones son muy claros: proporcionan los elementos básicos que permiten conocer (a nivel central, regional, provincial) la situación colectiva de las poblaciones en términos de tamaño, distribución en los territorios y evolución a lo largo del tiempo. En la medida de su fiabilidad, los datos que se hacen disponibles con las estadísticas vitales constituyen el núcleo informativo mínimo que permite evaluar las necesidades básicas, de manera que se puedan planificar las prioridades de las intervenciones orientadas a la población en general, y a los grupos humanos que están en situaciones de mayor vulnerabilidad. Para poder producir una visión sintética de la realidad y a la vez monitorear su evolución comparando según criterios controlados situaciones diferentes, poblaciones, individuos y grupos, estos datos son transformados y calificados con numeradores, denominadores, tasas, porcentajes o tendencias.
3. La epidemiología es la disciplina y la metodología que se ocupa – usando herramientas apropiadas – de explorar sí y de qué manera los eventos vitales están relacionados a factores y causas que los determinan de una forma más directa. La fiabilidad de estas informaciones sobre la vida y la muerte de las poblaciones es proporcional a su capacidad de ser completas (no dejar a ninguna persona-evento indocumentado) y objetivas (basadas sobre datos definidos según criterios inequívocos y aplicables en todas las circunstancias).
4. Sin embargo, es evidente (y la literatura científica nos lo recuerda todos los días) que vida y muerte no son solamente – ni principalmente – datos de registro civil. La Epidemiología Comunitaria, al ser un "proyecto permanente" de acompañamiento de la(s) comunidad(es) en un proceso de toma de conciencia y de decisiones con respecto a su(s) prioridades, propone una metodología de análisis y de utilización del evento muerte (indicador clave de las estadísticas epidemiológicas) que permite la visibilidad constante de las personas y sus historias, para que la muerte no coincida solamente con su (des)aparición en tablas habitadas únicamente por números, tasas, significaciones estadísticas.

❖ Definiciones

Bajo la etiqueta aséptica de "mortalidad" (que es la que se utiliza en el lenguaje administrativo-técnico), la muerte (así como los eventos de enfermedades más graves) es la protagonista de las tantas epidemiologías que se encuentran en la literatura científica y cada vez más en las crónicas de la sociedad, como son:

- » la epidemiología que describe la historia de las enfermedades en las poblaciones;
- » la epidemiología de los informes de agencias nacionales e internacionales que monitorean la evolución de la salud en las diferentes regiones y países;
- » la epidemiología que describe la interacción entre medicina y sociedad en términos de variaciones de las expectativas de vida;
- » la epidemiología que quiere evaluar sí y en qué medida las intervenciones específicas o las estrategias de asistencia modifican la historia de la supervivencia de poblaciones, grupos e individuos.

El por qué de este rol protagónico de la muerte en las epidemiologías es claro y sencillo: la muerte es un evento indiscutible, un hecho sin cambios, una información fiable que se puede averiguar y comparar entre lugares y tiempos.

El precio de este "valor epidemiológico" de la muerte es su frecuente separación de los contextos y de las historias de personas-grupos-poblaciones. La "muerte epidemiológica" se propone como neutral: produce información "fría" que deja de lado la vida donde ha ocurrido. Incluso cuando se hace "analítica" (es decir disciplina que no se limita a describir sino que plantea preguntas y explora hipótesis con variables que representan contextos de vida), a la epidemiología de la mortalidad se le pide que observe lo más rigurosamente posible la regla de su autonomía con respecto a las historias de las/los que han muerto.

En cambio, en la vida de la mayoría de la gente la muerte tiene cara: es memoria y emoción, puede ser ruptura imprevisible o conclusión muy dolorosa de relaciones, pregunta sin respuesta y evento del cual todas las causas quieren ser conocidas en su evitabilidad – inevitabilidad.

Coherentemente con sus objetivos la Epidemiología Comunitaria pretende que las personas que mueren no cesen de ser caras e historias y sigan perteneciendo antes que todo a los grupos humanos y a los contextos de la vida de donde provienen, mientras entran en las macro estadísticas vitales. La Epidemiología Comunitaria quiere que las muertes (todas en su conjunto, pero como suma personalizada de cada una de ellas) sean parte del camino de concientización-aprendizaje-diálogo-búsqueda de más espacios de autonomía que la comunidad cumple a través de todos los hechos y los eventos, que como enfermedades y accidentes amenazan y violentan su esperanza y experiencia del

derecho a la vida-salud; piensa que las/los que mueren (con sus edades, sus lugares de vida, sus experiencias positivas o dramáticas con el sistema de salud, su compartir violencias socioeconómicas o psicológicas, domésticas y colectivas) permiten conocer, revelar, indicar cosas que no se podrían detectar y apreciar de otra manera.

Sin entrar con arrogancia y curiosidades inoportunas en el secreto inviolable de las personas, con sus investigaciones que reconstruyen de forma mancomunada contextos e historias, la Epidemiología Comunitaria quiere prolongar y ampliar, para cada persona que muere, el derecho, tan raramente reconocido en vida, de tomar la palabra en la comunidad y para la comunidad.

Técnicamente, la metodología que transforma esta toma de la palabra en información epidemiológica se llama "autopsia verbal" que pone el acento sobre los aspectos más "legales" o "administrativos". En el lenguaje de la Epidemiología Comunitaria se llama "Historia de Vida", retomando un término muy utilizado en la investigación epidemiológica cualitativa.

En la perspectiva más profunda de la Epidemiología Comunitaria el proceso de compartir - discutir - llegar a un consenso, que se aplica en la evaluación de cada caso por parte de las comunidades (sus representantes, los trabajadores de salud, los familiares, los testigos privilegiados) es un acto de reconocimiento, de memoria, de agradecimiento: las muertes se vuelven un recurso de conocimiento e inteligencia que se incorpora progresivamente en la cultura y en los instrumentos que ayudan a mirar con más lucidez hacia las tareas del futuro.

Garantizar raíces de memoria (técnica y no solamente emocional) a cada muerte es un proceso que no menoscaba sino que más bien fortalece y enriquece el rol de "indicador epidemiológico neutral" que se ha mencionado como característico de la "muerte epidemiológica".

Como en todas sus expresiones, la Epidemiología Comunitaria no es la negación sino la otra cara (imprescindible y complementaria, titular de una competencia distinta pero no menor) de la epidemiología clásica que recoge la información solamente para exportarla a los bancos de datos de las estadísticas oficiales o de los estudios especiales.

Las muertes de la Epidemiología Comunitaria son las mismas, solamente que no quieren acabar en tablas y figuras: proponen, con sus datos calificados, que el mismo diálogo que han generado en las comunidades dispersas pueda ser continuado; quieren que la palabra clave para interpretarlas-comentarlas sea, sistemáticamente y en serio, la pregunta sobre "evitabilidad".

El término "evitabilidad" ahora es bien reconocido en epidemiología y se repite incluso en todos los macro informes sobre morbi-mortalidad. Cuando se utiliza este término a nivel de comunidades y micro áreas, a partir de muertes-personas y no de causas de muerte

notificadas en el registro civil, su sonido y sus implicaciones cambian: preguntan sí, y de qué manera, el evento muerte ha sido incorporado también en un proyecto-camino.

Identificar las muertes evitables llamándolas con nombres y calificándolas por causas, no coincide con una lógica "policia" (acusar a alguien de la(s) muerte(s) que ha(n) ocurrido); expresa más bien la decisión responsable de garantizar toda la atención posible en la eventualidad de que estas muertes coincidan con la violación de derechos básicos de alguien a través de el mal cuidado, el desconocimiento, u el olvido de sus derechos de salud, los cuales son los indicadores más sencillos y directos sobre el derecho a la vida. Las comunidades, y la Epidemiología Comunitaria que las representa, están en mejor capacidad (aunque no siempre) de proporcionar explicaciones para las muertes evitables; sin embargo, tienen mucho menos posibilidad de ofrecer soluciones. Esto no solamente ocurre en la epidemiología; también les pasa a quienes quieren aumentar la concientización y el empoderamiento de las personas que menos gozan de los derechos básicos: hay una larga distancia entre lo que se identifica como derecho y su realización.

Proponiéndose como red permanente de visibilidad y memoria de las personas que mueren, la Epidemiología Comunitaria es un pequeño (pero realizable y por esto debido) paso hacia adelante para las/los que viven.

❖ Metodología

◆ Recopilación de Historias de Vida

La inclusión sistemática del análisis de las muertes como uno de los ejes centrales de la Epidemiología Comunitaria ha sido una decisión que se ha generado casi espontáneamente en el curso de las actividades normales y fundamentales desarrolladas en el área Borbón.

Entre las tantas cosas que se discuten en la reunión del personal de salud que se hace el 22 de cada mes (reunión de monitoreo), los casos de muerte ocurridos en las comunidades se han presentado como una oportunidad importante para intercambiar observaciones sobre muchos aspectos de la vida de las comunidades y del sistema de salud. Por esa razón, y siguiendo las reflexiones generales que se han discutido en la introducción, se decidió hacer que el análisis de las "Historias de Vida" de cada muerte evitable ocurrida en las comunidades sea un procedimiento bien sistematizado y obligatorio. De esta manera en las reuniones del 22 de cada mes se configura un escenario básico de lo ocurrido como el que se puede ver en la Tabla 1.

Tabla 1: Reunión de monitoreo, Noviembre 2005. Casos graves y muertes ocurridas en las comunidades

Microarea	Pueblo	Nombres y Apellidos	Edad	Sexo	Raza	HTA	Causa	CG/muerte
Anchayacu	Guapilar	Mariana Castillo Lastra	46 años	F	N	Sí	Problema pie/antec diabetes	Caso grave
Sto Domingo	Colón	Freida Wila (mamá)	Horas	F	N	-	Parto/post termino Sufrim Fetal	Muerte
Zapallo Grande	Tigre	Jaime Añapa	12 años	M	C	No	Ahogamiento/Antc. Epilepsia	Muerte
	Zapallo Grande	Dominga Corozo	31 años	F	N	No	Amenaza de parto prematuro	Caso grave
	Wimbicito	Wiston Quintero	35 años	M	N	No	Disparo	Caso grave
Maldonado	Maldonado	Prudencio Valencia	98 años	M	N	No	Desconocido	Muerte
Colón Eloy	San Antonio	Ana María Morán (mamá)	42 años	F	N	No	Niño atorado	Caso grave
	San Antonio	Arroyo Morán	0	M	N	-	Mortinato (5.6 KG)	Muerte
	Valdez	Andrés Ocampo	52 años	M	N	No	ACV	Caso grave
Atahualpa	San José	Alméndida Orobio Corozo	60 años	F	N	No	CA gástrico	Muerte
	Playa Grande	Neri Ayoví Rangel	76 años	M	N	Sí	Infarto?	Muerte
	Rosario	Munila Castillo	16 años	F	N	No	Eclampsia	Caso grave
	San José	Nazareno Peralta	1.4 años	M	N	-	Diarrea/Deshidratación	Caso grave
San Francisco	Arenales	Ursubel Valencia	80 años	M	N	No	CA garganta	Muerte
	Las Delicias	Caicedo	80 años	M	N	?	Desconocido	Muerte
	Arenales	Overlicio	53 años	M	N	?	Neumonía	Muerte
Borbón	Borbón	Josefa Nazareno Orobio	65 años	F	N	No	Desconocido (Antc Diab)	Muerte
	Borbón	Miller Corozo	20 años	M	N	No	Leucemia	Muerte

Los pasos para analizar estas muertes son los siguientes:

- a)** cada promotor/a y auxiliar, enfermera o médico reporta los casos de muerte con un mínimo de información;
- b)** las/os promotoras/es y auxiliares cuentan lo que saben sobre el caso que se reporta:
 - la situación de la familia;
 - la situación de la comunidad (si el caso lo amerita: ejemplo, paludismo, diarreas que pueden ser la expresión o el comienzo de un brote epidémico);
 - los signos y síntomas que presentó la/el enferma/o;
 - qué se hizo como personal de salud así como lo que no se pudo hacer;
 - cómo respondió la/el enferma/o a lo que se le hizo y qué pasó.
- c)** luego los médicos que están presentes en la reunión hacen preguntas sobre lo que tenía o sentía la/el enferma/o o sobre cómo reaccionó a un determinado tratamiento para tratar de encontrar la causa probable de la muerte;
- d)** si la/el enferma/o ha estado hospitalizado se trata de recuperar la historia clínica para conocer más detalles o de conversar con los médicos que lo han atendido.

En otras palabras, la información se saca de varias fuentes, es decir es el fruto de un diálogo que se produce entre la comunidad y el personal de salud sobre:

- lo que cuentan los familiares;
- lo que sabe la comunidad;
- lo que sabe y/o ha visto la auxiliar o el/la promotor/a;
- lo que las/os promotoras/es y auxiliares han anotado en sus cuadernos;
- lo que el médico ha logrado encontrar al examinar a la/el enferma/o;
- lo que se ha anotado en la historia clínica del hospital por donde pasó la/el enferma/o;
- lo que se averigua durante las visitas comunitarias del equipo médico.

A veces la información que se recupera no es suficiente para identificar claramente la causa de la muerte porque:

- las/os enfermas/os han muerto lejos y no se conocen los detalles;
- no hay datos clínicos suficientes;
- cuando el equipo médico fue a la comunidad no estaban los familiares;
- ha habido descuido y no se ha investigado a fondo.

En estos casos se pone "causa desconocida".

❖ De las "Historias de Vida" a su utilización comunitaria

A lo largo de los años hemos definido un grupo de problemas/enfermedades que podían ser considerados como evitables: infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, paludismo, desnutrición, mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad en menores de 5 años, tuberculosis e hipertensión. Las "Historias de Vida" han permitido poner en evidencia, discutir y evaluar las causas que pueden ser atribuidas a la muerte. El proceso es útil incluso cuando la causa última directa está bien establecida (sea ésta biológica, como un sangrado masivo en el parto o debida a la violencia, como un asesinato): lo que es importante es ponerse en la posición de comprender quiénes son los/las responsables, para ver si es posible averiguar donde se ha producido la falla que ha llevado a esa persona a la muerte y buscar correctivos para que no se repitan muertes similares. La lectura de las Historias de Vida en los capítulos que siguen puede dar una idea más concreta del proceso y de los resultados.

Después de seis años de recoger información sobre las muertes hemos creído oportuno analizarlas entre todo el personal de salud para escuchar la voz de los que se han ido físicamente, pero que están presentes con sus historias que se transforman en conocimientos y aumentan la concientización.

Para esto se organizó un taller, cuyos resultados se presentan a continuación. En este taller de tres días participaron todos los actores: promotoras/es, auxiliares de enfermería, enfermeras, obstetrices, médicos, y juntos presentamos y discutimos esta parte de nuestra historia.

❖ Resultados

En la primera parte del taller se ha dado una mirada a la situación general de la mortalidad del área durante los últimos seis años. Luego se han formado grupos más pequeños y cada uno de ellos ha examinado la situación por problema.

En este capítulo presentamos la situación de la mortalidad general y de las muertes violentas. En lo que se refiere a las muertes maternas/perinatales, las de los menores de 5 años, las ocasionadas por paludismo, tuberculosis y problemas cardiovasculares se remite a los capítulos correspondientes de este mismo manual.

❖ Mortalidad General

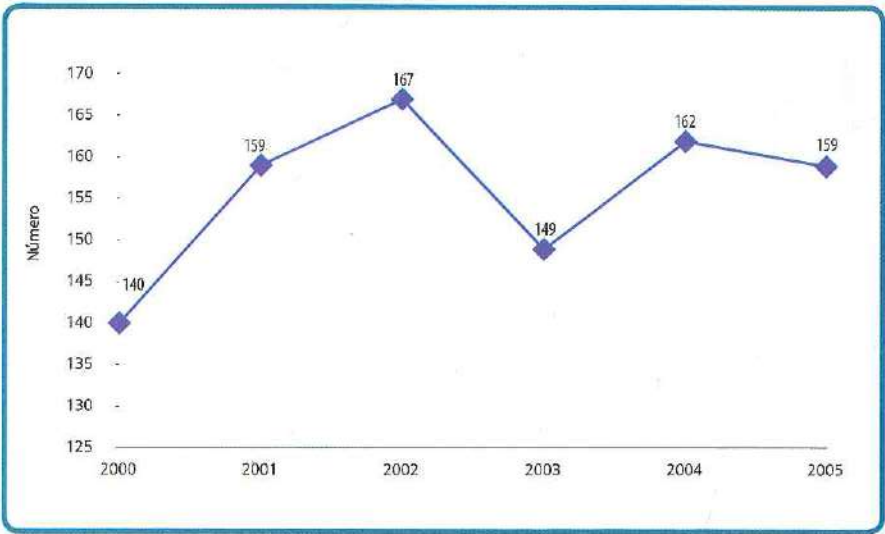
La Tabla 2 y las Figuras 1, 2 y 3 resumen los datos cuantitativos esenciales que se usaron en los trabajos de grupo del taller para realizar el análisis a profundidad. Las conclusiones más importantes que se sacaron fueron:

- » la tasa de mortalidad general en el área Borbón, es 6 por mil por año;⁸ sin embargo, hay micro áreas donde esta tasa es más alta, sobresaliendo las micro áreas de Maldonado y de San Francisco con una mortalidad que es casi del doble;
- » de todas las muertes, 362 (38.6%) son de niños y muchachos menores de 15 años;
- » hay comunidades que tienen mayor mortalidad que otras;
- » se observa un número importante de muertes relacionadas con el parto;
- » otra causa muy frecuente de muerte son las enfermedades cardiovasculares;
- » llama la atención la importante cantidad de muertes por causa desconocida, que representan casi el 20% del total;⁹ observándose además que, con la excepción de la microárea de Colón Eloy, todas las demás estuvieron por encima de este porcentaje, aunque sobresalieron las micro áreas de Wimbí (43%), San Francisco (40%), Atahualpa (36.5%), Zapallo Grande (32%) y Anchayacu (30.7%);
- » así mismo se destacó el número importante de muertes por violencia.

8 La Tasa de mortalidad general ajustada, estimada por la OPS para Ecuador, en el periodo 2004-2006 fue de 5.9 por mil habitantes, es decir que no es diferente a la del Área Borbón.

9 La OPS estima que, para el Ecuador, en el 2006, las causas mal definidas representan el 11.5%. Para toda la región de las Américas representan el 4%, en Haití representan el 28.5% y en Bolivia el 45%.

Figura 1: Muertes generales por año



Fuente: monitoreo de mortalidad

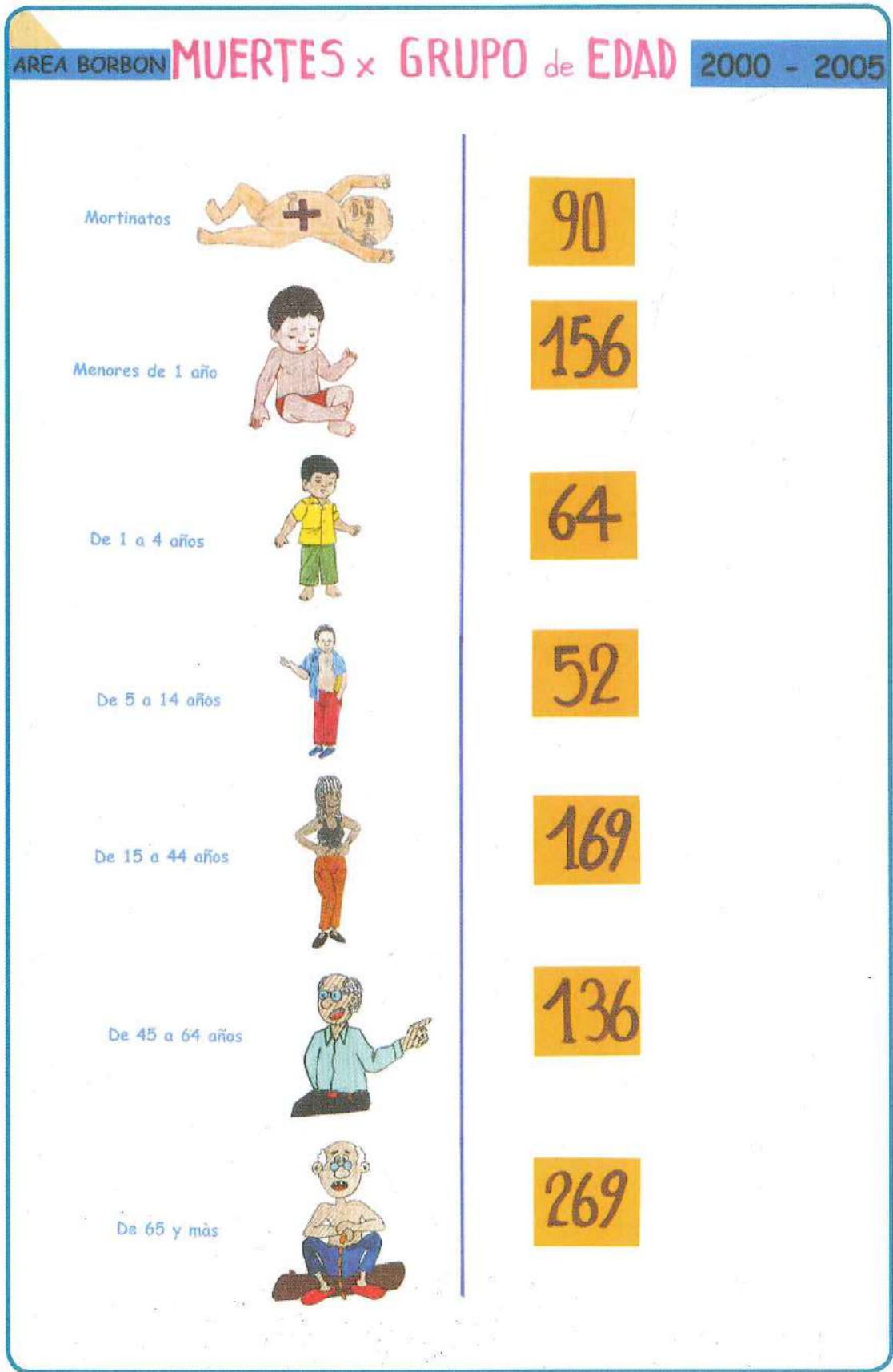
Tabla 2: Causas de muerte

CAUSAS	Total	%
Materno-perinatal	164	17.5
Cardiovascular	116	12.4
Infecciosas	95	10.1
Accidentes	78	8.3
Violencia	72	7.7
Cáncer	68	7.3
Desnutrición	30	3.2
Quirúrgicas	19	2.0
Tropicales *	14	1.5
Otras causas	106	11.3
Desconocidas	174	18.5
Total	936	100

Fuente: monitoreo de mortalidad

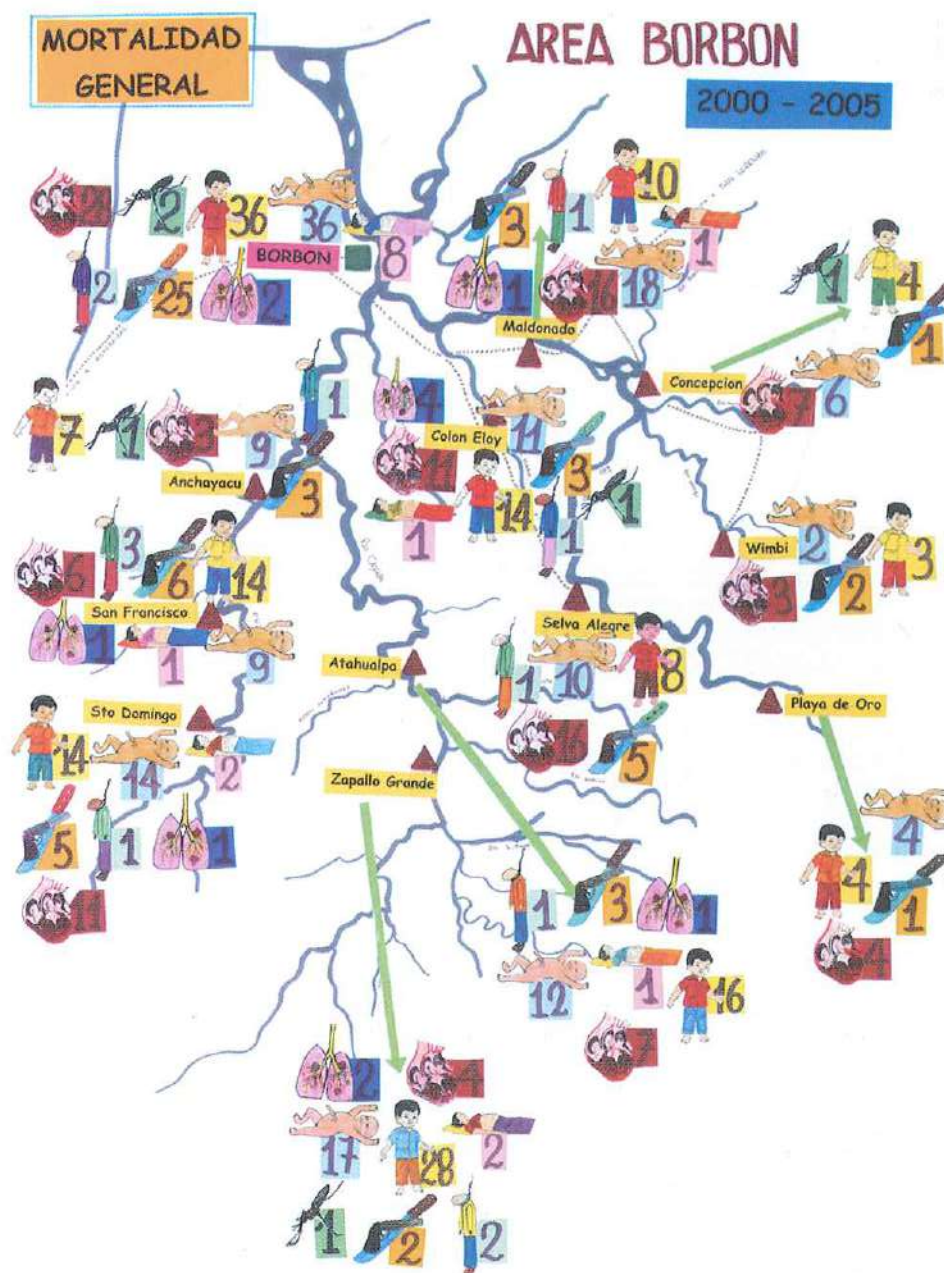
*Comprende paludismo (6 casos); el resto son picaduras de culebra y de insectos

Figura 2: Muertes por grupo de edad



Fuente: monitoreo de mortalidad

Figura 3: Distribución de las muertes por micro áreas y por causa



Leyenda:

- | | | | |
|---|---------------------------------|---|-----------------------------|
|  | : muertes perinatales. |  | : muertes por tuberculosis. |
|  | : muertes de menores de 5 años. |  | : muertes cardiovasculares. |
|  | : muertes por asesinato. |  | : muertes maternas. |
|  | : muertes por paludismo. |  | : muertes por suicidio. |

Fuente: monitoreo de mortalidad

Este panorama descriptivo de las muertes, su distribución y sus causas nos hizo ver que algo "anormal y grave" estaba pasando, sobre todo porque:

- » junto a los problemas "tradicionales" que se presentan en las áreas rurales típicas de los países en desarrollo, como son las diarreas, infecciones respiratorias, tuberculosis, paludismo, etc., se están añadiendo los problemas cardiovasculares y la violencia, que rara vez se consideran como parte de los paquetes de atención en el primer nivel;
- » hay micro áreas donde probablemente algo "fuera de lo normal" está pasando, puesto que tienen una mortalidad más alta que las otras. Esto sería lógico si en estas micro áreas viviera más población anciana, pero no es así. Entonces es necesario preguntarse ¿por qué en estos sitios la gente muere más?;
- » casi la cuarta parte de las muertes se presentan en niños y adolescentes, lo cuál tampoco "es normal";
- » así mismo, no "es normal" que mueran mujeres durante el parto, que en realidad es un "evento de vida", lo que podría significar que no se está dando una atención adecuada;
- » hay un número importante de muertes de las cuales no se sabe la causa. Si hay gente que muere sin saber de qué muere significa que estas personas casi no han tenido acceso a una atención de salud, por lo tanto son personas que han quedado marginadas de un derecho;
- » finalmente se observa un importante porcentaje de muertes por causas violentas, para lo cual se hizo un análisis específico.

❖ Muertes por violencia

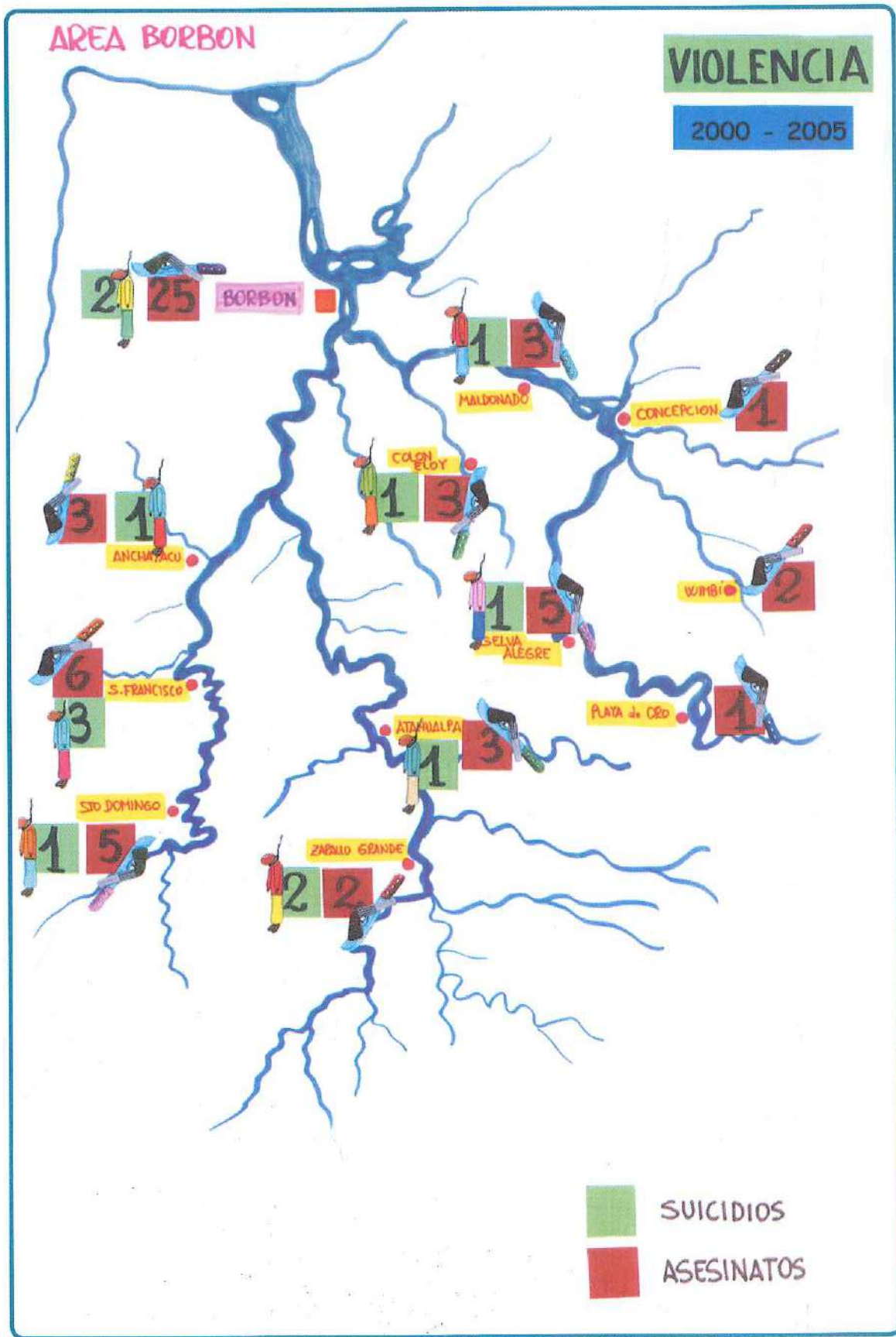
Al inicio, la percepción nos hizo creer que últimamente la violencia había aumentado; sin embargo, un análisis de los datos por año nos hizo ver que, en estos últimos 6 años, el fenómeno se mantuvo estable. Si se considera el número absoluto de casos parecería que las micro áreas más violentas fueran Borbón, San Francisco, Santo Domingo y Selva Alegre, pero al comparar este número con la población se puede ver que Borbón deja de tener la tasa más alta y en cambio San Francisco y Santo Domingo se ubican en el primer lugar, estando bastante por encima de la tasa general del área que es de 0.45 por mil (Tablas 3 y Figura 4).

Tabla 3: Muertes violentas por tipo y procedencia

Microárea	Asesinatos	Suicidios	Total	Tasa de mortalidad por causas violentas por 1000 hab
Anchayacu	3	1	4	0.55
San Francisco	6	3	9	0.77
Santo Domingo	5	1	6	0.73
Atahualpa	3	1	4	0.22
Zapallo Grande	2	2	4	0.14
Playa de Oro	1	0	1	0.26
Selva Alegre	5	1	6	0.61
Colón Eloy	3	1	4	0.46
Maldonado	3	1	4	0.50
Concepción	1	0	1	0.18
Wimbí	2	0	2	0.62
Borbón	25	2	27	0.57
Total	59	13	72	0.45

Fuente: monitoreo de mortalidad

Figura 4: Muertes violentas por tipo y micro área



Fuente: monitoreo de mortalidad

Aunque tanto los asesinatos como los suicidios se consideran muertes violentas, sólo se hizo un análisis a profundidad de los primeros, ya que en los suicidios entran en juego muchos aspectos personales y de contextos de vida que son más difíciles de conocer y analizar. De este análisis sobresalió que de los 59 muertos, 53 eran varones y que 44 asesinatos (74.5%) ocurrieron en el grupo etéreo de 15-44 años. También se observó que 39 fueron negros, 13 colonos, 6 indígenas chachi y en uno se desconocía el grupo étnico.

Normalmente las muertes violentas son un signo de un malestar social debido a la situación socio-económica crítica que vive una población. Mientras más se violan los derechos básicos, más crece la violencia. En nuestra área de salud, en estos últimos 10 años, se han dado cambios importantes que están modificando las características de la zona como son:

- » la mejora de la carretera que une Borbón con Esmeraldas;
- » la apertura de la vía a San Lorenzo-Ibarra;
- » la apertura de ramales que llegan a casi la mayoría de las comunidades del Río Santiago;
- » la llegada de muchos colonos y de colombianos que huyen de la violencia de su país;
- » la explotación masiva de la madera con ingreso de personas "extrañas" al medio;
- » el tráfico y expendio de drogas.

Por estas razones sería interesante monitorear este problema a lo largo del tiempo para descubrir algunas pautas que nos permitan tener un panorama más claro y real.

❖ Conclusiones e implicaciones metodológicas generalizables

La lectura y la utilización de un indicador central de la epidemiología – como es la mortalidad – en términos de Epidemiología Comunitaria puede ser considerado como una guía concreta y eficaz para entender y reproducir en la práctica algunas de las características esenciales de la propia Epidemiología Comunitaria.

Es difícil y quizás peligroso aplicar definiciones técnicas a los varios aspectos del trabajo que se ha hecho. Los resultados de "visibilidad" y de "calificación compartida" de las muertes ¿son el producto de metodologías o estrategias? o son herramientas específicas o criterios para el análisis y utilización de los datos?. Por ejemplo, "el día 22" que es un momento considerado como clave, ¿es un instrumento de participación? ¿es una

metodología de monitoreo de la calidad de la atención?, ¿es una estrategia cultural de puesta en común para compartir – aprender un lenguaje?.

Es quizás más útil reconocer y hacer explícitos los “pasos esenciales”, que – para poder ser reproducidos – necesitan estar vinculados a las palabras clave de la Epidemiología Comunitaria. Todo esto manteniendo la inteligencia y flexibilidad necesarias para respetar la diversidad de los problemas y las características de las comunidades.

❖ La mortalidad y las palabras clave

♦ Diálogo

Las Historias de Vida son el producto de un intercambio de informaciones entre varios interlocutores (familiares, comunidades, personal de salud). Cada uno representa una fuente de información distinta, separada y que por definición es parcial. En metodología clásica se diría que se trata de información “sesgada”, que necesitaría controles y ajustes formales antes de ser incorporada en las estadísticas “generales”. En Epidemiología Comunitaria esta información parcial y variada es más bien considerada como una riqueza para el análisis.

El producto principal y prioritario del “diálogo con fines epidemiológicos” es su adopción sistemática, no ocasional, como metodología y herramienta imprescindible, con el fin de reconocer la variedad y la variabilidad de las fuentes y de “obligarlas” a ponerse en diálogo.

Los contenidos y la metodología de este diálogo no pueden, por definición, ser pre-definidos rígidamente. Hay, sin embargo, reglas claras dictadas por el objetivo del diálogo, que es el de permitir devolver la “visibilidad” a las personas que han “desaparecido”. El diálogo de la Epidemiología Comunitaria es muy concreto y trata de llegar a conclusiones, no es un mero intercambio de opiniones.

Para poder realizar esto, a partir de fragmentos de memorias y de hechos que se comparan, averiguan y discuten, se hace una reconstrucción crítica de los contextos, actores y factores de riesgo que han producido la interrupción de la vida. No siempre este esfuerzo de restitución al contexto de vida de las personas produce resultados satisfactorios en términos de identificación de causas. Sin embargo, el descubrir y describir “huecos” informativos no debe ser considerado como una ausencia de resultados que obliga a detener la marcha. Por el contrario, la discontinuidad de conocimientos es un indicador fuerte de riesgo, ya que de hecho, cada situación de riesgo, representa una discontinuidad, una fractura, una distancia entre lo que es esperado-debido y lo que ocurre.

Al restituir la visibilidad a las personas que han “desaparecido” en uno u otro hueco de la discontinuidad, el diálogo de las Historias de Vida acostumbra a sus actores a la nada fácil tarea de garantizar (cada uno desde su lugar y competencia) continuidades de derechos a las poblaciones de las cuales son responsables.

♦ Proyecto

Las metodologías y herramientas de la Epidemiología Comunitaria varían en función de los objetivos concretos que se quieren lograr en determinadas situaciones, pero que en su conjunto son parte de un solo proyecto permanente: hacer crecer la autonomía de conocimiento – y por eso de vida – de la comunidad.

Para producir conocimientos útiles, el análisis de los datos debe ser hecho sin falsas ilusiones ni demagogias: debe identificar “huecos”, riesgos, responsabilidades, desafíos. Mes tras mes la “parcialidad” de la epidemiología se va convirtiendo en “cultura de investigación”, como tarea que debe ser normal y pertenecer a todos/as; incluso la documentación concreta de la(s) causa(s) que no hacen posible el diálogo es una información importante (por ejemplo: las “causas desconocidas de muerte”).

♦ Lugares, tiempos, calidad

Las Historias de Vida se producen aquí – ahora, en tiempo casi real, para responder a dos exigencias muy concretas: reconocer el derecho de vida de la(s) persona(s) completando su Historia de Vida y hacer de cada persona que ha muerto un recurso informativo para la comunidad. La Epidemiología Comunitaria propone concretamente que el reconocimiento y la “atribuibilidad” de las causas llegue a ser un componente “normal” del monitoreo de las comunidades. Los números que se han mostrado y distribuido por comunidades, son bastante pequeños para permitir una atención seria a todos los casos. El reconocimiento no puede pararse en la constatación: implica también la responsabilidad de planificar intervenciones adecuadas y en tiempo real (por lo menos para la toma de conciencia, movilización o prevención, si los “huecos” no son modificables) sin esperar los tiempos de las intervenciones que vienen desde arriba y desde afuera, muchas veces sin tiempos ni lugares.

Los datos de la Epidemiología Comunitaria, que tienen raíces en los lugares y los tiempos donde los hechos ocurren, son un recurso importante, incluso para las estadísticas institucionales centralizadas, por su contenido principalmente cualitativo. Por esa razón, el constituir una red de situaciones-proyectos que actúan en una lógica de Epidemiología Comunitaria debería ser programado por todos los sistemas de vigilancia epidemiológica nacionales como elemento clave para asegurar la calidad de los datos.

Evitabilidad

Es una de las palabras clave "estrella" de la Epidemiología Comunitaria. La "lupa" de la evitabilidad hace visible el hecho de que una de las principales causas del "no goce" del derecho a la vida es la discontinuidad de la atención. Declarar algo "evitable" significa "hacerse cargo", porque "existe un proyecto" (ver arriba). "Hacerse cargo" significa estar con y en esta(s) comunidad(es), y no en oficinas lejanas.

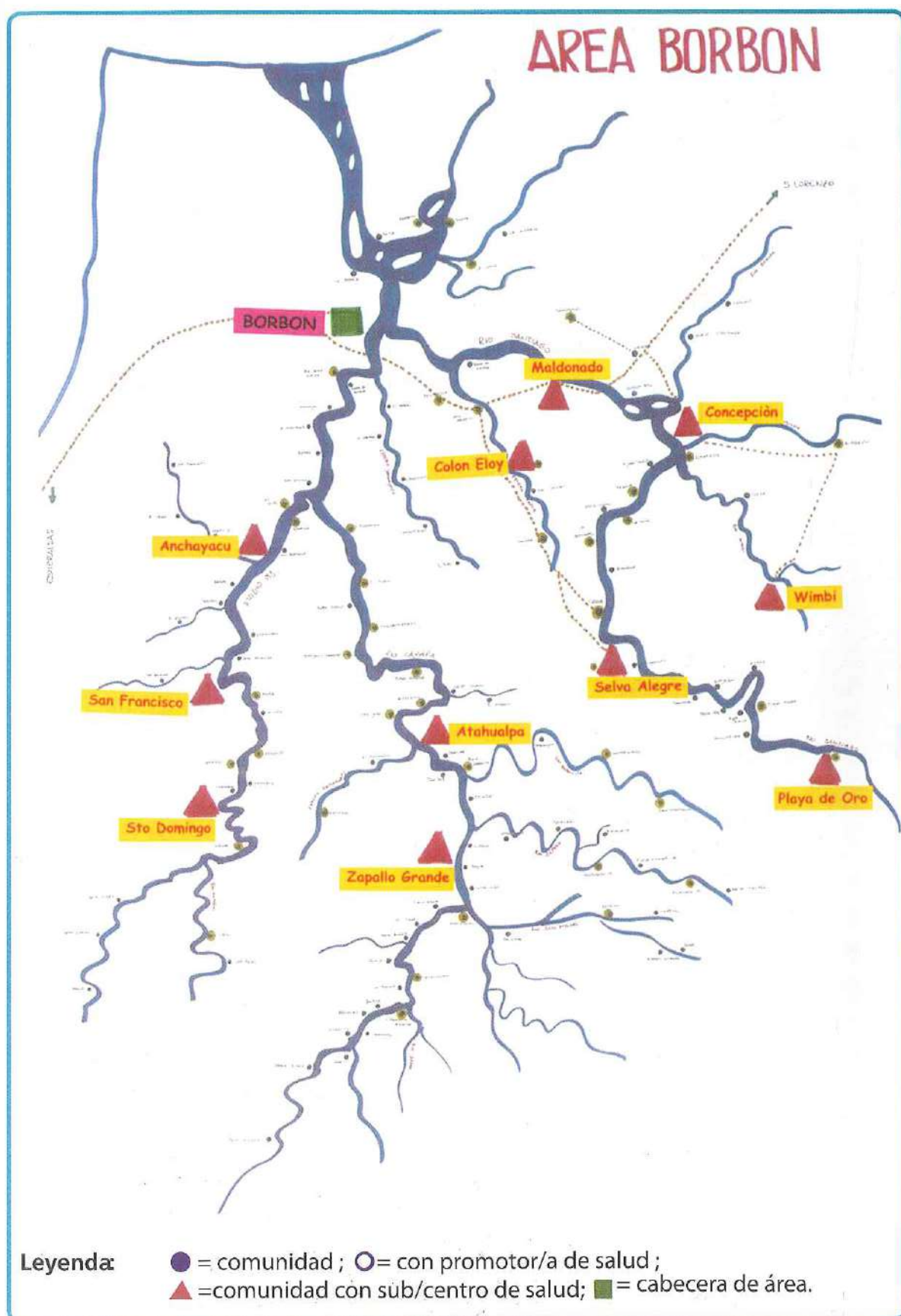
La Epidemiología Comunitaria es una escuela de desencanto y al mismo tiempo de humildad para los "científicos" de la epidemiología y para los profesionales de la salud. Obliga a los primeros a plantearse preguntas no sencillas sobre la relevancia de los datos que describen objetivamente las cosas, poniendo solamente al final de la discusión preguntas sobre "posibles" implicaciones. Exige a los segundos la normalidad, fácilmente olvidada, de incluir las vidas en sus historias clínicas que describen eventos fatales (y no fatales: ver abajo). Es posible que estos desafíos sean una de las causas por las que se hace tan difícil dar a la Epidemiología Comunitaria un lugar y un peso adecuado en la formación y en la práctica de la salud pública.

❖ Las periferias controlan al centro

Para comprender mejor el significado y las implicaciones de las palabras clave se propone realizar una lectura de las mismas a través de un mapa que representa al área Borbón (Figura 5). Este mapa además puede ayudar a comprender mejor:

- » la lógica, el proceso, la capacidad informativa y educativa de las "Historias de Vida";
- » la relación de complementariedad entre la epidemiología que nace en las comunidades para quedarse y acompañarlas y la epidemiología central que debería permitir comprender mejor cada realidad local y compararla con otras realidades locales y generales.

Figura 5: Mapa Borbón con los ríos



Este mapa es central en la afirmación de la cultura de la Epidemiología Comunitaria, ya que hace visible la dispersión, y por lo tanto sugiere la heterogeneidad y especificidad de cada una de las comunidades, y al mismo tiempo nos plantea la posibilidad y la necesidad de sentirse miembros y responsables de un único proyecto. En las "reuniones del 22", en donde se garantiza el monitoreo en tiempo real de los eventos centinela, se aprende a representar los problemas de cada lugar, y a mejorar la capacidad de dar cuenta de lo que ocurre en términos de morbi-mortalidad en un diálogo que permite garantizar la calidad de las informaciones que se producen, con el propósito de garantizar a los más vulnerables el derecho a la evitabilidad.

