

Curso en Salud Social y Comunitaria

HERRAMIENTAS DE EPIDEMIOLOGÍA

CAPACITACIÓN EN SERVICIO PARA TRABAJADORES DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Curso en Salud Social y Comunitaria

CAPACITACIÓN EN SERVICIO PARA TRABAJADORES
DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INDICE

<i>Presentación del material.....</i>	11
<i>Unidad 1. Introducción a la Epidemiología.....</i>	15
<i>Unidad 2. Elementos de registro básico para la Epidemiología.....</i>	33
<i>Anexos.....</i>	59
<i>Bibliografía General.....</i>	75

Herramientas de Epidemiología

PROLOGO

Cada comunidad, tiene sus características particulares que la diferencian de las otras. La historia compartida, las diversas costumbres, las condiciones de vida van moldeando en cada espacio local la salud de sus habitantes. Así, la salud poblacional se muestra diferente según el momento histórico y social.

Como agente sanitario, auxiliar de enfermería, agente sanitario indígena, promotor /a de salud, seguramente sos parte de esa comunidad porque vivís en ella, creciste allí y tenés tus afectos, tu familia. Conoces muy bien cómo y de qué vive la gente de la comunidad, cómo están conformados los hogares, cómo son las casas. Y este conocimiento te pone en un lugar privilegiado dentro del equipo de salud.

*Además, sos parte de esa otra **comunidad** que es el equipo de salud. Y cuando cumplís el rol de trabajador/a del equipo comunitario, necesitás tener otra mirada que permita relacionar lo que como vecina/o conocés o escuchás, con las necesidades de salud sentidas por la comunidad y los problemas que aparecen frecuentemente en ésa comunidad.*

Para conocer de qué enferma la población de tu barrio todos los registros que usas en tu tarea cotidiana adquieren gran importancia; compartílos con el resto del equipo y analicen juntos las posibles soluciones a los problemas planteados u observados.

La epidemiología es una valiosa herramienta de la salud pública, tanto para saber qué está pasando como para planificar acciones tendientes a darle una solución a los problemas encontrados, y vos, sos una parte importante en la cadena de información.

Animate: observá, preguntá y registralo todo. El análisis que vos puedas hacer te permitirá mejorar la labor que realizás a diario y si podés compartilo con tus compañeros del equipo, el intercambio será beneficioso para la comunidad.

Dra Ángeles Tessio

Presentación del material

Este material del Curso en Salud Social y Comunitaria tiene por objetivo introducirte en los conceptos básicos de la Epidemiología.

Formar a los equipos comunitarios del primer nivel de atención en estos temas es brindar herramientas para la toma de decisiones.

Durante el recorrido de este módulo retomaremos las concepciones de salud y enfermedad planteadas en el módulo “Salud y Sociedad”, reconociendo y describiendo los fenómenos que podrían producir enfermedad como así también aquellos que favorecen la salud.

Así, la descripción de las condiciones de vida de la población, la caracterización de la ocurrencia de las enfermedades, la frecuencia y las tendencias de las mismas serán objeto de nuestra reflexión, acompañadas por actividades vinculadas al contexto de trabajo y la comunidad.

Como trabajador/a de la salud es necesario que conozcas las características y los aspectos colectivos que adquiere el proceso salud - enfermedad - atención - cuidado de una comunidad particular, en un determinado tiempo y espacio.

Es importante que reflexiones con tus compañeros/as del curso acerca de los factores que determinan los problemas de salud y cómo poder abordarlos.

En este módulo, entonces, nos referiremos a:

- los conceptos claves del campo de estudio de la Epidemiología
- las herramientas básicas para el análisis de la situación de salud
- la vigilancia epidemiológica como información para la acción

Los ejes de trabajo serán los siguientes:

- ¿Cuál es la diferencia entre una mirada individual y una mirada poblacional sobre un problema de salud?
- ¿Qué es la Epidemiología?
- ¿Cuáles son sus tendencias actuales?
- ¿Qué aporta el estudio epidemiológico al desarrollo de acciones de prevención, alivio y superación de los problemas de salud detectados?
- ¿Qué utilización se le puede dar a los registros? ¿Quiénes los analizan? ¿Quiénes los podrían analizar?
- ¿Qué registros se utilizan diariamente en el centro de salud donde te desempeñas actualmente? ¿Para qué los usan?

Para contribuir a la lectura, hemos organizado el contenido en 2 unidades didácticas, en las cuales encontrarás los contenidos desarrollados progresivamente, a saber:

Unidad 1: Introducción a la Epidemiología

Unidad 2: Elementos de registro básico para la Epidemiología

También encontrarás:

- Textos seleccionados, artículos y diversas lecturas
- Actividades que promueven la integración de los conocimientos
- Actividades de reflexión con la utilización de casos y resolución de problemas

El desarrollo de los contenidos de este material estará acompañado por íconos que permitirán identificar los distintos tipos de textos y actividades:

<i>Actividad</i>	
<i>Más información</i>	
<i>Importante</i>	
<i>Para compartir</i>	
<i>Recomendación</i>	
<i>Definición</i>	
<i>Ejemplo</i>	

Recordá que esta es tu guía de trabajo. Por lo tanto, puedes subrayarla, anotar tus dudas, nuevas explicaciones, comentarios, completar la información que aquí se encuentra, etc.

Objetivos del material

Al completar el estudio y actividades de este material, estarás en condiciones de:

- Comprender el aporte de la Epidemiología en la mejora de los procesos de planificación para la prevención y resolución de los problemas de salud de tu comunidad.
- Identificar un problema de salud local a partir de la información contenida en los registros existentes.
- Reconocer diferentes modos de análisis y utilización de la información.

Unidad N° 1

Introducción a la Epidemiología

1- Introducción

La Epidemiología es una ciencia relativamente joven. Hay quienes remontan sus orígenes a Hipócrates¹, y quienes consideran que ya las civilizaciones orientales tenían conocimientos de Epidemiología.

Sin embargo, su desarrollo como disciplina, con bases teóricas y procedimientos sistemáticos de estudio, recién se consolida a mediados del siglo XIX, junto con el nacimiento de las teorías modernas sobre la causalidad² de las enfermedades.

El momento del desarrollo de la Epidemiología como disciplina no es casual, pues coincide con cambios sociales y demográficos³ producidos por el aumento de la población en Europa y su concentración en las ciudades, que facilitaron la extensión de muchas enfermedades como el cólera, la peste, las enfermedades respiratorias y las enfermedades carenciales⁴ y, por ende la oportunidad de estudiar mejor los fenómenos epidémicos.

A pesar de ello, el concepto de Epidemiología aún sigue discutiéndose.

A lo largo de esta Unidad, podrás:

- Conocer las características del campo de estudio de la Epidemiología y sus antecedentes históricos.
- Identificar el objeto de estudio de la Epidemiología

2- ¿Qué es la Epidemiología?

ACTIVIDAD

Seguramente el término *Epidemiología* o *epidemiológico* te es familiar o lo escuchaste en tu lugar de trabajo.

¿Con qué relacionás este concepto?

.....

.....

.....

Conservá tu respuesta, la retomarás después de la lectura con tus compañeros del curso.

1. Hipócrates fue un médico de la Antigua Grecia que ejerció durante el llamado Siglo de Pericles (siglo V antes de Cristo). Es considerado una de las figuras más destacadas de la historia de la medicina y muchos autores se refieren a él como el «padre de la medicina».

2. Relación entre una causa y su efecto. La causa es el motivo, el efecto aquello que se deriva de la causa.

3. La demografía es la ciencia que estudia las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evaluación y caracteres.

4. Trastornos producidos por la ausencia de sustancias específicas esenciales como las vitaminas, los minerales o los aminoácidos (anemia, raquitismo, etc.).

La Epidemiología estudia los procesos de salud - enfermedad que afectan a la población. Se interesa por conocer las características de los grupos que se ven afectados por estos procesos, cómo se distribuyen geográficamente y en el tiempo los eventos de salud y enfermedad, con qué frecuencia se manifiestan y cuáles son las causas o factores asociados a su aparición.

En 1973 el Dr. A. Osuna, un distinguido sanitarista venezolano, recopiló 28 conceptos relacionados al término Epidemiología, dando cuenta de la falta de acuerdo entre los autores sobre aquello que, hasta entonces, se entendía por Epidemiología, aunque, a la vez, tal diversidad muestra la riqueza y potencialidad de esta disciplina.