En la imaginación y en el lenguaje de los equipos de salud, el mapa (con los esteros cuya diversidad confluye en el río más grande que llega al mar) se ha transformado en la representación de la toma de conciencia de ser responsables, tanto de las diversidades como de toda la comunidad. Más aún, este mapa es el símbolo y la ayuda-memoria de cómo tantas fuentes dispersas deben confluir, confrontarse, integrándose, corrigiéndose recíprocamente, para producir "Historias de Vida" que no estén orientadas al pasado, si no a un proyecto de derecho a la vida y a la autonomía. La única manera para garantizar una información fiable y útil (es decir, que no solamente de cuenta de lo que pasa, si no también de sus causas evitables) sobre la morbi-mortalidad, es estar presente en los lugares y los tiempos donde los eventos centinela ocurren. La toma de palabra responsable de parte de las periferias, integra y certifica el grado de fiabilidad y comprensión de los informes centrales, para evitar que estos adopten un lenguaje que no comunica, sino que más bien excluye. La estrategia de acercamiento a las muertes e Historias de Vida de la Epidemiología Comunitaria reproduce bien lo que debería ser la regla: el goce universal de los derechos básicos no es un bien distribuido del centro a las periferias, sino el producto de un proceso-diálogo que es fiable solamente si se mantienen sus raíces en las comunidades reales.

❖ De la mortalidad a la morbilidad: los eventos graves (clínicos y de vida) también son "centinelas" e "Historias de Vida"

En la vida de los individuos, así como de las comunidades, y en los estudios-informes epidemiológicos, las muertes no son el único indicador y medida de lo que afecta gravemente la expectativa y la autonomía de vida. Las enfermedades agudas y crónicas graves, que requieren hospitalización o incapacitan para las tareas de la vida diaria (por problemas físicos o de comportamiento), tienen muchas veces un impacto tan o más grave que el de algunas muertes.

En la epidemiología y en el lenguaje de salud pública se habla frecuentemente de morbi-mortalidad para indicar la carga acumulativa de enfermedades letales y no letales. A lo largo de los capítulos que siguen, dedicados a poblaciones como la materna – infantil o a problemas como la malaria, la tuberculosis y la hipertensión arterial, los dos tipos de eventos son tratados como informaciones que se integran para describir la gravedad global del problema, para que de esta manera se puedan orientar mejor las intervenciones de prevención y control del riesgo.

En la lógica de la Epidemiología Comunitaria, las estrategias de monitoreo y de calificación de los eventos graves no letales son las mismas que se aplican a las muertes. Es evidente, por ejemplo, que la “Historia de Vida” de una hemorragia severa en el embarazo-parto que no concluye con la muerte, produce una información de igual o mayor importancia que ésta para favorecer un conocimiento útil en la comunidad. Esto es igual para el caso del niño desnutrido y con neumonía o con diarrea severa que sobrevive.

Las “Historias de Vida” que terminan con un éxito hacen parte de las jornadas del 22 y contribuyen de manera decisiva a motivar a los equipos de salud. Las “muertes evitadas” dicen que las respuestas y las soluciones existen.

❖ Referencias bibliográficas

- » Bang AT, Bang RA. Diagnosis of causes of childhood deaths in developing countries by verbal autopsy: suggested criteria. The SEARCH Team. Bull World Health Organ 1992;70(4):499-507.
- » Gajalakshmi V, Peto R. Commentary: verbal autopsy procedure for adult deaths. Int J Epidemiol 2006 Jun;35(3):748-50.
- » Berndtson K, Daid T, Tracy CS, Bhan A, Cohen ER, Upshur RE, et al. Grand challenges in global health: ethical, social, and cultural issues based on key informant perspectives. PLoS Med 2007 Sep;4(9):e268.
- » Horton R. Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn, and child survival. Lancet 2008 Apr 12;371(9620):1217-9.
- » Moreira J, Narvaez E, Narvaez A. Epidemiología y Participación comunitaria. ¿Cuál es el medio y cuál es el fin? Bol Epid (Ecu) 2008;6(51):42-4.
- » Rosato M, Laverack G, Grabman LH, Tripathy P, Nair N, Mwansambo C, et al. Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. Lancet 2008 Sep 13;372(9642):962-71.
- » Salama P, Lawn J, Bryce J, Bustreo F, Fauveau V, Starrs A, et al. Making the Countdown count. Lancet 2008 Apr 12;371(9620):1219-21.
- » Szwarcwald CL. Strategies for improving the monitoring of vital events in Brazil. Int J Epidemiol 2008 Aug;37(4):738-44.
- » Marchal B, Cavalli A, Kegels G. Global health actors claim to support health system strengthening: is this reality or rhetoric? PLoS Med. 2009 Apr 28;6(4):e1000059.
- » WHO. The financial crisis and global health. Geneva: WHO; 2009. Report No.: 2009/1.
- » Rajaratnam JK, Marcus JR, Flaxman AD, Wang H, Levin-Rector A, Dwyer L, Costa M, Lopez AD, Murray CJ. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. Lancet. 2010 Jun 5;375(9730):1988-2008.

Capítulo 6

La mortalidad materna y perinatal: diferencias entre un enfoque de Epidemiología Comunitaria y la vigilancia formal



❖ Cuadro general de referencia

La muerte de una madre es uno de los eventos más trágicos en la vida de una familia y una comunidad. Aparte de ser – como casi cualquier otra muerte – un momento inesperado de ruptura de relaciones, tiene unas implicaciones sociales enormes por ser un sufrimiento que perjudica el futuro de los que quedan: niños huérfanos, familias desestructuradas, muerte temprana. Por todo esto el objetivo de su reducción ha sido considerado como prioritario en la mayor parte de resoluciones y planes globales y nacionales.

Al mirar los números absolutos de las muertes maternas parecería que es un problema marginal. Los casos reportados por las áreas de salud se pueden contar con los dedos de una mano. Si ese número se compara, por ejemplo, con el de las muertes por neumonía, por eventos cardiovasculares o por accidentes de tránsito las muertes maternas corren el riesgo de ser vistas como un “no-problema”. Sin embargo, la frecuencia no es lo que hace de la mortalidad materna un problema importante. Además de las implicaciones sociales mencionadas, la razón por la que requiere tanta atención tiene que ver con un término clave en epidemiología: la evitabilidad.

El concepto y las implicaciones de la evitabilidad fueron discutidos en la Primera Edición del Manual de Epidemiología Comunitaria y han sido retomados en el capítulo que, en este libro, trata sobre la mortalidad general. Pero es posible que la primera utilización históricamente documentada de este concepto amplio de la evitabilidad en epidemiología se haya originado justamente en el análisis de la mortalidad materna. De hecho, el asumir que la muerte materna es un evento evitable, permitió a países como Suecia, hace un poco más de 200 años, llevar adelante la experiencia más exitosa que hasta ahora se haya conocido en reducción de la mortalidad materna, basada en el entrenamiento de parteras comunitarias. Aunque casi no se debería discutir sobre la evitabilidad de las muertes maternas, ya que toda muerte materna debería ser – por definición – evitable, esta noción aún sigue siendo el centro de la discusión en la mayor parte de informes internacionales.

Mucho ha cambiado en la atención sanitaria desde la época en que la evitabilidad de una muerte materna se podía concretar únicamente con la intervención de parteras adecuadamente entrenadas. Actualmente la mayoría de los partos en el mundo son atendidos en un servicio de salud, la mayor parte de las veces con un despliegue exagerado de intervenciones médicas, muchas de las cuales pueden provocar más daño que beneficio. Sin embargo, nadie puede negar que una intervención médica oportuna y racional puede hacer que una muerte materna sea mucho más evitable hoy de lo que fue hace 200 años.

Por todo esto una muerte materna constituye una alerta de que “algo” no ha funcionado bien, es decir que se convierte en un evento centinela. Como debería ocurrir con todas alertas epidemiológicas, el evento centinela “muerte materna” exige ser investigado y la forma más apropiada de hacerlo sería a través de la reconstrucción detallada de todos los hechos que contribuyeron para que esa muerte ocurra. La aproximación más comunitaria para reconstruir estos hechos es la elaboración de Historias de Vida.

❖ Las Historias de Vida: un instrumento para garantizar la evitabilidad.

La historia detrás de cada muerte materna tiene detalles muy sutiles sobre las causas, las concepciones culturales, las situaciones imprevistas, los determinantes sociales, la organización de los servicios de salud. Uno podría decir que para eso existen los certificados de defunción que oficialmente se llenan para el registro civil; sin embargo, todos estos detalles difícilmente se obtienen de las preguntas cerradas que estos formularios tienen.

Para superar esto, los epidemiólogos formales del nivel central han propuesto que las historias que existen detrás de cada muerte sean incorporadas en la vigilancia de la mortalidad materna. El establecimiento de las causas es la mayor preocupación en el nivel central por lo que se pensó que al reconstruir los hechos se podía llegar a una suerte de autopsia verbal, que sustituya a las autopsias físicas. En Epidemiología Comunitaria no se cuentan Historias de Muerte, se cuentan Historias de Vida, las cuales pretenden ser mucho más que una autopsia. Son el producto de un intercambio de información entre varios interlocutores (familiares, comunidades, personal de salud) y su función es la de garantizar el diálogo. Al hacer esto las mujeres que han muerto y que en las comunidades eran personas con un nombre, nos "hablan" y nos "cuentan" dónde y cuándo fue violado su derecho a vivir: nos "sugieren" qué se puede hacer para evitar muertes similares en el futuro.

En enero del 2006 el Ministerio de Salud Pública ecuatoriano publicó las Normas para la Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna. Intentando retomar la experiencia de Borbón, en estas normas se incluyó un formulario de recolección de Historias de Vida. Aunque fue un avance muy importante, estas normas no recogieron el verdadero "espíritu" de la Historia de Vida desde un enfoque de Epidemiología Comunitaria, limitación que se puede intuir en las instrucciones de dicho formulario que especifican que debe ser llenado "especialmente en los casos de muerte no institucional ocurrida fuera de la unidad de salud".

Siguiendo con su intervención de Epidemiología Comunitaria, en Borbón, entre los años 2000 y 2005, promotores/as y auxiliares recogieron 16 Historias de Vida de las muertes maternas ocurridas. La información contenida en las mismas fue recopilada en aproximaciones sucesivas, buscando información de la familia, del promotor de salud, de otros miembros de la comunidad, pero también de los profesionales que conocían los casos y de las historias clínicas institucionales. La mayoría de estas historias fueron discutidas en profundidad durante las reuniones de monitoreo mensual de actividades y en las asambleas comunitarias. Esta discusión sirvió, a la vez, para completar o ajustar la información faltante, pero sobre todo fue útil para analizar la evitabilidad del evento y se transformó en un instrumento de diálogo y aprendizaje mutuo para las comunidades, los promotores y los profesionales de salud.

En cambio, a nivel nacional, entre enero de 2006 y diciembre de 2007, se recogieron cerca de 60 Historias de Vida de un total de 168 muertes notificadas. Todas estas historias correspondían a muertes que ocurrieron fuera de una institución de salud, es decir que la palabra "especialmente" escrita en el encabezado del formulario fue comprendida como "exclusivamente". Por otro lado la recopilación y discusión de la información fue realizada dentro de los comités de mortalidad materna organizados a nivel de cada área de salud, dentro de los cuales no está previsto el diálogo con la comunidad. Estas Historias de Vida fueron enviadas, luego, a las oficinas centrales del Ministerio de Salud y actualmente se discute aún el uso que se le dará a esta información.

En los párrafos siguientes se describe con detalle estas dos experiencias, de manera que los lectores puedan, con estos ejemplos, apreciar la diferencia entre un enfoque comunitario y un enfoque institucional.

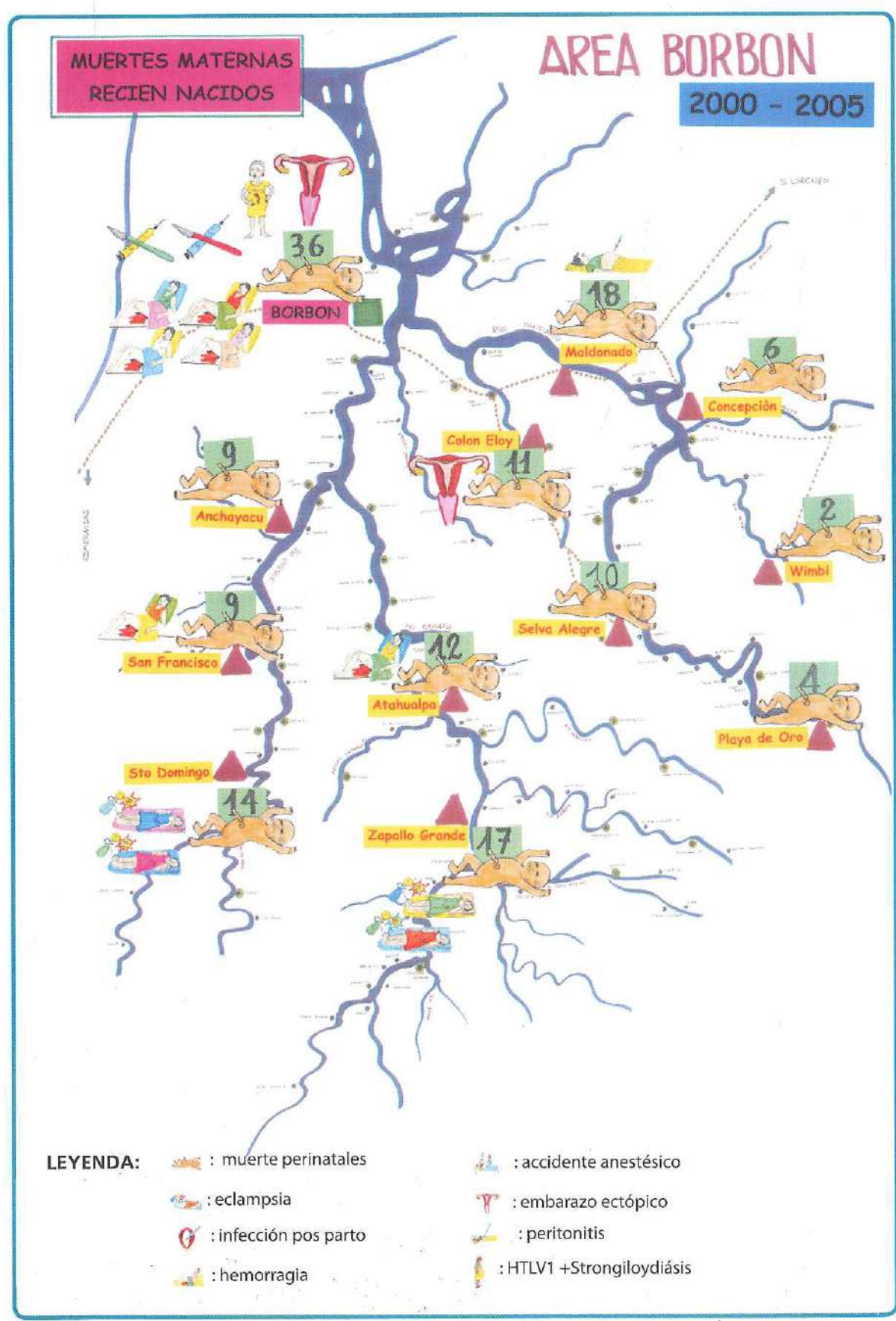
❖ **Las muertes maternas en el área Borbón: la tradición oral va en busca de información.**

La situación sanitaria de algunas comunidades del área de salud Borbón podría ser parecida a lo que sucedía hace 200 años en los países considerados desarrollados: escasa presencia de personal de salud entrenado, estructuras sanitarias poco equipadas, poco acceso geográfico, entre otras. Paradójicamente, este escenario se encuentra dentro de uno de los países que reporta una de las tasas más elevadas de intervenciones médicas durante el embarazo y el parto (cesáreas, episiotomías) en los grandes centros urbanos.

En 1996, cuando se inició una observación más detenida de la situación de salud perinatal se comprobó que, en Borbón, solamente el 20% de los partos se atendían en el hospital; el 80% restante eran atendidos por parteras, auxiliares de enfermería o familiares. A partir de ese momento se fue activando de manera progresiva un monitoreo sistemático de la mortalidad materna. En sólo dos años (1998 y 1999) se reportaron 12 muertes maternas. Más tarde, durante el período comprendido entre el 2000 y el 2005, cuando ya se había consolidado un monitoreo más sistemático, el número total de muertes maternas fue 16, con un promedio que fluctuaba entre dos y tres por año. El número más bajo se registró en el 2001 en el que sólo ocurrió una muerte, mientras que en el 2003 se reportaron cinco muertes.

El mapa de los casos de muerte permitió conocer que las microáreas más afectadas eran Borbón, Zapallo Grande y Santo Domingo (Figura 1).

Figura 1: Mapa mortalidad materna y recién nacido



Fuente: monitoreo de mortalidad

Llamaba la atención que la mitad de estas muertes habían ocurrido en la microárea de Borbón, en especial las tres muertes que se produjeron en el mismo pueblo de Borbón, ya que allí se encuentra la Jefatura de área donde existe un hospital. También sorprendía el hecho de que dos de estas muertes habían ocurrido en la comunidad de La Pampa, que se encuentra a 20 minutos en canoa desde Borbón, con una población de sólo 142 habitantes.

Por otro lado se pudo verificar que una parte importante de estas muertes (6/16) fueron a causa de problemas hemorrágicos, seguidos de complicaciones de eclampsia. Una descripción más detallada de las causas por grupos de edad se puede ver en la Figura 2.

Figura 2: Número de muertes maternas por causa y grupo de edad



Fuente: monitoreo de mortalidad

El recuento de estas muertes fue completo, es decir no hubo subregistro. Gracias al monitoreo sistemático de las "reuniones del 22" fue posible, cada mes, conocer el número exacto de muertes en cada microárea. Aparte de ser completa en número, la información también lo fue en contenidos. Permitió conocer en detalle todo lo que se encontraba detrás de cada muerte en cuanto a sus causas biológicas como también en las circunstancias que intervinieron para que el evento ocurra. De esta forma se pudo también analizar el grado de evitabilidad de cada muerte y proponer acciones para evitar casos similares en el futuro.

Para poder hacerlo las Historias de Vida fueron la herramienta clave. Es conocido que los pueblos negros en el norte de Esmeraldas tienen una rica tradición oral. La Epidemiología Comunitaria entró en su lenguaje a través de las Historias de Vida. La idea era la de documentar todo evento grave o muerte evitable con una recopilación exhaustiva de la historia que se encontraba por detrás, averiguando, con todos los interlocutores posibles, lo que ocurrió antes, durante y después de que se produzca el evento. De esa manera se podía conocer más en detalle lo que sucedía en la comunidad, en la familia y en los servicios de salud, produciendo información útil para discutir, con las comunidades, la evitabilidad. Lo más importante de este proceso no fue el formulario de registro, si no la adquisición de un lenguaje que, a través de una serie de preguntas orientó la discusión y el análisis de las muertes maternas evitables.

Gracias al análisis de las Historias de Vida se pudo conocer que de las 16 muertes:

- en dos casos la responsable fue la "lejanía";
- en dos casos hubo desconocimiento de la gravedad por parte de la familia;
- en siete se pudo documentar un manejo médico incorrecto dentro de los servicios de salud;
- en cinco casos hubo una falla en el sistema de salud por falta de medicamentos y capacidad resolutive.

En otras palabras, aparte de las causas biológicas, en 12 de las 16 muertes hubo problemas en el sistema sanitario que contribuyeron para que la muerte no haya podido ser evitada. Esto puso de manifiesto una discontinuidad entre el primer nivel de atención y el hospitalario (tanto cantonal como provincial) lo que significa una violación del derecho a la vida de las mujeres embarazadas que viven en esta zona marginada.

De esta forma, se evidenció que las Historias de Vida, en lugar de ser información substitutiva y de calidad inferior, son una ocasión para la toma de conciencia de derechos violados y al mismo tiempo una garantía de calidad en el manejo de la información.

❖ La atención a la mortalidad materna en el país

En el Ecuador, según los informes estadísticos nacionales, las razones de mortalidad materna entre 1993 y 2000 estuvieron en el rango de 125 a 55 por 100000 nacidos vivos. En los informes de organismos internacionales como el que publicó OMS, UNICEF y UNFPA se hicieron correcciones para un posible subregistro, estimando que la razón de mortalidad materna para 1997 era de 130 por 100000 nacidos vivos con una variación en un rango de 53 a 200. En el último informe de OMS/OPS sobre la Situación de Salud en Las Américas la razón de mortalidad materna fue de 90.2 por 100000 nacidos vivos. Adicionalmente se documentó que el riesgo de ocurrencia de una muerte materna durante la vida fértil de una mujer era de 1 en 210. A nivel mundial este riesgo es de uno en 74, en los países desarrollados es de uno en 2800 y en América Latina de uno en 160.

Después de la Cumbre Mundial de Jefes de Estado del 2000, en la cual se definieron los Objetivos del Milenio, se propuso reducir en $\frac{3}{4}$ partes la razón de mortalidad materna entre el año 1990 y 2015. Si se considera que en Ecuador la razón de mortalidad materna en 1990 era de 159 por 100000 nacidos vivos, en el 2015 se tendría que llegar a una cifra de 39 por 100000 nacidos vivos. Sin embargo, y más allá del alcance de los objetivos que pueden crear una falsa ilusión de éxito tanto por la variabilidad de los datos oficiales como por la desaparición de los detalles, parece claro que la mayoría de muertes maternas están relacionadas con la prestación de los servicios.

De acuerdo con la información recogida por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, en el año 2007 se notificaron 168 muertes maternas en todo el país (Tabla 1).

Tabla 1: Número de muertes maternas notificadas en el 2007 en Ecuador, según provincia de residencia

Provincia de residencia	Número de muertes maternas notificadas	Población estimada de embarazadas
AZUAY	5	18508
BOLIVAR	2	4781
CANAR	4	6224
CARCHI	6	4100
CHIMBORAZO	4	11013
COTOPAXI	9	11775
EL ORO	2	14794
ESMERALDAS	9	11713
GUAYAS	32	90660
IMBABURA	11	10393
LOJA	7	11898
LOS RIOS	17	20595
MANABI	25	38540
MORONA	4	5240
NAPO	3	3634
ORELLANA	1	4344
PASTAZA	1	2640
PICHINCHA	11	64928
SUCUMBIOS	2	4878
TUNGURAHUA	8	12014
ZAMORA	5	3008
Total	168	358858

La mediana de muertes maternas entre el 2002 y el 2005 fue de 125 con un intervalo intercuartil que fue de 88 hasta 155. El número más bajo se notificó en 2002 (49 casos), mientras que el número más alto fue en 2004 (173 casos). Por otro lado también se ha documentado que existen variaciones entre diferentes fuentes de información. Estas variaciones no necesariamente son el reflejo de un cambio en la tendencia real, simplemente confirman la sospecha de que existe una gran variabilidad e inconsistencia en los datos, debido a la sub notificación y al sistema de registro.

A pesar de esto, de la información recogida en 2007 se puede concluir que cerca de 80% de las muertes maternas ocurrieron en un servicio de salud, ya sea público o privado. La causa básica más frecuente estuvo relacionada con hemorragia, eclampsia o sepsis en casi el 71% de los casos. Las muertes por causas indirectas acumularon el 21% de los casos y no hubo datos en cerca del 4%, lo que pone en duda la exactitud de la información recogida (Tablas 2 y 3).

Tabla 2: Número de muertes maternas notificadas en el 2007 en Ecuador según lugar de ocurrencia de la muerte

Lugar de ocurrencia	Número	Porcentaje
En el trayecto a un servicio	13	7,8%
En la casa	18	10,8%
En una clínica del IESS	4	2,4%
En una clínica privada	11	6,6%
En un hospital de la Junta de Beneficencia de Guayaquil	27	16,0%
En un hospital básico del MSP	12	7,2%
En un hospital general del MSP	76	45,8%
En un hospital especializado del MSP	5	3,0%
No se conoce	2	1,2%
Total	168	100,0%

Tabla 3: Número de muertes maternas en 2007 en Ecuador, según causa básica

Causa básica de la muerte	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia	62	36.9%
Preclampsia/eclampsia	42	25.0%
Sepsis	16	9.5%
Aborto	1	0.6%
Labor obstruida	1	0.6%
Otra causa directa	4	2.4%
Otra causa indirecta	36	21.4%
No dato	6	3.6%
Total	168	100,0%

Finalmente los epidemiólogos provinciales notificaron que 144/168 (86%) de las muertes maternas eran evitables, pero en 17/168 (10%) no supieron dar información sobre evitabilidad.

Estos problemas de sub registro e inexactitud de datos quisieron ser corregidos con el formulario de Historias de Vida introducido en el Manual para la Vigilancia de la Mortalidad Materna; sin embargo, las pocas Historias de Vida que llegaron al nivel central, todas referidas únicamente a casos que ocurrieron fuera de una institución de salud, quedaron sin ser analizadas, creando un sentimiento de frustración y de cuestionamiento sobre la utilidad de las mismas.

❖ Diferencias de estilo

A partir de todo lo anterior queda bastante claro que el problema se plantea por una diferencia de estilo, tanto en la forma como se implementa una estrategia, como en la utilización posterior de los datos. Para poder apreciar esta diferencia vamos a mostrar dos ejemplos de Historias de Vida, la una recogida y discutida durante las reuniones de monitoreo en el área Borbón, la otra recogida por el sistema formal y que llegó al nivel central del Ministerio de Salud.

♦ Historia de Vida recogida en Borbón

Miriam ya había tenido muchos hijos y este era su octavo embarazo. Durante el embarazo siempre estuvo de bajo peso y con dolores en el bajo vientre acompañados de pérdidas sanguinolentas; por eso estuvo hospitalizada varias veces en Borbón.

Uno de los episodios de sangrado más graves fue cuando estaba de 6 meses de embarazo y tuvo fiebre que venía con botadera de agua ensangrentada. Después de haber estado hospitalizada durante varios días y haber sido dada de alta, empezó con síntomas de varicela. El niño no se movía y sus latidos estaban muy acelerados. Enseguida se llamó al hospital y mandaron una camioneta a verla. Se quedó hospitalizada por 8 días y regresó a la comunidad ya más recuperada.

La señora además tuvo una sospecha no confirmada de tuberculosis 4 años atrás por lo que recibió tratamiento por 6 meses; a pesar de eso seguía con tos y flema.

Conociendo estos problemas, la auxiliar le sugirió que diera a luz en el hospital. Miriam estaba en su comunidad con unos dolorcitos y fue donde la doctora del subcentro que no la examinó y la mandó a la casa diciéndole que debía ser el inicio del parto.

El día 9 de abril a las 6 a.m. empezó con una botadera de agua. Ella decía que era el agua fuente que se había reventado. Entonces el marido fue a llamar a la auxiliar que la examinó y constató que las membranas estaban íntegras, pero tenía 5 cm de dilatación. Tenía de repente algún dolorcito, pero no empezaba una verdadera labor

de parto. Ella quería dar a luz con la auxiliar y la partera pero la auxiliar le dijo que ella misma se encargaba de acompañarla hasta Borbón.

A las 8 a.m. del mismo día llegaron al hospital. Uno de los médicos la recibió junto con una obstetriz que estaba saliendo del turno. Luego llegó la otra obstetriz reemplazante. La auxiliar pidió a los profesionales que examinaran a la señora porque se trataba de una embarazada de riesgo y que era mejor enviarla a Esmeraldas. Le contestaron con grosería, increpándole por meterse en las decisiones de los médicos. El doctor no preguntó nada sobre la historia de la señora ni tampoco preguntó porque la auxiliar consideraba que se trataba de una paciente de riesgo.

La examinó y dijo que tenía 6 cm. de dilatación y se la entregó a dos internos sin mayor experiencia. Cuando el marido pidió al médico que le dieran el pase a Esmeraldas, ellos dijeron que no era necesario y que a las 10 a.m. ya habría dado a luz sin problemas.

Le pusieron entonces un suero con oxitocina y empezaron los dolores fuertes. A las 10 dio a luz y a las 10.30 ya estaba en la sala.

A las 10.45 la señora llamó al marido y le dijo que estaba con mareo. Cuando el marido se acercó vio la sangre que chorreaba de la cama. Entonces llamó al interno que había atendido el parto para que se apurara a atenderla y este, a su vez, llamó al médico residente y a la obstetriz.

Empezaron a hacerle una limpieza en la misma cama pero como el sangrado aumentaba la llevaron nuevamente a la sala de parto y mientras los médicos hacían la limpieza la señora se desmayó. Entonces le pusieron expansores de plasma (haemaccel y lactato) y dijeron que se había quedado un pedacito de placenta en el útero.

Nadie informaba al marido sobre lo que pasaba con su esposa. El personal estaba agitado, hasta llamaron a la auxiliar para recién preguntarle datos sobre lo que tenía la paciente. Al final, a la 1 p.m. tres horas después del parto y con 6 g de hemoglobina, embarcaron a la señora acompañada del médico de turno, sin explicar nada al marido que estaba pendiente y muy preocupado.

Llegaron a la clínica del IESS y allí se perdió tiempo con los trámites de ingreso. Pidieron una pinta de sangre pero no le explicaron al marido que la señora estaba muy grave. Cuando el marido llega a la Cruz Roja con el pedido de la sangre, se dan cuenta que no habían escrito en el pedido el tipo de sangre y tuvo que regresar a la clínica. De nuevo se fue a la Cruz Roja y cuando regresó (una hora después) con la sangre, la señora había muerto.

De noche la regresaron a la comunidad y la auxiliar fue a ayudar a la familia a prepararla y se dio cuenta que el útero estaba afuera.

♦ Comentarios

Esta es una transcripción de la discusión realizada en la reunión de monitoreo con los promotores y auxiliares.

► **Escuchando esta historia, ¿cuáles son los aspectos positivos que encontramos?**

- La auxiliar le había hecho un buen seguimiento porque conocía su historia y la acompañó al hospital.
- La auxiliar supo muy bien hasta donde ella podía llegar y sabiendo que era una multípara (7 niños) y que había tenido varios problemas durante el embarazo, le aconsejó dar a luz en el hospital. La auxiliar sabía que era una paciente de Alto Riesgo.
- Hubo buen diálogo entre la auxiliar y los familiares.
- Hubo buena colaboración del marido que estuvo listo para lo que se necesitaba.

► **¿Cuáles son los aspectos negativos?**

- Hubo una mala valoración y atención del personal médico del hospital que ni siquiera tomó en cuenta la historia del embarazo de esta señora.
- Parece que tampoco revisaron bien la placenta de lo contrario se hubieran dado cuenta que habían quedado restos adentro.
- Parece que en el Seguro Social son más importantes los papeles que la vida de las personas.
- Hubo descuido del personal médico que recetó pintas de sangre sin poner el grupo, lo que hizo perder más tiempo aún.

► **¿Cuáles fueron las palabras clave de la Epidemiología Comunitaria que no se tomaron en cuenta en esta historia por parte del personal del hospital?**

- **Abandono/Seguimiento:** pese a que la señora había estado hospitalizada en el mes de febrero en el hospital por tener varicela, a nadie se les ocurrió ir a ver su historial ni se preocuparon de escuchar la historia que le contaba la auxiliar. Hasta la despreciaron porque ella le había dicho que era una embarazada de alto riesgo y el médico le preguntó "y usted cómo lo sabe?". La señora fue como abandonada porque no se tomaron en cuenta pedazos de su historia.
- **Diálogo:** no hubo comunicación ni con el marido ni con la auxiliar. Al marido no le explicaron la situación de gravedad de la señora y no hicieron caso a lo que decía

la auxiliar. Cuando llegaron a Esmeraldas en el hospital del Seguro tampoco le explicaron al marido la urgencia de ponerle sangre y más bien lo mandaron a conseguir los papeles que faltaban para poderla atender. Si le decían enseguida que la señora estaba grave, la llevaba directamente al hospital civil e iba a conseguir la sangre y no se demoraba.

- **Medir:** en el sentido que en Borbón no supieron evaluar bien su estado de gravedad.
- **Equidad:** ella era una paciente de Alto Riesgo y no le dieron toda la atención que necesitaba.

♦ Historia de Vida de otra comunidad

Se trata de una historia ocurrida en la comunidad Los Ceibos en la vía a San Isidro del cantón San Vicente, en la provincia de Manabí. Esta muerte ocurrió en marzo del 2007. La describimos siguiendo el esquema del formulario de registro que se encuentra en el Manual de Vigilancia de la Mortalidad Materna.

Lugar de defunción: en el trayecto

¿Quien le atendió?: varios médicos privados

¿Que tenía la paciente? (signos y síntomas): desconoce

¿Que problemas tuvo en el embarazo?: el familiar desconoce

Otras causas médicas y no médicas asociadas: probable embarazo ectópico

Detalle de la historia (en forma cronológica): Hace 15 días un médico particular informó a la occisa necesidad de cirugía. El domingo 18 de marzo la paciente concurre a práctica particular en condiciones críticas y con shock hipovolémico (probablemente).

Aspectos más importantes del contexto del evento: La paciente no dio importancia a la recomendación del primer médico. Retardo en el traslado a San Vicente.

Análisis de la Historia de Vida: Ausencia de control del embarazo en unidades de salud. Demora en el traslado al hospital.

¿Era evitable o prevenible, según los entrevistados?: sí porque podía acudir más pronto a la unidad médica.

¿Qué hizo la comunidad para que no muera?: apoyo en el traslado de San Vicente a Bahía

¿Quiénes lo hicieron?: Médico privado, enfermera, comunidad.

¿Qué resultados se obtuvieron?: Traslado en 1 hora, se donó sangre.

¿Qué se debería hacer para evitar casos similares?: concurrir oportunamente a los controles del embarazo en las unidades del área. Cumplir con la construcción y equipamiento de la maternidad.

Compromisos programados y actividades para evitar eventos similares en la comunidad: organizar la atención durante las 24 horas. Sociedad civil y autoridades unidos para solicitar terminación del nuevo centro de salud.

Análisis de factores de riesgo / campos de la salud:

Riesgo biológico: 34 años, mestiza.

Riesgos ligados a estilos de vida: se desconoce.

Riesgos ligados a servicios de salud: No se conoce.

Riesgos ligados al medio ambiente: No los manifiesta.

❖ Discusión y conclusiones

Al leer estas dos Historias de Vida se hace evidente la brecha que existe entre un estilo de Epidemiología Comunitaria y un instrumento que se impone – con las mejores intenciones – desde el nivel central. Como se ha repetido varias veces, las Historias de Vida son mucho más que una autopsia y su ámbito de uso son las comunidades. Lo importante no es el formulario ni el manual del usuario para su aplicación. Lo esencial es la forma como estas Historias entran en la discusión de los eventos y los interlocutores de la misma.

Los formularios de registro, llámense Historias de Vida, fichas familiares, partes diarios de actividades, cuando no son enfocados desde la óptica de la Epidemiología Comunitaria, corren el riesgo de convertirse en actos burocráticos que no garantizan el seguimiento de las personas, poblaciones y problemas. Ya hay experiencias fracasadas en la atención materna: las fichas de seguimiento de las parteras que se implementaron hace varios años únicamente sirvieron como un ticket que se entregaba a cambio de un poco de gasas y alcohol.

Desde el punto de vista de un programa central se busca tener un método generalizable, reproducible, que pueda ser analizado con criterios estandarizados. A las Historias de Vida no se les puede exigir eso porque son instrumentos de diálogo abierto. La generalización es un producto que sale de la coherencia con la que un equipo experimentado de Epidemiólogos/as comunitarios/as sintetice esta información.

Las Historias de Vida son vistas con sospecha desde los servicios asistenciales. Pueden sacar a la luz información sobre malas prácticas y violación de derechos. Esto se hace más cierto cuando se observa que en la realidad de Borbón una parte importante de las muertes maternas están ligadas a problemas de mal manejo médico o de organización del sistema de salud. En las áreas rurales más marginales, los hospitales básicos donde ocurren una buena parte de muertes deben tomar conciencia de que los embarazos que llegan de lejos son de más alto riesgo que los que se presentan en las maternidades de los centros urbanos: cuando una partera experimentada refiere a una embarazada al hospital es porque su capacidad de atención llegó al límite, por lo tanto se trata de un parto de más alto riesgo de lo que se pensaría.

Por otro lado las Historias de Vida no sólo deben reflejar situaciones negativas. Los ejemplos que hemos puesto pueden dar un sentimiento de frustración porque tienen que ver con fracasos en la atención, pero no se ha considerado que también puede haber Historias de Vida que cuenten éxitos. De hecho, si se quiere discutir la evitabilidad de los eventos, el asunto debe ser enfocado desde dos puntos de vista: el de las muertes no evitadas, es decir los fracasos; y el de las muertes evitadas, es decir los éxitos. Esta es una manera más para garantizar que la Historia de Vida tenga un verdadero rol en el diálogo.

El análisis de las causas de la mortalidad materna, por lo que resulta de los datos de Borbón, debería hacernos pensar que es necesario diferenciar entre las "causas maternas" y las causas de "atención al parto". Cada una da una información diferente y complementaria.

Aunque puede ser necio insistir en lo que muchos informes ya dicen, la mortalidad materna a nivel local no puede ser analizada con un enfoque de tasas: necesita otro tipo de mirada, más orientada a los procesos y a las causas. Incluso a nivel de una provincia o de un país las tasas, cuando no son controladas desde la periferia que genera datos fiables, pueden ser muy variables y engañar en la valoración del éxito o el fracaso de una intervención.

♦ La morbi mortalidad perinatal

Junto con las muertes maternas suele haber otro problema que muchas veces queda olvidado: el de los daños que sufre el recién nacido a consecuencia de problemas durante el embarazo y parto. No solamente es un problema de muertes perinatales que, aunque

son eventos tristes, podrían considerarse eventos de menor importancia porque no tienen las consecuencias sociales de una muerte materna. Son sobre todo las discapacidades que pueden tener los niños que sobreviven y que van a tener consecuencias importantes en su propio futuro, el de la familia y el de la comunidad.

Gracias al monitoreo de eventos se ha logrado conocer el número de muertes perinatales y sus causas (ver detalle en el capítulo "La salud materno-perinatal"). Durante los seis años de monitoreo ocurrieron 148 muertes perinatales. Mientras que para el caso de las muertes maternas se pudo recoger la totalidad de Historias de Vida, en el caso de las muertes perinatales sólo se recogieron 59: tal vez se deba al menor impacto que tiene en una comunidad una muerte perinatal y porque en las muertes perinatales no existe siempre tanta información como ocurre en las muertes maternas.

De las 59 Historias de Vida recogidas y examinadas, la responsabilidad de las muertes de los recién nacidos se puede repartir de la siguiente manera:

En 37 casos se debe a inadecuada valoración de la situación e inadecuada atención del parto por parte de profesionales (18 casos), parteras (7 casos), familiares (9 casos) o porque la señora dio a luz sola (3 casos).

En 13 casos no se logra definir responsabilidad.

En 4 casos la muerte se debe a malformaciones de los niños.

En 3 casos a violencia doméstica.

En 4 casos a causas diversas como lejanía, falta de transporte, caída accidental y problema cultural/religioso.

Es evidente que el problema principal sigue siendo la atención inadecuada del parto.

No se conoce cuantos de los niños que sobreviven quedan con secuelas importantes y en qué medida esto influye en su desarrollo posterior. Una mirada más atenta a ese problema podría ser un paso obligado en el futuro, al mismo tiempo que un desafío.

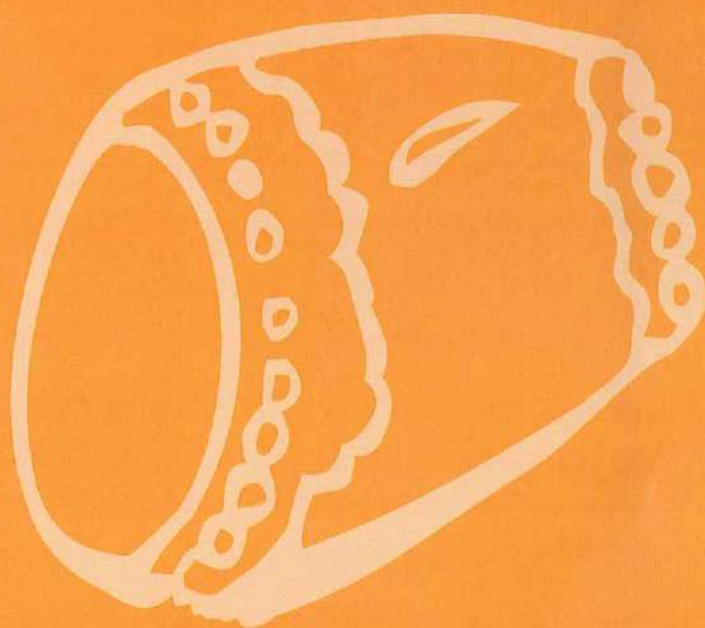
❖ Referencias bibliográficas

- » De Brouwere V, Van Lerberghe W. Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence. 1st ed. Antwerp: ITGPress; 2001.
- » AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO. 1 ed. Geneva: UNICEF; 2005.
- » MSP. Manual para la Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna. Quito: MSP; 2006.
- » MSP. Situación de la salud en el Ecuador. 1 ed. Quito: MSP; 2006.
- » Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velasco A. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006;367(9525):1819-29.
- » Hermida C. Mortalidad materna. In: OPS, editor. La equidad en la mira: la salud pública en el Ecuador durante las últimas décadas. 1 ed. Quito: 2007.
- » Moreira J, Guerrero G, Pozo N. Situación de la mortalidad materna en el Ecuador Año 2007. Bol Epidemiol (Ecu) 2008;6(51):19-33.
- » Pozo N, Guerrero G, Moreira J. Investigación y control estadístico de la calidad de la información de la mortalidad materna, Ecuador Año 2007. Bol Epid (Ecu) 2008;6(51).
- » ONU. Objetivos de desarrollo del milenio. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/> 2009 [citado 2009 Oct 29]; Available from: URL: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
- » OPS. Situación de salud en Las Américas: Indicadores Básicos 2009. Washington DC: OPS; 2009.
- » Unsafe abortions: eight maternal deaths every hour. Lancet. 2009 Oct 17;374(9698):1301.
- » Azad K, Barnett S, Banerjee B, Shaha S, Khan K, Rego AR, Barua S, Flatman D, Pagel C, Prost A, Ellis M, Costello A. Effect of scaling up women's groups on birth outcomes in three rural districts in Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2010 Apr 3;375(9721):1193-202.

- » Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, Berman P, Boerma T, Bryce J, Bustreo F, Cavagnero E, Cometto G, Daelmans B, de Francisco A, Fogstad H, Gupta N, Laski L, Lawn J, Maliqi B, Mason E, Pitt C, Requejo J, Starrs A, Victora CG, Wardlaw T. Countdown to 2015 decade report (2000-10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *Lancet*. 2010 Jun 5;375(9730):2032-44.
- » Black RE, Cousens S, Johnson HL, Lawn JE, Rudan I, Bassani DG, Jha P, Campbell H, Walker CF, Cibulskis R, Eisele T, Liu L, Mathers C; Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet*. 2010 Jun 5;375(9730):1969-87.
- » Carlo WA, Goudar SS, Jehan I, Chomba E, Tshefu A, Garces A, Parida S, Althabe F, McClure EM, Derman RJ, Goldenberg RL, Bose C, Krebs NF, Panigrahi P, Buekens P, Chakraborty H, Hartwell TD, Wright LL; First Breath Study Group. Newborn-care training and perinatal mortality in developing countries. *N Engl J Med*. 2010 Feb 18;362(7):614-23.
- » Darmstadt GL, El Arifeen S, Choi Y, Bari S, Rahman SM, Mannan I, Winch PJ, Ahmed AS, Seraji HR, Begum N, Black RE, Santosham M, Baqui AH; Bangladesh Projahnmo-2 (Mirzapur) Study Group. Household surveillance of severe neonatal illness by community health workers in Mirzapur, Bangladesh: coverage and compliance with referral. *Health Policy Plan*. 2010 Mar;25(2):112-24.
- » Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, Lopez AD, Lozano R, Murray CJ. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*. 2010 May 8;375(9726):1609-23.
- » Kinney MV, Kerber KJ, Black RE, Cohen B, Nkrumah F, Coovadia H, Nampala PM, Lawn JE; Science in Action: Saving the lives of Africa's Mothers, Newborns, and Children working group, Axelson H, Bergh AM, Chopra M, Diab R, Friberg I, Odubanjo O, Walker N, Weissman E. Sub-Saharan Africa's mothers, newborns, and children: where and why do they die? *PLoS Med*. 2010 Jun 21;7(6):e1000294.
- » Potts M, Prata N, Sahin-Hodoglugil NN. Maternal mortality: one death every 7 min. *Lancet*. 2010 May 22;375(9728):1762-3.

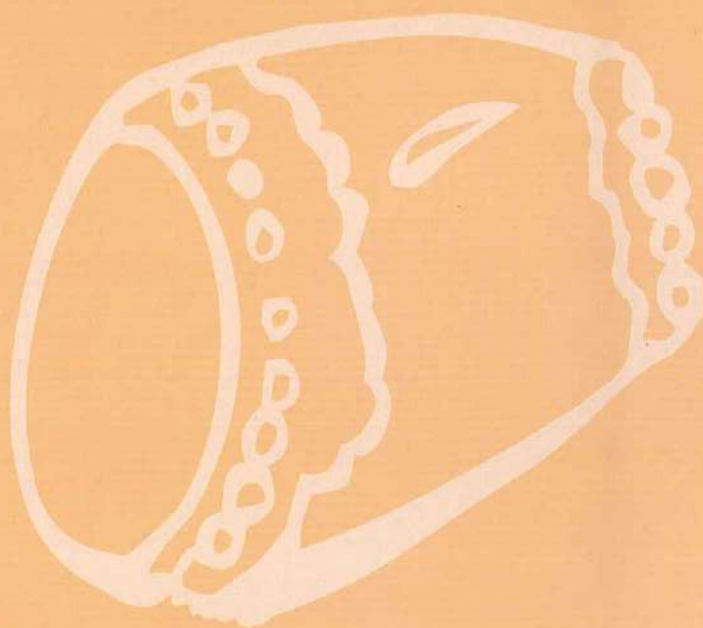
Sección 3

La orientación a problemas poblaciones (modelos)



Capítulo 7

**Control Comunitario de Tuberculosis:
¿una integración confiable y barata
del DOTS o una alternativa?**



❖ Cuadro general de referencia

La tuberculosis pulmonar, aunque es una enfermedad prevenible y curable, sigue constituyendo una importante amenaza para la salud pública mundial y de las Américas. Pese a que desde varias décadas se conocen medicamentos y tratamientos eficaces, así como medidas y procedimientos para su control, actualmente se presenta un recrudecimiento de la enfermedad en todo el mundo a causa del empobrecimiento y el aumento de casos VIH/SIDA.