En todas las definiciones, de un modo u otro, se desliza la idea de que a la Epidemiología le interesan las **causas** por las que las enfermedades se difunden en las poblaciones.

Este concepto, esbozado por varios autores, fue precisado con mayor claridad por I. I. Elkin, epidemiólogo ruso, que definía la epidemiología como:



(...) la ciencia que estudia las causas de la aparición, propagación, mantenimiento y descenso de los problemas de salud en poblaciones, con la finalidad de prevenirlos o controlarlos.

En esta definición encontramos conceptos nuevos y otros no tan nuevos, que integrándolos nos ayudan a conceptualizar qué es la Epidemiología.

La función más importante de la Epidemiología es **determinar la frecuencia -o sea la cantidad de veces- que sucede algo y las tendencias de exposición a factores o marcadores que se asocian con daño o enfermedad.**



Con **tendencias de exposición** nos referimos a cuánto- más o menos- se encuentra una persona expuesta a determinado factor, por ejemplo la exposición de un niño al humo del cigarrillo, si este vive en un ambiente de fumadores, de aquel que sólo se expone al humo de cigarrillo casualmente.

Se denominan **marcadores de riesgo** a aquellas condiciones que se asocian con un riesgo mayor de que aparezca de una determinada enfermedad y que no pueden ser modificados (sexo, edad, etnia). En cambio, se denomina **factores de riesgo** a toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.



El grupo de personas fumadoras tiene un riesgo mayor de padecer cáncer de pulmón que el grupo de personas no fumadoras; es decir, el cigarrillo es un factor de riesgo para desarrollar cáncer de pulmón. Sin embargo, que el grupo de fumadores tenga un riesgo mayor de padecer cáncer de pulmón que el grupo de los no fumadores, no implica que todos los fumadores lo desarrollarán.

La presencia de los factores de riesgo puede ser controlada y prevenida antes del desarrollo de la enfermedad, mientras que la de los marcadores no puede ser evitada ya que son características de las personas, como las edades, el sexo, por ejemplo.

Otro concepto importante en esta definición de Epidemiología, es el de **problema de salud**. Sin dejar de reconocer que las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas no infecciosas son un problema de salud -aún prioritario- en muchos países, lo que hoy se denomina problema de salud abarca condiciones que no encajan en la tradicional definición de enfermedad pero que, sin embargo afectan al bienestar de la población. En este sentido ingresan en el campo de la Epidemiología problemáticas como la violencia, los accidentes de tránsito, el tabaquismo, la obesidad y las adicciones, todas con alcance sobre cuestiones de salud, pero no son consideradas *patologías*, en sentido estricto, en principio.

El concepto de **población** es entendido como **conjunto de individuos que comparten características comunes**. Este concepto implica que cuando hablamos de poblaciones en Epidemiología no nos referimos exclusivamente a poblaciones humanas, la epidemiología también estudia poblaciones de animales, plantas, microorganismos e incluso, genes. Cada una de estas poblaciones tiene particularidades que se deben conocer para comprender los fenómenos que ocurren en ellas.

Las concepciones acerca de la Epidemiología han ido variando a lo largo del tiempo en aspectos ligados a las prácticas y a las diferentes conceptualizaciones en el campo de la salud.

Te presentamos algunas definiciones que describen la evolución del concepto y sus cambios a lo largo de la historia:

W.H. Frost (1927) “... ciencia de las enfermedades infecciosas entendidas como fenómeno de masas (o de grupo), consagrada al estudio de su historia natural y de su propagación...”

K.F. Maxcy (1941) “... el campo de la ciencia médica interesado en las relaciones de los varios factores y condiciones que determinan las frecuencias y distribuciones de un proceso infeccioso, una sola enfermedad o un estado fisiológico en una comunidad humana...”

Payne (1965) “.. la epidemiología es el estudio de la salud del hombre en relación con su medio”

J. N. Morris (1975) “... *ciencia fundamental de la medicina preventiva y de la salud comunitaria ...*”

Last, Diccionario de Epidemiología, Oxford University Press (1988) “... *el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios...*”

Jenicek (1996) “... *un razonamiento y un método propios de un trabajo objetivo en medicina y en otras ciencias de la salud, aplicados a la descripción de los fenómenos de salud, a la explicación de su etiología y a la búsqueda de los métodos de intervención más eficaces...*”

La lectura de estas definiciones permite establecer comparaciones y advertir el modo en que ha ido modificándose la concepción epidemiológica a lo largo del tiempo.