El impacto social de la tuberculosis es particularmente grave porque afecta al grupo de edad económicamente productivo (15-50 años), agravando las condiciones de las poblaciones más desfavorecidas como las rurales que no tienen fácil acceso a los servicios de salud.

Es preciso subrayar que, aún ahora, los datos disponibles sobre la morbi-mortalidad de la tuberculosis no son – desde el punto de vista epidemiológico – completamente fiables. Esto sucede incluso con los datos relacionados al impacto de las complicaciones o consecuencias del VIH/SIDA: es particularmente sorpresivo si se considera que en los últimos años se ha dado mucho énfasis a la importancia de adoptar reglas y herramientas uniformes para todos los países, financiadas por los programas del Fondo Global.

Dentro de este cuadro general complejo se coloca la estrategia DOTS, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Global a través del programa global de control de la Tuberculosis. Esta estrategia promueve, entre otras cosas, la curación de los enfermos de tuberculosis con la administración observada del tratamiento por parte del personal de salud. Esta observación debe realizarse durante un tiempo mínimo (seis a ocho meses) para permitir mejorar la condición clínica del enfermo y la curación bacteriológica.

Mientras se realizan ensayos clínicos formales sobre la eficacia de esta estrategia para garantizar una adherencia más satisfactoria a los tratamientos, llama la atención que las informaciones sobre su transferibilidad a la mayoría de las poblaciones – en términos de impacto epidemiológico y de eficiencia – son mucho más escasas.

Por otro lado, se han producido datos piloto (algunos de los cuales provienen del grupo que propone este Manual) que sugieren que un monitoreo comunitario de los casos detectados, puede ser tan eficaz como el DOTS formal. Esto además se podría realizar con costos menores y con un impacto más favorable en términos de concientización y autonomía a largo plazo para las poblaciones interesadas.

♦ La situación en Ecuador

Datos de la OMS ponen al Ecuador entre los países más afectados de América Latina con una tasa de incidencia de 60 x cien mil habitantes. Si se calculan las tasas de incidencia para la provincia de Esmeraldas y para el área de salud Borbón las cifras que se obtienen son mucho más altas. Por ejemplo, en el año 2001 en la provincia de Esmeraldas la tasa de incidencia fue de 119 por cien mil habitantes, en el área de salud Borbón fue de 75 por cien mil habitantes, y en una de las micro áreas como la de Zapallo Grande, la incidencia fue de 450 por cien mil habitantes. En el país en este mismo año fue de 49,3 por cien mil habitantes, según los datos Oficiales del Programa Nacional –MSP (Figura 1).

Figura 1: Tendencia de la incidencia de tuberculosis total y tuberculosis pulmonar BK+ Ecuador, 1995-2007



Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología MSP.

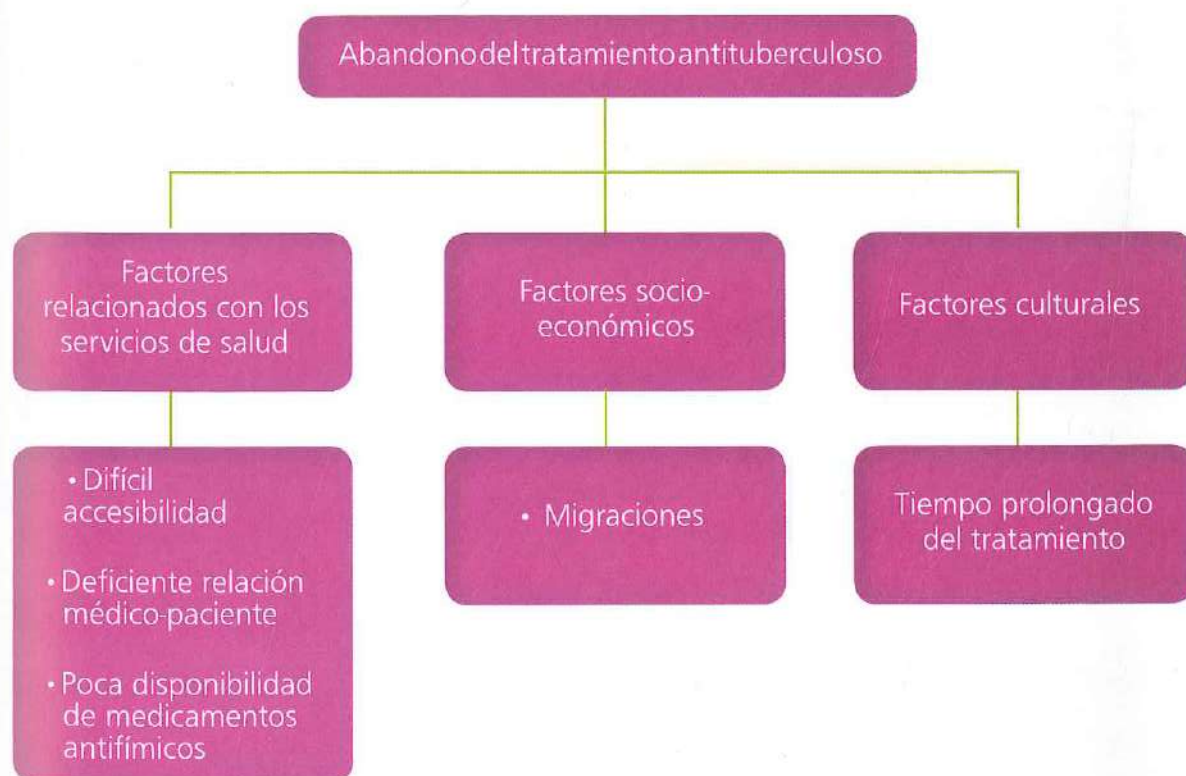
Programa Nacional de Control de Tuberculosis. Ecuador.

♦ La situación en el área Borbón

Un problema particular con la tuberculosis pulmonar en el área Borbón es que se encuentra concentrada sobre todo en la población Chachi, siendo la tasa estimada de prevalencia en el grupo muy alta. Por ejemplo, en el año 2000 la tasa de prevalencia fue de 800 por cien mil habitantes y la tasa de abandono del tratamiento, antes de la curación, fue de 60% en 1999, lo que es muy elevado. Esto tiene como efecto el aumento importante de la discapacidad secundaria a la enfermedad; por ejemplo, cerca de la mitad de los pacientes con secuelas de tuberculosis pero curados bacteriológicamente siguen presentando disnea, tos, hemoptisis y peso bajo de forma permanente. Al mismo tiempo se ha documentado una letalidad atribuible a la tuberculosis muy importante: en el año 2000 alrededor de 8% de los pacientes con tuberculosis del área (2/24) murieron a consecuencia de la misma.

El esquema de la Figura 2 destaca cómo los factores de riesgo de abandono (y por eso de morbi-mortalidad), contribuyen a hacer de la situación a la cual se refiere este informe un verdadero modelo, en donde se puede indagar la replicabilidad y los beneficios de un acercamiento de Epidemiología Comunitaria.

Figura 2: Causas de abandono del tratamiento



♦ **Objetivos de la intervención:**

1. documentar la verdadera incidencia de tuberculosis en un grupo étnico rural de la costa norte de la provincia de Esmeraldas.
2. implementar una estrategia que permita reducir el abandono del tratamiento antifímico.
3. evaluar los resultados de dicha intervención.

❖ **Métodos**

♦ **Recopilación de la Información**

La recolección de la información, como en toda intervención de Epidemiología Comunitaria, no fue hecha como una investigación puntual, al contrario, estuvo ligada a todas las demás actividades de atención preventiva y curativa que se realizan en el área. Por esa razón la información se obtuvo de los datos estadísticos normales que cualquier área de salud debe recoger. En este caso los datos que permitieron determinar la magnitud y gravedad del problema fueron el censo de pacientes que iniciaron y terminaron el tratamiento en la población de indígenas Chachis, así como el registro de la búsqueda activa de pacientes sintomáticos respiratorios.

♦ **Diseño de la intervención**

La intervención fue diseñada de tal manera que permitiera capacitar y motivar al personal de base, realizar la etapa de diagnóstico en las comunidades, entrevistar con fines motivacionales al paciente (diagnóstico de su posibilidad de aceptar el tratamiento, determinar las dificultades y analizar los beneficios de éste) e implementar la estrategia DOTS con apoyo de promotores de salud, familia y/o miembros de la comunidad.

♦ **¿Cómo se llevó a cabo?**

La intervención se inició en junio del 2000 y se mantuvo sin interrupción hasta junio del 2005 que es el período al cual se refieren los datos consolidados en este informe. La actividad se ha mantenido después del 2005 pero, por una situación conflictual con la administración del área (ver capítulo "la salud materno-perinatal"), se interrumpió el monitoreo de las actividades y se retomó en el 2007 debido a la implementación de la estrategia DOTS en la provincia como parte del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública (MSP).

En este período 2000 – 2005 se pueden distinguir dos fases:

► **Fase I: Diagnóstico situacional para definición de estrategias**

Esta fase comprendió discusiones tanto con el equipo de salud local como con la comunidad. El tema central de estas discusiones fue el abandono del tratamiento y tuvo como propósito determinar y analizar las causas del mismo.

Con los equipos de salud se realizaron dos actividades centradas en la relación médico paciente en las cuales se detectaron los problemas y se buscaron las soluciones con el personal involucrado.

Con las comunidades la discusión se realizó a partir de las Historias de Vida de los pacientes del área sobre:

- ▶ casos de sintomáticos que no acuden al laboratorio, para identificar causas relacionadas con lejanía, falta de dinero, influencia de la medicina tradicional;
- ▶ casos de abandono del tratamiento, para identificar causas relacionadas tanto con factores logísticos como con percepciones sobre la enfermedad y el tratamiento. Entre los factores logísticos se analizó la distancia al Sub-centro de Salud (SCS) que no permite asistir diariamente a tomar el tratamiento y el abastecimiento de medicamentos. Entre las percepciones se discutió sobre la cantidad de medicamentos a ingerir, la larga duración del tratamiento, los efectos secundarios, los conocimientos sobre la enfermedad y formas de prevención y la mejoría subjetiva después de la primera fase de tratamiento;
- ▶ casos de muerte, para evidenciar la EVITABILIDAD.

El esquema presentado en la Figura 2 es un resumen de estas causas identificadas; sin embargo, transcribimos con más detalle el aporte individual de los equipos de salud y de la comunidad para llegar a identificar estas causas y su relación con el problema.

♦ **Resultados de la discusión del problema con los equipos de salud**

El equipo de salud durante el análisis de factores predisponentes y facilitadores para el mejoramiento del programa manifestó:

Factores que impiden el mejoramiento del problema (predisponentes)	
"Los pacientes no toman bien y se mueven mucho de un lugar a otro"	"No funciona porque el acceso es difícil y los pacientes no regresan al Sub-centro"
"El equipo no cumple lo que planifica"	"No hay una cabeza en el equipo"
"A veces no hay medicinas"	"Los pacientes se confunden con tantas pastillas"
"Falta comunicación en el sub-centro"	"Los pacientes se cansan"

Es importante también recordar algunos datos que se encontraron en el curso del programa y que contribuyen a definir mejor el marco para evaluar la calidad general de la intervención.

Factores que podrían ayudar al mejoramiento del problema (facilitadores) son:

"Existen estrategias"	"Somos varios en el equipo"
"Nos han capacitado"	"Hay apoyo de la coordinación del área"
"Los medicamentos no cuestan"	

◆ **Resultados de la discusión del problema con las comunidades**

El testimonio de pacientes que habían abandonado el tratamiento fue importante para el diseño de la estrategia. Ellos y sus familiares dijeron:

"Las pastillas dan mucho mareo"	"Las pastillas dan mucho calor en las noches"
"Me olvido de tomar"	"Puedo debilitarme por muchas pastillas"
"Se acaban las medicinas y en el Sub-centro no hay"	"Tengo que viajar mucho para llegar al Sub-centro"
"Cuando en la casa hay otros con tos, comparto las medicinas"	"La gente se olvida como tomar todas las pastillas"
"Los doctores nos olvidan, no nos visitan para ayudarnos"	"Vamos al Sub-centro a buscar medicinas y nos toca regresar sin medicinas"

◆ **Fase II: Elaboración/implementación del plan de intervención**

Esta fue una fase de ajuste logístico para garantizar la continuidad de la intervención, a partir de una certeza: el programa no debería ser una actividad vertical, sino más bien formar parte de la intervención en los problemas de salud de las comunidades, e implementarse durante las visitas comunitarias junto con las actividades de fomento y protección, curativas, educativas y socio-organizativas.

Entre las actividades desarrolladas estuvieron:

- ♦ la **priorización** de las comunidades con incidencia elevada;
- ♦ la realización de dos encuentros de **capacitación** con el personal profesional y de base (auxiliares de enfermería) del Sub-centro de Zapallo Grande. Estos encuentros trataron sobre la importancia, forma de realizar el seguimiento al paciente y aseguramiento de stock de medicamentos. También se analizaron las consecuencias por abandono del tratamiento y manejo de los instrumentos para la recolección de datos (mapeo, historia clínica, lista de pacientes, registro del seguimiento, calendario de administración del tratamiento al paciente);
- ♦ la elaboración de un **audiovisual** en idioma local sobre la tuberculosis para fortalecer el conocimiento de la enfermedad y su control. El audiovisual comprendió los siguientes temas: ¿Qué es la enfermedad? ¿Cómo se transmite? ¿Qué signos y síntomas tiene?, el por qué de un tratamiento tan largo, ¿Cuáles son los efectos secundarios más frecuentes? ¿Cuál es el peligro de transmisión a familiares y de crear cepas resistentes al tratamiento? ¿Cuál es el rol de la comunidad y del equipo de salud? Cuando las comunidades o las personas no nos reconocemos en una situación, es difícil comprender que los problemas están presentes y que son parte de nuestra realidad: el hecho que el audiovisual mostraba la gente, sus casas, sus paisajes permitió entender y reconocerse como comunidades que tienen el problema de la tuberculosis para la cual deberían buscar soluciones;
- ♦ la activación del **abastecimiento permanente** de insumos, suministros y medicamentos necesarios;
- ♦ la **búsqueda activa de sintomáticos respiratorios** por parte del personal auxiliar/promotores de salud.

Para el diagnóstico de los sintomáticos respiratorios se organizó un laboratorio móvil con el recurso de laboratorio del hospital. El organizar el laboratorio móvil y acercarlo a los pacientes sintomáticos en comunidades estratégicas, que facilitara la movilización de los interesados con posibilidades de ir y volver cada día, fue una estrategia de vital importancia para la intervención. En ocasiones esto fue criticado por los expertos del Programa Nacional de Tuberculosis, ya que se considera que, en tuberculosis, la búsqueda activa es ineficiente. El criterio de organizar el laboratorio móvil, en este contexto, no consideró la eficiencia de la actividad sino más bien el derecho que tienen las personas afectadas por una enfermedad cuyas consecuencias son evitables. Por otro lado era una actividad totalmente integrada a las otras actividades rutinarias del área, con una lista previa de sintomáticos respiratorios, lo que hacía que finalmente la actividad también fuera eficiente. El laboratorio se desplazó en cuatro ocasiones y en tiempos diferentes hacia la micro área de intervención y se cubrió a la población de referencia, sin ningún costo para el paciente. Con la lista de sintomáticos respiratorios se confirmaron los enfermos con

tuberculosis y se aprovechó para hacer diagnóstico diferencial para Paragonimiasis, que también es una patología importante entre los indígenas Chachis.

» Definición del **flujograma de diagnóstico**, tratamiento y control bacteriológico de los casos que comprendió:

- ♦ realización de tres muestras para diagnóstico en esputo. Para que un paciente sea definido como caso positivo se exigió que tenga al menos dos muestras positivas. En los pacientes con una sola muestra positiva se consideraron los criterios clínico-epidemiológicos antes de iniciar el tratamiento;
- ♦ identificación del observador, capacitación en manejo del calendario, registro en ficha clínica, aplicación del esquema de seguimiento del MSP (controles de esputo al finalizar la I y II fase de tratamiento);
- ♦ registro de los pacientes con resultados negativos en la ficha del sintomático respiratorio (SR), administración de tratamiento antibiótico durante 3 semanas y realización de una nueva valoración clínica. En los pacientes con síntomas persistentes se realizó una radiografía de tórax antes de tomar la decisión de iniciar tratamiento como paciente con examen de esputo negativo.

» Implementación del **programa de monitoreo adaptado** al contexto local de cada comunidad que comprendió:

- ♦ capacitación a observadores del tratamiento en comunidades alejadas del sub centro para asegurar la adherencia de los pacientes al mismo;
- ♦ la implementación y confección de **paquetes mono-dosis** de una sola administración diaria (funditas que contenían los 4 fármacos en la primera fase, o los dos o tres en la segunda), dependiendo del tipo de paciente-nuevo o antes tratado. Previo a la implementación del programa local, los pacientes se auto-administraban su medicamento sin tener una información clara sobre la dosis: por ende no siempre tomaban adecuadamente el tratamiento, tomaban las tabletas que ellos consideraban conveniente y definían el esquema de acuerdo a su conveniencia. Por ejemplo empezaban tomando toda la iso-rifampicina y pasaban a la pirazinamida una vez que la primera se acababa. Esto, evidentemente, afectaba a la eficacia del tratamiento. La estrategia del paquete mono-dosis, muy bien aceptada por la comunidad, permitió a la persona encargada de la administración de los medicamentos de entregar diariamente la dosis correcta, evitando las equivocaciones;
- ♦ el diseño de un **calendario mensual** de administración del tratamiento para el observador, adaptado al contexto local (Figura 3);

- ♦ la **promoción de la curación**¹⁰ de pacientes confirmados de tuberculosis, bajo el compromiso de culminar el tratamiento a través de una entrevista motivacional, para lo cual se diseñó y aplicó una guía;
- ♦ **supervisiones mensuales** por parte de la coordinación del área y equipo de salud a los observadores del tratamiento y a los pacientes (visitas domiciliarias). Durante estas supervisiones se realizó control de peso, examen físico, conteo de saldos de tabletas y revisión del calendario, lo cual permitió determinar el cumplimiento en la administración, como requisito previo a la entrega de nuevo stock, hasta la siguiente supervisión. Adicionalmente se realizó la búsqueda de reacciones secundarias a los medicamentos utilizando la ficha clínica de seguimiento por cada paciente positivo y por cada sintomático respiratorio, diseñada en el área de salud;
- ♦ elaboración de un **mapa parlante** de casos para los sub centros de salud y organización de sesiones de discusión de resultados de tratamientos con el equipo de salud;
- ♦ organización periódica de **asambleas comunitarias**, para evaluar el impacto del programa en la vida de las comunidades (discusión de resultados).

Figura 3: Calendario de administración del tratamiento

Josefa Mercedes Pacheco

CALENDARIO DE TOMA INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO

Mes: *Marzo* Año: 2005

	domingo	lunes	martes	miércoles	Jueves	viernes	sábado
No toma			1	2	3	4	5
No toma <i>10</i>		6	7	8	9	10	11
No toma <i>13</i>		12	13	14	15	16	17
No toma <i>20</i>		<i>21</i>	18	<i>23</i>	19	20	22
No toma <i>27</i>		24	25	26	27		

¹⁰ A través de un decálogo de petición de cambios el paciente se comprometió a terminar su tratamiento, considerando que al no hacerlo ponía en riesgo la salud de su familia y de la comunidad en general. Por otro lado el equipo de salud se comprometió a asegurar medicamentos y controles mensuales a través de la visita comunitaria - domiciliaria, para identificar eventuales dificultades y corregirlas a tiempo, así como gestionar alimentos para los pacientes con menos recursos, a lo largo de su tratamiento.

Aunque, como dijimos antes, el problema estaba ubicado especialmente en la población Chachi, la intervención se extendió a otros sectores del área de salud abarcando progresivamente todo el territorio de referencia, en comunidades que tienen otras características poblacionales y culturales, adaptándose al contexto.

■ ¿Cómo se analizaron los resultados finales?

Dentro de un enfoque de Epidemiología Comunitaria el análisis de datos no es una actividad suelta que se realiza a nivel central y al cierre de un período. Todo lo contrario, es una actividad permanente que se realiza a nivel local y forma parte de la intervención, porque permite analizar éxitos y fracasos, corregir errores, profundizar lo que está bien, etc.

Para el análisis se hicieron las siguientes actividades:

- ♦ recopilación permanente de datos en las visitas comunitarias en formularios diseñados para ese fin e introducción en una base de datos;
- ♦ integración y discusión de los datos en las reuniones de monitoreo mensual que organiza el área de salud;
- ♦ análisis trimestral de los indicadores (incidencia, prevalencia, adherencia al tratamiento y complicaciones), para poder evaluar las acciones. Este análisis dio prioridad a la información gráfica de datos estadísticos y a la distribución del problema en mapas epidemiológicos para facilitar la discusión en las comunidades. Los resultados, enviados periódicamente a la Dirección Provincial de Salud de Esmeraldas, se analizaron con los equipos de salud, promotores, auxiliares y comunidades.

❖ Resultados de la intervención

Los resultados que se muestran involucran, al igual que en los otros capítulos de este manual, a todas las comunidades del área Borbón, con sus características de dispersión y no solamente a las comunidades Chachi.

Las Tablas 1, 2 y 3 resumen los datos esenciales que describen el resultado de la intervención en toda el área de Borbón y permiten tener una idea general de la importancia de un enfoque de Epidemiología Comunitaria para favorecer una planificación de intervenciones flexibles y adecuadas a las especificidades locales. Casi uno de cada cinco sintomáticos respiratorios identificados a lo largo de los seis años ha sido calificado como caso, con una distribución por sexo de 59 mujeres y 69 varones (46% vs. 54%). En lo que se refiere a la edad hubo cinco casos en menores de 15 años (38%), 82 entre 15 y 44 años (64%), 26 entre 45 y 64 años (20%), 16 fueron mayores de 65 años (12,2%).

Tabla 1: Distribución general por año de sintomáticos respiratorios y casos en el área Borbón

Año	Sintomáticos	Casos	Abandonos
2000	76	24	-
2001	173	20	1
2002	87	15	
2003	68	21	
2004	91	22	
2005	110	26	1
TOTAL	605	128	2
2006	48	13	1
2007	118	16	1
2008	213	13	1
TOTAL	379	42	3

Fuente: programa tuberculosis área Borbón

En estos tres últimos años fallecieron 5 pacientes, dos con co-infección VIH/SIDA

Tabla 2: Casos de TB por micro áreas 2000-2005

Micro área	Frecuencia	%
ANCH	5	3,94%
ATAH	10	7,87%
BORB	21	16,54%
COLE	7	5,51%
CONC	1	0,79%
LATO	2	1,57%
MALD	5	3,94%
PLOR	1	0,79%
RIOV	1	0,79%
SAFR	3	2,36%
SALO	1	1,57%
SEAL	9	7,09%
STDO	7	5,51%
WIMB	1	0,79%
ZAGR	54	40,94%
Total	128	100,00%

Fuente: programa tuberculosis área Borbón

Frente a este cuadro de la situación del área, es oportuno mirar a la luz del “modelo de situación de riesgo” donde Zapallo Grande, con sus 54 casos identificados, aporta con un 40% de todos los casos (mientras la población de esta micro-área corresponde solamente al 15% de la población total del área).

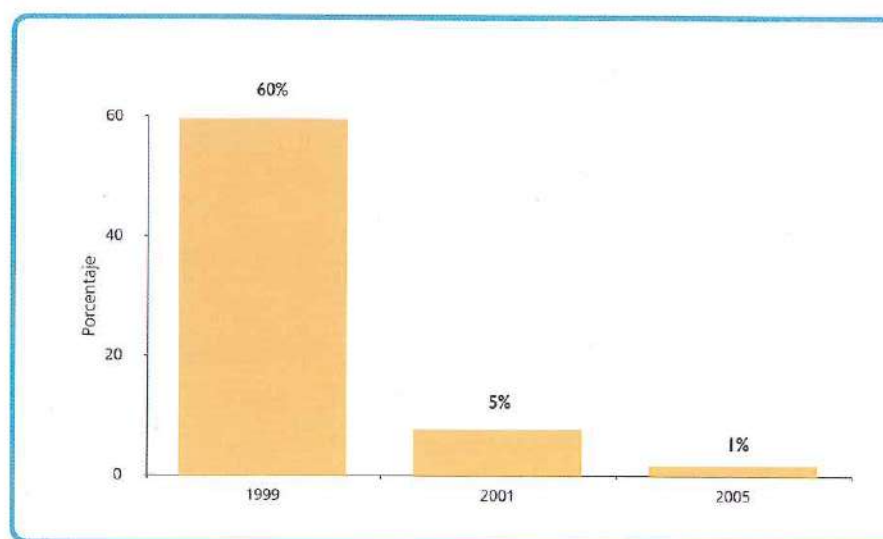
Tabla 3: Distribución general de los pacientes del área Borbón por grupo de edad 2000 - 2005

GRUPO DE EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 - 4 años	4	3,00%	3,00%
5 - 14 años	1	0,77%	3,770%
15 - 44 años	82	64,00%	67,77%
45 - 64 años	26	20,00%	87,77%
65 y más años	16	12,23%	100,00%
Total	128	100,00%	100,00%

Fuente: programa tuberculosis área Borbón

Desde 2001 hasta 2005, solamente dos personas abandonaron el tratamiento (Figura 4).

Figura 4: Tasa de abandono del tratamiento antituberculoso



Fuente: programa tuberculosis área Borbón

Las Figuras 5-a y 5-b proponen el esquema sintético del proceso de identificación de los casos y de los resultados del tratamiento en la micro-área de Zapallo Grande.

Figura 5a: Captación y diagnóstico de sintomáticos respiratorios

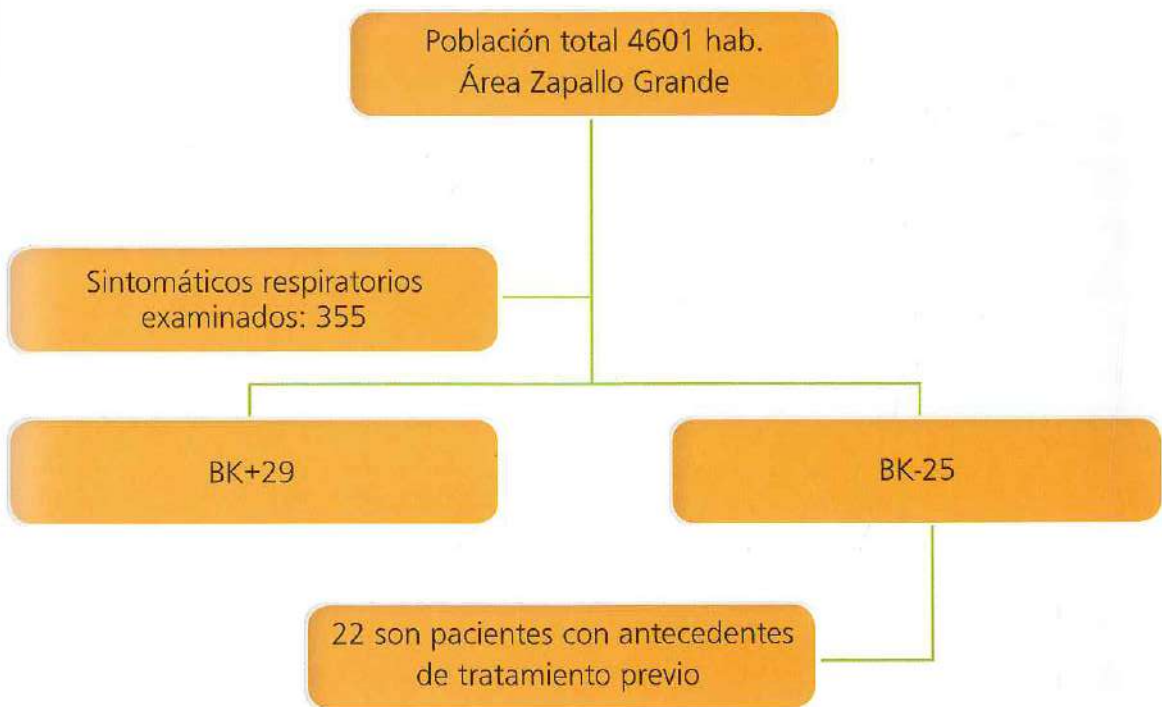
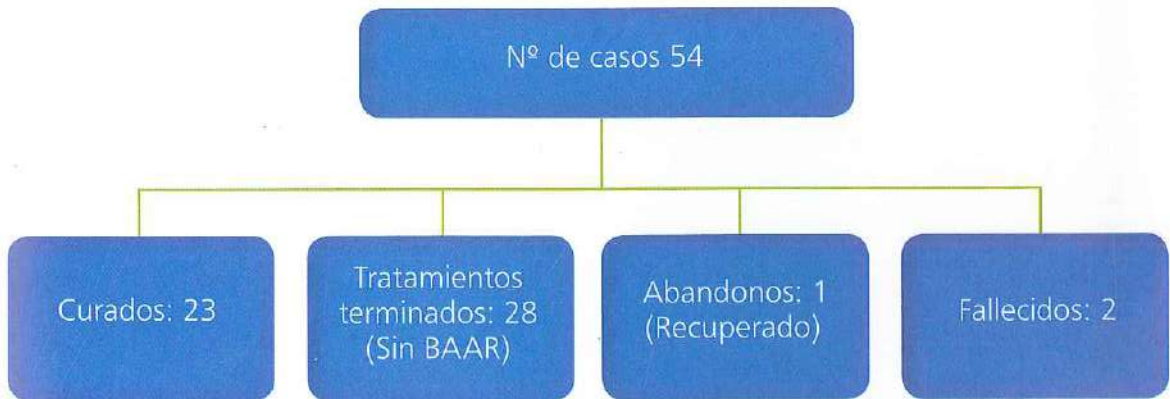


Figura 5b: Resultados del tratamiento.



Se diagnosticaron 11 pacientes con *Paragonimus*, los que recibieron tratamiento específico; 227 negativos al BAAR recibieron antibióticos por 15 días. 10 pacientes con antecedentes de abandono y negativos al BAAR, fueron referidos al Hospital Eugenio Espejo para estudio de resistencia: salieron negativos y su sintomatología corresponde a secuelas. Se descartaron otras patologías como micosis sistémica.

Las actividades específicamente dedicadas a lo largo de los seis años de intervención se resumen en la Tabla 4.

Tabla 4: Actividades de tratamiento comunitario

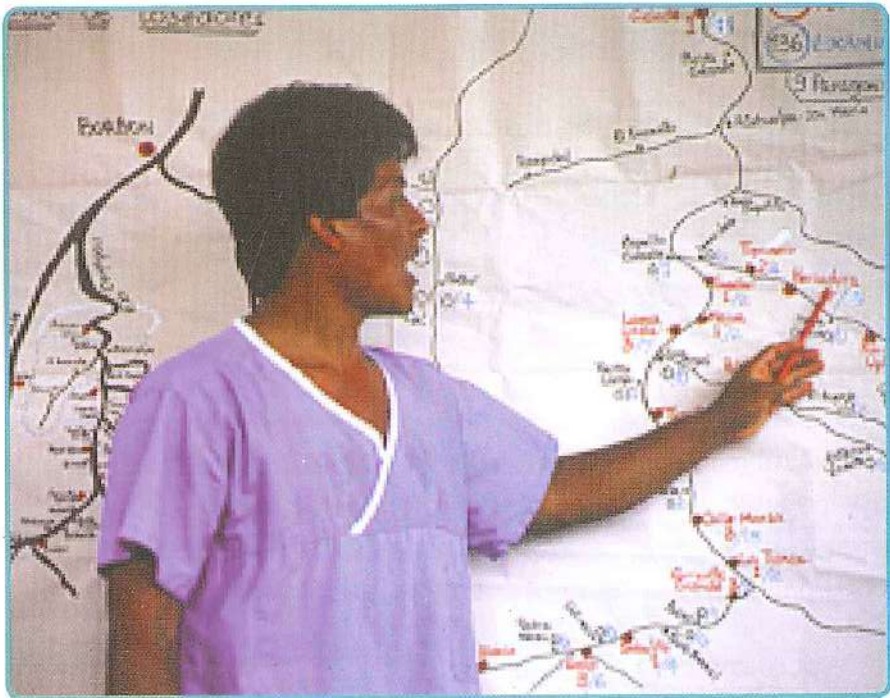
Actividad DOTS Comunitario	Número
Familias involucradas en observación de tratamientos	40
Líderes comunitarios involucrados en la observación del tratamiento	9
Asambleas comunitarias	31
Talleres a personal de salud	4
Eventos Educativos	40
Vistas domiciliarias	63
Entrevistas individuales a pacientes (Pre-tratamiento)	40

Fuente: programa tuberculosis área Borbón

♦ **Resultados de la evaluación del programa con la comunidad**

Generalmente le damos mucho peso a los datos concretos, pero resulta interesante señalar la percepción de la comunidad frente a un programa de control cuya razón de ser es precisamente la comunidad, por lo que escucharla es imprescindible para mejorar la intervención. Esto es fundamental en Epidemiología Comunitaria porque lo que se trata es justamente de dar la voz a las comunidades y recuperar su papel en el control de la enfermedad (Figura 6).

Figura 6: Discusión con la comunidad



Para guiar la discusión se hicieron algunas preguntas y transcribimos textualmente las opiniones de algunos miembros de la comunidad.

¿Cómo ven ustedes la intervención en Tuberculosis?	
"La palabra clave fue el seguimiento".	"Ahora si se ha dado este seguimiento constante y es por eso que todos completaron los 6 meses".
"Más fácil ahora. Antes no había campaña, no había búsqueda, la gente desconocía sobre TB y que el medicamento era gratuito".	"Faltaba comunicación con Sub-centro de Zapallo Grande. Ahora el tratamiento es continuo".
"En el pasado uso de plantas que no daban resultados. Acceso ahora a los medicamentos".	"Se debe tomar con regularidad el tratamiento, caso contrario pasa como el pescado ahumado que no está bien ahumado. Entonces quedan partes blandas que pudren todo".
"Sólo 1 de los 29 no tomó".	

¿El tratamiento siempre fue gratuito, entonces, por qué ahora no abandonan?	
"Ahora tienen más conciencia del peligro".	"Conocen más sobre TB".
"Anteriormente daban en Zapallo y no supervisaban, ahora controlan".	"Supervisión, sube Cinthia, ahora control más estricto".
"Seguimiento como responsabilidad de todos: familia, profesor, promotor, equipo Zapallo, coordinación de área. TB problema comunitario".	

❖ **Discusión y recomendaciones**

◆ **Logros más importantes**

Los pacientes se han adherido al tratamiento, motivados por el constante seguimiento: hasta en los casos de cambio de comunidad han avisado con tiempo al equipo de salud de manera que se pudo hacer la transferencia sin interrupción del tratamiento.

Hubo apoyo familiar y de personal de base en la estrategia DOTS, no sólo personas clave en el control de la toma diaria y de la dosis correcta, sino también en acompañar y sostener al paciente en su proceso de curación. El papel de la familia y de los promotores ha sido crucial para lograr la adherencia al tratamiento por eso se sugiere que la familia debe ser involucrada en el tratamiento del paciente.

A pesar de los problemas de accesibilidad, se pudo seguir a los pacientes y supervisar los avances del programa. Cuando se asume un compromiso de salud-vida con los pacientes y comunidades, debemos ser coherentes con nuestros actos: por eso se hicieron todos los esfuerzos de llegar a cada paciente, sin importar si esto significaba muchas horas de viaje por la sequía de los ríos y esteros y por la distancia misma entre las comunidades. Los pacientes y la comunidad esperaban cada mes al equipo no sólo para tratar la tuberculosis, sino para resolver también otros problemas.

Se optimizaron los recursos humanos, materiales y económicos, permitiendo la sostenibilidad de la intervención.

Se mantuvo un stock de medicamentos que permitió asegurar el tratamiento de los pacientes del momento y el de los que se fueron adhiriendo al programa. Uno de los problemas del abandono en el pasado fue precisamente la falta de medicamentos. Un programa de control de tuberculosis no puede ser eficiente y eficaz si no cuenta con este insumo, por tanto uno de los compromisos del programa fue asegurar el stock completo para cada paciente, de lo contrario no podría iniciarse tratamiento. Para este fin contribuyeron las acciones del CECOMET en la compra de medicamentos antifímicos en un momento en que las adquisiciones del Ministerio de Salud (MSP) eran insuficientes. Más tarde, con el énfasis que se le dio al programa nacional, el MSP asumió de mejor manera el abastecimiento regular.

Aumentó la confianza y credibilidad en el Programa. El acompañamiento constante a los pacientes con stock permanente de medicamentos, los testimonios y percepciones de la comunidad de pacientes curados, el apoyo en otros problemas, la educación y búsqueda permanente de sintomáticos respiratorios, otorgaron la confianza necesaria en el programa para que los pacientes comunicaran sus necesidades, se acercaran para el diagnóstico y asumieran su tratamiento (concientización no con palabras sino con hechos).

♦ **Fracasos u obstáculos**

Hubo una limitada concientización del personal de Zapallo Grande, conformado por médicos y auxiliares de enfermería, en el seguimiento de los pacientes. A pesar de que se capacitó al personal, fue necesario un seguimiento permanente en la toma de decisiones oportunas con los pacientes (baciloscopías de control, buscar a los pacientes que por diferentes razones no tomaban tratamiento en un lapso de 48 ó 72 horas, etc.). Esto obedece en gran parte a la falta de una cultura del "seguimiento" a personas/problemas que tienen los equipos de salud, acostumbrados en su mayoría a intervenir sólo cuando el

♦ Conclusiones y recomendaciones

El análisis de los datos y de la metodología empleada permiten concluir y recomendar lo siguiente:

1. para enfrentar los problemas de salud de las comunidades se deben implementar estrategias basadas en el conocimiento de la realidad local y sus determinantes;
2. las normas nacionales para el manejo de la tuberculosis no son replicables en comunidades rurales y con dificultades de accesibilidad, por lo tanto debe existir flexibilidad para adaptarlas al contexto sin que esto trasgreda el principio de la norma;
3. el monitoreo de las actividades, la supervisión y el apoyo al equipo de salud local son fundamentales para asegurar el manejo eficiente de un programa;
4. el seguimiento o acompañamiento del paciente en el proceso de recuperación de su salud, especialmente cuando los tiempos son prolongados, juega un papel preponderante para asegurar tratamientos exitosos;
5. en enfermedades de larga duración y estigmatizantes, como la tuberculosis, el tratamiento farmacológico no es suficiente; se requiere del apoyo psico-social para que el paciente sienta que su bienestar le preocupa al servicio de manera que esta percepción favorezca la adherencia al tratamiento;
6. los recursos materiales, económicos y humanos deben optimizarse, así como las oportunidades que tienen las comunidades, a través de la integración de acciones que limiten la verticalidad de programas, que resultan muchas veces ineficientes;
7. el conocimiento que pueda tener el paciente y la comunidad sobre el problema de salud, les otorga autonomía para enfrentarlo adecuadamente;
8. las causas que contribuyen a la presencia de un problema, muchas veces son atribuidas al paciente o a la comunidad; pero generalmente éstas son efecto de una deficiente relación entre el médico/personal de salud – paciente o entre la comunidad y el servicio de salud;
9. la equidad es un principio ético que debe hacernos recordar siempre que a las personas hay que brindar atención según sus necesidades. Esto nos da la pauta para que, a través de la extensión de cobertura (visitas comunitarias), se hagan más accesibles los servicios en zonas de difícil acceso económico y geográfico;
10. la tuberculosis se puede curar y controlar también en zonas desatendidas por el sistema de salud.

❖ Referencias bibliográficas

- » Castelo A, Mathiasi PA, Iunes R, Kritski AL, Dalcolmo M, Fiuza de Melo F, Drummond M. Cost effectiveness of antituberculosis interventions. *Pharmacoeconomics*. 1995 Nov;8(5):385-99.
- » José Luis Bimbela Petrola, Cuidando al cuidador: Counseling para médicos y otros profesionales de salud, 3ra. Ed. EASP, Granada, 1996.
- » Epidemiología y Participación, ISBN 9978-41-833-4. Ediciones CECOMET 2001.
- » Caicedo C, Marquez M, Moreira J, Montalvo G, Anselmi M. DOTS in Ecuador: Can pilot experiences be generalised. Resúmenes del 3th European Congress of Tropical Medicine and International Health: September 8-11 2002. Lisbon. Abstract TuPS036. *Acta Tropica*; 2002; 83(Suppl 1): S63-S64.
- » Perkins MD, Kritski AL. Diagnostic testing in the control of tuberculosis. *Bull World Health Organ*. 2002; 80(6):512-3.
- » Houston S. Tuberculosis control in Ecuador: unforeseen problems, unanticipated strengths. *Can Respir J*. 2004 Apr;11(3):193-4.
- » Caicedo C, Montalvo G, Moreira J, Márquez M, Petroche L, Yagual L, Anselmi M, Tognoni G. Culturally adapted tools to reinforce DOTS and community participation in a very high risk setting in Ecuador. Resúmenes de la 36th Union World Conference on Lung Health. Paris- France. Abstract PC-1759-20 Oct 20 2005.
- » Caicedo C, Moreira J, Márquez M, Montalvo G, Armani D, Prandi R, Ibarra S, Petroche L, Robinson F, Anselmi M, Tognoni G. Community epidemiology is an effective alternative to DOTS in long term Tb control. The five year experience with a very high risk indigenous population in Ecuador. Resúmenes del 5º Congresso Nazionale Società Italiana di Medicina Tropicale SIMET, Società Italiana di Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni. Brescia. *Italian Journal of Tropical Medicine* 2005. Vol 10, N. 3-4.
- » Vaca J, Peralta H, Gresely L, Cordova R, Kuffo D, Romero E, Tannenbaum TN, Houston S, Graham B, Hernandez L, Menzies D. DOTS implementation in a middle-income country: development and evaluation of a novel approach. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005 May; 9(5):521-7.
- » Oxlade O, Vaca J, Romero E, Schwartzman K, Graham B, Hernandez L, Tannenbaum T, Menzies D. The long-term health and economic benefits of DOTS implementation in Ecuador. *Can J Public Health*. 2006 Jan-Feb; 97(1):14-9.

paciente se presenta espontáneamente. Además hay brechas culturales, ya que el equipo médico del sub-centro de Zapallo Grande no es nativo: el idioma constituye la principal barrera, a pesar que siempre se contó con personal comunitario Chachi que sirvió de nexo entre el equipo de salud y el paciente, familia y comunidad. Los obstáculos con el personal nativo (promotores y auxiliares Chachi), que hablan castellano, tienen mucha relación con la cultura propia: no siempre es fácil llegar a ellos, ya que manejan un lenguaje de forma, más que de conceptos y por tanto la concientización sobre la magnitud del problema es aún incompleta, a pesar de las capacitaciones.

El apoyo del hospital de referencia fue limitado. El personal del hospital consideró a los pacientes de las comunidades dispersas que requerían hospitalización una carga que no le tocaba asumir porque era tarea de las unidades operativas de referencia y por lo tanto no daba a los pacientes la atención oportuna. En otras palabras demostraron el desconocimiento de una característica de la atención como es la "continuidad", que se hace efectiva a través de la referencia – contrarreferencia de pacientes para ser atendidos en niveles más complejos cuando el caso así lo requiera. Esto obligó la coordinación del área y de la intervención a estar siempre presente para que en el hospital atendieran y siguieran adecuadamente a los pacientes.

La difícil accesibilidad geográfica, duplicó el esfuerzo para mantener el seguimiento. Se utilizaron más días y esfuerzo físico para llegar a las comunidades en las épocas secas especialmente.

La falta de un departamento de Radiología (Rx) disminuyó la posibilidad de diagnósticos complementarios en algunos pacientes con baciloscopías negativas. Muchos pacientes con baciloscopías negativas, pero con sintomatología tuberculosa, requirieron de radiografía de tórax para determinar daños pulmonares compatibles con tuberculosis, pero se necesitaba viajar a la capital de la provincia para hacerlo. Para un grupo de pacientes se organizó una actividad, pero no siempre fue posible sostenerla; otros pacientes con más posibilidades económicas, asumieron los gastos.

♦ Comparación con otras experiencias

La mayor parte de estudios que se realizan sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las personas frente a la tuberculosis se limitan a describir las características, sin hacer una evaluación posterior de cómo un cambio en las mismas puede tener una influencia en superar el problema. Esta experiencia, por el contrario, no solamente intenta describir las conductas de la población, sino que trata de mostrar cómo una discusión abierta sobre las actitudes con las comunidades puede efectivamente contribuir a un cambio real. A continuación se discuten algunos puntos clave que marcan la diferencia de la intervención en tuberculosis en Borbón con otras experiencias.

► Verticalidad versus integración

El objetivo primordial de la intervención era disminuir el abandono del tratamiento haciendo un uso óptimo de los pocos recursos con los que contábamos. No se trataba de hacer un diagnóstico masivo, sino de trabajar con pacientes sintomáticos y con los que habían abandonado el tratamiento, y a través del seguimiento determinar las dificultades que llevan a este abandono, para definir estrategias locales de control. El abandono fue tomado por nosotros como un evento centinela que debía ser analizado y controlado. Partimos con una pregunta: ¿por qué los pacientes del río Cayapas que inician su tratamiento antifímico, no lo concluyen? Esta opción nos obligaba a asumir el seguimiento de un grupo de pacientes hasta su curación.

En un programa vertical clásico la respuesta inmediata sería la observación sostenida de la adherencia de parte del personal de salud; sin embargo, debido a las características del área sabíamos que esto era imposible de sostener, tanto desde el punto de vista financiero como logístico. La alternativa era integrar la intervención dentro del paquete multipropósito de actividades que se realizaba en el área para controlar todos los principales problemas de salud que afectaban a la comunidad, y hacer de los líderes comunitarios y de las familias los principales observadores de la adherencia. De esta forma, en un área de tan alta incidencia, la tuberculosis pasaba de ser exclusivamente un problema personal del paciente afectado a ser un compromiso comunitario de control.

► Relación médico paciente

Desde el inicio estábamos convencidos que uno de los problemas más importantes era la relación médico/personal de salud - paciente, no sólo por la gran brecha cultural e idiomática y la falta de conocimiento e información de los pacientes y comunidades, sino también por la ausencia del concepto del "seguimiento", sus implicaciones en la práctica diaria y la adaptabilidad a las particularidades del contexto local. Tomando el ejemplo de otras experiencias adoptamos técnicas de Información, Educación y Comunicación (IEC) que ayudaron a superar el problema de la falta de conocimiento; pero la estrategia clave ha sido el acercamiento más constante del personal de salud al paciente y a las comunidades y el diálogo permanente entre los actores.

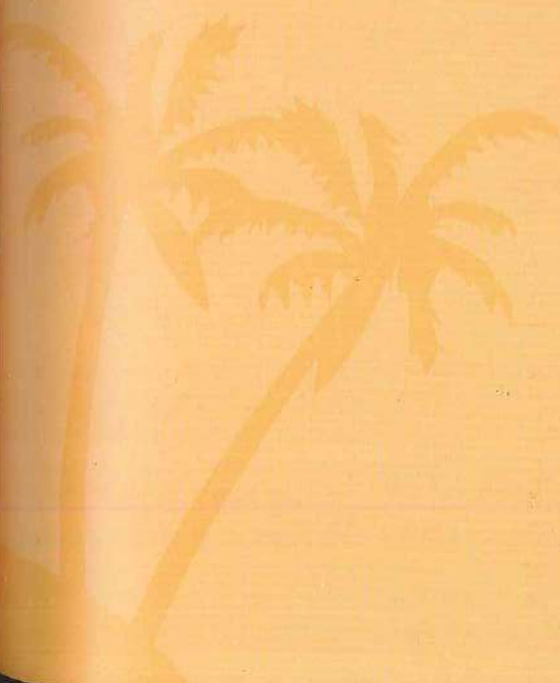
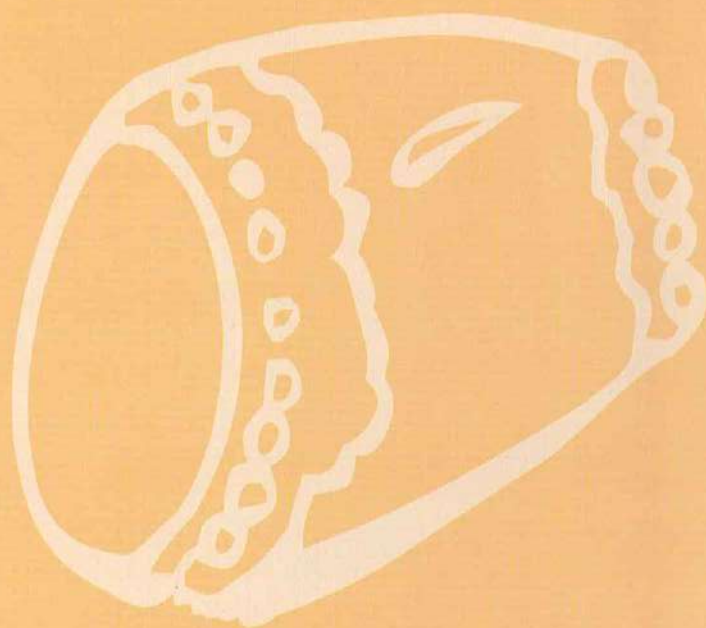
► Inversión extra

Otra de las diferencias con experiencias locales ha sido la inversión de recursos. Esto sobre todo se refiere a la implementación de diferentes métodos de diagnósticos usados. Por ejemplo algunas experiencias incorporaron las radiografías y la prueba de PPD. Al estar el programa piloto de Borbón integrado en las actividades y recursos normales del área, los métodos diagnósticos se limitaron a lo estrictamente disponible.

- » Romero-Sandoval NC, Flores-Carrera OF, Sánchez-Pérez HJ, Sánchez-Pérez I, Mateo MM. Pulmonary tuberculosis in an indigenous community in the mountains of Ecuador. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007 May;11(5):550-5.
- » Rusen ID, Ait-Khaled N, Alarcón E, Billo N, Bissell K, Boillot F, et al. Cochrane systematic review of directly observed therapy for treating tuberculosis: good analysis of the wrong outcome. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007 Feb;11(2):120-1.
- » Armijos RX, Weigel MM, Qinchá M, Ulloa B. The meaning and consequences of tuberculosis for an at-risk urban group in Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*. 2008 Mar; 23(3):188-197.
- » World Health Organization, Community involvement in tuberculosis care and prevention: towards partnerships for health, 2008.
- » Akugizibwe P, Ramakant B. Challenges for community role in tuberculosis response. *Lancet*. 2010 Jun 12;375(9731):2059-61.
- » Atun R, Weil DE, Eang MT, Mwakyusa D. Health-system strengthening and tuberculosis control. *Lancet*. 2010 Jun 19;375(9732):2169-78.
- » Gandhi NR, Nunn P, Dheda K, Schaaf HS, Zignol M, van Soolingen D, Jensen P, Bayona J. Multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis: a threat to global control of tuberculosis. *Lancet*. 2010 May 22;375(9728):1830-43.
- » Lönnroth K, Castro KG, Chakaya JM, Chauhan LS, Floyd K, Glaziou P, Raviglione MC. Tuberculosis control and elimination 2010-50: cure, care, and social development. *Lancet*. 2010 May 22;375(9728):1814-29.
- » Marais BJ, Raviglione MC, Donald PR, Harries AD, Kritski AL, Graham SM, El-Sadr WM, Harrington M, Churchyard G, Mwaba P, Sanne I, Kaufmann SH, Whitty CJ, Atun R, Zumla A. Scale-up of services and research priorities for diagnosis, management, and control of tuberculosis: a call to action. *Lancet*. 2010 Jun 19;375(9732):2179-91.
- » Wallis RS, Pai M, Menzies D, Doherty TM, Walzl G, Perkins MD, Zumla A.
- » Biomarkers and diagnostics for tuberculosis: progress, needs, and translation into practice. *Lancet*. 2010 May 29;375(9729):1920-37.

Capítulo 8

Paludismo: seguimiento de un problema en el tiempo



❖ Cuadro de referencia

El objetivo específico de este capítulo es el de documentar, en un estilo y con un lenguaje de cuento/historia, como en un área de alto riesgo, la Epidemiología Comunitaria ha sido el hilo de presencia y continuidad que ha permitido la interacción eficaz, no siempre tan fácil, entre estrategias verticales y comunitarias.

Dentro de la patología tropical clásica el control del paludismo en el Ecuador ha estado desde hace muchas décadas a cargo de un programa vertical con estructura independiente. Este programa todavía mantiene su antigua denominación de la época en que se pensaba que era factible erradicar la malaria con una estrategia basada sobre todo en el control de vectores. Esta institución es el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) que se encarga del diagnóstico y tratamiento de los casos y del control de los vectores con rociamiento de insecticidas en los domicilios. En todo el territorio existía una red de colaboradores voluntarios que tomaban la muestra a los febriles y enviaban las láminas al laboratorio de referencia. Todas las actividades se realizaban exclusivamente con personal del SNEM. Sin embargo, la escasez de recursos y los conflictos laborales de la institución dificultaron cada vez más las intervenciones hasta paralizarlas por largas temporadas, con el inevitable aumento de la incidencia de casos, incluyendo los casos graves y muertes por esta causa. En el área de salud Borbón, la incidencia promedio de casos entre 1991 y 1995 fue de 58‰ personas/año.

El área de salud Borbón se caracteriza por ser una zona de transmisión inestable de paludismo, con apariciones periódicas de brotes epidémicos, y por lo tanto con alto riesgo de casos graves y de muertes por falta de inmunidad, no sólo en menores de 5 años y mujeres embarazadas, sino también en la población general. Por otro lado la gran dispersión de las comunidades hace que una estrategia mono-propósito resulte extremadamente costosa. Por estas razones, era indispensable poder contar con un sistema de vigilancia permanente y estrategias de control eficaces al alcance de las comunidades para reducir el número de casos graves y muertes.

A inicios de la década de los 90 el grupo de trabajo del área Borbón, que incluía la red de promotores/as de salud y auxiliares de enfermería se comprometió a organizar actividades que permitieran un control comunitario del paludismo. Contemporáneamente, en 1993 se había organizado la Conferencia Ministerial de la Malaria en la que se formuló la Estrategia Global de Control que incluía la incorporación de métodos alternativos de control como los mosquiteros impregnados con sustancias piretroides para reducir el contacto entre el mosquito y las personas vulnerables, en especial los niños y mujeres embarazadas, y además el control biológico de vectores con peces larvófagos o bacterias.

La iniciativa de los promotores de salud y auxiliares de enfermería de Borbón incluía los siguientes objetivos:

- activar el sistema de vigilancia comunitaria,
- educar a las comunidades sobre las medidas de control,
- aumentar la cobertura de mosquiteros y de impregnación de los mismos,
- mejorar la atención de los pacientes con diagnóstico y tratamiento oportuno.

Se inició un proceso de transferencia de conocimientos, habilidades y responsabilidades del control a Promotores de Salud (PS) /auxiliares de enfermería, quienes se capacitaron en el manejo de la estrategia de control de la enfermedad, la educación comunitaria, la toma de muestras y tratamiento de casos. Para que las comunidades comprendieran la importancia del control permanente, se elaboró un juego didáctico que se explica en detalle en los manuales que fueron elaborados por nosotros en 1997 y 2001.

Para lograr el objetivo de aumentar la cobertura de uso de mosquiteros impregnados, algunos grupos de mujeres de las comunidades se organizaron para realizar una producción local de mosquiteros, lo que permitiría venderlos a bajo costo a la población.

En un primer momento los trabajadores del SNEM tenían resistencia para aplicar estos métodos alternativos, pues lo veían como "competencia" a la actividad de control vectorial basada en el rociado intradomiciliario. Más tarde, con la información que llegaba desde otros países en donde se mostraba que los métodos alternativos, en especial el uso de mosquiteros impregnados, estaban dando resultados, el SNEM decidió también incorporarlos en su rutina de trabajo. Sin embargo, la forma de hacerlo no contemplaba criterios claros de priorización y más bien respondía a un enfoque de clientelismo reforzado con la distribución gratuita, lo que desbarató completamente las iniciativas de producción local.

En el año 2000, a través de la coordinación del área, se inició una relación de trabajo conjunto con el SNEM, para operativizar de mejor forma y dar sostenibilidad a las acciones de control de la enfermedad.

♦ Estrategias metodológicas y herramientas

Actualmente la estrategia de trabajo consiste en un sistema de vigilancia epidemiológica comunitaria en el que participan activamente la red de laboratorios del área, el SNEM, los promotores/as de salud y auxiliares de enfermería, que documentan eventos de morbilidad y/o mortalidad evitables. Específicamente los Promotores de Salud, realizan la toma de muestra a los febriles y las envían al laboratorio de referencia para el diagnóstico de malaria, tratan al paciente y le dan seguimiento, promueven las actividades comunitarias de control (limpieza, control de criaderos, impregnación de toldos), mantienen la educación comunitaria y promueven asambleas organizativas. Además realizan el reporte de casos en la reunión de monitoreo mensual.

Las herramientas que se utilizaron para producir las informaciones necesarias y para garantizar una permanente atención en las comunidades incluyeron:

- cuaderno epidemiológico del Promotor de Salud,
- formularios del SNEM para la toma de muestra y resultados de diagnóstico a los que en el "lenguaje oficial" se los conoce como CO-19,
- mapa parlante de distribución de casos,
- registro - monitoreo mensual (actualización de curva epidémica),
- juego didáctico,
- programación semestral de impregnación de toldos.

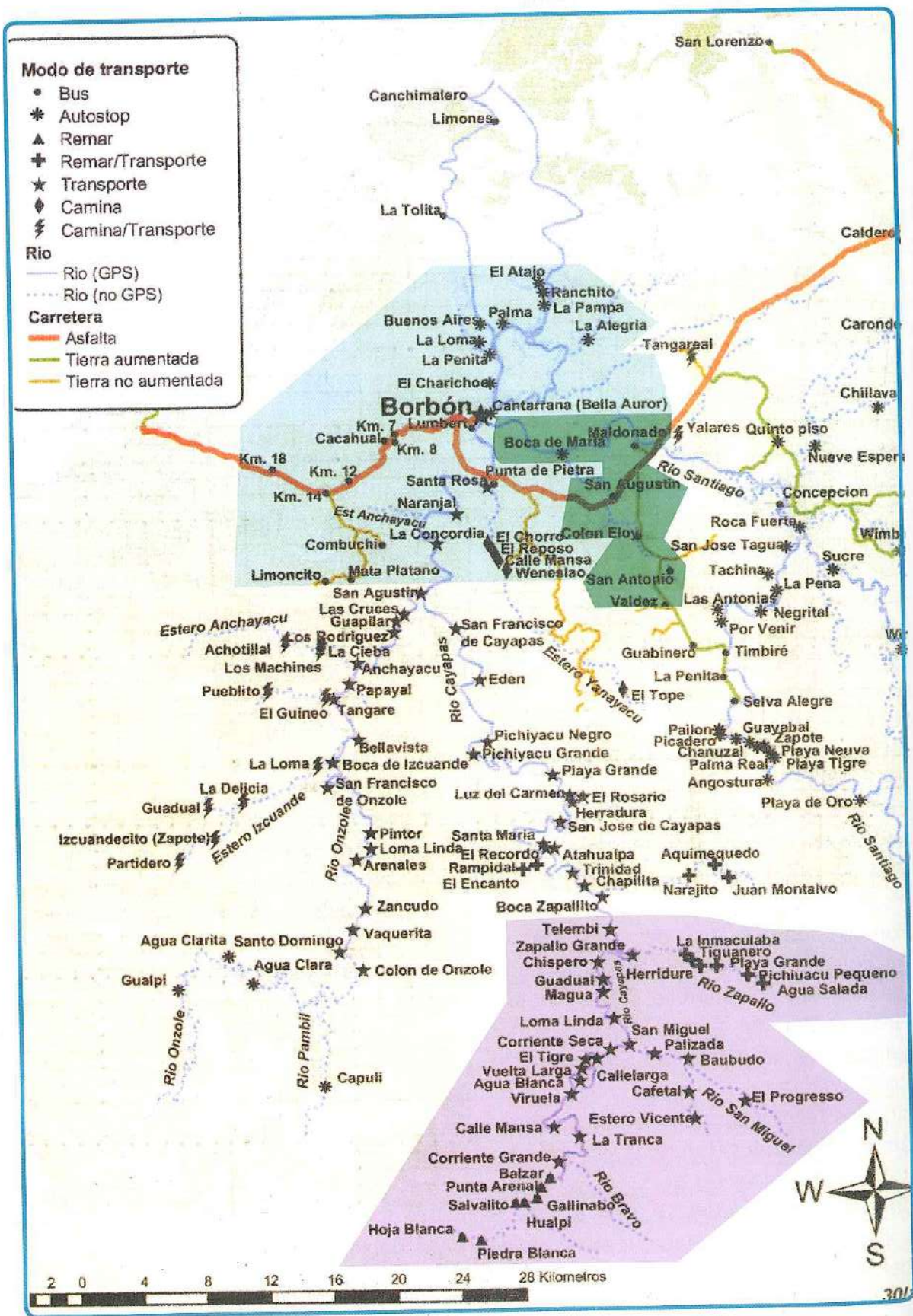
En la reunión mensual de monitoreo se consolidaba la información, se actualizaba la curva epidémica del área, y se confrontaba con la curva endémica (construida con datos locales y por lo tanto específica para la situación local) lo que permitía tomar decisiones en tiempo real.

Aplicando el principio de la equidad se priorizaban las comunidades más afectadas en base a los criterios de incidencia de casos, número de casos de infecciones por *P. falciparum* (que es la especie que ocasiona los casos más graves) y número de eventos centinelas (casos graves y muertes).

Uno de los primeros y quizás más importantes resultados de los años precedentes al período que nos interesa, ha sido poder documentar que en el área existen tres sectores con comunidades particularmente vulnerables por sus condiciones geográficas, ecológicas y/o sociales en las que existe un remanente continuo de casos, riesgo de epidemias y muertes. Estas son las comunidades que se encuentran en la zona alta del río Cayapas donde viven los indígenas Chachi, caracterizadas por la difícil accesibilidad geográfica y cultural, y las comunidades a lo largo del estero María que, por la explotación incontrolada del bosque, ha dado origen a pozas de agua estancada que durante el verano se transforman en lugares ideales para el desarrollo de los *Anopheles* (el mosquito que transmite el paludismo). Finalmente están las comunidades correspondientes a la parroquia Borbón, sede de la jefatura del área de salud, donde existe también un importante número de criaderos positivos naturales y no naturales para la transmisión de la malaria. Estos sectores han sido los focos principales de las epidemias de malaria que se han documentado en los últimos doce años (Figura 1).

En estas comunidades se garantiza no solamente todas las actividades de la vigilancia comunitaria general, sino que se ha añadido la disponibilidad de laboratorio permanente del SNEM para el diagnóstico de los casos y la activación de la fumigación peri domiciliaria en caso necesario, particularmente durante brotes epidémicos.

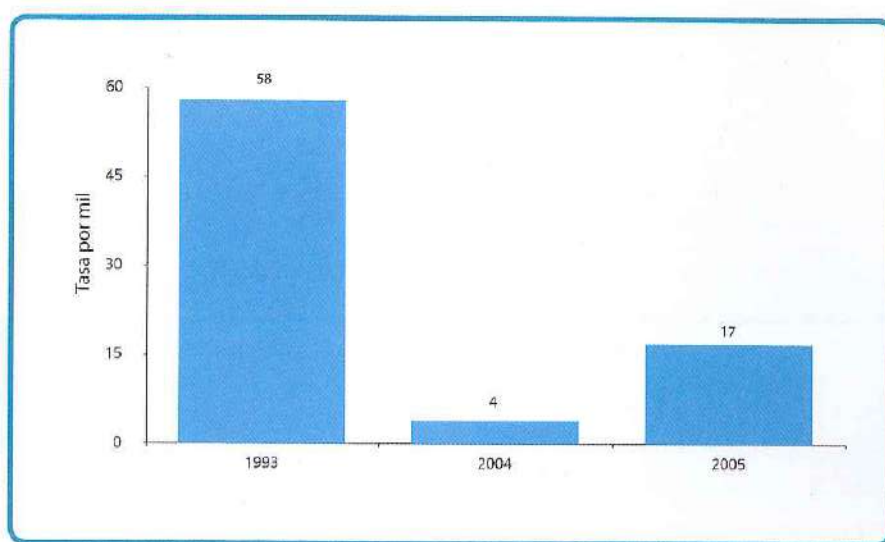
Figura 1: Mapa con áreas de brotes



♦ Perfiles epidemiológicos

El perfil epidemiológico de referencia a lo largo de los años precedentes coincide con la intervención y se resume en términos de tasas de incidencia en la Figura 2. Se asume que la situación de 1993 representa el comportamiento natural de la enfermedad (que se ha mantenido con estas características en áreas geográficamente cercanas y con perfil de riesgo comparable); el 2004 propone la transición de un año sin brote y el 2005 la del último brote epidémico.

Figura 2: Incidencia de malaria por año



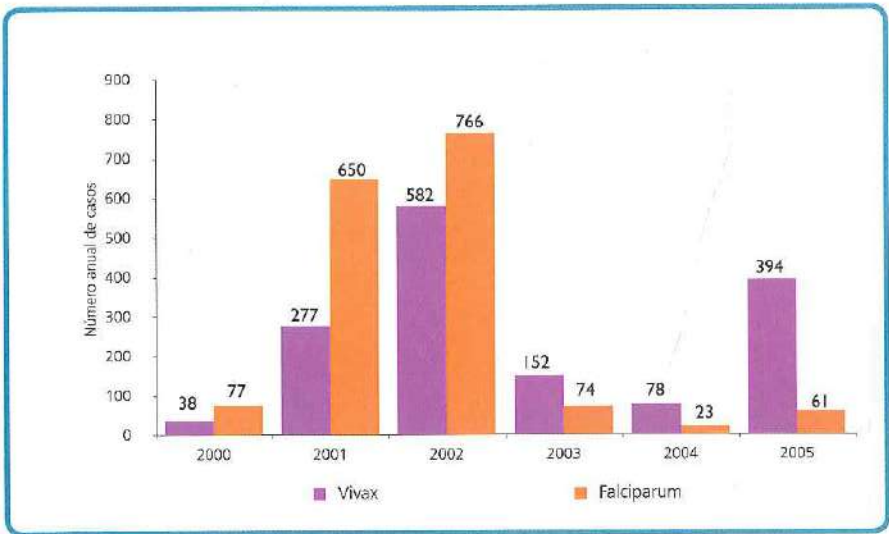
Fuente: estadística Área de salud/SNEM

La información que permite tener un cuadro general del área en términos del perfil epidemiológico de los seis años se resume en la Figura 3, donde se puede también evidenciar la transmisión inestable de casos y la especie predominante. En los tres primeros años, el *P. falciparum* ha sido la especie predominante, mientras que en los últimos tres años, el *P. vivax* ha predominado. Las bajas tasas de incidencia (1 por mil hab.), mantenidas desde 1998 hasta el 2000, produjo una baja inmunidad de la población frente al parásito lo que contribuyó al mantenimiento de períodos de epidemia en los últimos meses del 2001 y los primeros meses del 2002.

El brote del 2005 (que evidencia también la inversión del cuadro epidemiológico parasitario (Figura 3), permite explicar más claramente las ventajas de una estrategia basada en la (s) comunidad (es), con su articulación de vigilancia básica y de enfoque de riesgo.

Es preciso destacar ante todo que los casos procedentes de las zonas de riesgo descritas arriba, representan alrededor del 70 a 80% de todos los casos del área, en los tres brotes identificados en la Figura 3.

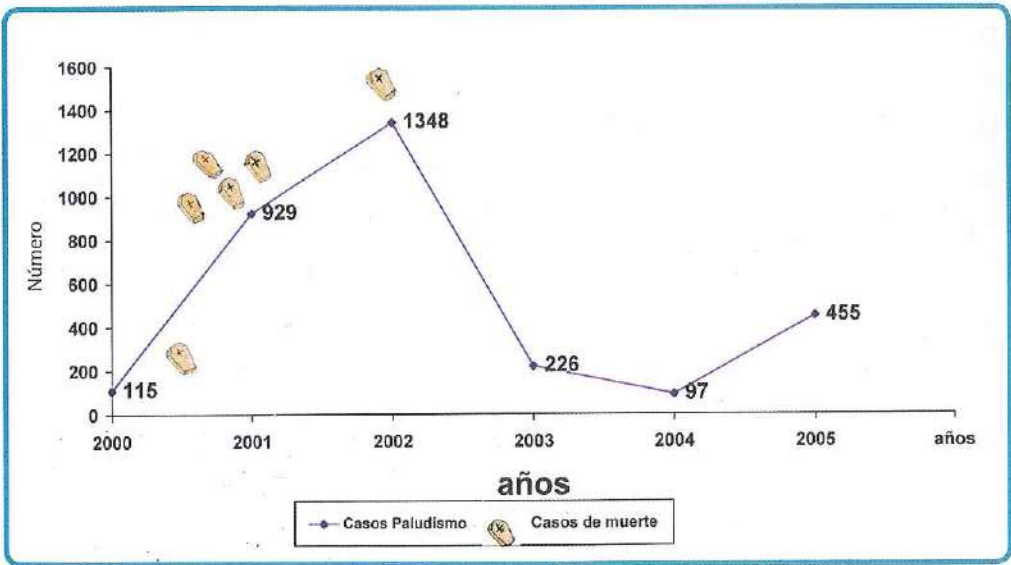
Figura 3: Distribución de especies de paludismo por año



Fuente: estadística Área de salud/SNEM

La Figura 4, en cambio, documenta el impacto en términos de mortalidad de esta situación epidemiológica, la misma que es agravada por la limitada capacitación del personal de salud del hospital de referencia en el manejo de casos graves de falcíparum.

Figura 4: Número de casos de paludismo y muertes por año



Fuente: estadística Área de salud y monitoreo de mortalidad

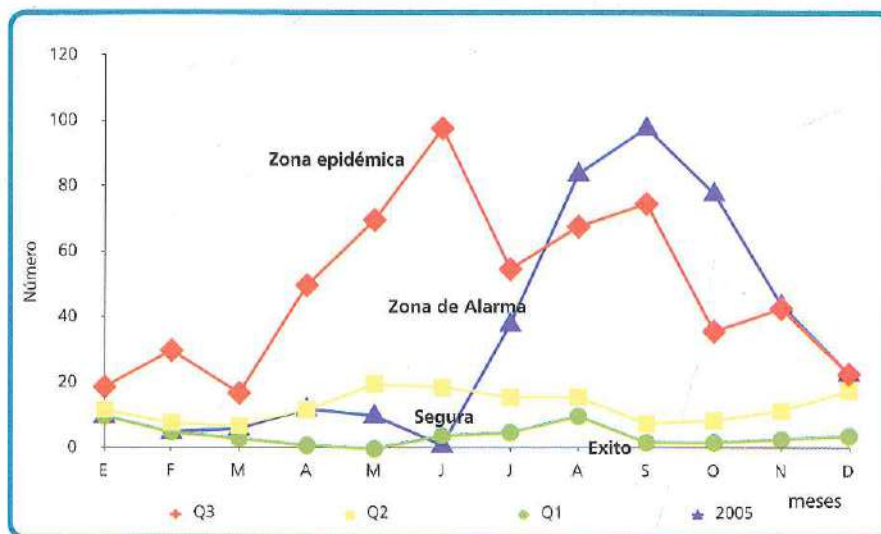
Además de los resultados en términos de casos y muertes, es importante resumir las actividades incluidas en el monitoreo intensivo de la comunidad de mayor riesgo, que están descritas y cuantificadas en la Tabla 1.

Tabla 1: Área de salud Borbón. Actividades de control del paludismo 2005

ACTIVIDADES	Nº	%
Impregnación toldos	694	89
Diagnóstico y tratamiento precoz (casos)	362	
Control mecánico de criaderos	19	
Control biológico de criaderos con peces larvófagos	3	
Charlas educativas	34	
Asambleas organizativas	9	
Profilaxis a embarazadas	15	
Casas rociadas	440	93

La disponibilidad de una curva epidémica específica del área (Figura 5) y su utilización permanente para tomar decisiones en las reuniones mensuales, ha permitido al sistema de vigilancia detectar muy oportunamente el grado de alarma correspondiente a las previsiones de la curva endémica y de activar todas las medidas de intervención antes de alcanzar la zona de epidemia. Si esto no se hubiera hecho habría habido un incremento significativo del número de casos con el consiguiente aumento de la carga asistencial y el sufrimiento de la población.

Figura 5: Curva endémica y epidémica de paludismo - área de salud Borbón



Fuente: estadística Área de salud/SNEM

Por otro lado hay que considerar que la situación ambiental que se vivía en esos momentos era adversa por cuanto la sequía hacía que los lechos de los ríos se convirtieran en criaderos, lo cual constituía un riesgo añadido que hubiera sido devastador de no haber habido la intervención. Llamaba la atención el hecho que, a pesar de la intervención intensiva, la transmisión de la enfermedad no disminuía en la medida en que se había observado en epidemias anteriores: "se controlaba en una comunidad y aparecía en otra". Esto puede explicarse porque a diferencia de otros años, en el 2005, la mayor parte de casos eran debidos a *P. vivax*. Estos casos se caracterizan por períodos sucesivos de invasión hemática por parte de parásitos persistentes a nivel hepático, con tiempos de desarrollo diferentes, que producen recaídas y por ende el apareamiento recurrente de gametocitos, formas parasitarias responsables de mantener la transmisión, si no se administra la primaquina, medicamento eficaz para estas formas. En resumen, es más difícil controlar la transmisión de *P. vivax* que de *P. falciparum*.

❖ Conclusiones

El cuento/historia del control comunitario del paludismo documenta la importancia de una de las herramientas clave de la Epidemiología Comunitaria, el diálogo constante y mantenido en el tiempo. El diálogo entre los diferentes actores: comunidades, personal de salud, SNEM ha permitido hacer de un programa vertical, un programa de control comunitario, optimizando recursos y consiguiendo resultados importantes que se han mantenido en el tiempo. Los datos que se refieren a los años sucesivos a los incluidos en este análisis confirman esta afirmación (Tabla2):

Tabla 2: Casos de paludismo área Borbón 2006 - 2009

Año	Nº Casos
2006	164
2007	24
2008	8
2009	5
Total	201

Fuente SNEM

Su relevancia es aun más clara si se consideran los datos de un área cercana, la de S. Lorenzo donde la intervención fue más bien vertical (Tabla 3):

Tabla 3. Casos de paludismo cantón San Lorenzo 2000 – 2009

Año	Nº casos
2000	1164
2001	1219
2002	1104
2003	707
2004	795
2005	715
2006	518
2007	322
2008	72
2009	204
Total	6820

Fuente: SNEM Esmeraldas

Hay que recordar que al comienzo el diálogo con el SNEM fue casi inexistente y a ratos conflictivo, pero posteriormente las relaciones mejoraron y el diálogo fue haciéndose permanente y muy productivo, lo que fue determinante para el éxito de la vigilancia epidemiológica a partir del año 2000 así como para el control del brote en el 2005.

La coordinación interinstitucional sostenida para el desarrollo de actividades, la delegación de funciones y la participación activa de la comunidad, pueden lograr resultados eficientes y eficaces en el control de la malaria, evidenciando la disminución progresiva y sostenida de casos (a pesar de los brotes epidémicos), y del impacto negativo de la enfermedad (casos graves y muertes).

En el control de la malaria, una sola medida no es suficiente, por lo cual es necesario estratificar la zona de tal manera que permita definir las comunidades de alto, mediano y bajo riesgo de transmisión para aplicar las intervenciones de manera selectiva y equitativa.

La malaria como problema de transmisión inestable, necesita de vigilancia y actividades permanentes a pesar de tasas de incidencia controladas, ya que al estar la población poco en contacto con el parásito pierde con el tiempo la inmunidad y pueden aumentar los casos graves y muertes por esta causa.

❖ Referencias bibliográficas

- » Kroeger, M. Mancheno, K. Pesse, Métodos Para Mejorar el Control de la Malaria en Ecuador y Colombia, Ed. ABYA YALA, Quito, 1995.
- » OPS/OMS. Situación de la Malaria en las Américas. Boletín Epidemiológico OPS/OMS 1996; 17 (4)
- » OPS/OMS. Situación de la Malaria en las Américas. Boletín Epidemiológico OPS/OMS 1997; 18 (3)
- » Tognoni G (ed.). Manual de Epidemiología Comunitaria. ISBN 9978-04-335-7. Ediciones CECOMET. Esmeraldas, 1997.
- » Epidemiología y Participación, ISBN 9978-41-833-4. Ediciones CECOMET 2001.
- » Reyburn H. New WHO guidelines for the treatment of malaria. BMJ. 2010 May 28;340:c2637.

❖ Cuadro de referencia

La importancia clínica, epidemiológica y social del cáncer del cuello uterino ha sido reconocida como uno de los problemas que más afecta la salud, la calidad y la autonomía de vida de las mujeres. Las estadísticas más recientes dicen que en el mundo ocurren aproximadamente 500 mil casos de cáncer de cuello de útero cada año y en un poco más de la mitad de estos se produce la muerte. América Latina se encuentra entre las cinco primeras regiones del mundo con más alta incidencia, estimándose que cada año podría haber un nuevo caso por cada 2500 mujeres, de las cuales al menos la cuarta parte llega a morir.

Aunque es uno de los cánceres que se puede detectar temprana y oportunamente, gracias a un sistema eficaz de prevención secundaria, en los países en desarrollo este tipo de cáncer sigue sin controlarse y es uno de los indicadores más fuertes e intolerables de la desigualdad en el goce del derecho de vida dentro del género femenino.

El examen recomendado para la detección temprana del cáncer de cuello de útero es el frotis cervical, también conocido como Papanicolaou que consiste en la realización de un ligero raspado de la mucosa externa e interna del cuello del útero con una paleta de madera y un cepillo de plástico. La muestra recogida se coloca en una placa de vidrio para que luego sea examinada a través de un microscopio en un laboratorio calificado por las autoridades sanitarias.

En la mayoría de los países se recomienda efectuar el primer examen de detección a todas las mujeres apenas inician una vida sexual activa, para luego repetirlo en un intervalo de tiempo que ha sido establecido por cada país, de acuerdo al tiempo de desarrollo de las lesiones y tomando en cuenta consideraciones de costo eficacia. Este intervalo puede variar de uno hasta cinco años.

Para todas las mujeres con lesiones de alto grado es necesario realizar exámenes complementarios en los centros de referencia, con el propósito de descartar signos de invasión y establecer un tratamiento oportuno.

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha establecido que la población destinataria de la detección oportuna de cáncer (DOC) sea aquella que se encuentra entre los 35 hasta 64 años de edad. En el momento en que se realizó este análisis, la recomendación era que cada mujer repita el examen cada 5 años. El objetivo previsto sería el de alcanzar cada año una cobertura de 20% en dicha población. Actualmente esta recomendación cambió y la exigencia es que el examen se haga cada 3 años.

El contexto de un área de salud como la de Borbón hace específicamente difícil la implementación del tamizaje con el frotis cervical por la presencia de todas las dificultades que, a continuación se describen:

- » ausencia de un plan organizado de intervención local para la prevención del cáncer de útero,
- » insuficiente formación del personal profesional sobre la toma correcta de la muestra,
- » obstáculos culturales de las mujeres hacia el examen (ej. puede violar su intimidad),
- » falta de discreción del personal de salud (llega a crear “bochinche” alrededor del tema),
- » abastecimiento insuficiente o discontinuo de insumos para realizar el examen,
- » pérdida y/o no entrega del resultado a las mujeres, lo que hace que pierdan confianza,
- » falta de información adecuada y falta de seguimiento a las mujeres positivas.

El reporte de casos de muerte y los casos que se detectaron con los exámenes esporádicos que eran realizados, motivaron la decisión de incluir como prioridad al programa de detección oportuna del cáncer de cuello de útero en el plan de intervención de Epidemiología Comunitaria.

La coyuntura del lanzamiento del proyecto “Mujer por tu vida” que realizó el MSP en el año 2000, en conjunto con la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ofreció la oportunidad de coordinar mejor con las instituciones para conseguir el material y para capacitar al personal de base.

Esto fue planteado como un desafío cultural y metodológico para la Epidemiología Comunitaria, tanto por la importancia de este problema para la salud de las mujeres como por las dificultades arriba mencionadas.

❖ ¿Qué se ha hecho?

◆ Principios

La aplicación de los principios de la Epidemiología Comunitaria para este problema se realizó por etapas, de acuerdo a las exigencias y a los obstáculos encontrados en el camino.

El primer paso fue el de no hacer del Papanicolaou algo distinto o separado de las otras actividades realizadas en la comunidad en beneficio de las mujeres, considerándolo como

un componente normal de los objetivos de prevención. Aparte de esto, pero quizás más importante, pensábamos que el Papanicolaou debía implementarse en la rutina y transformarse en una oportunidad para que las mujeres puedan adquirir poco a poco autonomía en el control de su salud reproductiva.

♦ Organización

Para fines operativos se organizó un programa que comprendía:

- » charlas generales con la comunidad para informar/sensibilizar sobre la posibilidad de prevenir el problema del cáncer del cuello uterino por medio de una prueba sencilla y sin dolor;
- » charlas orientadas a grupos específicos entre los que estaban grupos de mujeres, promotoras de salud y auxiliares de enfermería y personal profesional.

Con las mujeres se trataba de ofrecer la oportunidad de ser escuchadas en sus necesidades, sus creencias y exigencias. Al mismo tiempo se intentaba comunicar la importancia del problema y la forma de evitarlo/controlarlo con el uso de material sencillo y discusión de historias de vida de casos de muertes por sangrados transvaginales reportados en las reunión de monitoreo, los cuales representaban un problema "sentido" por la gente.

El objetivo de las charlas con las promotoras de salud y auxiliares de enfermería era el de darles herramientas/conocimientos para que pudieran hacer el seguimiento del problema a nivel individual.

Con el personal profesional se trataba de sensibilizarlos alrededor de un problema, muchas veces ignorado o considerado de menor importancia, para aumentar la cobertura y garantizar una recolección completa y adecuada de la información.

► Sistema de registro

Resultaba indispensable garantizar un sistema de registro a nivel local para:

- » tener un censo fiable por comunidad de la población prevista para las actividades de tamizaje;
- » tener una lista de las mujeres a las que ya se les había realizado el examen para, por un lado evitar las repeticiones innecesarias y, por otro lado conocer cuántas y cuáles nunca se habían hecho el examen, para de esta manera poder captarlas;
- » asegurar que todas las mujeres examinadas recibieran información adecuada y completa sobre los resultados del mismo, de manera que:

- las mujeres con un examen negativo sólo repetirían el examen cuando se hubiese cumplido el intervalo de tiempo establecido,
 - las mujeres con un examen positivo pudieran tener un tratamiento y seguimiento adecuado,
 - las mujeres con lesiones de bajo grado pudiesen realizarse, en su comunidad, controles periódicos con Papanicolaou a intervalos de tiempo adecuados.
- » Contar con un mapa de procedencia de los casos sospechosos /positivos, actualizado periódicamente.

♦ Población

Una de las decisiones más importantes fue la de ampliar la población prevista en el programa del MSP (35-64 años), a las mujeres más jóvenes (20-34 años), las cuales podrían tener un riesgo parecido, o quizás más alto. Esta decisión encontró su fundamento en la detección de casos positivos en grupos de edad excluidos por el programa oficial, por lo cual era importante comprobar si realmente el problema existía o si se trataba de casualidad. Se consideró que el aumento de carga de trabajo y la dificultad del seguimiento, al pasar de una población de 3336 a otra de 5603 mujeres, era menos importante que el valor epidemiológico y simbólico de la decisión. Esto permitía dar un mensaje más directo a la comunidad sobre la universalidad del derecho que tienen todas las mujeres de tener acceso a un servicio que puede salvar su vida.

♦ Devolución de resultados

También se consideró que un momento importante de seguimiento y participación era la devolución puntual y confidencial del resultado del examen a cada mujer en su comunidad. Esto sólo se podía realizar con la participación de las promotoras de salud y las auxiliares de enfermería, con las cuales, periódicamente, se actualizaba el mapa de los casos positivos.

♦ Capacitación de promotoras y auxiliares

En el año 2004 se dio una etapa novedosa que se debe subrayar como expresión del reconocimiento del rol de las comunidades en la gestión directa de actividades críticas para la salud. Esta fue la capacitación de cinco promotoras/auxiliares para que fueran calificadas por las autoridades sanitarias en la práctica de la toma de la muestra, con la idea de cubrir, con pocas personas, varias áreas que se encuentran dispersas en el territorio.

El proceso de entrenamiento y de “aceptación” del personal, que se describe más abajo, en el acápite de resultados de la formación, destaca la importancia de este paso, en el cual una vez más se afirma el principio de la Epidemiología Comunitaria de adaptarse a las coyunturas locales, buscando alternativas que faciliten alcanzar las metas previstas.

• **Resultados del Tamizaje**

En un periodo de 6 años (2000 a 2005) el número de mujeres que se beneficiaron del programa fue de 2297, alcanzando una cobertura de 41%. Se tomaron 2952 muestras para Papanicolaou; sin embargo, algunas de estas fueron repetidas (debidamente o indebidamente) en las mismas mujeres. Algunas micro áreas alcanzaron coberturas del examen superiores al 50%, mientras que otras tuvieron coberturas por debajo de 20%. Los datos detallados se resumen en las Tablas 1 y 2. Un total de 1643 muestras, que representan el 55.7% de los exámenes realizados, fueron tomadas en mujeres que por primera vez en su vida se realizaban el Papanicolau.

Tabla 1: Número PAP- test realizados por año desde el 2000 hasta el 2005

AÑO	Nº mujeres tamizadas	Nº muestras tomadas
2000	514	527
2001	257	276
2002	296	367
2003	273	348
2004	499	712
2005	458	722
Total	2297	2952

Fuente: monitoreo de DOC

Tabla 2: Resultado del tamizaje por micro áreas desde el 2000 hasta el 2005

Microárea	Población de 20-64 años	Nº pap –test realizados	Nº beneficiarias DOC: N. ¹¹	Nº mujeres con resultado positivo
Anchayacu	255	145	114 (44.7)	4
Atahualpa	634	422	333 (52.5)	17
Borbón	1857	688	580 (31.2)	31
Colon Eloy	286	298	233 (81.4)	5
Concepción	187	100	82 (43.8)	6
Maldonado	303	299	197 (65.0)	4
Playa de Oro	111	16	13 (11.7)	-
San Francisco	296	164	126 (42.5)	10
Selva Alegre	281	163	131 (46.6)	4
Santo Domingo	345	361	249 (72.1)	20
Wimbi	102	98	74 (72.5)	3
Zapallo Grande	946	192	159 (16.8)	10
Desconocido		6	6	-
Total	5603	2952	2297 (41.0)	114

Fuente: monitoreo de DOC

Un total de 220 mujeres que no pertenecían al grupo considerado por el programa, es decir jóvenes menores de 20 años o adultas mayores de 65 años, acudieron de forma espontánea para realizarse el examen. Por otro lado en 80 mujeres no fue posible tener un registro de edad, debido a que, a veces el personal de salud no registró el dato y otras veces a que las mujeres desconocían su propia edad. A estos grupos les llamamos

¹¹ Existen más Papanicolaou realizados que mujeres beneficiarias, debido a que algunas mujeres repitieron la prueba por varios motivos.

“población no DOC”. El detalle de la cobertura y del porcentaje de resultados positivos, tanto en estos grupos no previstos, como en los grupos previstos (Población DOC) se encuentra detallado en la Tabla 3.

Tabla 3: Mujeres con resultado positivo, por grupo de edad

	Grupo de edad	Población	Beneficiarias DOC	Positivas
Población DOC	20 a 34 años	2860	972 (34.0)	48 (4.9)
	35 a 49 años	1767	723 (40.9)	38 (5.2)
	50 a 64 años	976	302 (30.9)	16 (5.3)
	Subtotal	5603	1997 (35.6)	102 (5.1)
Población no DOC	10 a 19 años	3319	121 (3.6)	3 (2.5)
	Mayores 65 años	594	99 (16.6)	6 (6.0)
	Sin registro de edad	–	80 (–)	3 (3.7)
	Subtotal	3913	300 (–)	12 (4.0)
Total			2297 (41.0)	114 (4.9)

Fuente: monitoreo de DOC

Ciento catorce mujeres resultaron ser positivas con algún grado de lesión cancerígena, con un promedio de 19 casos nuevos por año. Resulta llamativo que de las 114 positivas 48 se encontraban en el rango de edad comprendido entre los 20 a 34 años, que está fuera de las recomendaciones oficiales pero que nuestro programa incluyó. Más chocante aún es el hecho que tres menores de 20 años, por tanto aún fuera del nuevo límite establecido, también tuvieron algún grado de lesión cancerígena.

Un total de 73 de las 114 mujeres con lesión cancerígena, que corresponde al 64.1%, resultaron tener una lesión de alto grado, y siete de estas estaban en los grupos no previstos o con edad no registrada. La mitad de las 48 mujeres con algún grado de lesión, y que se encuentran en el grupo de edad comprendido entre los 20 y 34 años, tuvieron una lesión de alto grado.

Todos los resultados del tamizaje se compartieron y discutieron de forma permanente con los equipos de salud en las reuniones mensuales de monitoreo y con las comunidades durante las asambleas. Los principales comentarios que surgieron se describen a continuación.

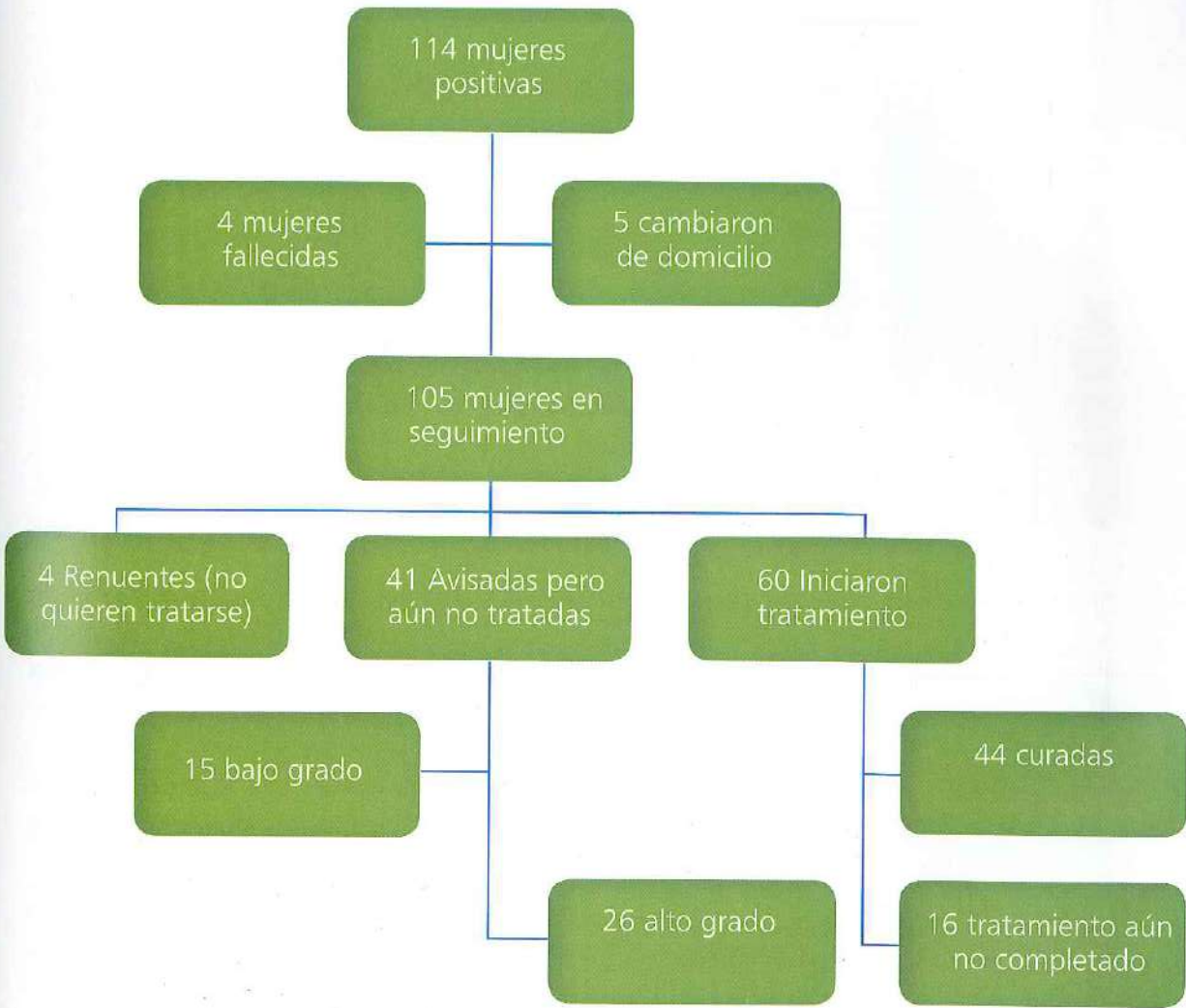
- La diferencia en el número de casos registrados cada año, sobre todo la que se observa en el primer año y en el periodo 2004-2005, corresponden, en el primer año, a la presencia de personal especializado (que tenía también un rol de educación y supervisión), y en los años 2004 y 2005 a la integración de las cinco promotoras-auxiliares que fueron entrenadas.
- En lo que se refiere a la cobertura de mujeres que deberían beneficiarse del DOC, existen grandes diferencias entre las diferentes micro áreas. Hay algunas que alcanzaron coberturas mayores al 50%, como Colon Eloy (81%), Santo Domingo (72%), Maldonado (65%) y Atahualpa (52%); mientras que en otras las coberturas fueron muy bajas, como en Playa de Oro (12%) y Zapallo Grande (17%). Esta variabilidad puede ser el reflejo de las limitaciones que existen para poner en práctica un programa de este tipo, y por esa razón su análisis merece una mirada desde diferentes puntos de vista. Por ejemplo, la baja cobertura observada en Zapallo Grande puede ser debida a factores como la mayor presencia de población indígena Chachi, a las dificultades de accesibilidad geográfica o al hecho que la mayor parte del personal de salud es de sexo masculino. Todos estos factores se constituyen en una gran barrera tanto cultural como física. Los procesos educativos y de concientización resultan mucho más largos, el examen debe realizarse en las condiciones técnicas más complicadas para respetar las exigencias culturales de las mujeres indígenas, la posibilidad de regresar a repetir una muestra que resultó inapropiada es casi nula. En cambio, las mejores coberturas alcanzadas en otras comunidades podrían deberse a factores como la presencia de personal mejor capacitado, motivado y de sexo femenino, o a la costumbre ya establecida de hacer seguimiento a otros problemas de salud.
- Los datos de la Tabla 3 nos transmiten un mensaje importante con respecto a la decisión de aplicar los criterios de "derecho de accesibilidad" a la definición de población destinataria. Si este grupo no hubiera sido incluido dentro de los criterios de población destinataria, 57 mujeres, de las cuales al menos la mitad tenían lesiones de alto grado, no se habrían podido detectar. Por otro lado hay que considerar que en 80 mujeres no se pudo obtener ni siquiera un registro de la edad, lo cual ya constituye una violación de derechos.
- Es posible que la importante incidencia de lesiones en mujeres jóvenes, que se observa en esta población, sea debida a hábitos sexuales precoces, promiscuos y sin protección, propios de este contexto social. Por esa razón hay que reflexionar sobre las recomendaciones y rangos previstos en los protocolos oficiales. Si las normas y líneas guías oficiales no permiten una cierta flexibilidad para adaptar las recomendaciones a contextos específicos, un programa de control puede pasar a ser un factor de exclusión social importante.

♦ Resultados del seguimiento de las mujeres positivas 2000 - 2005

La Figura 1 documenta uno de los aspectos más críticos de un programa de control de cáncer de útero, es decir la capacidad de garantizar una información apropiada y el seguimiento específico a las mujeres que resultaron positivas.

Todas las mujeres con resultado positivo para algún nivel de lesión cancerígena han recibido el aviso de su resultado: cinco cambiaron de domicilio y ya no se encuentran en el área; lastimosamente cuatro han fallecido, tres por el problema del cáncer del útero en estado avanzado y una con otro tipo de cáncer a nivel del músculo abdominal (sarcoma). Por otro lado cuatro mujeres son renuentes a cualquier intervención y 41 no han hecho ningún trámite todavía para tratamiento y curación, estando 26 de ellas con lesión de alto grado, lo que es bastante preocupante. Es necesario seguir con el acercamiento y la consejería de estas mujeres positivas para convencerlas y educarlas sobre la necesidad de realizarse exámenes complementarios y tratamiento. (Figura 1).

Figura 1: Seguimiento a las mujeres con Pap-test positivo



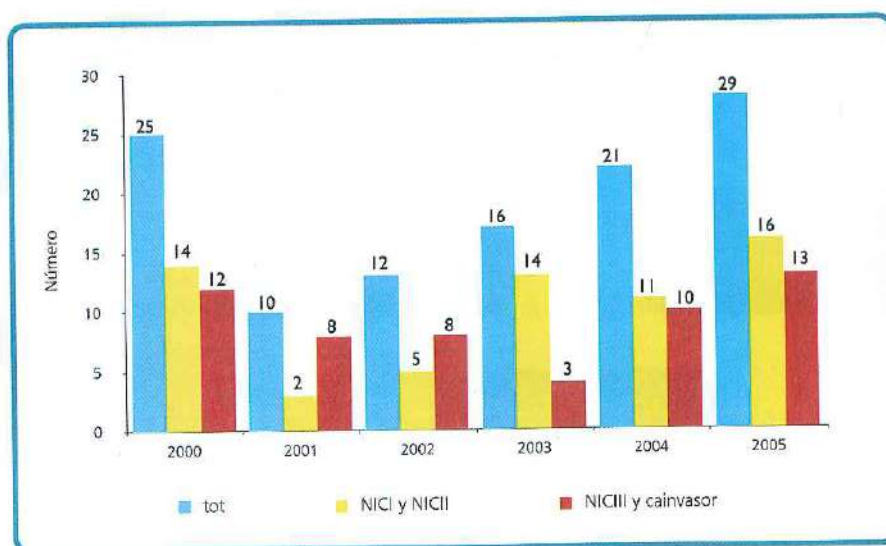
Fuente: monitoreo de mujeres positivas - Área Salud Borbón

Las 60 mujeres restantes están en diferentes niveles de su camino hacia la curación:

- » cuarenta y cuatro han hecho histerectomía/conización con resultado de bordes negativos a la histopatología y/o tienen control de Papanicolaou negativo posterior al tratamiento;
- » dieciséis han realizado exámenes complementarios y están en espera de conización o histerectomía (datos a final del periodo considerado, 2005).

El cuadro general de los resultados "clínicos" se completa con los datos de la Figura 2, que propone el perfil de las lesiones con diferente gravedad en las "mujeres positivas".

Figura 2: Distribución de lesiones cancerígenas según gravedad y malignidad por año



El objetivo de una intervención en DOC sería de alcanzar una tendencia anual capaz de mostrar, a los cinco años de iniciado el programa, una reducción progresiva de casos positivos. Por el momento, en Borbón, se documenta una fase todavía inicial del programa que no presenta esta tendencia.

A partir de 2005 no fue posible continuar el seguimiento debido a la fractura político-administrativa descrita y analizada en el capítulo "La salud materno-perinatal" que se presentó en el área.

♦ Resultados de la Formación

Se capacitaron cuatro auxiliares y una promotora de salud. Estas fueron escogidas en base a la confianza que, como mujeres, supieron ganarse con su actitud de trabajo en sus respectivas comunidades, y además porque mostraron tener gran afinidad con los problemas relativos a la salud materna. Tres de las auxiliares son de comunidades ubicadas

en el Río Santiago (micro áreas de Colon Eloy, Maldonado y Playa de Oro), una es del Río Cayapas (micro área de Atahualpa), quien además tiene afinidad con los dos grupos étnicos, negros y chachis; y la promotora de salud pertenece a una comunidad del Río Onzole (micro área de Anchayacu).

La propuesta de este rol novedoso de las auxiliares en el área fue bien aceptada a nivel superior (personal especializado de SOLCA), debido a la ya conocida ineficiencia que existe en el sistema de salud para llegar a las áreas más dispersas e inaccesibles.

Cada una de ellas hizo una pasantía en el Instituto de SOLCA en Esmeraldas para aprender la forma correcta de tomar la muestra, realizar el llenado de los formularios y mantener el sistema adecuado de manejo y transporte de las placas, punto muy crítico, pues la frecuente demora en el envío ocasionaba el crecimiento de hongos que no permitía la realización del diagnóstico.

Sucesivamente las auxiliares/promotoras recibieron un seguimiento con valoración y capacitación en acción en la toma de la muestra con el apoyo de personal profesional durante las visitas comunitarias multipropósito que realiza el área de salud. De esta forma durante el trabajo en la comunidad se pudieron detectar y mejorar directamente eventuales debilidades. En general se puede decir que todas han aprendido la técnica satisfactoriamente; no se puede demostrar todavía un aumento de coberturas por ser ésta una iniciativa demasiado reciente.

♦ Comentarios generales de la intervención

El análisis del programa de prevención de cáncer de cuello de útero en Borbón ha puesto de relieve la disyuntiva que existe entre focalización y universalidad, un tema que actualmente se aborda en la mayor parte de los foros de discusión académicos y políticos. Por otro lado, el camino de estos seis años, en la implementación del programa de Papanicolaou se ha constituido en un instrumento de diálogo y acercamiento a la mujer en todo lo que se refiere a garantía de derechos, que comprende la prevención de problemas de salud y la soberanía del cuerpo.

Equidad

Las líneas guías propuestas por el MSP en la prevención del cáncer de cuello de útero han focalizado su atención en el grupo etáreo de mujeres que, de acuerdo a los criterios de Medicina Basada en Evidencia, se encuentran en mayor riesgo de presentar el problema. El efecto de estas recomendaciones ha sido que, el criterio de focalización, había excluido a mujeres que se encontraban en otros grupos de edad y que necesitaban recibir esta atención. Esto ha sido uno de los resultados de políticas reformistas que sólo tomaron en cuenta criterios de costo – beneficio y que no consideraron diferentes realidades y contextos. Uno de los desafíos de la Epidemiología Comunitaria es garantizar la equidad considerada como una palabra clave. ¿Cómo garantizar equidad – universalidad en un ambiente donde

los determinantes económicos limitan las posibilidades de intervención? El enfoque de riesgo (considerar que se debe enfocar la atención en un grupo que se encuentra más vulnerable) no debe contraponerse con el principio de equidad – universalidad (garantizar el derecho de que todas las personas tengan acceso a intervenciones esenciales). Para garantizar equidad es imprescindible tomar en cuenta y ponderar diferentes criterios y adaptarlos a los contextos. En el caso de la prevención de cáncer de cuello de útero en Borbón se hacía necesario considerar otros criterios como los hábitos culturales y la poca accesibilidad que había excluido a las mujeres de una atención que era necesaria.

Diálogo

Varias han sido las oportunidades de diálogo que este programa ha generado. Por un lado la meticulosidad en la realización de una muestra de calidad, incluyendo el detalle en la recopilación de datos sociales y demográficos, ha permitido dar un valor añadido al Papanicolaou, dejando de ser una técnica mecánica y rutinaria, para convertirse en un momento único e irrepetible de contacto con la salud de la mujer, su intimidad y su ser integral.

Por otro lado la demostración que las promotoras de salud hicieron, de ser, una vez más, las guardianas de la salud de su comunidad: su presencia representó la posibilidad de acercarse a la problemática de las mujeres y de mantener un contacto continuo con ellas.

Cuando en una fase de desarrollo y mejoramiento del proceso no se puede mantener y asegurar a largo plazo el diálogo entre las mujeres, las auxiliares, la coordinación y los centros de tratamiento especializados, el esfuerzo de la intervención se interrumpe, su eficiencia se ve afectada en todos sus aspectos y deja de ser útil para la atención integral a la mujer y la disminución de la morbi-mortalidad.

Por otro lado hay que considerar que, cuando los programas oficiales de normatización proponen líneas guías que deben ser seguidas con estricto apego, las recomendaciones corren el riesgo de quedarse solamente en la teoría por la lentitud y la dificultad de difundir y de implementar la intervención. Esto sucede sobre todo en los lugares más marginados del territorio, donde el mensaje educativo puede quedar huérfano de destinatarios por falta de comunicación, difusión, y principalmente por falta de personal interesado en actualizarse y en dialogar con la comunidad para poder adaptar concretamente la actividad propuesta.

Seguimiento

La coordinación y comunicación continua entre la auxiliar en la comunidad, el equipo coordinador y el centro de especialidad permitió dar un buen seguimiento a las mujeres. Este seguimiento abarcó tanto a las mujeres que resultaron positivas para lesiones cancerosas, de manera que puedan realizar oportunamente los exámenes complementarios y los tratamientos necesarios, como también para aquellas que en el tamizaje resultaron

negativas para un cáncer, pero que tenían infecciones vaginales.

El momento de la toma del Papanicolaou representó la "oportunidad" para cumplir con el derecho a la salud integral de la mujer, el mismo que no puede limitarse al periodo de embarazo, parto y puerperio con el objetivo de garantizar una maternidad con menos riesgos. Antes y después del embarazo la mujer es sobre todo sujeto, pilar de la familia y de la sociedad, protagonista de la planificación familiar, de la detección y prevención de las infecciones de transmisión sexual.

Obstáculos

El programa no solamente tuvo obstáculos para su implementación. Su continuidad también se vio afectada a partir del año 2005, cuando la coyuntura política negativa en el área no permitió continuar con la formación práctica de las promotoras y con la frecuencia periódica de las visitas comunitarias en el territorio. Esta es una muestra más de cómo los conflictos políticos e intereses particulares pueden violar el derecho de las personas. Las mujeres de las comunidades de más difícil acceso quedaron de nuevo lejos de la posibilidad de recibir educación y prevención, sobre todo para las mujeres del grupo étnico Chachi que ya son víctimas de varios mecanismos de exclusión y para quienes el Papanicolaou significa acceder a una parte muy privada de su cuerpo y personalidad cultural y para lo cual el proceso es más delicado y largo.

Se podría también destacar los límites "epidemiológico-estadísticos" de esta experiencia, sobre todo en términos de cobertura, la cual ha quedado muy por debajo de la meta oficialmente proclamada de llegar en 5 años al 100%. Sin embargo, este informe de Epidemiología Comunitaria sigue siendo uno de los pocos, o quizás el único, que se ha tomado la responsabilidad de dar cuenta con todos los detalles posibles de lo que se ha hecho, y de averiguar los por qué de los resultados que se han presentado.

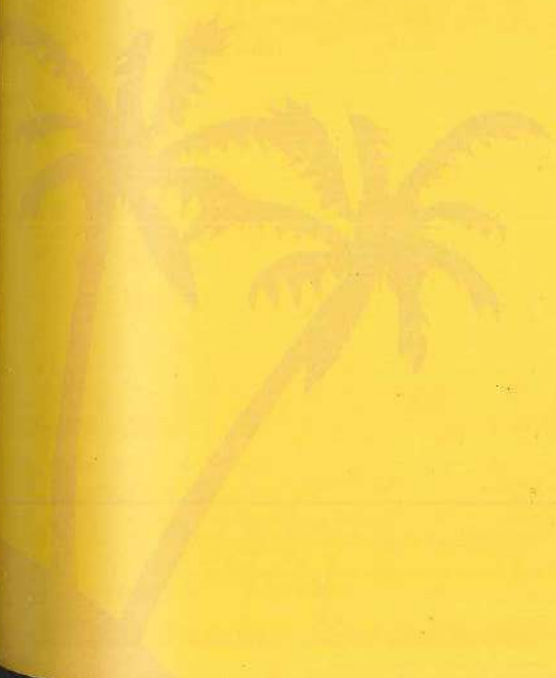
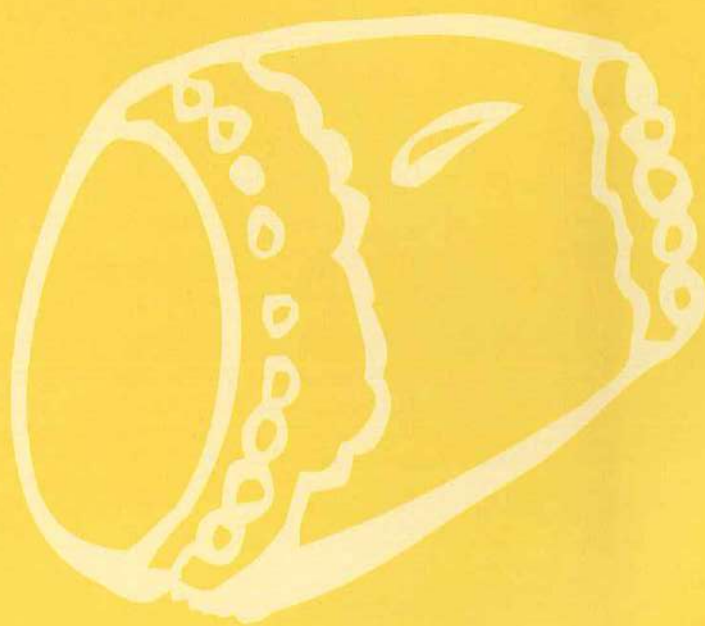
Su variabilidad en las diferentes micro áreas da buena cuenta sobre la complejidad del problema, las posibilidades y los grandes obstáculos, que pueden ser superados solamente con compromisos coordinados a lo largo de muchos años. Es evidente que no se trata solamente de garantizar recursos, si no también de dar una continuidad a las políticas culturales e institucionales. Documentar la distancia que existe entre las "buenas intenciones" de las campañas y su "transferibilidad" a las poblaciones reales (a pesar de la intensidad de las actividades desarrolladas en un marco de Epidemiología Comunitaria) es uno de los resultados importantes de esta experiencia piloto. Las implicaciones de estos resultados que parecen "negativos" en términos de "tasas de cobertura", pero que son altamente positivos por haber hecho visibles los problemas, son incluso más importantes si se piensa que detrás de los tantos casos ya detectados, hay un buen número de mujeres que se quedan en la espera del respeto de su derecho a la dignidad y a la vida porque sus problemas siguen siendo invisibles y no atendidos, por falta de una atención adecuada ¡que además es posible!.

❖ Referencias bibliográficas

- » Manual de Normas y Procedimientos para el cáncer del cuello uterino – Serie Paltex numero 6 - OPS, 1990
- » Rengaswamy S, Atul Madhukar Budukh, Rajamanickam Rajkumar - Programas eficaces de cribado del cáncer cérvico-uterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios – Boletín WHO, 2001, 79: 954-962
- » Ferlay et al - GLOBOCAN 2000 y 2002 – Agencia Internacional para Investigaciones en Cáncer (IARC)
- » George F. Sawaya, MD., K. John McConnell, Ph. D., Shalini L. Kulasingam, Ph. D et al - Risk of Cervical Cancer Associated with Extending the Interval between Cervical-Cancer Screenings – The New Eng J Med 349;16 – October 16, 2003
- » Schiffman M, Castle P. E, Jeronimo J et al – Virus del papiloma humano y cáncer de cervix – Lancet, 2007; 5: (OJO)

Capítulo 10

**Hipertensión: un clásico escenario médico
se transforma en un exitoso experimento
de Epidemiología Comunitaria**



❖ Introducción

Durante los últimos 20 años, los informes de las agencias internacionales sobre "la carga de enfermedades" de las diferentes poblaciones del planeta han puesto en evidencia que los problemas-riesgos cardiovasculares han asumido un rol protagónico como determinantes de mortalidad y de pérdida de autonomía de vida.

Tal como se encuentra descrita en la literatura clínico-epidemiológica, esta evolución tiene algunas características:

1. está destinada a acentuarse;
2. es igual de importante para la salud pública de todos los países independientemente de su nivel de ingresos y desarrollo económico;
3. los factores de riesgo que determinan la mortalidad y la morbilidad cardiovascular son parecidos en todas las regiones del mundo (aunque la importancia de cada uno de ellos puede variar según los países y las diferentes clases sociales);
4. lo que más hace la diferencia entre los países de altos y bajos recursos es la accesibilidad de los ciudadanos a las medidas diagnóstico-terapéuticas que permiten identificar, calificar, evaluar, tratar, monitorear los riesgos cardiovasculares;
5. los desafíos y el impacto de los riesgos cardiovasculares son muy bien conocidos y descritos en informes "macro" que interesan el mundo global o poblaciones que han sido objeto de estudios epidemiológicos puntuales. Sin embargo, la difusión, características e impacto de los riesgos cardiovasculares en poblaciones locales - que muchas veces son diferentes de las que se encuentran en los informes oficiales y en la literatura "científica" (donde los protagonistas son muestras seleccionadas con enfoque en medias y porcentajes y no en la dispersión y variabilidad de las comunidades rurales) - son poco o mal conocidos.

La hipertensión constituye uno de los factores más difundidos y conocidos en la epidemiología del riesgo cardiovascular y se puede considerar indicador modelo de las enfermedades crónicas no transmisibles que plantean el desafío de pasar de la etapa de identificación a un manejo que permita evitarlas o disminuir/retrasar el riesgo de transformación en eventos fatales y no fatales (Ejemplo: accidentes cardíacos y cerebrovasculares).

La importancia de enfrentar a la hipertensión desde un acercamiento comunitario que preste atención a los micro-contextos de vida y de existencia, deriva de algunas otras características de la enfermedad:

- a. es una condición que puede existir sin que haya una manifestación clara de síntomas clínicos;

- b. en la mayoría de los casos se la detecta en personas "sanas" y no puede ser relacionada a causas específicas documentables (sean esas biológica – orgánicas o vinculadas a costumbres/condiciones de vida);
- c. es un riesgo crónico que produce sus efectos a lo largo de muchos años;
- d. puede ser controlada con varias medidas farmacológicas que, para producir sus efectos, necesitan también de modificaciones importantes de costumbres de vida (ej. dejar de fumar, comidas apropiadas sin exceso de sal y de grasas; evitar el sedentarismo);
- e. la ausencia de síntomas que no motivan las personas a cuidarse/ preocuparse (como por ejemplo la tos que sugiere una sospecha de TB; o la orina dulce y malestares como en el caso de la diabetes), hace más difícil que asuman comportamientos de prevención-cuidados que deben prolongarse por toda la vida. Un ejemplo es el cumplir con la adherencia al tratamiento farmacológico, aun más difícil cuando el costo queda a cargo del paciente (lo que ocurre paradójicamente sobre todo en los países más pobres, donde los tratamientos casi nunca están garantizados por un sistema público de salud).

La hipertensión representa en este sentido no solamente un riesgo cardiovascular sino también, y quizás sobre todo, un desafío cultural y social: requiere, de hecho, de una concientización individual y también social y comunitaria. Es preciso subrayar que aún en los países donde los medicamentos son accesibles sin costos para los pacientes, y donde la presión a consumir medicamentos por parte de los laboratorios farmacéuticos es grande tanto sobre los médicos como sobre los pacientes, el nivel de control de ese riesgo está lejos de ser satisfactorio.

Por todas las razones mencionadas arriba, la inclusión de la hipertensión entre los objetivos específicos de un programa de Salud-Epidemiología Comunitaria en el área de Borbón-Esmeraldas pasó a ser:

- a. un deber de salud pública: el área de Borbón – Esmeraldas es un modelo de lo que se considera una sociedad en transición epidemiológica, es decir, donde problemas-enfermedades-riesgos no vinculados a causas infecciosas – transmisibles, se añaden y quizás se vuelven más importantes que las enfermedades infecciosas (ej. tuberculosis, paludismo);
- b. la respuesta a una necesidad específica y bien documentada: un trabajo reciente de Epidemiología Comunitaria mostró una prevalencia preocupante de hipertensión grave, especialmente en las personas de raza negra, grupo mayoritario de la población del área;
- c. la aplicación de estrategias apropiadas para detectar, monitorear, controlar los riesgos asociados a la hipertensión, que son el resumen más completo de los desafíos y de los

métodos de la Epidemiología Comunitaria: concientización e información participativa de la comunidad y de los individuos, seguimiento de los casos, con particular atención a los de mayor riesgo, que muchas veces son los más marginados de la comunidad por razones culturales y socio económicas; búsqueda participativa de fondos para garantizar la accesibilidad a los medicamentos así como a recursos diagnósticos y de monitoreo;

- d. la oportunidad para el involucramiento y colaboración de todos los "actores" que se cruzan en la comunidad y en los sistemas de salud: promotoras/promotores, enfermeras, médicos, redes sociales e individuos de la comunidad.

El cuento del camino que se ha hecho (y que sigue desarrollándose) para hacer de la hipertensión un capítulo modelo de la Epidemiología Comunitaria se transforma en este sentido en un manual de:

- » cómo se deben/pueden interpretar las "líneas guías" en contextos periféricos;
- » los resultados que se pueden conseguir;
- » las barreras que se encuentran;
- » la capacidad-necesidad de autonomía de promotoras/es como condición imprescindible para garantizar el acceso de comunidades marginales a los conocimientos y a los recursos técnicos;

❖ Actividades y herramientas

Durante las consultas en las comunidades los equipos de salud siempre detectaban algunos pacientes hipertensos pero fueron las historias de vida de muertes y casos graves, en especial accidentes cerebro-vasculares, cada vez más frecuentes en los adultos, que despertaron en promotores/auxiliares y profesionales el interés de conocer mejor la magnitud del problema hipertensión.

Desde 1995 hasta 2001, como componente de las actividades de la intervención comunitaria, se realizó un tamizaje de presión a todos los mayores de 18 años. Los objetivos del tamizaje, que involucró a 4284 personas en 100 de las 129 comunidades existentes, fueron:

- » conocer la magnitud del problema,
- » conocer la distribución de la hipertensión en los grupos étnicos presentes en el área, entre los dos sexos y en los diferentes grupos etáreos.

La herramienta utilizada para recoger la información era una ficha con nombres y apellidos, fecha de nacimiento/edad, sexo, raza, tabaquismo, familiaridad, complicaciones ya tenidas, patología asociada (especialmente diabetes) y eventual tratamiento recetado.

Al final de este gran esfuerzo, los datos, elaborados con el apoyo de algunos expertos del Instituto Mario Negri de Milán, se discutieron con todo el personal de salud en un taller de tres días en el que, luego de introducir el concepto de "riesgo cardiovascular", se decidieron conjuntamente las estrategias de intervención.

♦ **Clasificación de los hipertensos**

Con el objetivo de conocer el nivel de gravedad de cada hipertenso, en la imposibilidad de realizar a todos los exámenes sugeridos por la OMS por el costo elevado y las dificultades de acceso, se elaboró una tabla para el cálculo del Riesgo Cardiovascular (riesgo que tiene el paciente de hacer una complicación o de morir en los siguientes 10 años) que permitiera clasificar a los hipertensos sin costo. La tabla tomaba en cuenta el valor de la presión arterial, la edad, el sexo, tabaquismo, diabetes, y complicaciones ya tenidas. Esta herramienta, fácilmente utilizada también por promotoras/es y auxiliares de enfermería, permitió definir el riesgo cardiovascular de cada hipertenso y reconocer a los más graves (Figura 1).

Figura 1: Tabla para el cálculo del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos

Lado A

Factores que aumentan el peligro	VALORES DE LA PRESIÓN			
	Menor de 140/90	De 140/90 a 159/99	De 160/100 a 179/109	Mayor de 180/110
NINGUNO	NORMAL	BAJO	MODERADO	ALTO
Tabaquismo y /o Edad Avanzada	BAJO	MODERADO	MODERADO	MUY ALTO
Diabetes	MODERADO	ALTO	ALTO	MUY ALTO
Complicaciones Cerebro y Corazón	ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO
Tabaquismo: Más de 10 cigarrillos al día Edad: Más de 55 años: Varones Más de 65 años: Mujeres				

Factores de riesgo cardiovascular

- Varón mayor de 55 años.
- Mujer mayor de 65 años.
- Fumar más de 10 cigarrillos al día (Tabaquismo)
- Diabetes (orina dulce)

Complicaciones:

- Haber tenido una trombosis o derrame.
- Insuficiencia cardíaca (corazón cansado)
- Haber tenido un infarto.

♦ Seguimiento de los hipertensos

Se decidió asignar una tarea específica a cada miembro del equipo de salud, según su nivel de formación:

- » los/as promotores/as de salud y auxiliares de enfermería registraban en el cuaderno epidemiológico (herramienta principal) el control periódico de la presión, la toma del tratamiento y el cálculo del riesgo cardiovascular (Figura 2). Fieles al principio de la equidad, se decidió dar más seguimiento a los hipertensos con riesgo cardiovascular Alto y Muy Alto: la visita domiciliar era imprescindible e inmediata si estos pacientes no acudían al subcentro de salud para el control. Cuando captaban nuevos hipertensos, promotores/as/auxiliares los remitían al médico para la apertura de la ficha de seguimiento y, de ser necesario, la prescripción del tratamiento;

Figura 2: Control de Hipertensos en el cuaderno epidemiológico de promotores/as y auxiliares de enfermería

CONTROL DE HIPERTENSOS									
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	COMPLICACIONES Y DIABETES	Fecha: Mayo		Fecha: Junio		Fecha: Agosto	
				Valor TA	Tto.	Valor TA	Tto.	Valor TA	Tto.
☒ Helena Herlin Humberto Suarez	75	M	Fumador.	160/80	Si	180/90	No	180/90	No
☒ Valencio Gongá Rigio	59	F		112/80	Si	140/90	Si	130/80	
☒ Herrado Padilla Flavia	79	M		140/80	Si	160/90	Si	140/80	
☒ Nina Valencia Andrea	75	F		125/80	No	132/60	No	120/80	Si
☒ Varraga Valencia Reinaldo	63	M		120/80	D	138/90	Si	140/80	No
☒ Varraga Gairado Pascual	76	M	ICC	178/110	Si	130/90	Si	160/100	No
☒ Herrado Varraga Adelina	46	F	DIABETES	205/120	Si	Remanente pasante			
☒ Gairado Ganga Colindale	37	F		109/80	D	110/80	No	120/80	No
☒ Yonny Herrado Gairmonis	67	F	ACV	170/80	Si	140/80	Si	150/80	
☒ Nina Valencia Mariana	66	F		Aumente	Guapote				

En la columna "Tratamiento" se pone SI, si el paciente está tomando regularmente el tratamiento. Si ha dejado de tomar, aunque solo unos días, hay que poner No

» los médicos, en base al riesgo cardiovascular de cada hipertenso, hacían la prescripción del tratamiento y registraban la adherencia, la eficacia y eventuales reajustes terapéuticos en una ficha de seguimiento, herramienta que utilizaban durante las visitas periódicas a las comunidades.

♦ Acceso al tratamiento

Otra dificultad que se debía superar era el costo de los medicamentos antihipertensivos que no estaba al alcance de la mayoría de los hipertensos. Gracias a la colaboración de algunos grupos de hipertensos e instituciones extranjeras se ha logrado entregar el tratamiento mensual (obviamente con medicamentos genéricos) al precio simbólico de 1 dólar (\$ 2 para algunos medicamentos). Algunas comunidades trataron de subsidiar el costo simbólico del tratamiento para los ancianos solos y los más pobres con diferentes actividades (ej.: venta de artesanía del medio, venta de coco,...).

♦ **Recolección de eventos centinelas**

Recolección de mortalidad y casos graves por causas cardiovasculares y documentación con las historia de vida, durante las reuniones mensuales de monitoreo que se realizaban en el área de salud.

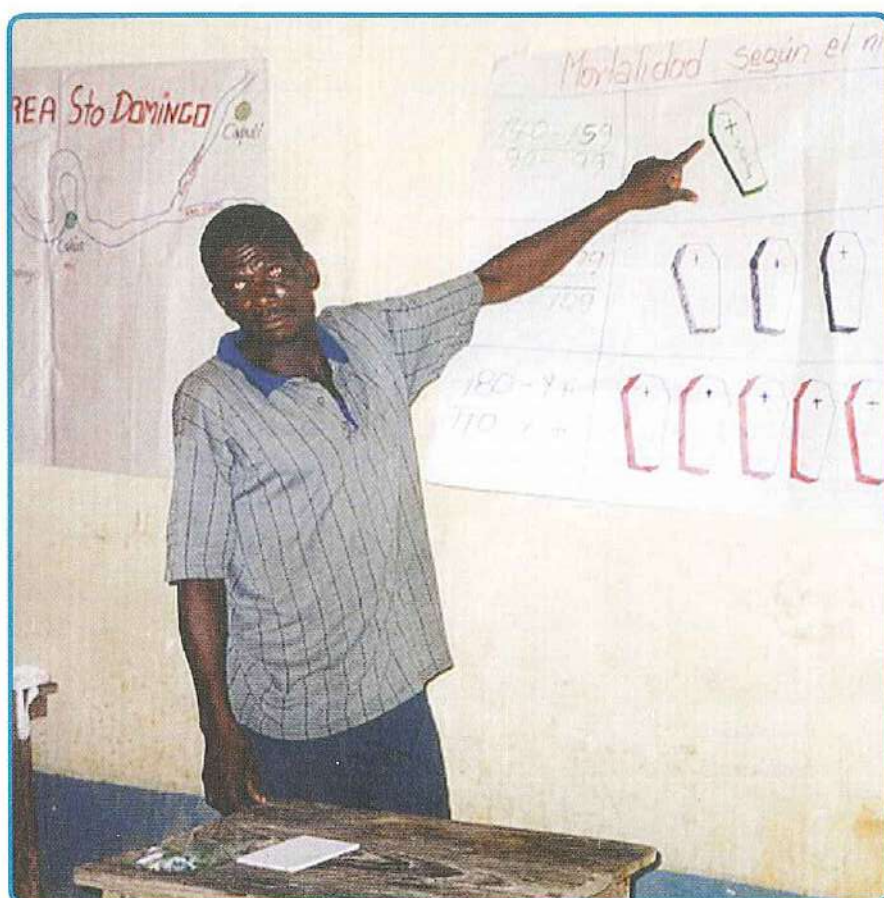
♦ **Diálogo con la comunidad**

Las herramientas utilizadas han sido varias:

- * discusión de la realidad encontrada con la comunidad

Los papelógrafos con dibujos sencillos, elaborados con promotores y auxiliares, fueron la herramienta que permitió devolver los resultados más importantes del tamizaje a las comunidades y facilitaron la comprensión de la realidad de la hipertensión, de por sí muy compleja (Figura 3).

Figura 3: Promotor en diálogo con la comunidad



- * Discusión de historias de vida de muertes y/o casos graves (Panel 1)

Panel 1

"Hipertenso de 68 años de edad, conocido desde 1984, año en el que empieza con valores de la presión ligeramente más altos de lo normal 140/90. En los siguientes años sólo se lo mantuvo con dieta con poca sal porqué todavía no necesitaba tratamiento con medicinas. En 1993 se le encontró un valor de 180/105 y se le inició el tratamiento con tabletas. El señor no era fiel a su tratamiento y pasaba largo tiempo sin tomar nada.

En 1997 tuvo un derrame y a consecuencia de eso quedó paralizado el lado izquierdo y se quedó con ataques como los que tienen los epilépticos. A raíz de esto, a su tratamiento para la presión se le añadió una tableta para que no le dieran ataques.

En 1998 entró en el programa de control de la hipertensión. En 1999 realizó los exámenes de laboratorio sin que apareciera nada de especial y un ECG que resultó normal.

Durante algún tiempo tomó regularmente los medicamentos y su presión se mantenía en valores de 150/90. Cuando quedaba sin tratamiento su presión volvía a subir (170/100). Tampoco tomaba con regularidad el medicamento para los ataques así que de repente seguía teniendo crisis.

En mayo de este año la gente le dijo que si las tabletas de la presión no le quitaban los ataques era mejor que dejara de tomarlas. Y él las dejó. En Julio le dió un nuevo derrame, se quedó inconsciente y a los cinco días murió".

- * Difusión de versos y arrullos, típica expresión cultural de los negros que así celebran y hacen memoria de los acontecimientos de la vida, compuestos por "cantores/as" de las comunidades, sobre la hipertensión y sus riesgos (Panel 2).

Panel 2

La hipertensión arterial	
<i>En todo este continente De este inmenso Ecuador Hay un sector más afectado Con el mal de la presión.</i>	<i>Controlando a todos ellos Como una prioridad Conseguimos que los pacientes Se puedan recuperar.</i>
<i>Si sabemos de verdad Y con muchos fundamentos Que por esa enfermedad Ya hubieron muchos muertos.</i>	<i>La causa de este fenómeno No podemos concretizar Que se produce por mucho coco O será por heredad.</i>
<i>Es el caso de las finadas María Elsa, Rosenda y Paula seguro están en la gloria según nos dice la historia.</i>	<i>También dicen las estadísticas De saneamiento ambiental Que nuestros antepasados No ingerían mucha sal.</i>
<i>Se hicieron investigaciones Al derecho y al revés Pero tenemos un registro De los hipertensos de Timbiré.</i>	<i>Muchos dicen que es mentira Que la muerte anda por doquier Pero con experiencia lo digo Que sí afecta a Timbiré.</i>
<i>Con muchas dificultades Lo logramos conquistar Buscando muchas estrategias Como prueba de humanidad.</i>	<i>La única alternativa Lo digo con condición Apoyando con gratitud A los equipos de la misión.</i>
<i>Hay unitos que son renuentes Como cosa que se lleva el viento Que no buscan con buen carisma De tomar su tratamiento.</i>	<i>Realizando monitoreo Como la flor de canela Considerando estos casos Como eventos centinelas.</i>
<i>Vamos a buscar los datos Que nos arrojan las encuestas En el círculo hay con pastillas Y otros que tienen dietas.</i>	
Julio Valdéz, Promotor de salud de Timbiré	

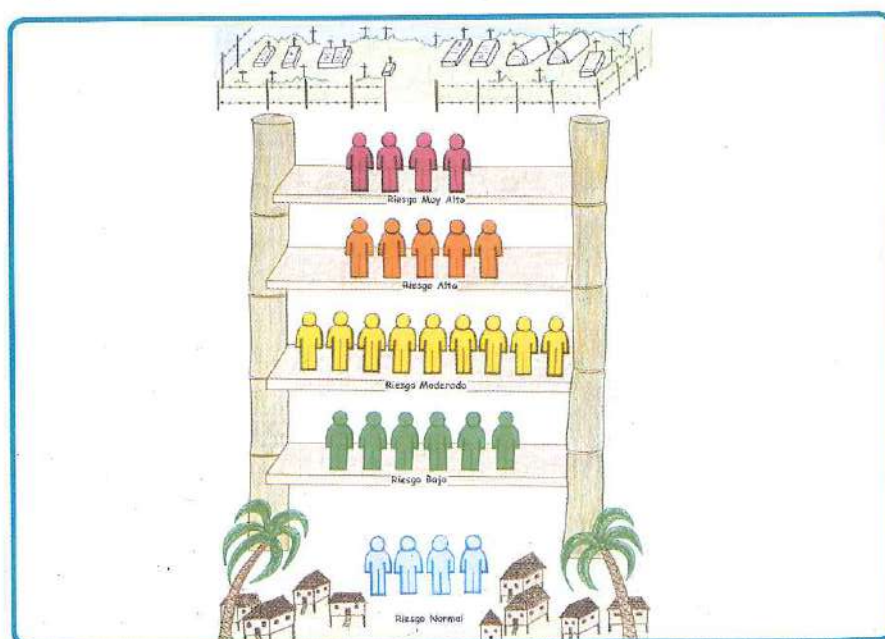
* Juego didáctico sobre factores de riesgo y complicaciones (Figura 4).

Figura 4: Miembros de la comunidad y equipo de salud reunidos alrededor del juego didáctico sobre la hipertensión



* La "escalera de riesgo": herramienta sencilla que facilita la comprensión del nivel de gravedad de cada hipertenso, proporciona la información sobre el Riesgo Cardiovascular comunitario y evidencia los cambios individuales y comunitarios del riesgo cardiovascular en el tiempo (Figura 5).

Figura 5 : Escalera del riesgo cardiovascular comunitario



- ✱ Encuentro con grupos focales para entender por qué a los hipertensos no les gusta tomar las tabletas.
- ✱ Charlas educativas sobre la importancia de una alimentación adecuada (poca sal y grasa) y de cambios de hábitos (alcohol y tabaco).

Panel 3

Síntesis del proceso

Conocimiento del problema

- Capacitación del personal de salud.
- Sensibilización de las comunidades.
- Tamizaje de presión en mayores de 18 años.
- Puesta en común y análisis de los resultados del tamizaje con el personal de salud, introducción del concepto de riesgo cardiovascular y definición de las estrategias de intervención.

Estrategias y herramientas

- Presentación y análisis de los resultados del tamizaje a las comunidades.
- Encuentros educativos con la aplicación de juegos didácticos sobre factores de riesgo y complicaciones de la hipertensión.
- Análisis de historias de vida de hipertensos complicados o muertos.
- Tabla simplificada para el cálculo del riesgo cardiovascular.
- Escalera de riesgo para la discusión del RCV comunitario.
- Reuniones con grupos focales para conocer las razones del rechazo o incumplimiento del tratamiento.
- Elaboración y difusión de versos sobre la hipertensión, típicos de la tradición cultural negra.

Intervención

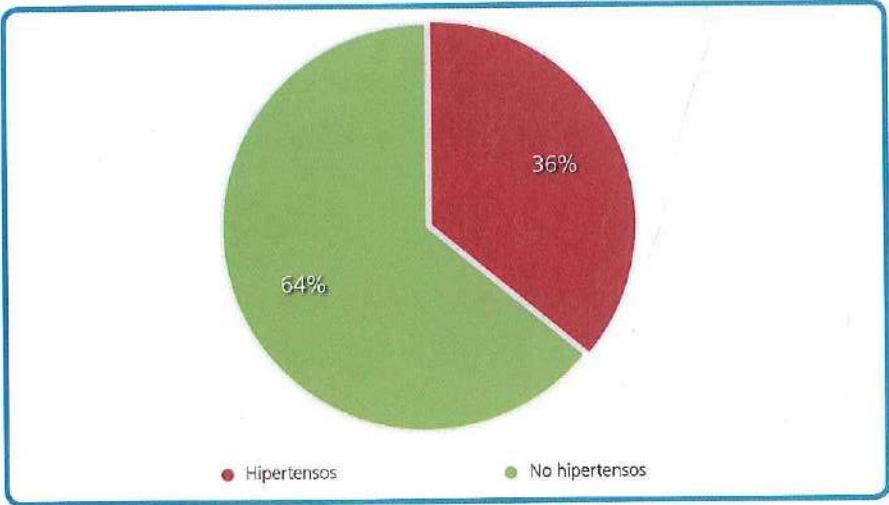
- Seguimiento con una ficha de parte de los médicos.
- Control de presión, entrega de medicamentos, educación, registro de los controles y de nuevos hipertensos en el cuaderno de parte de promotoras/es, auxiliares y enfermeras.
- Abastecimiento de medicamentos a bajo costo.
- Monitoreo de la mortalidad.
- Primera evaluación y análisis de la ficha de seguimiento.
- Adaptación del plan de seguimiento: mayor responsabilidad al personal de base.
- Inicio de un nuevo tamizaje.

❖ Resultados

♦ Tamizaje

1. La definición de la magnitud del problema: cuántos eran los hipertensos, qué edad tenían y quiénes eran los más afectados (Figura 6).

Figura 6: Prevalencia de hipertensión al tamizaje



Fuente: tamizaje de hipertensión, área Borbón

La prevalencia de la hipertensión fue del 19.5% en los menores de 40 años; del 47% entre 40 y 59 años y del 67.6% en los de 60 o más años.

La prevalencia en las diferentes razas era del 42% en la raza negra, del 25% en la raza blanca y del 1.9% en la raza india.

2. Los niveles de presión.

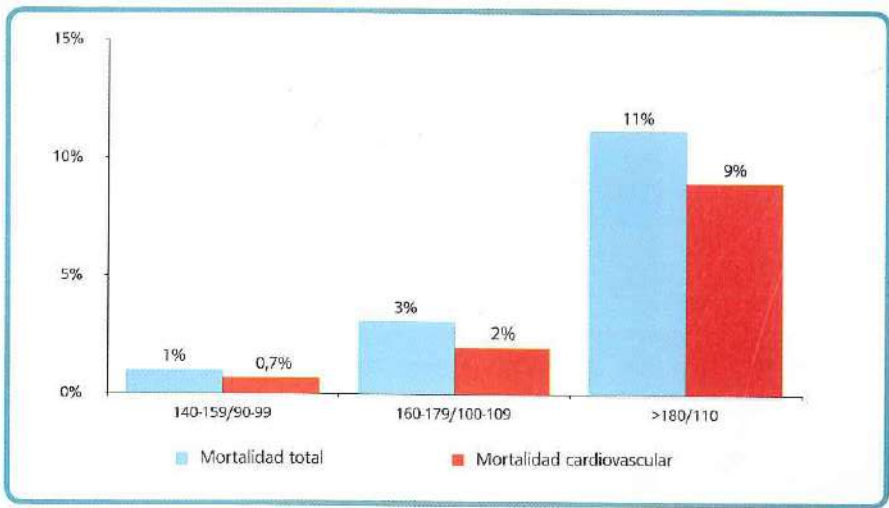
Tabla 1: Distribución de los valores de presión según grados

Categoría	mmHg	N	%
Normal	< 140/90	2746	64.1
Hipertensión grado I (leve)	140-159/90-99	676	15.8
Hipertensión grado 2 (moderada)	160-179/100-109	451	10.5
Hipertensión grado 3 (grave)	>180/110	411	9.6

Fuente: tamizaje de hipertensión, área Borbón

3. La relación entre muertes y valores de presión (Figura 7).

Figura 7: Monitoreo de la mortalidad en los hipertensos según valores de presión



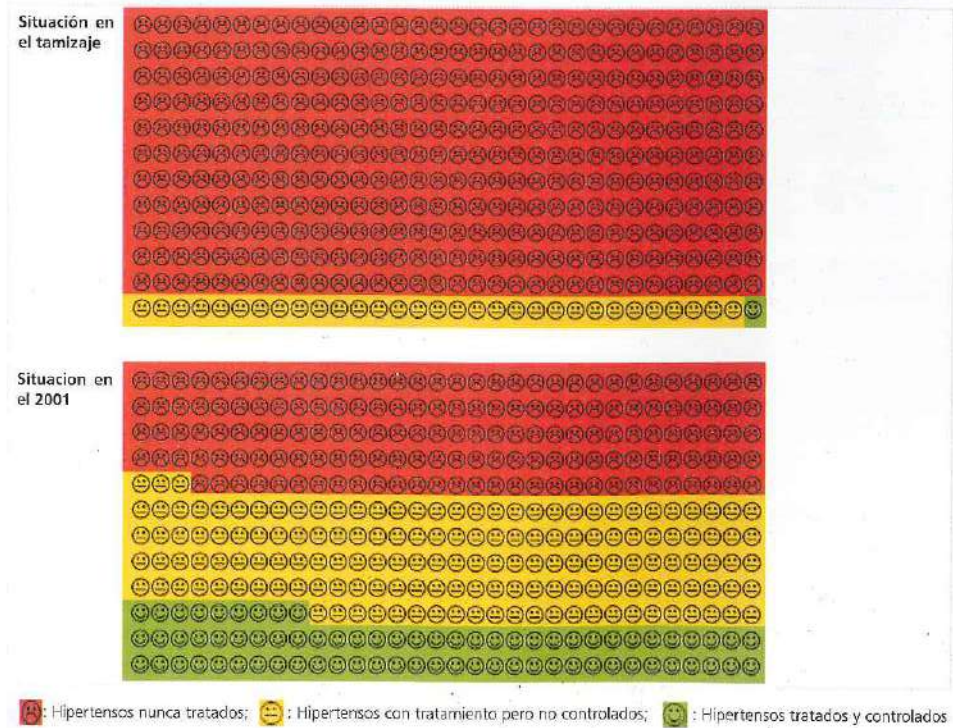
Fuente: monitoreo de mortalidad

♦ Seguimiento con profesionales

Una primera evaluación de la ficha de seguimiento de los hipertensos ha permitido conocer:

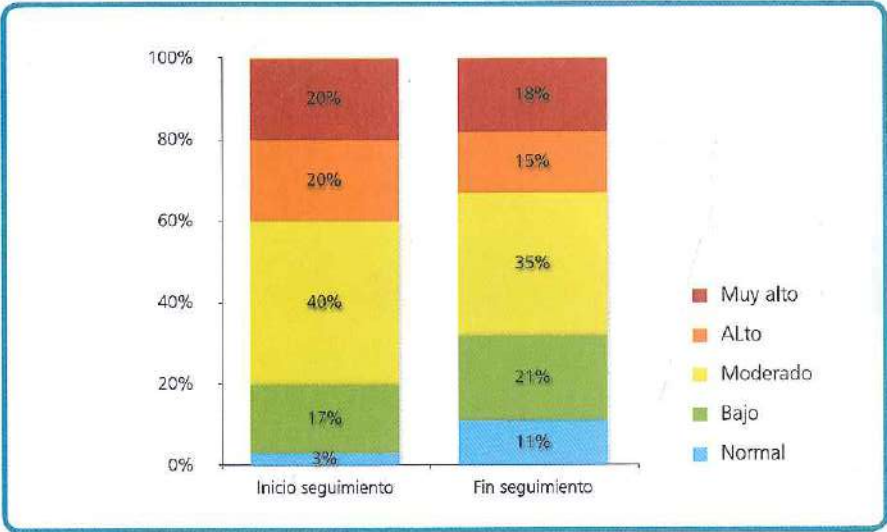
- 1. que aumentó la prescripción del tratamiento y el número de pacientes con valores de presión normalizados (Figura 8).

Figura 8: Control comparativo de la hipertensión entre el tamizaje y la evaluación del 2001



2. que aumentó el porcentaje de pacientes con RCV normal y se redujo el porcentaje de pacientes con RCV alto (Figura 9).

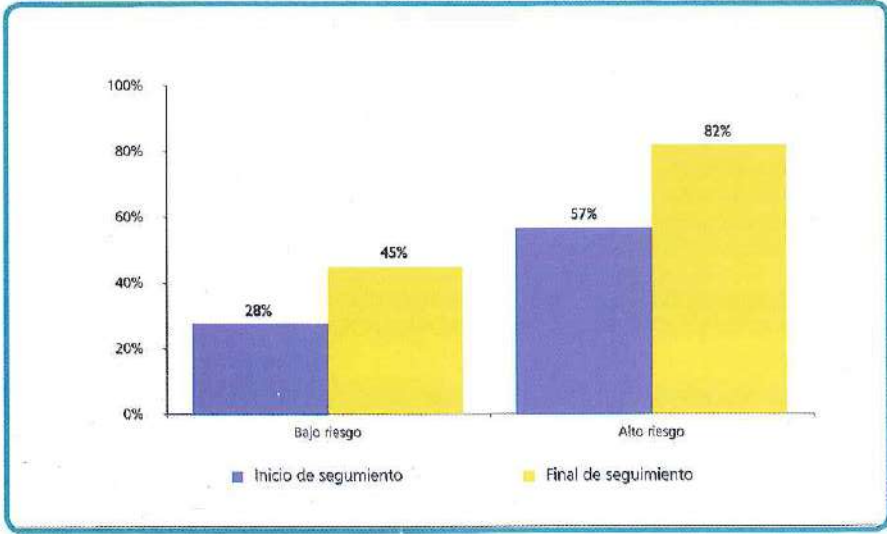
Figura 9: Riesgo cardiovascular antes y después del seguimiento



Fuente: seguimiento de hipertensos

3. que había todavía una cierta deficiencia en el uso del RCV para la toma de decisión de iniciar el tratamiento: poco aumentó la prescripción en el grupo de pacientes con RCV alto y muy alto (Figura 10).

Figura 10: Porcentaje de pacientes con tratamiento farmacológico antes y después del seguimiento, de acuerdo a su riesgo cardiovascular

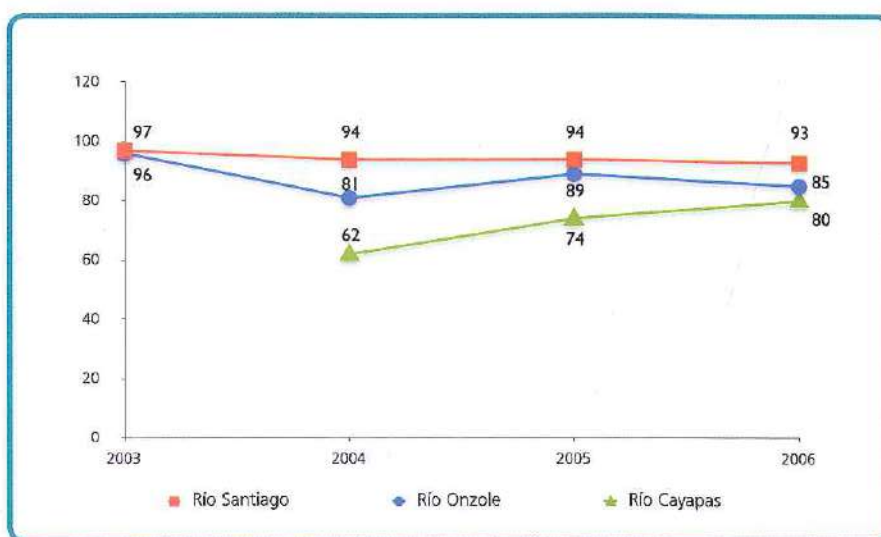


Fuente: seguimiento de hipertensos

♦ Seguimiento hecho por promotoras/es y auxiliares

El análisis de los cuadernos epidemiológicos de promotores/auxiliares evidenció una buena cobertura de controles que se mantiene en el tiempo en los 3 ríos (Figura 11).

Figura 11: Cobertura anual de controles realizados por promotoras/es o auxiliares de enfermería por año



Fuente: cuaderno epidemiológico de promotores/as y auxiliares

En el río Onzole, los hipertensos controlados fueron: 167 en 2003; 140 en 2004; 180 en 2005 y 163 en 2006.

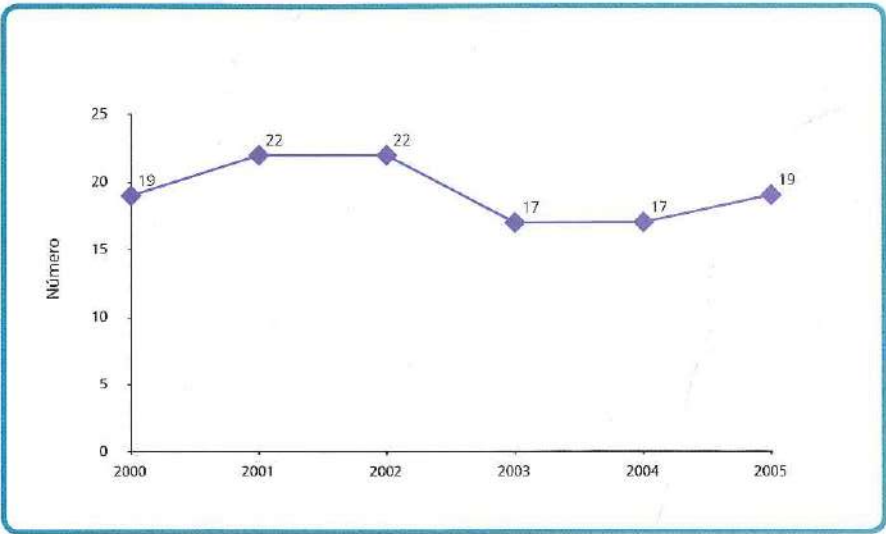
En el río Santiago fueron: 482 en 2003; 535 en 2004; 570 en 2005 y 578 en 2006.

En el río Cayapas fueron: 128 en 2004; 199 en 2005; y 190 en 2006.

♦ Monitoreo de la mortalidad

El monitoreo de la mortalidad ha puesto en evidencia que las muertes por causas cardiovasculares son la primera causa de muerte en los adultos (116 de 552) y que el número de muertes por causas cardiovasculares se mantiene estable a lo largo de los años (Figura 12).

Figura 12: Número de muertes por causas cerebro cardiovasculares por año



Fuente: monitoreo de mortalidad

Al analizar las muertes por grupos etáreos y sexo, llama la atención que la mayoría de los muertos (62) tenían una edad inferior a los 70 años y que incluso 28 de ellos eran menores de 60 años. Son muertes prematuras si las comparamos con la esperanza de vida del país (71 años para los varones y 77 para las mujeres) (Tabla 2).

Tabla 2: Muertes por grupo edad y sexo

Grupo de edad	Masculino	Femenino	Total
< de 50 años	4	7	11
50-59 años	10	7	17
60 - 69 años	22	12	34
70 – 79 años	22	11	33
=> 80 años	12	9	21
Total	70	46	116

Fuente: monitoreo de mortalidad

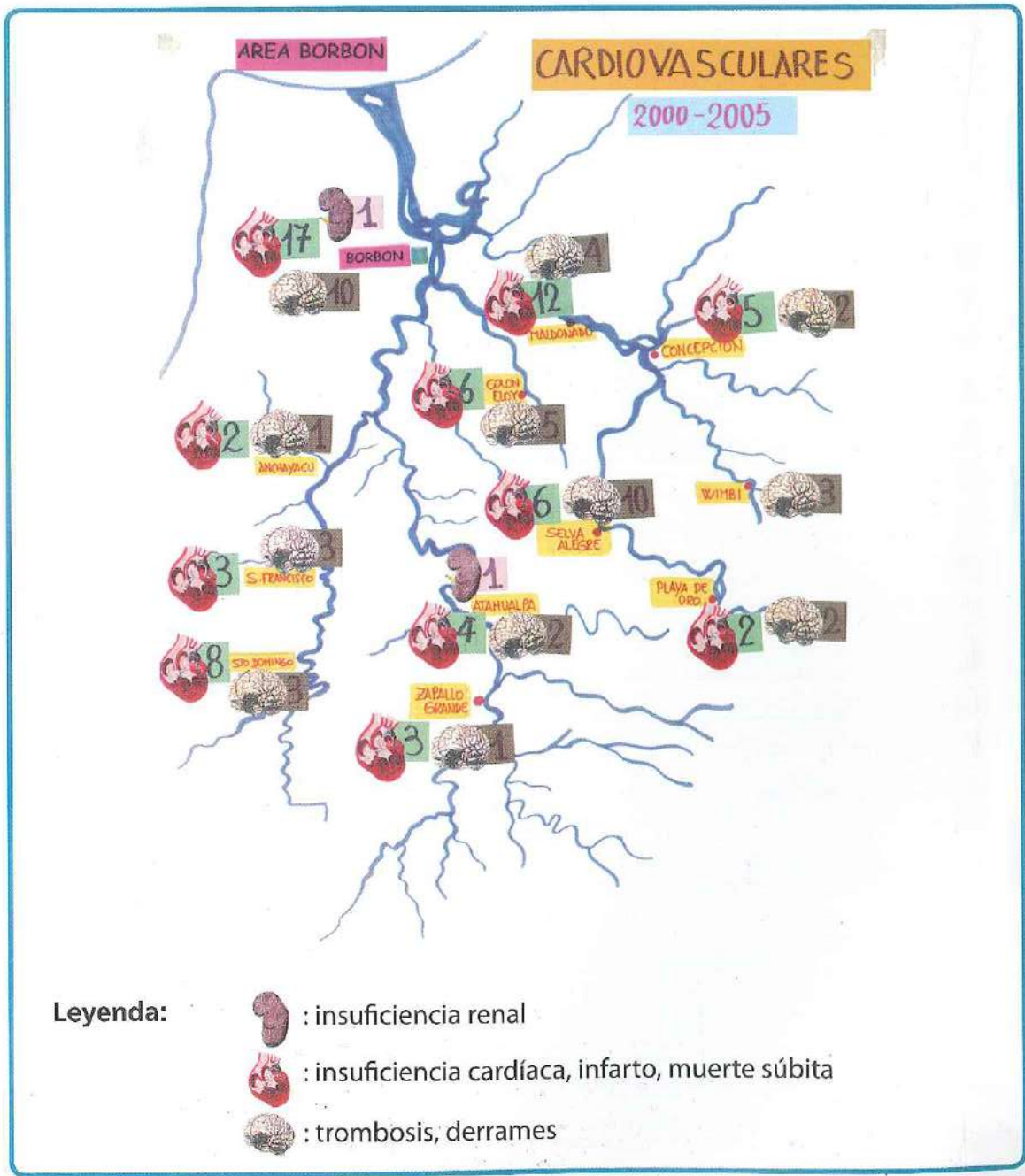
De los 116 fallecidos, 99 eran hipertensos conocidos: se confirma una vez más que la hipertensión es una de las principales causas de muerte cardiovascular y es un problema grave también en áreas rurales marginales tropicales.

Las 32 historias de vida analizadas ponen de manifiesto que:

- » 15 personas ya habían sufrido un evento cardiovascular y tenían un riesgo muy alto.
- » 21 de los muertos no tomaban con fidelidad el tratamiento, 3 tomaban correctamente y de los 8 restantes no hubo información.

La distribución por microáreas permitió identificar las áreas de mayor riesgo en las cuales se debía intensificar el diálogo con la comunidad (Figura 13).

Figura 13: Número de muertes por micro área y por órgano afectado



Fuente: monitoreo de mortalidad

Los accidentes cerebrovasculares (46) y la insuficiencia cardíaca (41) se confirmaron como las causas más importantes, mientras que infartos (17), muertes súbitas (9), insuficiencia renal (2), cardiopatía valvular (1) fueron menos frecuentes.

❖ **Comentarios y recomendaciones**

La historia de la adopción de la hipertensión por parte del equipo de Epidemiología Comunitaria ha sido reconocida, incluso a nivel internacional, como un éxito y un modelo.

Los datos resumidos en las tablas, las figuras, las curvas de supervivencia han entrado en la memoria y en los conocimientos de la "comunidad científica". Tras la satisfacción por estos resultados (que siguen siendo parciales así como lo son los demás resultados obtenidos en los países donde no se encuentran las barreras de discontinuidad de los cuidados, típicas de Ecuador y de otros contextos parecidos), lo que más interesa aquí es un ejercicio de reconocimiento: se ha documentado en un sector tan dominante en la literatura científica global como el de los problemas cardiovasculares, que las palabras clave de la Epidemiología Comunitaria permiten hacer camino solamente caminando y no con la repetición de guías generales que vienen desde afuera.

La visibilidad de las personas en riesgo ha sido la primera etapa: frente a la "sospecha" de causas evitables detrás de los casos de muerte y de eventos graves, se ha tomado la decisión de transformar las preguntas y la aceptación pasiva de algo desconocido en una investigación. Es lo que caracteriza a la Epidemiología Comunitaria: asumir la responsabilidad de ampliar las posibilidades de los derechos de vida frente a los factores que los amenazan.

La investigación ha sido un largo, sistemático ejercicio de participación y de concientización: "un riesgo", sin síntomas y sin causas visibles, se ha transformado paulatinamente en el diseño colectivo de un mapa de personas con riesgo. Se ha planteado de esta manera el desafío de crear y compartir un lenguaje que todos podían manejar sin sentirse dependientes de términos y de conocimientos técnicos.

Los perfiles de riesgo bajo, moderado, alto y muy alto han entrado en el lenguaje y en las prácticas de promotores/as y de las comunidades.

El seguimiento de estas personas para documentar si, cómo, cuándo el riesgo se transformaba en una muerte o en una discapacidad, se impuso como la herramienta obligatoria para dar credibilidad y reforzar la conciencia de la importancia de una atención continuada en el tiempo, más allá de las resistencias y de las distancias de los individuos y de las comunidades.

El seguimiento se transformó en una práctica de solidaridad y de compartir, para disminuir, aunque no fuera siempre posible, tanto las barreras de la no accesibilidad a los recursos como el peligro, aún más grande, de caer en el cansancio por seguir protegiéndose de un riesgo invisible y callado, cuando existen otras prioridades más urgentes que se manifiestan y que preocupan a lo largo de la vida.

El diálogo permanente que todo eso implica, no ha sido siempre ni fácil ni exitoso: ni entre promotoras/es, ni con individuos y comunidades, peor con los técnicos médicos y los hospitales. La discontinuidad sigue siendo un problema que algunas veces se transforma también en conflictos y en contradicciones.

Las historias de vida y de cuidado que se ven detrás de los eventos graves y las muertes, documentan que en el Ecuador, así como en los demás países, los riesgos pueden ser combatidos y se puede disminuir su impacto solamente cuando todos los actores de una sociedad comparten no tanto los conocimientos técnicos sino sobre todo el proyecto de ponerlos al servicio y al alcance de los que los necesitan.

La comunidad que vive en el área de Borbón – Esmeraldas, se ha transformado en el sujeto y el narrador de una historia donde la enfermedad "hipertensión" cesa de ser el centro de la atención, para retomar su rol de ser un síntoma y una expresión de los contextos de la vida. Los resultados epidemiológicos clásicos de esta historia han sido traducidos y reconocidos como innovadores en la literatura internacional.

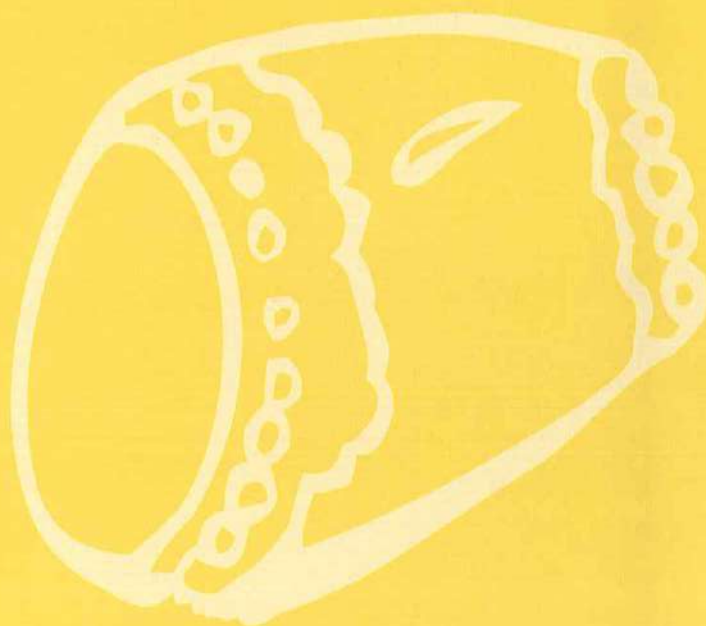
El resultado más certero de la Epidemiología Comunitaria – el que promete un éxito a largo plazo – es la conciencia y la capacidad colectiva de las comunidades de poder hablar de sus riesgos y enfermedades, sin depender de soluciones que obligan a obedecer recomendaciones que no se preocupan de hacerse cargo de lo que pasa a las personas reales.

❖ Referencias bibliográficas

- » Murray CJ, López AD, Jamison DT. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bull World Health Organ* 1994;72(3):495-509.
- » Murray CJ, López AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997 May 17;349(9063):1436-42.
- » WHO/ISH. Guidelines for the management of Hypertension. *J Hypertens* 1999;17:151-83.
- » Anselmi M, Avanzini F, Moreira JM, Montalvo G, Armani D, Prandi R, et al. Treatment and control of arterial hypertension in a rural community in Ecuador. *Lancet* 2003 Apr 5;361(9364):1186-7.
- » Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegon M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007 Dec 8;370(9603):1929-38.
- » Beaglehole R, Reddy S, Leeder SR. Poverty and human development: the global implications of cardiovascular disease. *Circulation*. 2007 Oct 23;116(17):1871-3.
- » Fuster V, Voute J, Hunn M, Smith SC Jr. Low priority of cardiovascular and chronic diseases on the global health agenda: a cause for concern. *Circulation*. 2007 Oct 23;116(17):1966-70.
- » Horton R. Chronic diseases: the case for urgent global action. *Lancet*. 2007 Dec 8;370(9603):1881-2.
- » Nishtar S. Time for a global partnership on non-communicable diseases. *Lancet*. 2007 Dec 8;370(9603):1887-8.
- » Montalvo G, Avanzini F, Anselmi M, Prandi R, Ibarra S, Márquez M, et al. Diagnostic evaluation of people with hypertension in low income country: cohort study of "essential" method of risk stratification. *BMJ* 2008;337:a1387.
- » Prandi R, Márquez M, Moreira J, Caicedo C, Armani D, Anselmi M, Robinson F, Caicedo F, Caicedo J, Valdez J, Peralta F, Orozo L, Ibarra S, Avanzini F, Roncaglioni MC, Tognoni G. Hypertension: a classical medical scenario becomes a successful model of an EPICOM experiment. *Giornale Italiano di Medicina Tropicale*. 2008;13(4): 31-39

Capítulo 11

El Diagnóstico Comunitario: cuento y representación de la historia de las comunidades



❖ Cuadro de referencia

1. El "diagnóstico de situación", cualquiera sea el término con el cual se lo llame, coincide con un concepto y con prácticas de evaluación de las características poblacionales y estructurales de áreas donde se planifica establecer programas orientados a problemas o grupos humanos que necesitan ser definidos para optimizar contenidos, tiempos, estrategias, recursos de la intervención.
2. La oportunidad de tener un conocimiento bien "orientado al problema" que es el objeto de una intervención puntual es obvia. Así como debería ser claro (pero eso es mucho menos obvio en la realidad) que "orientación al problema" implica que métodos, criterios, tiempos, actores del "diagnóstico de situación" pueden y deben ser profundamente diferentes según la tipología de los problemas, y aún más según los objetivos y las expectativas de los que proponen y planifican la intervención.
3. El término médico "diagnóstico" es, en este sentido, perfectamente adecuado, si se toma inteligentemente, como invitación a una extrema flexibilidad y no como un procedimiento administrativo estandarizado. El proceso diagnóstico debe de hecho respetar reglas que son dictadas por la combinación de informaciones generales ya disponibles, y de una atención a la especificidad del individuo (o de la población) y de su contexto, así como de la disponibilidad de medios de exploración diagnóstica en tiempos útiles para tomar decisiones.
4. Por otro lado, es preciso subrayar la ambigüedad importante que está implícita en el concepto de "diagnóstico", cuando se aplica a un proceso de conocimiento de las características y de las prioridades de intervención en comunidades (grandes o pequeñas, urbanas o rurales, con niveles diferentes de organización civil) para activar/instalar programas de salud.
 - » "Diagnóstico" sugiere casi instintivamente una atención centrada en enfermedades y variables sanitarias, y por eso en medidas, actores, competencias correspondientes.
 - » Las variables que permiten el conocimiento de las condiciones no de salud de un contexto, son pensadas como dependientes y/o marginales con respecto a los datos estrictamente de salud (que por otro lado muy raramente existen a nivel de comunidades de tamaño micro – pequeño – mediano).
 - » Se olvida fácilmente que la(s) comunidad(es) no son enfermedades y que el "proceso diagnóstico" se transforma (aún en medicina clínica, cuando el problema no tiene unas/pocas causas perfectamente definidas) en un acompañamiento de la persona, y que una estrategia de conocimiento progresivo, que no se traduce en diagnóstico, es la sola intervención posible.

- » El "diagnóstico" médico define una relación de poder profundamente asimétrica: de un lado los que saben, definen, deciden; del otro los que poseen solamente, sin bien conocerlas, sus necesidades y pueden solamente estar a la espera de respuesta(s) que no pueden, en la mayoría de los casos, sugerir o discutir.
- » La última, y quizás una de las más importantes componentes de la ambigüedad del diagnóstico, es el hecho que se lo confía frecuentemente a especialistas:
 - que representan el punto de vista de los que deben decidir centralmente sobre recursos (a nivel público y, con aún mayor ambigüedad, a nivel privado) más que la variabilidad de las comunidades;
 - que producen datos sin confrontarlos con representantes "representativos" de las comunidades;
 - que cumplen con los tiempos y los recursos asignados a su tarea más que con lo que exigen las situaciones que se evalúan;
 - que normalmente no deben dar cuenta de sus fallas diagnósticas, en términos de sesgos o carencias en la recolección de información y en la interpretación de la misma.

❖ La interpretación del diagnóstico según la Epidemiología Comunitaria

Los criterios generales son muy sencillos, y reflejan la lógica esencial de la Epidemiología Comunitaria que se preocupa principalmente de la coherencia substancial de sus actividades con el objetivo de devolver - garantizar a las comunidades el rol de sujeto, y que por eso es muy flexible en la definición de las herramientas y de las estrategias operativas.

❖ Los principios

1. El criterio principal de referencia es que salud y enfermedades son solamente una de las expresiones (y de los indicadores) de la vida real de la comunidad.
2. Con una comunidad se trata de establecer (si y como es posible) una relación de reconocimiento recíproco: lo que requiere tiempos definibles en el camino, y depende del "proyecto" que se piensa "compartir con" (no "introducir en") la comunidad.
3. La definición de prioridades y de tiempos de un programa no se hace en oficinas, y de una vez por todas. Es un proceso de aproximación, que no significa no ponerse

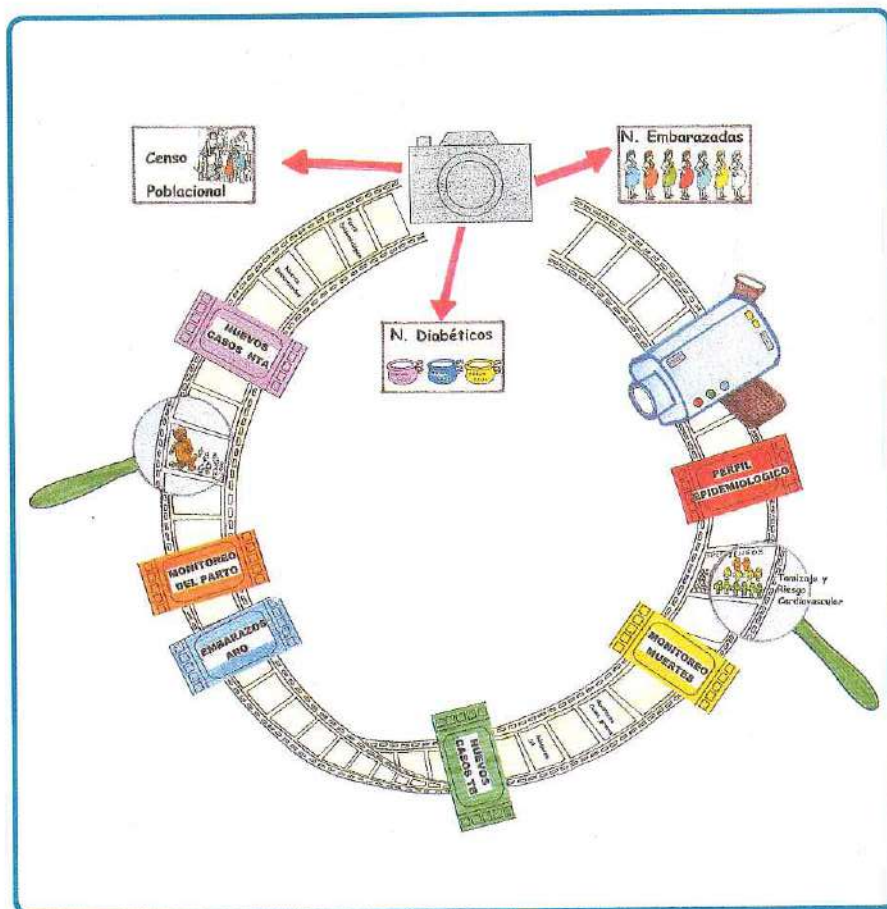
tiempos y plazos bien explícitos, pre-definidos, controlados, al contrario. La capacidad de confrontarse ya en el "proceso diagnóstico" con la comunidad manteniendo estos plazos, es uno de los indicadores más fiables de la posibilidad de realizar el proyecto y de alcanzar sus metas (¡y de manejar bien sus recursos!).

❖ Herramientas y etapas

1. Es preciso, antes de todo, evitar los riesgos de "ambigüedad" que se han mencionado arriba.
2. No se hacen "encuestas" ni se utilizan "cuestionarios" que quieren explorar opiniones, expectativas, necesidades percibidas, etc. La probabilidad de encontrar herramientas generales, estándares que sean válidos para la especificidad de las diferentes situaciones es prácticamente nula (y no hay una literatura que sostenga la calidad informativa y de planificación de esta metodología a pesar de la frecuencia de su utilización de parte de tantas agencias en todos los continentes). El contexto cultural de comunidades donde se propone actuar en términos de Epidemiología Comunitaria es muy difícilmente compatible con la lógica de encuestas más o menos "cualitativas": re-conocer la posibilidad y los criterios de desarrollo de un proyecto no es el equivalente de un ejercicio o de una investigación antropológica o sociológica.
3. En la lógica de la Epidemiología Comunitaria que tiene entre sus palabras clave los términos y las prácticas del diálogo y del recíproco aprendizaje de lenguaje, la metodología más adecuada incluye todo lo que evoca "encuentro", reconocimiento, pluralidad de fuentes de información.
4. La exploración de la existencia (tipología y prevalencia) de "problemas de salud" se hace más directamente con la propuesta de abrir líneas de escucha y/o de servicios; no se pide si alguien quiere algo: a partir de los "encuentros" (véase punto 3) se averigua la factibilidad de activar iniciativas que permiten recoger informaciones sobre casos y eventos concretos y no sobre opiniones.
5. Según los plazos pre-definidos que se han establecido (según los contextos: pocos meses, hasta un año) se garantiza una confrontación con (grupos de) la comunidad para ajustar – confirmar lo que se está haciendo e identificar áreas de profundización – desarrollo.

La Figura 1 resume en un esquema la lógica, las etapas, las palabras clave:

Figura 1: Síntesis de Diagnóstico



- » la "fase del encuentro" es un poco como intercambiarse recíprocamente fotografías, signos, para reconocerse;
- » en la fase de acompañamiento cada uno de los interlocutores se ve vivir-actuar: como en una filmación de la vida real donde el proyecto debe poner raíces;
- » la decisión de profundizar algo que coincide con prioridades específicas es ya el signo de una aceptación recíproca;
- » el "proceso diagnóstico" no ha reproducido jerarquías y dependencias: el diagnóstico es compartido por el hecho que las dos partes han decidido "hacerse cargo".

Evidentemente las etapas son presentadas como metodológicamente y operativamente separadas para explicitar la articulación del proceso, pero no lo son lógicamente ni cronológicamente ya que en el proceso las diferentes fases se cruzan entre ellas.

Dos experiencias concretas de activación de programas en área rural y urbana ejemplifican más directamente las posibilidades y las dificultades del acercamiento que se ha propuesto.

❖ La experiencia rural

♦ Diagnóstico al inicio de una intervención

La experiencia rural abarca la micro área San Francisco-Santa Rita, área de salud San Lorenzo, en la que se iba a iniciar una nueva intervención en Epidemiología Comunitaria con formación de promotoras/es de salud.

La micro área de San Francisco-Santa Rita comprende 5 comunidades ubicadas a lo largo de la carretera San Lorenzo-Ibarra que une la costa con la sierra y dos comunidades de indios Awa en lugares selváticos de muy difícil acceso.

Todas son comunidades existentes desde muchos años, con sentido de comunidad, de tamaño mediano y pequeño. En dos comunidades hay un subcentro de salud con una auxiliar de enfermería y de vez en cuando un médico rural.

La realización del diagnóstico se ha insertado en el proceso de formación de las/os promotoras/es de salud que se ha caracterizado por dos estrategias complementarias:

- ▶ los talleres formativos y las pasantías hospitalarias,
- ▶ la intervención directa en las comunidades.

♦ Metodología

El primer paso fue un taller de tres días para las/os promotoras/es en el que, con la ayuda de un rompecabeza, se trató de entender la importancia de un diagnóstico de las comunidades. El taller debía responder a estas preguntas: qué tipo de información era necesario conocer para tener una primera fotografía de las comunidades, qué herramientas utilizar y quiénes podrían ser los responsables de recolectar la información.

Los aspectos importantes para una intervención en salud integral con base en la Epidemiología Comunitaria que se definieron con las/os promotoras/es de salud y el equipo médico fueron: aspectos geográficos (accesibilidad), demográficos (población por grupo de edad, género y etnias), socio-económicos (servicios básicos, educación, fuentes de ingresos y de alimentación) y de salud (grupos de riesgo, prevalencia de patología de seguimiento, perfil epidemiológico, personal sanitario).

Cada promotor realizó un censo poblacional en su comunidad (Figura 2) en el que se recogieron los datos personales (nombres y apellidos, fecha de nacimiento, sexo, raza) y se hizo una primera búsqueda para evidenciar la percepción de la comunidad sobre los grupos de riesgo/problemas (embarazadas, hipertensos, diabéticos, epilépticos, tuberculosos, discapacitados...). Se preparó, como herramienta para la recolección de la información sobre datos de salud, una ficha sencilla.

Figura 2: Hoja de censo

PUEBLO..... CENSO POBLACIONAL año									
Nombres y apellidos	Sexo	Raza	Fecha nacimiento	Grupos de riesgo Evidentes			Grupos de riesgo percibidos		
				Emb.	Epil.	Discap	Hta	Diab.	TB

Para la información socio-económica los promotores y los equipos médicos itinerantes, utilizaron una ficha previamente definida, en momentos diferentes: en reuniones con la comunidad y en conversaciones con informantes clave.

Para conocer más a fondo a dos de los problemas percibidos por la comunidad, y confirmados durante las consultas de morbilidad, con las promotoras/es se decidió buscar a los niños desnutridos y averiguar cuán grande era el problema de la hipertensión, especialmente en la raza negra.

En cada comunidad el tamizaje de peso con la definición del estado nutricional de los niños menores de 5 años y el tamizaje de presión a los mayores de 18 años (Figura 3) permitieron tener la mirada a profundidad (fotografía con lente macro para resaltar los detalles) de la desnutrición y de la hipertensión.

Figura 3: Hoja de tamizaje para hipertensión

COMUNIDAD..... RIO..... FECHA.....									
Nombres y Apellidos	Fecha Nacimiento	Raza	Sexo	Tabaquismo	Familiaridad	Valor de Presion		Peso y Talla	Complicaciones Patologia asociada Medicamentos
						I Control	II Control		

Para conocer cuáles eran los hipertensos más graves que necesitaban más seguimiento, se calculó el Riesgo Cardiovascular de cada hipertenso con la ayuda de una tabla sencilla (Capítulo 10, Figura 1).

La “mirada a profundidad” constituyó además una actividad de práctica en terreno para cada uno de los promotores que, con la tutoría de una enfermera profesional, pudieron mejorar el uso de la curva de crecimiento y la técnica de la toma de la presión arterial y aprender a calcular el riesgo cardiovascular utilizando la tabla simplificada.

Esta primera fase del diagnóstico/intervención permitió tener la percepción de la comunidad sobre algunos problemas y la situación de salud/enfermedad real en un momento dado. Sin embargo, la realidad de las comunidades no es estática y sigue cambiando y para conocerla hay que observarla en el tiempo. Por esta razón durante el año se trató de filmar lo que sucedía.

La “filmadora” ha sido el trabajo cotidiano de los promotores y equipos médicos itinerantes, es decir la misma intervención.

A medida que se recogía la información durante los procesos de filmación y “mirada a profundidad” se analizaban los datos con los promotores y se procedía a definir las estrategias para hacer frente a los problemas encontrados. Así, los desnutridos, los hipertensos y las embarazadas recibían atención y controles según su nivel de gravedad.

Las/os promotoras/es de salud y las auxiliares de enfermería registraban en su cuaderno epidemiológico a las embarazadas (Figura 4), los nuevos desnutridos e hipertensos que se captaban a través de la consulta médica y, como buenas/os observadoras/es de lo que pasa en una comunidad, anotaban los nacimientos y las muertes, profundizando las causas y el contexto del evento hasta reconstruir las historias de vida de cada fallecido.

Figura 4: Cuaderno: hojas embarazadas

Lado a

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	# de hijos	Fecha última regla	Fecha posible parto	Controles del Embarazo			
					Fecha	Datos	Fecha	Datos
						TA:		TA:
						Peso:		Peso:
						Complicaciones:		Complicaciones:

Lado b

Controles del Embarazo						Parto		
Fecha	Datos	Fecha	Datos	Fecha	Datos	N	C	Complicaciones
	TA:		TA:		TA:			
	Peso:		Peso:		Peso:			
	Complicaciones:		Complicaciones:		Complicaciones:			

Por otro lado, el equipo médico itinerante, partiendo de los datos recabados de los partes diarios utilizados durante la consulta por morbilidad, luego de cada visita comunitaria elaboraba un perfil epidemiológico de las comunidades.

Los actores principales del proceso de conocimiento de la realidad de salud de las comunidades, realizado durante todo el año, han sido las promotoras/es de salud y las comunidades intervenidas, con el apoyo y la supervisión del equipo médico itinerante.

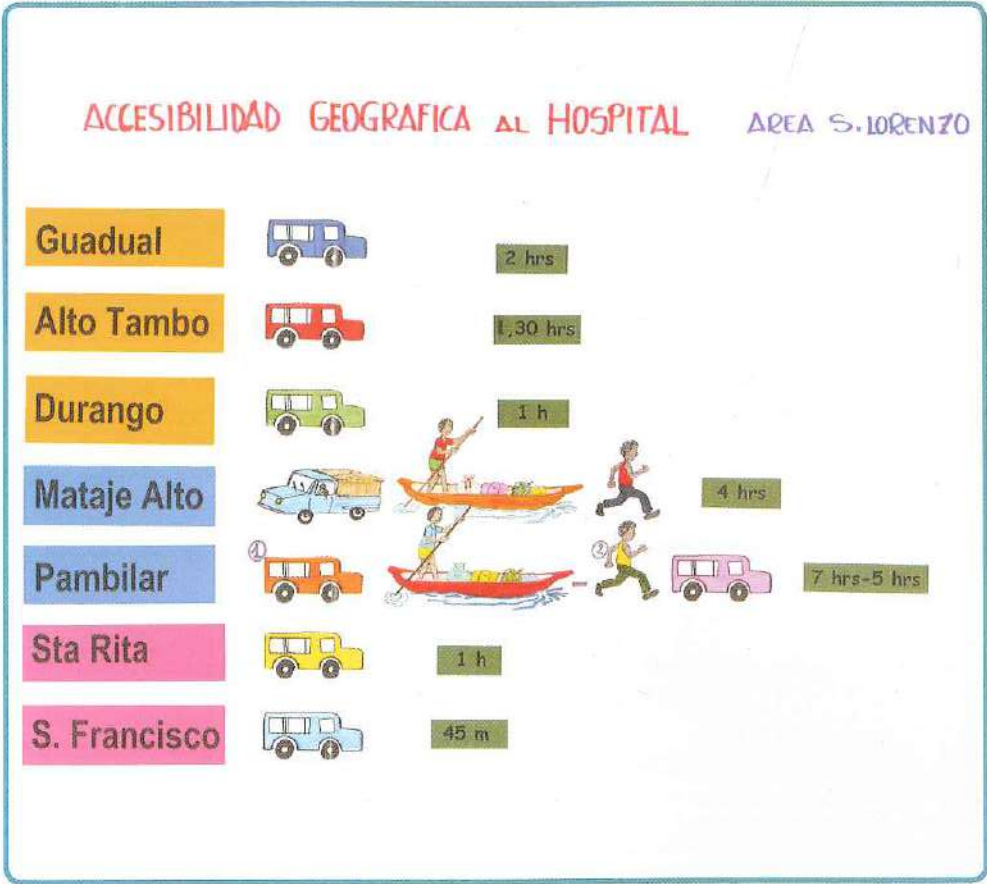
Al finalizar el año, las/los promotoras/es y los equipos médicos presentaron a las autoridades del área de salud y a las comunidades los resultados del diagnóstico/ intervención, dibujando en papelógrafos los datos y los resultados alcanzados.

► Resultados

* La "fotografía"

La fotografía inicial ha permitido evidenciar los problemas de la accesibilidad geográfica (Figura 5), tener datos demográficos reales (Tabla 1) y conocer la percepción de la comunidad acerca de algunos problemas (Tabla 2).

Figura 5: Accesibilidad geográfica



Fuente: diagnóstico comunitario

Tabla 1: Población por grupo de edad

Comunidad	Grupos de edad						Total
	< 1 a	1 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 64	65 y +	
Guadual	9	49	35	40	11	6	150
Alto Tambo	27	107	166	160	31	10	501
Durango	9	48	43	62	12	6	180
Mataje Alto	10	62	88	116	26	6	308
Pambilar	10	51	55	82	22	3	223
San Francisco	20	119	235	295	87	38	794
Santa Rita	13	44	87	120	38	17	319
Total	98	480	709	875	227	86	2475

Fuente: diagnóstico comunitario

La población censada del sector de intervención es de 2475 habitantes de los cuales el 48.8% varones, el 51.2 % mujeres y el 52% son menores de 15 años lo que hace que sea una población muy joven.

Tabla 2: Percepción de la comunidad sobre algunos problemas de salud

Comunidades	Grupos de riesgo percibidos	
	Hipertensos	Diabéticos
Guadual	2	1
Alto Tambo	7	2
Durango	0	0
Mataje Alto	0	0
Pambilar	0	0
San Francisco	23	0
Santa Rita	15	3
TOTAL	47	4

Fuente: diagnóstico comunitario

Mataje Alto y Pambilar son comunidades de indígenas Awa; Guadual, Alto Tambo y Durango son comunidades con población mestiza, indígena y pocos negros; San Francisco y Santa Rita son prevalentemente comunidades negras.

*** Mirada a profundidad**

La mirada a profundidad ha permitido identificar con mayores detalles a los grupos de riesgos existentes (Tablas 3 y 4).

Tabla 3: Grupos de riesgo

Comunidad	Desnutridos			Hipertensos	Diabéticos
	L	M	G		
Guadual	4		1	11	1
Alto Tambo	21	1	2	14	2
Durango	5		0	1	0
Mataje Alto	10	1	0	1	0
Pambilar	5		0	0	0
San Francisco	9	4	4	55	4
Santa Rita	1		3	26	3
Total	55	6	10	108	10

Fuente: diagnóstico comunitario

Comparando las Tablas 2 y 3 se nota una gran diferencia entre el número de hipertensos percibido por la población (47) y el número real (108). La diferencia aumenta si se considera que buena parte de las personas que dijeron ser hipertensas en realidad no lo eran e identificaban la ansiedad y los nervios como signos de hipertensión. Por otro lado, siendo que la hipertensión es asintomática, es evidente que la percepción de la magnitud del problema no puede corresponder nunca a la realidad.

La percepción de la población en las comunidades indígenas coincide con la realidad: de hecho la hipertensión no es un problema entre los indígenas Awá.

La población de Alto Tambo es ligeramente inferior a la de San Francisco pero el número de hipertensos de Alto Tambo es la quinta parte de los de San Francisco: la razón es que en esta última la población es prevalentemente de raza negra mientras que en Alto Tambo hay negros, mestizos e indígenas.

Por lo que se refiere a los diabéticos el número menor de diabéticos detectados en el censo de San Francisco, se debe más a una falla de la auxiliar en el registro que a una falta de percepción de la comunidad ya que los diabéticos detectados durante la filmación sabían de tener la enfermedad.

Tabla 4: Riesgo Cardiovascular de los hipertensos encontrados

Comunidad	Riesgo cardiovascular				
	Normal	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
Guadual	-	5	5	1	
Alto Tambo	3	4	4	2	1
Durango	1	-	-	-	-
Pambilar	-	-	-	-	-
Mataje Alto	-	-	1	-	-
San Francisco	6	6	25	8	10
Santa Rita	2	9	10	4	1
Total	12	24	45	15	12

Fuente: diagnóstico comunitario

Nota: El Riesgo Cardiovascular se ha calculado con la tabla simplificada presentada en la Figura 1 del capítulo 10.

*** La filmación**

La filmación ha permitido actualizar permanentemente el diagnóstico gracias al perfil epidemiológico (Panel 1), a la identificación de nuevos sujetos pertenecientes a grupos de riesgos (Figura 6) y al monitoreo de la mortalidad (Figura 7)

Panel 1: Primeras 5 causas de morbilidad

Menores de 1 año	De 1 a 4 años
Infección respiratoria aguda Enfermedad diarreica aguda Piodermitis Dermatomycosis Conjuntivitis	Infección respiratoria aguda Parasitosis Enfermedad diarreica aguda Desnutrición Piodermitis
De 5 a 14 años	Mayores de 15 años
Parasitosis Infección respiratoria aguda Piodermitis Enfermedad diarreica aguda Anemia	Infección vías urinarias Hipertensión arterial Artropatías/lumbosciatalgias Vaginitis Gastritis

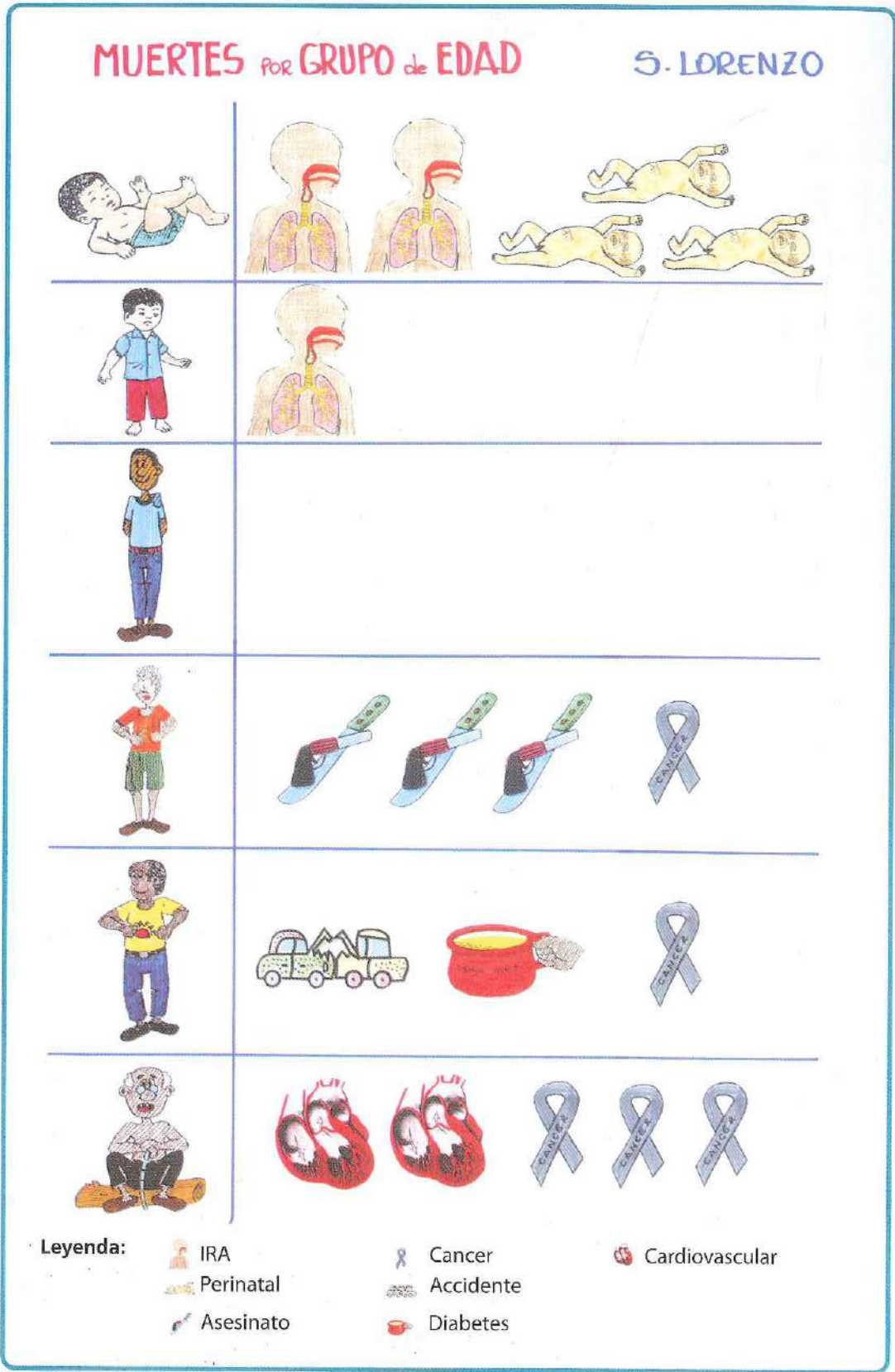
Fuente: diagnóstico comunitario

Figura 6: Grupos de riesgo identificados durante la filmación

GRUPOS de RIESGO							
S. LORENZO							
							
GUADUAL	6	58	4	11	1	-	-
ALTO TAMBO	21	134	22	14	2	1	6
DURANGO	7	57	5	1	-	-	-
MATAJE ALTO	13	72	11	1	-	-	-
PAMBILAR	9	61	5	-	-	-	-
S.FRANCISCO	23	139	13	55	4	-	20
STA RITA	17	57	1	26	3	2	4

Fuente: diagnóstico comunitario

Figura 7: Muertes por causas y grupo de edad



Fuente: monitoreo de mortalidad

► ¿Cómo garantizar la "filmación" en el tiempo?

En el área de salud Borbón, donde desde muchos años se está interviniendo y donde hay una red establecida de promotoras/es y auxiliares, se actualiza periódicamente el diagnóstico con el fin de ajustar la intervención a la realidad cambiante.

Los momentos privilegiados para la actualización son:

• El monitoreo mensual

Es un encuentro del personal del área dispersa con el equipo coordinador que se realiza al final de cada mes con dos objetivos: la puesta en común de lo ocurrido en las comunidades durante el mes y la planificación de las actividades para el mes siguiente. Cada promotora/or y auxiliar presenta los casos graves y las muertes, y señala casos de peso bajo al nacer, aumentos de febriles, problemas emergentes. Con los nuevos casos se actualizan los mapas epidemiológicos del área, se identifican comunidades/sectores eventualmente afectados por el problema y se definen eventuales intervenciones.

Ejemplo: el aumento de casos de febriles en las comunidades del alto río Cayapas, reportado en el monitoreo del mes de junio del 2005, llamó la atención sobre un posible inicio de un brote de paludismo. La confirmación de la positividad de las gotas gruesas entregadas por promotores y auxiliares y examinadas en el laboratorio del hospital de Borbón, permitió planificar la implementación de las medidas de control que limitaron el número de casos y la extensión de la transmisión. (Ver curva epidémica capítulo 8)

• El taller anual de evaluación/planificación

Al comienzo de cada año todo el personal de salud del área dispersa (promotoras/es, auxiliares y profesionales), se reúne durante tres días en la cabecera del área para analizar lo que ha pasado en el año anterior.

El equipo coordinador del área, partiendo de la información del cuaderno epidemiológico, de los perfiles epidemiológicos y del monitoreo de la mortalidad prepara unos papelógrafos con la información concentrada.

Los promotores/auxiliares y equipo de salud de cada micro-área analizan sus datos comparándolos con los de años anteriores y sacan sus comentarios/recomendaciones/conclusiones. Luego de compartirlas entre todos, cada equipo propone la programación para el año siguiente.

Ejemplo: el análisis de las causas de las muertes maternas evidenció en el 2005 una concentración de casos de eclampsia en las micro áreas ubicadas en los ríos Onzole

y Cayapas. Partiendo de esta realidad, se ha decidido realizar durante el 2006 una intervención intensiva de educación a la comunidad en general, a las mujeres en edad fértil y a las embarazadas de estos sectores sobre la eclampsia, con especial énfasis en signos y señales de alarma y la importancia del control frecuente de la presión arterial en el III trimestre del embarazo.

Copia del diagnóstico actualizado y de las nuevas programaciones se entrega a cada uno de los componentes del equipo de salud (profesional o comunitario).

El resultado de este proceso es una actualización anual del diagnóstico de cada micro área.

❖ La experiencia urbano-marginal

♦ Introducción

En el año 2004 el Cecomet inicia una experiencia de Epidemiología Comunitaria en un área urbano-marginal de la ciudad de Esmeraldas, en los barrios Bellavista y Puerto Limón, ubicados en las riberas del río Esmeraldas, sectores de influencia del sub-centro de Salud San José Cottolengo. Hasta hace 4 años el área ha carecido de los servicios básicos y la población ha vivido en condiciones de extrema insalubridad. Actualmente buena parte del territorio goza de los servicios básicos, pero existen sectores donde todavía no hay abastecimiento permanente de agua, ni alcantarillado, las calles no están pavimentadas y periódicamente se inundan.

Una de las características de estos barrios, común a la mayoría de las áreas urbano-marginales, es la disgregación de las personas/familias: llegan de lugares diferentes de la provincia, con historias y vivencias diferentes, hasta con pérdida de las raíces culturales y del sentido de comunidad. La presencia de la droga, de la prostitución y de pandillas juveniles, manifestación de una situación de malestar de la población, crea un clima permanente de violencia e inseguridad que contribuye aun más a la disgregación. El personal del sub-centro de salud, activo desde hace 16 años, hasta el momento se ha dedicado exclusivamente al trabajo intramural pero últimamente el conocimiento un poco más sistemático de la experiencia de Borbón, ha suscitado un cierto interés hacia una intervención extramural que involucrara la comunidad.

A diferencia del área rural en este sector urbano no existe una red de promotores de salud que trabajan con las comunidades y los moradores no participan a la intervención en salud. Sin embargo, el personal del sub-centro a lo largo de los años ha realizado algunos cursos de educación a la salud/primeros auxilios para algunas mujeres de los barrios de

influencia que colaboraban voluntariamente y esporádicamente en actividades puntuales. Para el Cecomet iniciar una intervención en un escenario urbano-marginal representaba un desafío, la oportunidad de verificar cuánto de la metodología de las intervenciones en áreas rurales se podía aplicar, cuáles podrían ser los actores, las herramientas y los tiempos, cuáles las dificultades.

♦ Metodología

Resultó claro desde el inicio que si el objetivo era activar un proceso que el personal de salud del sub-centro debía poco a poco asumir, era imprescindible involucrarlo y por lo tanto el proceso de diagnóstico se inició con un encuentro para :

- » conocer cuáles eran los principales problemas percibidos por el equipo a lo largo de los años;
- » definir los datos que era importante recoger para completar la realidad percibida: datos demográficos, sociales, sanitarios (embarazadas, desnutridos, hipertensos, tuberculosos, diabéticos, etc), elaboración de un croquis donde ubicar los casos/familias de riesgo identificados.

El paso sucesivo fue el encuentro con las mujeres (madres voluntarias), colaboradoras del sub-centro, para presentarles el trabajo que se quería realizar y proponerles de hacer de enlace entre la comunidad y el equipo de salud: en efecto, sin ellas era imposible acercarse a los sectores más conflictivos de los barrios ni llegar a todas las familias. Algunas mujeres, que sabían leer y escribir, se ofrecieron para involucrarse directamente en la recolección de los datos.

Luego, siempre acompañados por una de las mujeres, la doctora coordinadora de la intervención urbana y algunos estudiantes de colegio pasaron de casa en casa para dialogar con las familias y recopilar la información.

De un primer análisis de la información se identificaron algunos problemas señalados por la comunidad como desnutrición infantil e hipertensión que era necesario definir mejor con una **mirada a profundidad**. Considerando la realidad de los barrios y sobre todo el trabajo de las madres de familia y por ende la dificultad que acudieran al sub-centro para el pesaje, se decidió realizarlo en puntos estratégicos de cada barrio y en un segundo momento, para completar la cobertura, se buscó a los niños en las guarderías o directamente en las casas. El pesaje de los niños involucró más directamente algunas madres voluntarias. Se activó en el subcentro de salud el registro de los niños desnutridos captados en el tamizaje y sucesivamente en la consulta: el cuaderno del seguimiento fue la herramienta utilizada por cada miembro del equipo durante el año.

Tabla 6: Situación socio sanitaria

Escolaridad		Ocupación		Acceso a agua y alcantarillado	
Primaria	1478	Ama de casa	648	Barrio Puerto Limón	57.6%
Secundaria	1231	Pescador	369	Barrio Bellavista	83%
Universidad	146	Jornalero	86		
Analfabetos	112	Comerciante	206		
Preescolares	442	Empleo público	139		
		Otros	238		
		Desempleo	217		

Fuente: diagnóstico comunitario

Tabla 7: Grupos de riesgo percibidos por la comunidad por patologías

Barrio	Hipertensos	Diabéticos	Desnutridos	Discapacitados	Sintomáticos Respiratorios
Bellavista	177	32	14	26	10
Puerto Limón	29	9	10	17	15
Total	206	41	24	43	25

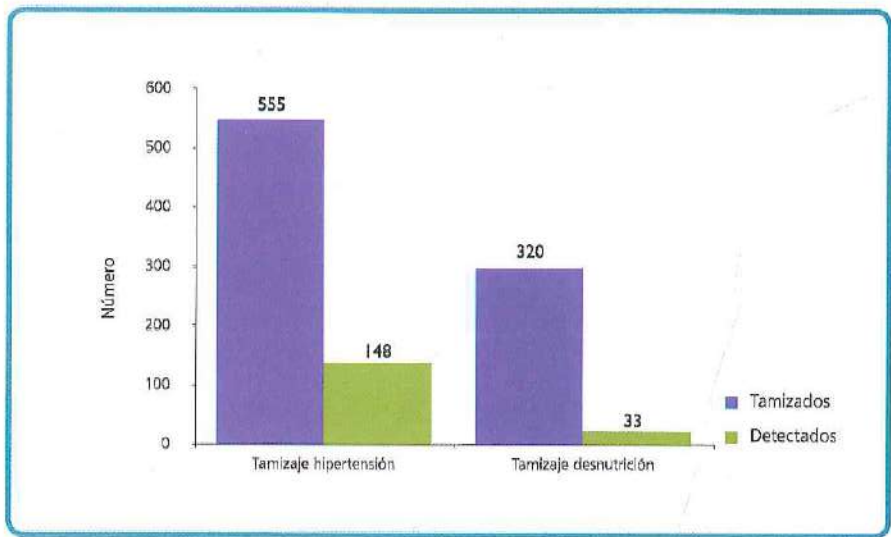
Fuente: diagnóstico comunitario

► **Mirada a profundidad**

Con la mirada a profundidad se logró conocer la realidad de dos grupos de riesgo: hipertensos y menores de 5 años.

Se tamizaron 555 mayores de 18 años de los cuales 148 resultaron hipertensos y se pesaron 320 menores de 5 años de los cuales 33 salieron con algún grado de desnutrición (Figura 8 y Tabla 8).

Figura 8: Hipertensión y desnutrición en el Barrio Bellavista



Fuente: tamizaje de hipertensión y de desnutrición

También en el área urbana la diferencia entre la percepción de la comunidad (Tabla 7) y la mirada a profundidad (Figura 8) sobre el número de hipertensos se debe a que la población identifica los nervios y ansiedad como hipertensión.

Tabla 8: Riesgo cardiovascular de los hipertensos del Barrio Bellavista

Nivel de riesgo	Normal	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto	Total
Número Hipertensos	16	47	53	22	10	148

Fuente: tamizaje de hipertensión

Nota: los colores corresponden a los de las casillas de la tabla del riesgo presentada en el Capítulo 10.

► La filmación

El seguimiento de las 122 embarazadas captadas con la fotografía inicial y las que se presentaron a lo largo del año siguiente o en la consulta del sub-centro o en las visitas domiciliarias, permitió detectar 47 embarazos de alto riesgo obstétrico que obligaron al equipo a implementar un monitoreo más estricto para que el embarazo se llevara a cabo sin complicaciones para la madre y el niño.

❖ **Comentarios**

Los principios generales asumidos como términos de referencia al inicio del capítulo, subrayaban la estrecha similitud entre el proceso diagnóstico que es obligatorio en la clínica, sobre todo frente a situaciones complejas, y el diagnóstico comunitario que debe ser (contrariamente a lo que se propone y realiza en la mayoría de los programas, que se limitan a fotografías puntuales) un proceso articulado en términos de estrategias y de tiempos: la complejidad de las comunidades es evidentemente de otro tipo pero no menor (quizás más grande) que la clínica, por la variabilidad de las poblaciones, de los contextos, de las modificaciones que se producen muchas veces también en cortos plazos.

EL Panel 2 que destaca las diferencias entre el diagnóstico en medio rural y urbano es un buen resumen didáctico de la flexibilidad necesaria.

Panel 2: Comparación entre diagnóstico en área rural y urbana

	Área Rural	Área Urbana
Actores principales	Promotores/as y auxiliares	Doctora coordinadora de la intervención
Definición de datos prioritarios	Con promotores/as y auxiliares: la comunidad define sus datos	El equipo de salud
Participación de la población	Más fácil involucrarla porque permanece en la comunidad	Más difícil por la ausencia de las personas durante el día
Croquis	De fácil realización pero de menor utilidad porque en pueblos rurales pequeños todos se conocen.	Importante para ubicar personas de riesgo y casos de seguimiento pero en algunos barrios marginales de difícil aplicación.

Es interesante subrayar como el personal de salud urbano está menos dispuesto, y pone más resistencia, a aceptar una estrategia que impone una escucha real de la variabilidad de la realidad. Son muchas las dificultades que se han encontrado:

- » hacer entender que los datos hablan lenguajes y dicen cosas diferentes según quién pone las preguntas, y si existe o no un proyecto;

- » hacer aceptar que la filmación es el diagnóstico (como la suma, la comparación, la selección entre síntomas, resultados de laboratorio, respuesta a tratamiento, imágenes puede/deben entrar en un proceso de ajuste diagnóstico en la clínica);
- » hacer pasar de la atención al caso clínico a una atención orientada a la comunidad: el personal del sub centro no consideró prioritario dedicar tiempo para el diagnóstico, no lo sintió como un acercamiento del equipo a la comunidad, un momento de encuentro y delegó a otros actores la realización del proceso/intervención. Sólo asumió en parte el tamizaje de hipertensión.

Estas dificultades no sorprenden: son el reflejo de una medicina que es estrictamente centrada sobre si misma y sus conocimientos consolidados y que no está acostumbrada a reconocer su ignorancia como una oportunidad de hacer avances en el conocimiento. Concretamente esto significa que aunque se hable de diagnóstico a menudo en los servicios de salud y que periódicamente las autoridades pidan una actualización de esto, en realidad los equipos presentan proyecciones del censo y de los grupos de riesgo y los datos de morbilidad totales de la unidad de salud que, sobre todo en la ciudad, casi nunca reflejan la realidad del área de influencia porque muchos pacientes vienen de otros barrios y hasta de comunidades del campo.

El problema no es ciertamente típico del Ecuador ni del contexto de intervención que hemos descrito: la epidemiología de las realidades urbanas (desde el diagnóstico a la intervención, a la evaluación) es una de las áreas menos desarrolladas tanto en términos de conocimientos como de evaluación del impacto de intervenciones planificadas. La aplicación de una lógica de Epidemiología Comunitaria en grandes áreas urbanas requiere una cultura-política de salud que ve la epidemiología como herramienta para construir comunidades de derecho y de diálogo.

❖ Conclusiones

La importancia central del proceso del diagnóstico en medicina no necesita ciertamente ser subrayada. Coincide de hecho no solamente con la definición del problema que se está enfrentando, sino que, y aún más, implica directamente la toma de decisiones alrededor de lo que se puede, y no se puede hacer para aquel problema-persona, a partir del nivel de conocimiento de las muchas variables que se cruzaron para llegar al diagnóstico. Lo dicho hasta ahora parece, y es, en cierto sentido, obvio. Podría sin embargo parecer sin relevancia para el capítulo del cual se quiere ahora proponer la conclusión, capítulo que habla de un "diagnóstico" muy diferente del "diagnóstico clínico" porque tiene como objeto algo mucho menos definido que una enfermedad: se trata efectivamente de hacer un diagnóstico de la vida de una comunidad, algo que intenta comprender, a partir de indicadores que se observan ahora, su historia y su futuro.

Es suficiente sin embargo intentar poner en evidencia algunas palabras clave para darse cuenta no sólo de la estrecha continuidad-complementariedad entre la situación clínica y la de una comunidad (más o menos grande o completa), sino también en qué medida la mirada clínica, interesada principalmente a la definición de la enfermedad, a su pronóstico, a su tratamiento, debe permanentemente cruzarse-integrarse-completarse con una atención al contexto general en el cual viven las personas con la enfermedad. La continuidad-complementariedad de los dos "diagnósticos", el clínico y el epidemiológico, está, por lo tanto, en el centro mismo de la cultura, de la práctica, de la posibilidad de atención eficiente de la Epidemiología Comunitaria.

Las palabras-clave que hay que recordar y poner en práctica a partir de este capítulo son muy pocas y, en el fondo, muy sencillas.

- ◆ **Proceso diagnóstico** es la primera y la más fundamental desde el punto de vista metodológico y cultural: el diagnóstico no es, ni puede ser, una definición "puntual" que "se apodera" de una realidad (enfermedad o persona) para hacer de ella un objeto de intervención. El proceso diagnóstico es un entrar en relación con esta realidad, es saber reconstruir en el tiempo (más o menos largo y en base a la urgencia y los conocimientos) la historia y las variables importantes, para garantizar la toma de decisiones cuyo impacto puede y debe ser evaluado (en el tiempo) de tal manera que el conjunto de las acciones que se desarrollan se transforme en un aporte de conocimiento para quien ha coordinado técnicamente el proceso diagnóstico y al mismo tiempo para quien (individuo-persona-comunidad) sufre el problema: el "diagnóstico" de riesgo o enfermedad es parte de la vida del individuo y de la comunidad.
- ◆ **Variabilidad.** Por más preciso que sea el conocimiento de un problema-enfermedad, de sus síntomas, de sus causas, de las intervenciones oportunas, es imprescindible tomar en cuenta (muy concretamente) la posibilidad que no exista coincidencia entre lo esperado y lo observado/constatado. El diagnóstico es un proceso permanente

de toma de conciencia, de producción de conocimiento, de realidades (individuales y colectivas) frente a las cuales es necesario mantener una actitud de escucha-atención-diálogo.

En la tradición clínica, pero también en la más reciente evolución de la salud pública "global" (sobre todo bajo la influencia de la lógica del Global Burden of Disease, V. Cap. 1-2) que pretende poner a disposición respuestas "estandarizadas y previsibles", evaluables para todo, la escucha de la variabilidad no se lo ve muy bien : se quiere tener cada vez más respuestas, a costa de cancelar preguntas.

Los procesos diagnósticos (de la lupa a la filmación al cuento) son un pro-memoria de la regla más antigua y más moderna de todas las doctrinas-tradiciones clínicas o globales: la vida de personas-pueblos es una historia, que se debe acompañar con una narración, dentro de la cual el "diagnóstico de enfermedad" es sólo una de las variables.

- ♦ **Diálogo.** Es fácil reconocer aquí uno de los términos clave de la Epidemiología Comunitaria (ver capítulo 5). Cuando se "define un diagnóstico" se inicia un camino: como todos los caminos hechos por más personas puede ser una experiencia de intercambio y de mutuo enriquecimiento en el respeto y en la dignidad; o, al contrario, la constatación de un silencio y de un sentirse "extraños" que se hace aún más fuerte cuanto más difícil es la vida.

El "diagnóstico comunitario" puede ser un gran proceso de democracia: la alternativa es que sea una invasión arrogante con la pretensión de saber-imponer un conocimiento técnico que no se interesa de la vida.

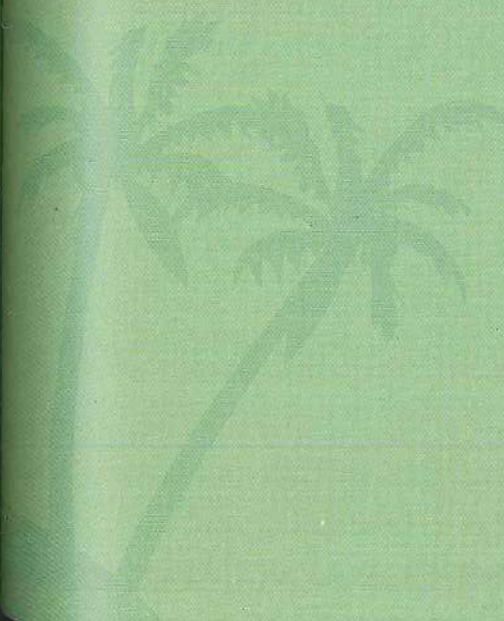
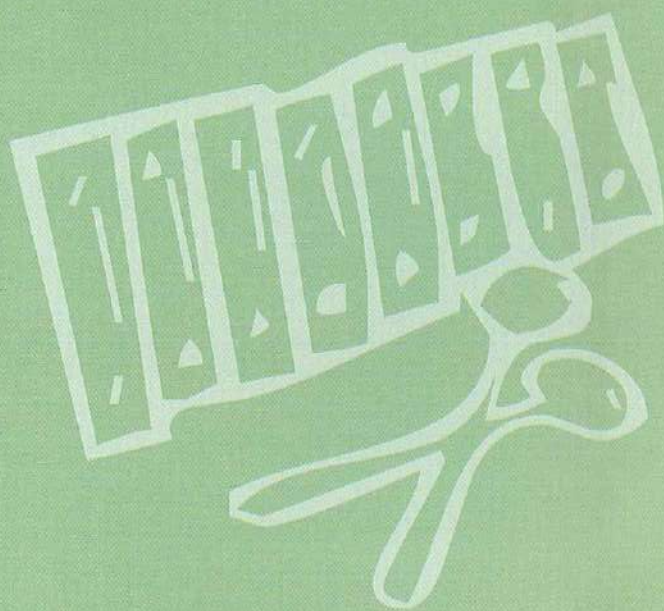
Sección 4

Perspectivas



Capítulo 12

Hospitales como ¿recursos y barreras de la Epidemiología Comunitaria?



❖ Cuadro de referencia

La separación, cuando no la clara contraposición, o competencia, entre los niveles y las estrategias de asistencia hospitalaria y comunitaria hacen parte de los hechos y los debates más clásicos de la organización sanitaria.

Las recomendaciones para la superación de esta situación - que no puede, intuitiva y prácticamente, que ser muy dañina para la calidad y los costos de la asistencia y aún más para el bienestar y los derechos de las personas - se han multiplicado sin fin y sin mucho éxito por parte de las autoridades de salud internacionales y en cada país.

En el aniversario de Alma Ata, la OMS se ha expresado una vez más, y con mucha solemnidad, por una articulación de los servicios, que coincide de hecho con lo que sería el sentido común: la complementariedad (en términos de funciones y competencias) entre niveles territoriales y hospitalarios, de atención primaria - comunitaria y especializada, debe ser considerada norma de referencia. Para que esta normativa sea efectiva es preciso destacar que sus criterios aplicativos no se establecen según principios generales, más bien son variables dependientes de lo que requiere el cuidado responsable de pacientes/ poblaciones.

❖ El escenario de Borbón- Esmeraldas

El problema de las relaciones entre el "proyecto-intervención" de Epidemiología Comunitaria y el hospital del área ha sido tocado en algunos de los capítulos de este libro.

No es el objetivo de este capítulo el trazar un perfil y un balance entre las experiencias positivas, los conflictos abiertos, las deficiencias, las relaciones posibles pero no alcanzadas. Es obvio, además, que estas relaciones están cruzadas por una situación de fuertes alternancias (cambios de personas, institucionales, evoluciones políticas) que reflejan muy bien lo que a menudo ocurre en todos los países donde los bajos recursos se asocian a una falta de continuidad cultural y política, específicamente en el sector salud.

Este texto más bien quiere ser una ayuda memoria para el futuro. Sin embargo es fácil prever que el programa no puede ser realizable en el corto plazo, a pesar de lo obvio desde el punto de vista conceptual y de la sencillez operativa comprobada en ocasión de cursos, talleres, proyectos de varios tipos. De hecho estas experiencias han puesto en evidencia que, de parte de médicos, enfermeras, autoridades de salud y gremios, se encuentran grandes resistencias para iniciar estrategias de colaboración. No obstante, un camino debe ser iniciado y lo que importa - y es el motivo de esta mirada positiva hacia adelante - es la documentación, cierta y permanente, sobre el hecho que las víctimas de los "huecos de discontinuidad" entre el nivel hospitalario y las necesidades de las poblaciones, quizás constituyen el indicador más dramático de la "evitabilidad" de las violaciones de derechos básicos que se expresan en muertes y enfermedades graves.

❖ Las funciones comunitarias del hospital

♦ Hospital como observatorio epidemiológico

Es una de las responsabilidades más sencillas (conceptual y operativamente) para establecer una relación eficaz y eficiente entre hospital (les) y comunidad(es), en términos de:

- » reconocimiento recíproco (cuali-cuantitativo) de las verdaderas y falsas necesidades y demandas;
- » aprendizaje de un lenguaje y de criterios de evaluación de las prioridades asistenciales, de prevención y curación;
- » producción de conocimientos originales y fiables sobre los factores que determinan morbi-mortalidad.

Desde el punto de vista operativo, el asumir esta responsabilidad está totalmente justificado ya que el hospital es un "concentrador" de casos percibidos como, o realmente, graves e importantes que son indicadores muy informativos de la cultura (de salud y de derecho) y de las condiciones de riesgo (médico y social) que existen, no solamente en las cercanías del hospital sino también en las áreas dispersas. Por otro lado la asistencia hospitalaria permite calificar los contextos de donde vienen y el camino asistencial de casos/ pacientes/ poblaciones, los mismos que corresponden a problemas adoptados como trazadores de la manera como el hospital interactúa con la comunidad a quien en realidad se debe. Este último es el procedimiento más eficiente para producir informaciones comunitarias que no estén orientadas a indicadores/ medidas epidemiológicas clásicas (prevalencia, incidencia, tasa de ocupación, giro de camas, etc.), sino más bien a una **epidemiología asistencial** en la que las **historias de vida**, que relatan la forma y el contexto dentro del cual se realiza la asistencia a los pacientes, dejan de ser meras anécdotas y se convierten en fuertes herramientas de evaluación para documentar:

- la evitabilidad de los riesgos debidos o no a insuficiente acceso a los cuidados necesarios;
- la necesidad de medidas de intervención.

Recoger la información útil para hacer esto no es difícil ni debería significar una carga adicional de trabajo. Solamente se necesitaría establecer algunos protocolos esenciales que registren los datos coincidentes con lo que debería ser profesionalmente obligatorio para todo trabajador de salud que se hace cargo de los problemas/pacientes/ poblaciones de interés. Pero además, y quizás esto es uno de los aspectos más relevantes, las informaciones que se recaban del observatorio hospitalario deben constituirse en el material informativo más concreto para establecer un diálogo que permite a las partes argumentar, discutir, medir(se), con el fin de generar una capacidad recíproca de razonamiento entre el nivel

institucional, que se encarga de los cuidados, y el nivel territorial en donde nacen, viven y mueren las personas que transitan entre los diferentes niveles de cuidados de salud.

♦ **Hospital como parte integrante de la vigilancia comunitaria sobre "eventos centinelas" evitables**

Aunque este rol puede ser considerado un subcapítulo del escenario descrito arriba, se sabe bien que algunos "eventos" son específicamente informativos por el hecho de ser graves y/o indicadores de riesgos. Sin embargo no se trata solamente de pensar en aquellos eventos calificados como de notificación obligatoria y que constan en los formularios EPI-1 o EPI-2 usados en Ecuador y en otros países de Latinoamérica y que por lo general coinciden con los denominados eventos de Salud Pública de importancia Internacional (ESPII) enlistados en el Reglamento Sanitario Internacional. Si bien estos ESPII son importantes (como su propia denominación lo indica) no hay que olvidar que la mayor parte de estos son infrecuentes y pueden "esconder" la verdadera importancia de otros eventos más cotidianos que violan los derechos de las personas y que quizás, a fuerza de la costumbre, pasan desapercibidos. Estos eventos son aquellos en los que se suman factores clínicos y asistenciales que obstaculizan el seguimiento, no permiten controlar la calidad del monitoreo y olvidan la planificación común de intervenciones entre el hospital y la comunidad. Estos eventos "olvidados" son importantes, no sólo por el hecho de ser graves factores de riesgos en la atención, sino también porque requieren y señalan la participación de los responsables directos que deben garantizar que estas tareas de continuidad en la atención, control recíproco de la calidad del monitoreo y planificación común de intervenciones, se haga.

Aprender a evaluar de manera cruzada las Historias de Vida relativas a los casos centinela puede representar un importante paso adelante en la utilización de lenguajes progresivamente más compartidos, la creación de actitudes de recíproca escucha, el desarrollo de una capacidad de organizar con criterios concretos los procesos de referencia y contrarreferencia.

Cada contexto hospital-territorio puede-debe elegir los eventos centinela específicos y prioritarios para su área. Son ejemplos: eventos maternos-perinatales; casos graves por retraso del diagnóstico y/o de referencia (neumonía, diabetes, cáncer de mama); eventos cardio-cerebrovasculares por falta de acceso a medicamentos.

♦ **Hospitales (y servicios ambulatorios institucionales) y manejo/ monitoreo de las enfermedades crónicas**

Como se puede ya deducir, el manejo y monitoreo de las enfermedades crónicas puede ser considerado como un escenario ejemplar para evaluar la relación entre los diferentes niveles de atención (incluido el hospital especializado) y la comunidad. En este sentido se pueden recordar (sin entrar en los detalles operativos que deberían ser especificados para

cada problema/población) algunas de las funciones esenciales que tienen (o deberían tener) los hospitales y los servicios ambulatorios para garantizar el seguimiento y el monitoreo de las enfermedades crónicas.

» Sistema de Alta

Los médicos/as, enfermeras/os y otros asistentes de salud que trabajan en hospitales a menudo olvidan que la vida de las personas a las que atendieron durante un corto (o a veces largo) período de tiempo en el hospital no termina en el momento en que se realiza el alta de un paciente. Pensar en esto es trascendental, ya que muchas veces el éxito de un tratamiento no depende tanto de las intervenciones intensivas que se realicen durante la hospitalización sino de los cuidados que se realizan después de esto. Por esta razón, el tener un sistema de alta bien organizado es una de las funciones esenciales más evidentes que deberían tener los hospitales. Este sistema debería incluir:

- una información para el/la paciente enfocada a su cultura y a su contexto de vida;
- la posibilidad de compartir con los equipos básicos de salud, y/o con promotoras/es, la lógica, y no solamente los contenidos, de los tratamientos farmacológicos y de las recomendaciones relativas a estilo de vida. Evidentemente para que este diálogo sea efectivo, no debería limitarse a un mero acto burocrático - administrativo;
- un plan explícito y claro de "control" que incluya la posibilidad de un nuevo ingreso en presencia de situaciones "de riesgo" (empeoramiento clínico o modificaciones de condiciones de vida).

» Asistencia a grupos más vulnerables

Con frecuencia los/as pacientes/as que reciben un alta hospitalaria salen en condiciones de gran vulnerabilidad y hasta de pérdida de esperanza, como es el caso de las discapacidades físicas y/o mentales de personas que sufrieron un accidente cerebro vascular, un traumatismo grave, aquellas con un cáncer en estadio incurable o aquellas con problemas psiquiátricos que crean una barrera de interacción con la comunidad. Aunque estos grupos pueden parecer minoritarios, su problema tiene un alto impacto emocional, serias implicaciones económicas e involucramiento importante de los familiares.

La planificación coordinada y el manejo colaborativo de la asistencia para estos grupos es otra de las funciones esenciales, a menudo olvidada, de la relación entre hospital, centros ambulatorios y comunidades.

Para poner un ejemplo, en el caso de los cuidados paliativos, a menudo se piensa que el acto médico y/o de enfermería se limita al manejo del dolor, sin embargo se olvida que ésta en realidad es una actividad de promoción de la salud y de la vida. En efecto, el rol obligatorio del personal médico y/o de enfermería, en estos casos, es (debería ser) el de

devolver al paciente y a su familia la posibilidad de recuperar su autonomía y/o de decidir cómo, dónde, y rodeado de quiénes quiere morir (o seguir viviendo), asegurando un final sin dolor físico y dentro de un equilibrio espiritual. En otras palabras esto se puede comprender como la garantía de un "buen morir", que no es sino otra cosa que una dimensión más avanzada del "Sumak Kawsay" en cuyo fundamento se basa la nueva Constitución ecuatoriana. El ejemplo se puede extender a las otras situaciones de pérdida de autonomía como son las discapacidades físicas y/o mentales.

Es evidente que el poder mostrar a la comunidad que los diferentes niveles y actores del sistema de salud han decidido reconocerse colegialmente responsables y colaborativos, proporcionalmente a la importancia (médico y/o social) de los problemas, puede ser una contribución fundamental para crear, a nivel de estas comunidades, condiciones de confianza en sus derechos y de credibilidad de las propuestas-recomendaciones que provienen del sector salud.

» El escenario "mi hospital de calidad"

La actual política de salud en el Ecuador ha reconocido la importancia y el vacío del segundo nivel de atención, dentro de una red complementaria de servicios basada en los principios de la Atención Primaria de Salud. Bajo el explícito rótulo de "Mi hospital de calidad" se re-construye una red nacional de servicios complementarios que estaba completamente desmantelada. Evidentemente esto requiere de una importante inversión de recursos en infraestructura física y equipamiento para garantizar unas condiciones óptimas de funcionamiento.

El desafío más importante, sin embargo, no está en la infraestructura, sino en lograr que el recurso humano se incorpore a una lógica de diálogo colaborativo entre los diferentes niveles de atención y la comunidad. La construcción de un hospital, que es una tarea muy visible y concreta (y además con alta rentabilidad política) puede quedarse como un mero acto demagógico más si, paralelamente, no se construye la capacidad cultural y de competencias para que los/as trabajadores/as de la salud de los hospitales comprendan y hagan concreto su papel dentro de una red más compleja de garantía del derecho a la salud.

❖ Comentarios y conclusiones

En el curso del desarrollo del proyecto-intervención de Epidemiología Comunitaria en el "laboratorio de Borbón", un taller dedicado específicamente al tema del rol comunitario del hospital y de estructuras equivalentes, comparables, generó más sugerencias que las presentadas en los escenarios arriba mencionados y modelos de herramientas e intervenciones específicas.

Es muy probable, sin embargo, que a pesar de su sencillez, las propuestas que se hacen a partir de exigencias y posibilidades concretas encontradas en nuestro camino de Epidemiología Comunitaria parezcan más un pequeño e ingenuo libro de sueños. Considerar lo que es debido como un sueño prohibido ya en su nacimiento, es algo que se encuentra comúnmente en el sector salud cuando los derechos humanos de las personas chocan con las reglas/tradiciones/prácticas institucionales.

La Epidemiología Comunitaria está del lado de los sueños y aún en este sector tan conflictivo de las relaciones hospitales-territorios quiere dar la posibilidad a los sueños de traducirse paulatinamente en realidad. La ayuda memoria para este camino es simple:

1. La disociación hospital-comunidades es uno de los factores de riesgo más importantes de los sistemas de salud. La gravedad de este factor de riesgo necesita ser tomada específicamente en serio por varias razones:
 - ▶ es transversal, puede afectar todo tipo de paciente, es particularmente grave para las/los pacientes ya vulnerables por otros factores de riesgo;
 - ▶ además de los daños directos a la vida de las personas, representa un riesgo cultural permanente porque indica la no-voluntad de hacerse cargo de los problemas de las personas y poblaciones para dar prioridad a decisiones organizativas y/o personales y/o políticas;
 - ▶ en lugar de actuar como recurso de referencia y garantía de cuidado para los más vulnerables, el hospital se transforma en el representante de un sistema de salud incapaz/no interesado a la promoción del derecho a cuidados dignos.
2. Si se la reconoce claramente, la disociación es un factor de riesgo prevalentemente evitable, mucho más que las condiciones que el sistema de salud y los equipos de salud recomiendan de controlar-prevenir (ejemplo: estilos de vida, comida, acceso a los medicamentos, etc.).

3. En cuanto expresión de la prioridad de la vida de las comunidades, la Epidemiología Comunitaria:

- considera y promueve la integración estrecha entre nivel(es) hospitalario(s) y territoriales; *
- considera su responsabilidad activar proyectos permanentes de vigilancia sobre los eventos provocados por la discontinuidad evitable de los hospitales con respecto a sus comunidades.

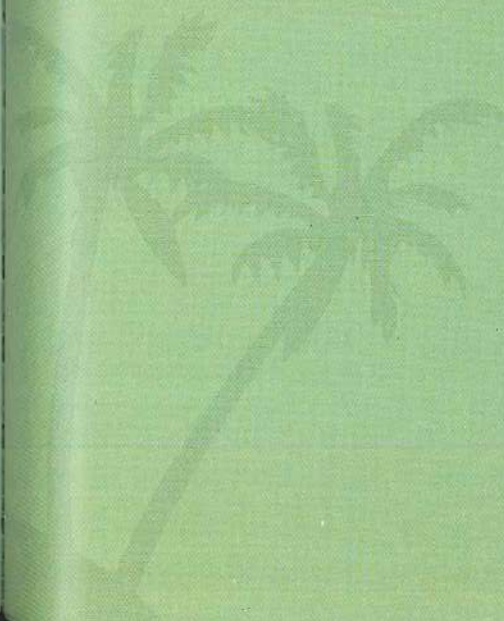
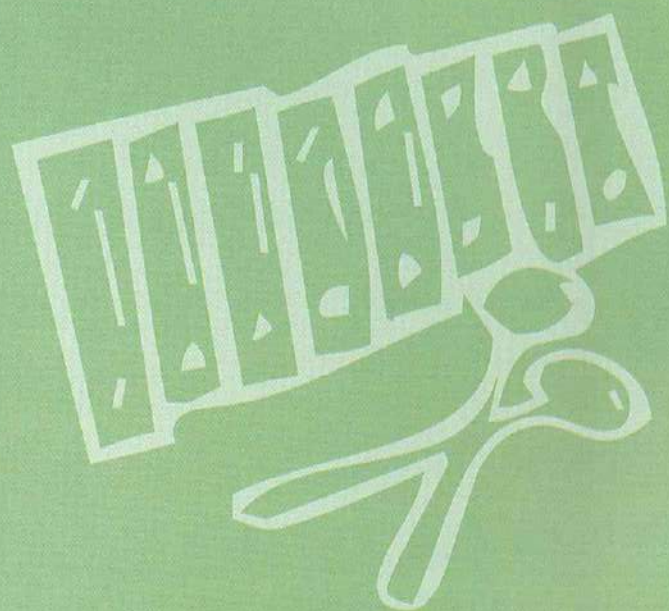
Es preciso, es decir urgente y metodológicamente más apropiado, pasar de la fase de las recomendaciones y propuestas generales, a experimentaciones programáticas bien dirigidas para disminuir este riesgo estructural grave y documentar la practicabilidad de "estrategias de continuidad" que sean tan variadas cuanto es grande la variabilidad de los contextos asistenciales.

❖ Referencias Bibliográficas

- ▶ Tognoni G. El hospital como escenario de Epidemiología Comunitaria. Quito: CECOMET; 1997
- ▶ Unger JP, De PP, Ghilbert P, Soors W, Green A. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *Int J Integr Care* 2006;6:el 4.
- ▶ Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Vinod KP, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet* 2008; 372: 917- 27.
- ▶ OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca. OMS 2008 Available from: URL: <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>

Capítulo 13

Experiencias de formación en Epidemiología Comunitaria: diversidad de contextos y de actores



❖ Premisa

La definición de los contenidos, de los destinatarios, de las metodologías de un programa de formación en Epidemiología Comunitaria es uno de los desafíos más importantes que se deben enfrentar si se quiere hacer de la Epidemiología Comunitaria no sólo una experiencia interesante si no una propuesta reproducible y posiblemente generalizable.

La pregunta más directa a la que hay que contestar nace de la definición misma de Epidemiología Comunitaria que se ha subrayado varias veces en este texto: no se trata de una disciplina o de un conjunto de conocimientos técnicos, que se transmiten en un taller más o menos largo o como parte de un curso de epidemiología o salud pública. La Epidemiología Comunitaria es antes que nada un proyecto, una manera de mirar, de estar presentes con las comunidades en un determinado contexto de vida y de salud. Esta "actitud", que pretende ser comportamientos y cultura, difícilmente se puede enseñar: en un proyecto se entra (o no se entra) para dejarse (o no) involucrar.

Las implicaciones de estas preguntas abiertas son muchas: por un lado complejas y por otro llenas de perspectivas muy estimulantes y de potencialidades para permitir el crecimiento (en la sociedad, y no sólo en la salud) de una cultura y de prácticas capaces de garantizar la conciencia y el goce más amplio del derecho a la salud. Una discusión más general de estos temas se encuentra en el capítulo final del libro.

Coherentemente con los objetivos y los contenidos de este texto de concentrarse sobre casos concretos, se reporta aquí la experiencia de unas iniciativas de formación en Epidemiología Comunitaria que responden a propuestas que vienen de "afuera", y están orientadas a la puesta en marcha de otras experiencias, en otras realidades, que explícitamente planifican la adopción de la Epidemiología Comunitaria como estrategia de desarrollo. Es claro que a lo largo de todos estos años, la actividad de formación ha sido central y muy intensa dentro de aquel laboratorio de Epidemiología Comunitaria que es el área Borbón, con tiempos, metodologías, actores, destinatarios variables como eran variables las exigencias de los muchos proyectos en los que se estaba trabajando. De hecho, todos los escenarios operativos que han sido propuestos corresponden a otros tantos laboratorios de formación.

❖ Vigilantes Epidemiológicos Comunitarios: ¿quién solicita y para quiénes?

El contexto en que se desenvuelve esta primera experiencia es la formación de Vigilantes Epidemiológicos Comunitarios (VEC) para el cantón Esmeraldas, dentro del programa Salud y Medio Ambiente (SYMAE) del Municipio de Esmeraldas auspiciado por la Cooperación Belga. El módulo de Epidemiología Comunitaria asignado al CECOMET preveía la

capacitación de 145 Vigilantes Epidemiológicos Comunitarios de las comunidades de parroquias urbano-marginales y rurales del cantón Esmeraldas.

❖ **Metodología**

Las dos preguntas básicas a las cuales se trataba de dar respuestas eran fundamentalmente:

- a) cómo recrear, con tanta gente, un contexto capaz de reproducir fielmente una condición de “presencia en una comunidad” para favorecer la expresión, colectiva y en diálogo entre los actores, de actitudes de mirada y escucha orientadas a descubrir y poner en evidencia preguntas y necesidades concretas.
- b) cómo articular la transmisión del “alfabeto” (conceptual y operativo) de la Epidemiología Comunitaria: sus palabras clave, los criterios de evaluación, el ritmo, los tiempos, las herramientas.

Se decidió, con muchas incertidumbres de fondo, en la dirección resumida en el Panel 1:

Panel 1: Estructura del taller

	Participantes	Días de taller	Trabajo de campo	Monitoreo
145 VEC	38	3 días	1 mes	1 día
	41	3 días	1 mes	1 día
	38	3 días	1 mes	1 día
	28	3 días	1 mes	1 día

- » una estructura por módulos, que correspondían a grupos de más o menos 35 personas, divididos por comunidades, sectores y áreas de influencia de las unidades de salud a las que pertenecían, y que podían en este sentido considerarse como un equipo real a cargo de un sector de la población.
- » una lógica de enseñanza - aprendizaje, que asumía como hipótesis el “no-saber que ser-hacer” de parte de los actores del proceso de formación, que iniciaban un camino:

- articulado en encuentros de 3 días, que obligaban a los participantes a compartir;
- distanciados en el tiempo (3 días más un mes de práctica más 1 día de monitoreo);
- que reproducen fielmente también la experiencia de poder aceptarse - rechazarse, que es componente normal del aprendizaje no de "nociones", sino del "hacerse cargo" de un proyecto, donde el reconocerse en la diversidad de los roles y de las identidades es fundamental.

Es evidente que no es posible reproducir la atmósfera de un curso, que ha sido para cada grupo el compartir vida durante los talleres. Para aproximarse a lo que quiere ser un informe "no emotivo", se ha optado para presentarlo como en dos líneas complementarias, que se deben leer y ver como un solo cuento:

- a. la crónica de lo que ocurrió,
- b. las imágenes "centinelas" e "indicadoras" del proceso de "descubrir" compartiendo.

El comentario final de evaluación "desde adentro" propone una posible lectura que favorece una "evaluación desde afuera".

❖ Crónica y resultados

Según la metodología adoptada, cada taller iniciaba con preguntas que miraban a provocar-involucrar, dejando un tiempo real para permitir que la toma progresiva de palabra de parte de los/las participantes fuera la respuesta más importante.

♦ La visibilidad del contexto como provocación

Pregunta: ¿Cuál puede ser el rol del VEC en las comunidades?

No hay, en verdad, una respuesta. Se parte imaginando, esbozando lo que debería ser "**el Ser**" (actitudes, valores) y "**el qué Hacer**" (actividades) de un VEC en sus comunidades: se transforman así en los/as protagonistas del módulo con el tema del Diagnóstico Comunitario.

Luego se formaron 3 grupos de trabajo con la tarea de armar cada uno un rompecabeza (Figura 1) con una pregunta al final: ¿Para qué les ha servido armar el rompecabeza?

- » Para conocer qué dibujo había en cada uno: los pedacitos sueltos no nos permitían saber de qué se trataba.

- » Para conocer el mensaje que contenía.
- » Para conocer la totalidad del dibujo y también los detalles.
- » Para entrelazar lazos de amistad entre los participantes.

La idea era que ellos visualizaran que cada pedacito del rompecabezas representa los datos e informaciones que debemos tener de una comunidad para conocerla mejor y que al trabajar en equipo y al unir los pedacitos se logra comprender mejor los mensajes y tener así un panorama general de la realidad. Si no se junta toda la información tenemos una foto del barrio con sus calles y sus casas pero con sus reales problemas escondidos.

Se discutió la utilidad de conocer cada uno de los datos e información de manera individual y en su conjunto y se definió lo qué es un diagnóstico comunitario. Con esto se los había motivado para que pasaran:

- » de simples "observadores del caos", que desafía el conocer, el compartir, el hacerse cargo con sólo mirar los pedacitos del rompecabeza,
- » a "descubridores-gestores" de un conocimiento que permite ubicarse y ponerse en búsqueda de respuestas al unir cada una de las partes y armar el rompecabeza.

Figura 1: Armando el rompecabeza



- ◆ Los datos como re-conocimiento

La pregunta provocadora para el trabajo de grupo ¿Qué informaciones deberían averiguar/recoger para conocer mejor sus barrios o comunidades? tenía diferentes objetivos: que se ubicaran en su sector, barrio, comunidad, identificaran las informaciones o datos necesarios para el conocimiento de su realidad y se reconocieran como parte de la misma. En plenaria se presentaron y organizaron en grandes grupos los muchos y completos datos priorizados por ellos: de población, ambientales, de accesibilidad geográfica, de educación, socio-económicos, culturales, de salud-enfermedad y se analizó la utilidad de cada uno de ellos.

A continuación se presentó el poster de uno de los barrios donde viven algunos de los participantes: todos quedaron de acuerdo que con sus calles y casas describe sólo en parte la "vida" de los moradores. Ubicando en el poster las figuras correspondientes a los diferentes datos señalados en el trabajo de grupo, se pudo poner en evidencia la compleja realidad que caracteriza la vida de una comunidad. Los participantes se reconocieron así como parte de esta misma realidad y se dieron cuenta que la pudieron describir/presentar sin necesidad de mayores conocimientos teóricos: es la primera etapa/momento del diagnóstico que se puede comparar a una FOTOGRAFÍA INICIAL (Figura 2).

Figura 2: El rompecabeza de la realidad de la comunidad



Para continuar con el tema, se retoma lo del diagnóstico inicial y se presenta y explica cada una de las herramientas (formato de censo, de datos socio-económicos-culturales-salud, ficha familiar y croquis) que se utilizan en esta etapa inicial. Se profundiza en estas herramientas haciendo varios ejercicios de llenado de las mismas. Además se explica con un ejercicio práctico como se hace el croquis de la comunidad.

Para integrar ciertos principios/ideas con la práctica, en plenaria, los participantes identificaron algunas de las **Palabras Clave** que guían y animan el trabajo del VEC: en esta etapa se priorizaron **medir, grupo de riesgo, diálogo y equidad**.

♦ Conocer significa involucrarse

En plenaria, la facilitadora, procede a retomar la fotografía del barrio con las figuras/datos que son importantes e invita a identificar las que necesitan de seguimiento (niños, embarazadas, hipertensos, algunos problemas de salud, población que entra - sale y que muere en una comunidad). Se refuerza así el concepto que un diagnóstico comunitario no es un estudio que se hace al inicio de una intervención y se deja allí, sino que siempre hay que estar actualizándolo en el camino, tiene que ser dinámico porque las realidades en nuestras comunidades no son estáticas sino que van cambiando: es el "vivir - actuar". A esta etapa la definimos de ACOMPAÑAMIENTO y corresponde a la visión que se podría tener con una FILMADORA (Figura 3).

Figura 3: La filmación



Posteriormente se presentan y explican las herramientas que utilizamos en esta etapa: cuaderno epidemiológico, registro de referencia-contrarreferencia, historias de vida. En grupo se hacen ejercicios de llenado de cada uno de los registros del cuaderno epidemiológico.

En plenaria, retomando los datos/informaciones, con lluvia de ideas de los participantes se sacan las **Palabras Clave** importantes de esta etapa: **evitabilidad, seguimiento-abandono, evento centinela.**

Luego el facilitador presenta como ejemplo la “historia” de la hipertensión en el contexto del área Borbón, problema presente también en las comunidades de pertenencia de los VEC. Se señaló que el acompañar y estar involucrado en la vida cotidiana de las comunidades, permite profundizar y conocer mejor el problema, con detalles específicos, y actuar de manera oportuna para evitar complicaciones y muertes en personas o grupos de personas. A esta etapa la llamamos PROFUNDIZACIÓN, algo comparable al uso de una LUPA (Figura 4).

Figura 4: Profundización del problema hipertensión en el área Borbón



Con el uso de la figura del proceso del diagnóstico (ver Figura1 capítulo 11), en plenaria, se hace el resumen de las diferentes etapas/momentos del mismo: una vez más se evidencia que el diagnóstico no debe considerarse como una investigación hecha por expertos en un momento determinado, sino como una herramienta que se va construyendo desde adentro en el caminar de todos los días, algo dinámico, hecho por la misma comunidad junto con los VEC y el equipo de salud.

En plenaria el facilitador explica que a la Epidemiología Comunitaria lo que le interesa son los datos de cada una de las comunidades (datos micro) porque los datos globales (macro) no permiten ver las realidades de los pequeños grupos/poblaciones. Para hacer entender mejor este concepto se presentaron los mapas sobre la situación de la malaria en la provincia de Esmeraldas (Figuras 5-6-7).

[illegible]

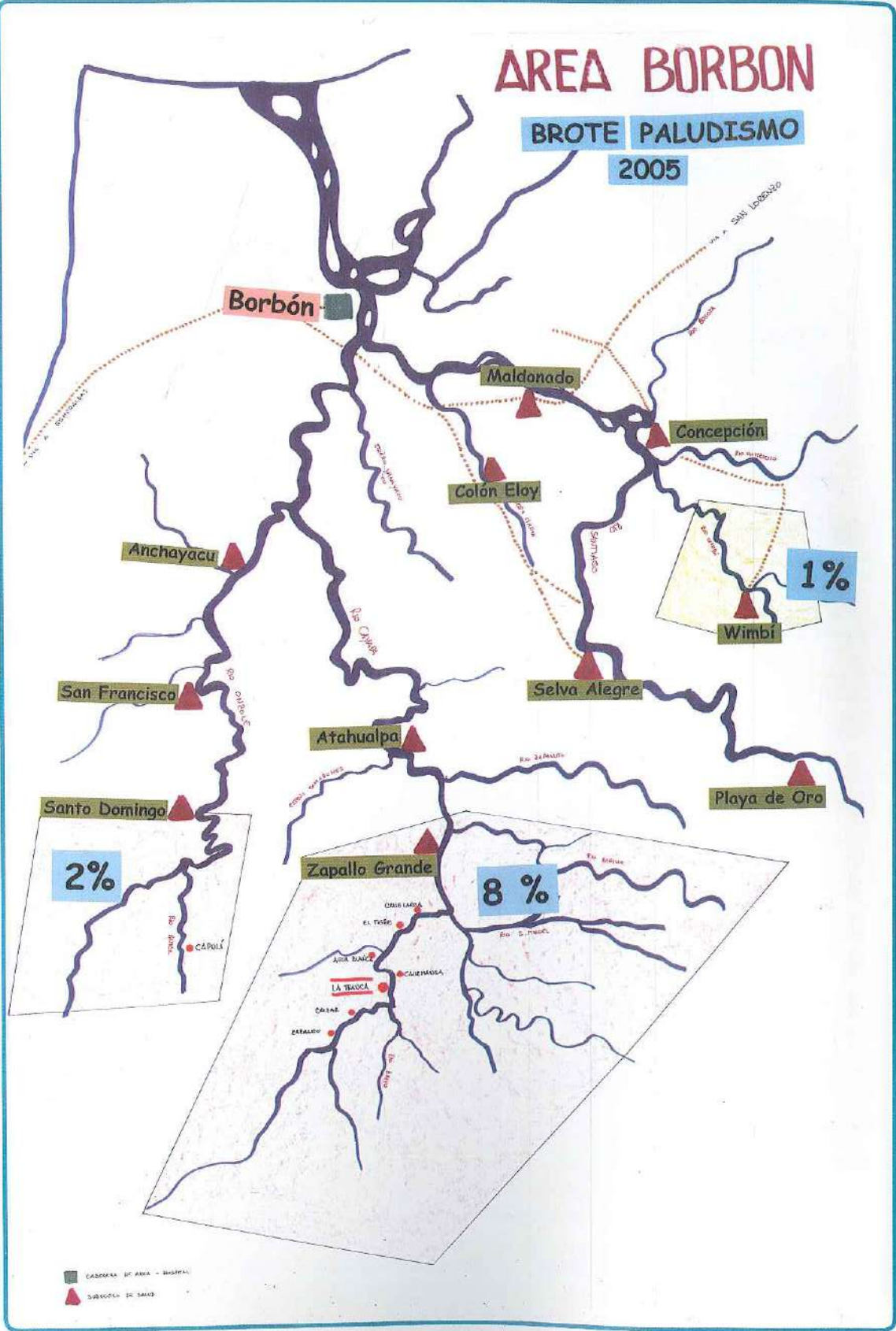
PROVINCIA DE ESMERALDAS

PALUDISMO 2007

Mapa de la Provincia de Esmeraldas, Ecuador, mostrando los índices de paludismo por cantón en 2007. Los cantones y sus respectivos índices son:

Cantón	Índice de Paludismo 2007
Esmeraldas	5.3
San Lorenzo	1.2
San Jacinto	1.1
San Antonio	1.1
San Rafael	11.6
San Pedro	2.8
San Juan	4.2

Figura 7: Brote de paludismo 2005 en el área Borbón



El mapa de la Figura 5 nos da el dato global (macro realidad) de la incidencia de malaria en la provincia de Esmeraldas pero ese dato no nos permite ver ninguna diferencia entre los varios cantones. La realidad se ve uniforme y no parece tan grave.

El mapa de la Figura 6 nos presenta los datos un poco más detallados por cada cantón y enseguida nos damos cuenta que la situación de los varios cantones no es la misma: hay cantones donde el problema es muy limitado y hay cantones, como el de San Lorenzo, donde el problema es bastante grave y debe ser enfrentado.

Pero también dentro de cada cantón hay zonas o comunidades con realidades diferentes. Es lo que nos muestra el mapa de la Figura 7, que representa el área de salud Borbón durante el brote de 2005, donde se puede apreciar que el paludismo afecta más al sector de Zapallo Grande y dentro de ese sector a algunas comunidades (micro realidad).

Este análisis nos ayuda fácilmente a comprender cómo, para la Epidemiología Comunitaria, la COMUNIDAD es el centro y sujeto de una intervención.

❖ Evaluación - Comentarios

Por definición los resultados del primer acto de un proceso de formación que pretende involucrar a los participantes en un proyecto donde lo que es importante es "ser y hacer", no se miden con los criterios de cursos de formación permanente que asumen como estándar de éxito una evaluación/medición de conocimientos. Se pueden sencillamente proponer dos órdenes de reflexiones:

- a. la primera (por definición sesgada, pero imprescindible) es de parte de los que hemos asumido el desafío de resumir-proponer en algunos días métodos, enfoques, acciones que han surgido a lo largo de varios años, experimentándose con ajustes que reflejaban los cambios de las preguntas y de las necesidades. Aún más: que hemos tenido la osadía de repetir este ejercicio con un número tan alto de participantes, mayor a todas/os las/os promotoras/es de salud que han trabajado en el "laboratorio de Epidemiología Comunitaria" del área Borbón. La hipótesis, cuando hemos aceptado el desafío de esta experiencia era que no era posible llegar a reproducir-comunicar lo que constituye la identidad misma de la Epidemiología Comunitaria, es decir:
 - el hacer visibles y prioritarios contextos y relaciones de vida, preguntas abiertas y búsqueda de respuesta, reconocimiento de complementariedad de roles y de parcialidades de conocimientos;

- compartir la experiencia, que es vital, de “ver en la práctica” y (no principalmente “saber”), que las palabras clave no son conceptos que se comunican y se explican. Son actitudes que nacen desde adentro, de lo que se vive, como respuesta a los escenarios concretos de la vida y pueden así transformarse en hilos conductores de lo que se hace: algo que no se repite con palabras como si fuera una metodología de estudio, sino más bien que se reconoce “como propio” cuando uno se encuentra a escuchar, mirar, compartir el proyecto de hacerse un habitante y un representante de la comunidad y por eso un actor-promotor de Epidemiología Comunitaria.

El “experimento”, en los términos que hemos descrito, parece haber salido bien. Como en todos los experimentos, cuando el resultado sale bien contrariamente a la hipótesis inicial, se trata de algo muy sólido.

b. La segunda evaluación (¿menos sesgada?) es de los participantes y está resumida en algunas de sus reacciones-comentarios:

- » La foto del barrio vacía no ayudaba a ver más allá de las casas. Cuando juntamos todos los dibujos de los problemas hemos podido ver la verdadera cara de nuestro barrio.
- » Este tema que no conocíamos lo han tratado con palabras sencillas que todos hemos entendido. Todo nos ha parecido muy claro.
- » La presentación con dibujos y mapas nos llegó más y nos ayudó a entender mejor.
- » Han valorado lo que nosotros sabíamos y nos han ayudado a sacarlo.
- » Nos han tratado como si fuéramos unas de ustedes y no se han puesto como profesoras.
- » El hecho de haberse quedado a compartir con nosotros también las comidas las ha acercado más a nosotras.
- » Los juegos y las dinámicas han creado un ambiente de amistad, todas/os nos hemos sentido al mismo nivel.
- » Los papelógrafos con los ejemplos del trabajo en Borbón nos han aclarado cómo trabajar en la comunidad.
- » Los mapas de malaria y la escalera del riesgo de los hipertensos nos ha ayudado a entender el verdadero sentido de la palabra “equidad”.
- » ¿Por qué no hacen ustedes los talleres de los otros temas de nuestra formación?

- » En lo que nosotros debemos hacer hay que involucrar más a las autoridades locales y al personal de salud.
- » En estos talleres deberían estar presentes los equipos de salud porque el camino que hay que seguir es todos juntos.

❖ El gremio de médicos y la Epidemiología Comunitaria

El Colegio Médico de Pichincha inició en 2008 un proceso de discusión sobre el rol esencial de un gremio de profesionales de la salud que, paralelamente a la defensa de derechos laborales, sea un garante de los derechos de salud de la población. Esto llevó a organizar actividades de educación médica continua que superaran las prácticas habituales de ser receptores de cursos de actualización sobre “novedades” médicas que muchas veces tenían la influencia del mercado de productos farmacéuticos o de métodos diagnósticos.

Contemporáneamente el Ministerio de Salud del Ecuador se encontraba promoviendo un proceso de expansión del acceso a los servicios a través de la contratación de Equipos Básicos de Salud (EBAS) compuestos principalmente por médicos/as, los/as cuales se daba por supuesto que tenían las competencias mínimas para aplicar el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), que en sus fundamentos no era otra cosa que poner en la práctica los principios de la Atención Primaria de Salud (APS).

Aunque la idea tenía sentido había un problema con los supuestos, ya que para nadie es desconocido que los/as médicos/as son los que menos conocen y se incorporan a una práctica basada en la participación comunitaria.

Ante eso la directiva del Colegio Médico de Pichincha se planteó el desafío de diseñar un curso que mantuviera el equilibrio entre la adquisición de competencias clínicas esenciales vinculadas a las principales causas de mortalidad evitable y la capacidad de desarrollar iniciativas de diagnóstico, monitoreo y evaluación comunitaria, integrando estas competencias en la práctica de aplicación del Modelo de Atención Integral de salud (MAIS).

El proceso tuvo una etapa de preparación y planificación, otra de aplicación y otra de evaluación y mirada al futuro.

■ Preparación y planificación: los desafíos de conformar un equipo de tutores

Por tratarse de un proceso pensado para tener una continuidad dentro del gran proyecto de re-planteamiento del rol de los gremios profesionales, era indispensable constituir un

equipo de tutores que no solamente se encargara de diseñar y aplicar el currículo, pero que también creciera en la comprensión de los nuevos desafíos de la educación médica continua.

La selección de estos tutores no fue dejada al azar. El grupo se integró con cuatro médicos familiares, uno de los cuales ya tenía una vasta experiencia en formación de estudiantes con el método de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), dos médicos salubristas, uno de los cuales con gran experiencia en Epidemiología Comunitaria y la otra con una historia de haber sido formada dentro del método ABP, un experto en educación médica y un epidemiólogo clínico con gran experiencia en Epidemiología Comunitaria. El grupo tuvo el compromiso de participar en reuniones semanales. Además de ellos, se integró ocasionalmente una médica cirujana muy activa en la organización de cursos de educación médica continua y una salubrista con experiencia en apreciación crítica de la literatura y Medicina Basada en Evidencias (MBE).

El principal desafío era el de lograr que un grupo con experiencias tan diversas pero cercanas comience a hablar un solo lenguaje y aprenda de la experticia de cada uno. Otro desafío era el de preparar materiales (casos problema) para ser usados en las sesiones de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y que cumplieran con los propósitos arriba descritos. El primer desafío fue dejado a la evolución natural del interés y capacidad de las personas para involucrarse en procesos de crecimiento personal y aprendizaje continuo. El segundo desafío fue superado mediante la revisión minuciosa, en cada sesión de trabajo, de los contenidos de los casos.

Al mismo tiempo se hizo la convocatoria de participantes, suponiendo que la mayor parte de los/as interesados/as iban a ser médicos/as generales de reciente formación. Sorprendentemente no fue así: los dos primeros inscritos fueron dos médicos hematólogos que trabajaban en hospitales de alta complejidad. Luego siguieron otros especialistas y también varios médicos/as generales con un amplio rango de experiencia. El curso se inició sin haber llegado a terminar la construcción de todos los casos problema, teniendo como supuesto que en la primera experiencia estos iban a necesitar ajustes y cambios según su capacidad de contribuir para la consecución de los objetivos de aprendizaje.

Toda esta serie de actividades estuvo coordinada por una de las personas que integraron el equipo de trabajo, quien se hizo cargo de organizar las reuniones, difundir la información, sistematizar los aportes del grupo.

■ Contenidos del curso

Los contenidos finales del curso tuvieron los siguientes ejes:

- atención integral en salud,
- toma de decisiones clínicas,
- búsqueda bibliográfica y apreciación crítica de la literatura,
- Epidemiología Comunitaria.

Estos ejes sirvieron para orientar los temas esenciales que estuvieron vinculados a las principales causas de mortalidad evitable en el Ecuador, y que fueron:

- Neumonía
- Hipertensión
- Diabetes Mellitus tipo 2
- Muerte materna
- Trauma y violencia

Estos dos últimos temas fueron abordados en talleres especiales preparados para el efecto. Los otros temas fueron integrados en los casos problema. Un ejemplo de un caso problema se puede encontrar en el Panel 1.

Panel 1: Caso problema de hipertensión con lista de preguntas generadoras

Caso Integral #3

Título: HTA

Chiriboga, abril 16 del 2010

Querido Brayan:

Espero mijo que este muy bien usted por allá en esos frios de España, acá seguimos jodidos por la situación del país sin saber que mismo va a pasar con todos los problemas del gobierno.

Le cuento que ya me fui a hacer el chequeo del utero y me encontraron bien pero en el centro de salud la doctorita me dijo que sufro de la presión, y me hizo asustar porque dice que de aquí a unos años como eso de la presión es incurable puedo sufrir del corazón, de los riñones y hasta que me pueden dar derrames como le dieron a mi papacito, porque tengo el riesgo alto. Yo la verdad no le entendi ni le creo mucho porque me siento bien y sin ningún dolor, además me mando a comprar aparte unos medicamentos carísimos que dizque son buenos para bajar la presión porque la señorita de la farmacia me dijo que esos genéricos que ha comprado en ministerio de salud son malos y dan reacción.

Me mandaron también un mundo de exámenes de sangre de orinas de los ojos del corazón y como no hacen aquí me va a tocar salir a Quito

o Santo Domingo para hacerme, por eso le escribo haber si me manda la plata mijito lindo para sacar pronto la cita con el cardiólogo que es el especialista de la presión y es el que me va a controlar cada que pueda sacar la cita porque los hospitales están llenecitos, hasta eso la señora Carmita que hizo un curso de auxiliar dijo que me va a hacer de tomar la presión todos los días.

Los guaguas están bien extrañándole y preocupados ahora que toca comer desabrido y con unas fibras que no se que sean y sin muchas calorías que ha sabido tener la comida. Dijo la doctorcita que tenía que hacer mucho ejercicio, además de lo que lavo ropa todo el día y aunque tenga que subir la loma para llevarle la comida a las chanchitas.

Eso nomás ojalá mande rápido para ver que pastillas me puedo tomar.

Le quiere mucho su esposa María.

PREGUNTAS GENERADORAS

- Qué palabras clave de la Epidemiología Comunitaria pueden aplicarse a este caso?
- Cuál es el objetivo principal en el manejo de la HTA?
- Qué es y cómo se identifica el riesgo cardiovascular?
- Qué es un plan de manejo? Qué elementos tiene?
- Qué criterios deberían tomarse en cuenta a la hora de pedir "exámenes de rutina" en HTA?
- Quién debe atender a los pacientes hipertensos, cuándo se debe referir a un especialista?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE CONTENIDOS

1. Valorar el poder de los predictores clínicos y de laboratorio para la evaluación del riesgo en enfermedades crónicas.
2. Identificar los aspectos relevantes del Manejo Integral del paciente con HTA y sus familias.
3. Obtener destrezas de negociación de implementación y adherencia a prescripciones no farmacológicas (bajar de peso, ejercicio, etc.).
4. Aplicar enfoque de riesgo, el seguimiento y nivel de complejidad en el análisis integral del paciente con enfermedades crónicas.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE PROCESUALES

1. Reconocer el valor de la diversidad
2. Reconocer la importancia de la comunicación en el manejo de pacientes

TAREAS:

Aplicar los conocimientos adquiridos hasta el momento en la elaboración de un Plan Integral del manejo de la HTA y Diabetes.

■ Ejecución del curso: ¿cómo transmitir los principios de la Epidemiología Comunitaria?

En esta parte del texto sólo nos referiremos al eje de Epidemiología Comunitaria y a su factibilidad de ser transmitido en un curso dirigido a médicos/as que buscan más adquirir competencias clínicas y/o enterarse sobre las novedades propuestas por la corriente de la Medicina Basada en Evidencia (MBE).

Aunque los objetivos de aprendizaje de la Epidemiología Comunitaria formaban parte de todos los casos problema, fue muy difícil que a través de ellos se puedan encontrar soluciones y/o sacar conclusiones. Para superar este problema, luego de cada sesión de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) el tutor de Epidemiología Comunitaria entabló un intercambio heurístico de preguntas y respuestas que giraban en torno al uso de la epidemiología en diversos ámbitos. Estas preguntas, con la guía de respuestas fueron:

¿Qué es y para qué sirve la epidemiología?

- Para conocer la realidad en la que nosotros (como parte de la sociedad) vivimos, o en la que nosotros (como trabajadores de la salud) nos desenvolvemos. Para garantizar el derecho a la salud.

¿Quién es (o quién puede ser) el/la epidemiólogo/a?

- Cualquiera que desee conocer mejor su realidad para transformarla (mediante un ejercicio de participación colectiva) puede ser epidemiólogo/a.

¿Cuáles son (o pueden ser) las palabras clave que orienten la práctica de una Epidemiología Comunitaria?

- La evitabilidad, el evento centinela, la historia de vida, el seguimiento, la equidad.

¿Cómo analizar un problema clínico (o de salud pública) desde la evitabilidad?

¿Qué es un evento centinela?

- ▶ Es un suceso evitable que ocurre en la vida de una persona o de una comunidad, que nos indica que "algo" no está funcionando bien.

¿Para qué sirve una historia de vida?

- ▶ Para conocer y analizar mejor todo lo que hay detrás de un evento centinela.

¿Cómo se hace el seguimiento? (a personas, problemas, comunidades)

- ▶ El seguimiento a personas se hace (o se debe hacer) cotidianamente en medicina, para ver si la persona mejora, empeora, se cura,...El seguimiento a un problema se lo hace a lo largo de los años y sirve para ver si el comportamiento de un determinado problema de salud ha cambiado (o ha empeorado) gracias a nuestra (o a la falta de) intervención.

¿Qué es la equidad?

- ▶ Dar más a quien más necesita. La inequidad por otra parte sirve para ver la brecha que hay entre ricos y pobres. Una sociedad inequitativa es aquella en la que la riqueza (y/o el acceso a los servicios) está concentrada en pocas personas.

Estas preguntas fueron desarrolladas en varias sesiones, y a medida que los participantes respondían se ponían ejemplos cercanos a la práctica de un EBAS para clarificar y finalmente se hacía un cierre-resumen. Todo esto permitía que los participantes vayan descubriendo de una forma heurística la aplicación de una práctica de Epidemiología Comunitaria.

Hay que señalar que durante esta serie de preguntas y respuestas se intentó no hacer ninguna diferencia entre epidemiología clásica y la "otra epidemiología", para ser consecuente con lo señalado en el segundo capítulo. Sin embargo, la última sesión estuvo dedicada a métodos clásicos de epidemiología como el análisis por tiempo, lugar y persona, el análisis de riesgo, la evaluación de intervenciones. Esto se hizo en base a la guía de las "9 preguntas epidemiológicas" que son:

- ¿En qué medida un problema de salud está afectando a una comunidad?
- ¿Quiénes son los más afectados?
- ¿Cuándo están más afectados?
- ¿Dónde están los más afectados?
- ¿Por qué están más afectados?
- ¿Qué se ha hecho para reducir el impacto del problema?
- ¿Cuáles han sido los resultados obtenidos?
- ¿Cuáles han sido las dificultades?
- ¿Qué más se puede hacer en el futuro?

❖ Resultados

Se realizaron dos cursos durante 10 semanas en los años 2009 y 2010, teniendo un total de 43 participantes en su mayoría médicos generales; sin embargo y como se mencionó anteriormente, llamó la atención la participación e interés de especialistas como: hematólogos (2), cirujanos (2), pediatra (1), urólogo (1) y oncólogo (1), en un rango de edad comprendido entre 25 a 55 años.

El proceso de enseñanza-aprendizaje fue dinámico y dado que la metodología utilizada estaba centrada en las necesidades del estudiante y tenía como objetivo principal la construcción de conocimientos aplicables, fue necesario realizar varios cambios a los casos integrales que fueron motivo de estudio y a la metodología misma de la evaluación.

Durante el primer curso se intentó, sin mucho éxito, aplicar la metodología OSCE para realizar una evaluación de medio término. Sin embargo, durante esta primera experiencia se logró determinar la dificultad de los participantes para conceptualizar a la Epidemiología Comunitaria e identificar las palabras clave.

Para el segundo curso la evaluación de medio término consistió en una adaptación del método conocido como "paciente simulado", en el que cada uno de los tutores adoptaba el rol de paciente y seguía un guión de una consulta mientras evaluaba en privado a cada participante, que asumía el rol de médico. Se evaluaron aspectos actitudinales, de conocimientos y la aplicación de instrumentos y herramientas durante la "consulta". También se aplicó un examen de conocimientos "uno a uno" y se evidenció en algunos de los participantes la dificultad de conceptualizar la Epidemiología Comunitaria en términos de garantía del derecho del acceso a la salud: varios inclusive mencionaron conceptos de la "epidemiología clásica" al preguntarles sobre las palabras clave de la Epidemiología Comunitaria.

Con estos insumos se intentó reforzar luego tanto los conceptos como el comprender la necesidad de interiorizarlos y de cambiar paradigmas.

La evaluación final en las dos experiencias consistió en realizar, en forma grupal, un análisis de una historia de muerte materna, basada en una historia real de Borbón, con el objetivo no sólo de aplicar los conocimientos adquiridos, sino también el de proponer alternativas contextualizadas para evitar casos similares.

Las palabras clave de la Epidemiología Comunitaria estuvieron presentes en los análisis de todos los grupos y, aunque no explícitamente, los conceptos de derecho, equidad y evitabilidad fueron fuertemente desarrollados, en especial en varios sociodramas que fueron utilizados como método de presentación.

Los resultados de estas evaluaciones junto a una evaluación subjetiva de los tutores -basada en la participación oportuna y pertinente, las actitudes, la capacidad de trabajo en grupo y los aportes de cada participante - se reflejaron en un puntaje que determinó la aprobación (o no) del curso.

❖ Conclusión

Las experiencias de enseñanza de la Epidemiología Comunitaria que se han descrito se refieren a dos situaciones que son, al mismo tiempo, ejemplares y "extremas":

a) la primera reproduce una situación que "imita" la que es la "historia original" de la Epidemiología Comunitaria: una comunidad define a las/os que quieren/deben ser sus representantes/promotores y estos/as se entrenan a encontrarse, a dialogar, a transformar en conocimiento la vida (problemas, riesgos, proyectos) de la comunidad misma;

b) la segunda intenta insertar la lógica, los conceptos, el "punto de vista" de la Epidemiología Comunitaria en el itinerario formativo de un grupo de profesionales-médicos, que clásicamente, desarrollan competencias y roles que "ven" la comunidad como un lugar/objeto donde aplicar los conocimientos.

Son evidentes las grandes diferencias que deben ser consideradas sin embargo como complementariedad. Entre estos dos extremos ejemplares, de hecho, los itinerarios y las experiencias formativas pueden, y deben, ser muchas y diversificadas: desde la que inserta la Epidemiología Comunitaria en el pensum curricular de medicina y/o de enfermería a los programas específicos por proyecto/problema como ha sido documentado en algunos capítulos de este manual; desde las que se refieren a la realidad hospitalaria a las que se refieren a la realidad rural-dispersa y a las que deben enfrentar la complejidad y fragmentariedad de las áreas urbano-marginales.

El denominador común obligado de estos itinerarios de formación (que deben ser adaptados cada vez al contexto real y no reproducidos como "paquetes formativos estándar") se puede resumir en tres criterios sencillos:

1) acordarse, concretamente, que la Epidemiología Comunitaria no es una suma de conceptos y de principios: es una "propuesta-que-se-comparte" de aprender a mirar la realidad donde se trabaja como un lugar donde se vive, para hacer del conocimiento técnico uno de los lenguajes y de las claves de comprensión/intervención a través de las cuales se desarrolla una relación con la comunidad.

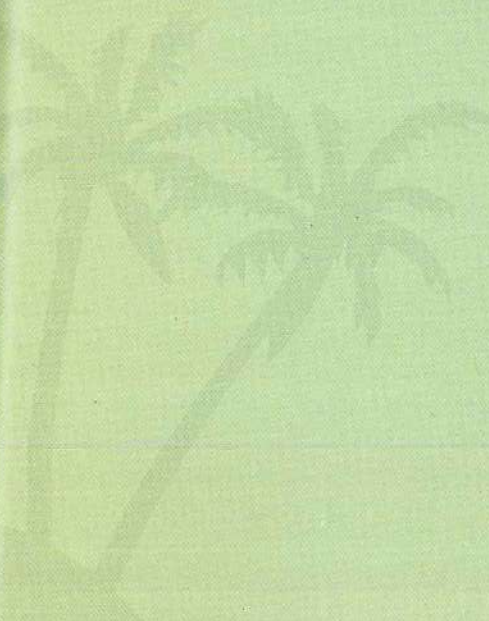
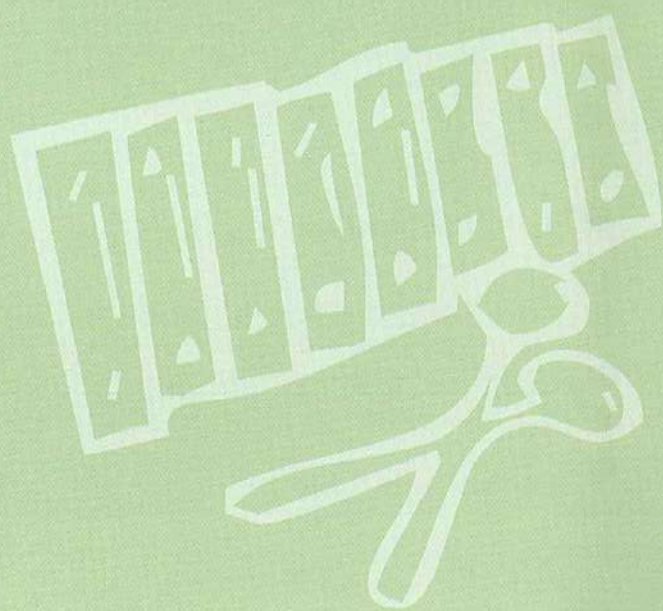
2) La enseñanza de la Epidemiología Comunitaria es, por lo tanto, por definición, no un curso puntual, si no un proceso y un camino: los módulos de enseñanza deben ser como el consultar un horario de salida de los buses: nos da indicaciones sobre las posibles opciones que tenemos, sin embargo, al final, lo que cuenta es el viaje. No se puede enseñar una mirada o un proyecto: sencillamente se incorporan en la cultura con la que se garantiza en la comunidad una "presencia" hecha de aprendizajes recíprocos: esta es la condición imprescindible para intervenir con una práctica conforme a una determinada comunidad y a sus problemas.

3) La Epidemiología Comunitaria no puede ser algo que se "añade" a la clínica, a la epidemiología y/o a la organización de los servicios de salud sanitaria. Más bien quisiera y debería ser el eje transversal de todas estas actividades: de hecho, su característica y

objetivo son los de hacer, siempre más y mejor visibles y protagonistas (junto e intreulado con el médico-asistencial), el punto de vista, el cuento y las necesidades no satisfechas de la comunidad. La Epidemiología Comunitaria puesta en práctica es, en el fondo, el único, verdadero y sólido método de enseñanza y de aprendizaje: su éxito se documenta sólo con la transformación progresiva, a veces lenta o repentina de la realidad donde se interviene.

Capítulo 14

Conclusiones y perspectivas



Conclusiones y perspectivas

El objetivo de estas reflexiones, que se presentan a manera de conclusión, es el de tratar de responder a la pregunta que ha constituido el hilo conductor en todo el recorrido de Epidemiología Comunitaria que se ha propuesto a lo largo de los capítulos metodológicos y de los escenarios operativos escritos en este libro:

“¿Es posible, aparte de necesario, que lo local sea una categoría de referencia y de validación de la legitimidad de lo global?”

La experimentación sobre la “practicabilidad” y los resultados de un enfoque de Epidemiología Comunitaria ya han sido, contemporáneamente, repropuestos en otros contextos. Por esa razón, el ámbito de interés al cual se dirige esta pregunta representa, en modo ejemplar, a aquella parte del mundo que – aunque es mayoritaria por su extensión y por la carga de morbilidad y mortalidad – todavía es considerada y vive en la marginalidad.

La literatura “científica” está cada vez más conciente de esta asimetría, pero tiene mucha dificultad para traducir la constatación en prácticas de planificación adecuadas. Los puntos que siguen son una ayuda memoria para quien quiere trabajar en superar esta disociación.

1. Si la salud y los cuidados de salud son – y mejor - deben volver a ser – uno de los indicadores de los derechos humanos no solamente afirmados, sino completamente “disfrutables”, la epidemiología es – y mejor - debe volver a ser – el instrumento-estrategia que permite a las personas-poblaciones que viven la marginalidad, poder tener una visibilidad no-marginal.
2. La Epidemiología Comunitaria se propone como el proyecto (que equivale a decir la cultura, metodología, estrategia de conocimiento y de responsabilidad) que restituye a las personas-comunidades la posibilidad de ser “sujetos” de los cuidados de salud incluso en cuanto productores de conocimiento sobre las “prácticas” que les atañen. De esta forma la Epidemiología Comunitaria documenta que es posible-necesario superar la lógica de las intervenciones que ayudan-manteniendo-en-la-dependencia. A través de la gestión de su salud y de sus cuidados de salud, las personas-poblaciones pueden reencontrar la conciencia de ser titulares – no solamente destinatarios – de sus derechos fundamentales.
3. La Epidemiología Comunitaria se configura en este sentido como una evolución-integración de la epidemiología llamada clásica. Ya no es más (o principalmente) una disciplina-competencia que describe desde afuera la relación entre la historia de las

poblaciones y la historia de las enfermedades, encargando a “otros” la responsabilidad de transferir las “evidencias” en práctica cotidiana: es una manera de ser-hacer-saber que expresa la identidad, forma la conciencia, se hace lenguaje de las comunidades:

- para que las comunidades mismas sean interlocutoras activas en la definición-búsqueda-afirmación de las prioridades y de las respuestas;
 - para explicitar la mala fe de la “comunidad global” en aceptar-pretender que la desigualdad en el reconocimiento del acceso a los derechos sea un hecho del cual sólo se debe esperar que “evolucione” en su “historia natural”, limitándose a clasificar y monitorear los lentos, ocasionales pasos adelante y las más frecuentes demoras-accidentes en el camino.
4. La Epidemiología Comunitaria toma en serio y traduce en metodologías concretas la afirmación — ya antigua, pero que se ha quedado en el reino de los principios — que los cuidados de salud (y no solamente salud como definición general-genérica) pertenecen a la esfera de los derechos humanos “exigibles”. Esto implica que la Epidemiología Comunitaria se propone como herramienta, y aún más, como cultura de una sociedad que no acepta que el “bien-común-salud” sea una variable que depende de la “compatibilidad económica”. La experiencia y los planteamientos reproducen en el nivel micro de las comunidades marginales los mismos desafíos que se manifiestan en el nivel macro: esto incluso se ve en una situación tan aparentemente lejana como es el enfrentamiento de Obama con los seguros privados para hacer de la salud el símbolo mismo de la posibilidad-capacidad democrática de un país como los EEUU.
 5. Una característica de la Epidemiología Comunitaria es la de pretender que el proyecto de hacer coincidir salud con derechos fundamentales no se restrinja a “gestionar” con racionalidad lo que ya existe y debe ser “administrado”. La garantía de la salud como derecho puede realizarse solamente pensando que el camino-hacia-salud es necesariamente un proceso permanente de búsqueda, investigación, producción y validación de conocimientos nuevos por y con todos los actores-ciudadanos que son los sujetos de salud (dentro y fuera del “sector” salud). La Epidemiología Comunitaria es un proyecto-cultura para producir — a través de las herramientas epidemiológicas — “conocimientos-en-camino”, creando un saber más innovador, que es un lenguaje que coincide con la “toma de la palabra” por parte de las comunidades. La epidemiología se manifiesta así como uno de los indicadores de ciudadanía.
 6. La experiencia del laboratorio de Borbón-Esmeraldas evidentemente no es la única entre tantas experimentaciones de terreno que proponen y practican una resistencia a una lógica de “espectadores de la evolución” y que hacen del derecho a la vida de las comunidades reales un término de referencia. Las tantas experiencias de comunidad

(en tantas partes del mundo) que toman en serio sus propios derechos de salud constituyen, sin embargo, una red de "laboratorios de Epidemiología Comunitaria", que necesitan dejar de ser "casos" ejemplares para transformarse en cultura compartida y en "políticas" de salud.

7. El paradigma Epidemiología Comunitaria pretende en este sentido transformarse en plataforma de encuentro-diálogo, de integración de saberes y de prácticas, de redefiniciones de conceptos y de lenguajes, aún con otras disciplinas: sobre todo con derecho y economía, que determinan de manera más directa los contenidos y los valores que la sociedad asigna a la salud y a los cuidados de salud.

Un paso fundamental en esta dirección puede-debe ser una integración "cruzada" de los currículos formativos de los diversos profesionales cuyas competencias se "cruzan" en el camino "sin-mirarse". Parece inconcebible que un médico o trabajador de salud pueda salir de una escuela superior-universitaria sin tener una información seria, crítica, "fundamental", sobre aspectos de derecho o de economía relacionados con las categorías de referencia de sus profesiones. Todavía más grave – y el problema toca a todos los sistemas sanitarios – es que los economistas puedan tratar-decidir sobre las inversiones, costos, recursos, personal sanitario, manteniendo una ignorancia sustancial operativa sobre los "determinantes socioeconómicos" de la salud. No tanto, evidentemente, sobre el hecho de que estos factores existen, o de que se encuentren insertos en los modelos de análisis-programaciones-evaluaciones del sistema sanitario, sino sobre sus implicaciones sobre los "derechos de vida" de las personas. El lenguaje y la lógica de la economía permanecen paralelos-ajenos al lenguaje y lógica de la salud y de los cuidados de la salud tal como han sido delineados en Epidemiología Comunitaria: su atención se dirige a los "bienes", no a las personas. En este sentido también es igual de grave que las ciencias del derecho no hayan previsto una aplicación-traducción-innovación de sus propias categorías de referencia incluyendo la profundización doctrinal y las implicaciones normativas de los cuidados de la salud como derecho fundamental y no como algo ligado únicamente al aseguramiento o a la penalización de la mala práctica.

Está claro que no existen respuestas listas y/o generalizables por todo lo que se ha dicho antes. Las competencias a disposición son inevitablemente "cojas" con respeto al cómo "hacer" un sistema sanitario con indicadores de derechos y no sólo económicos. El momento constitucional actual del Ecuador es, ciertamente, el contexto más adecuado para pensar en una programación rigurosa de políticas que experimenten (en el sentido más fuerte del término) la "practicabilidad", los resultados, los costos, de las estrategias de Epidemiología Comunitaria. En efecto, el preámbulo de la Nueva Constitución Ecuatoriana hace explícita la decisión de construir "una nueva forma de

convivencia ciudadana, en diversidad y armonía con la naturaleza, para alcanzar el buen vivir, el Sumak Kawsay; una sociedad que respeta, en todas sus dimensiones, la dignidad de las personas y las colectividades”. Por otro lado señala que “el sistema nacional de salud...se guiará por los principios generales del sistema de inclusión y equidad social...garantizará la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud...”. Sin embargo, aunque estos y otros mandatos tienen la intención de allanar el camino hacia el pleno goce de los derechos, también se encargan de plantear fuertes desafíos para el Gobierno actual y los que seguirán en el futuro. Ya no será solamente una cuestión de que el presupuesto Estatal se dirija de forma preferencial hacia los programas de salud o de educación, reflejándose en acciones concretas y visibles como la construcción de infraestructura, la dotación de equipamiento, medicamentos, ambulancias, la contratación de personal. Ahora se hace más necesario que nunca iniciar un proceso de participación comunitaria y de toma de conciencia sobre el derecho a la salud, para que esta importante inversión – que sin lugar a dudas está justificada – no se quede en un mero acto demagógico que repite las prácticas políticas habituales que por décadas han negado el derecho a la salud y creado dependencia.

8. Para evitar esto, será necesario tomar conciencia y recordar que:

- ▶ la Epidemiología Comunitaria no es el portador de soluciones: es simplemente una ayuda memoria que enraíza a la salud y a los cuidados de salud en la realidad concreta y diversificada de las personas-poblaciones reales, y recuerda por ello que no existen indicadores más ciertos de democracia sustancial que la accesibilidad de quien tiene más necesidades;
- ▶ el experimentar (en su sentido más fuerte) es el término más apropiado para expresar y practicar la conciencia de que los derechos (humanos, constitucionales, y por eso también de salud) no son conocimientos y normas [pre]-establecidas, sino procesos permanentes que reconocen, adoptan, buscan respuestas para las preguntas que surgen en el camino.

Evidentemente no es tarea, ni menos aún pretensión, de un “manual” imaginar-proponer los caminos concretos para que estas propuestas – formuladas por promotores, trabajadores de salud, expertos, pero sobre todo ciudadanos – puedan traducirse en práctica.

❖ Referencias bibliográficas

- » Weisner C, Schmidt L. The Community Epidemiology Laboratory: studying alcohol problems in community and agency-based populations. *Addiction* 1995 Mar;90(3):329-41.
- » Kellam SG, Van Horn YV. Life course development, community epidemiology, and preventive trials: a scientific structure for prevention research. *Am J Community Psychol* 1997 Apr;25(2):177-88.
- » Kozel NJ, Robertson EB, Falkowski CL. The community epidemiology work group approach. *Subst Use Misuse* 2002 Apr;37(5-7):783-803.
- » Antos JR. Symptomatic relief, but no cure--the Obama health care reform. *N Engl J Med* 2008 Oct 16;359(16):1648-50.
- » Asamblea-Constituyente. Constitución Ecuatoriana 2008. 2008. Quito.
- » Oberlander J. Great expectations--the Obama administration and health care reform. *N Engl J Med* 2009 Jan 22;360(4):321-3.
- » Correa R. Ecuador: de banana república a la no república. Quito: Editorial Debate; 2009.



CECOMET

Centro De Epidemiología Comunitaria y Medicina Tropical
Calle Nelson Estupiñán Bass 2-10 y Luis Tello (Las Palmas)
Esmeraldas - Ecuador

Apdo. 08-01-0065

Telf: (593-6) 2722-035 - Fax: (593-6) 2722-039

e-mail: cecomet@andinanet.net

Gianni Tognoni, Mariella Anselmi ,
Rosanna Prandi , Cintia Caicedo Montaña ,
Mónica Márquez Figueroa , Daniela Armani ,
Juan Moreira Viteri , Irene Spreafico ,
Gregorio Montalvo , Samuel Ibarra Segura ,
Francisco Robinzón Huerlo, Mario García.



ISBN: 978-9942-03-210



9 789942 03210