La Epidemiología fue transformándose a lo largo de la historia desde su primitivo origen en lo meramente infeccioso y orgánico hacia una metodología orientada para investigar las más diversas situaciones que afectan a la salud de las poblaciones.

Podemos decir que la Epidemiología tiene como propósito **describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender los determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones humanas así como las modalidades y el impacto de las respuestas sociales instauradas para atenderlas.**

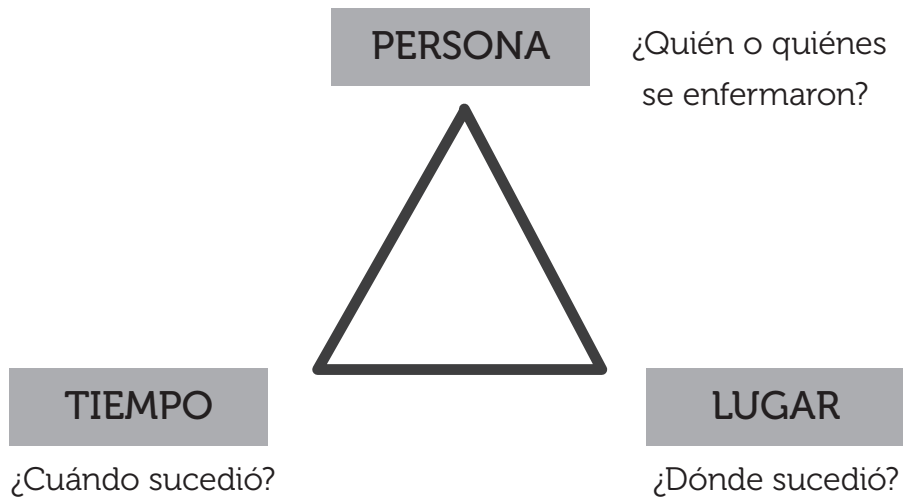
3- Un poco de historia sobre el concepto de epidemiología

El interés del hombre sobre la salud ha existido desde épocas antiguas. Como ya hemos mencionado, desde la medicina, los primeros relatos que se conocen sobre el concepto de epidemiología son los escritos de Hipócrates, utilizando los términos **Epidemeion** para referirse a las enfermedades que *visitan* las regiones y **Endemeion** haciendo referencia a las enfermedades *locales*.

En su texto *Aires, aguas y lugares* referido hace 2500 años en la Escuela de Cos (Antigua Grecia), propone que para el buen desarrollo de las ciencias médicas se debe conocer cada estación del año de la región, la salida de los vientos, dónde se proveen los nativos del agua y qué características tiene la misma, así como, el modo de vida que les *place* a sus habitantes.

Este escrito permite abrir camino a las investigaciones epidemiológicas actuales, en tanto define la distribución de las enfermedades en términos de **persona** (población

afectada), **tiempo y lugar**. Conceptualización que, muchos años después, llevaría a definir el término de **triada epidemiológica**.



A modo de ejemplo, en esta triada, sexo, edad, raza, estado de nutrición, nivel educacional e ingreso económico pueden ser atributos o caracteres del término persona; ubicación geográfica, latitud y clima, son atributos del término lugar; y, estacionalidad, tiempo de evolución y/o momento de aparición, del término tiempo.

A lo largo de la historia de la humanidad, el hombre se ha visto inmerso en la necesidad de observar poblaciones humanas y su comportamiento. Un espíritu observador lo llevó a hacer minuciosas descripciones de síntomas, desarrollo, evolución y pronóstico de las enfermedades que asolaban -muchas veces en forma de epidemia- a las poblaciones.

Fue a finales del siglo XVIII, con el impulso que el Renacimiento le dio al conocimiento, que se comenzó a realizar una actividad sistemática para reconocer las causas de las enfermedades en las comunidades y a llevar registros de las razones por las cuales las personas se enfermaban o se morían.

Se usó el nombre de *peste* para describir cualquier tipo de enfermedad que hacía estragos en las comunidades. En aquella época, había poco conocimiento sobre las causas de las enfermedades y por ello, los daños en cuanto a número de poblaciones afectadas y muertes, eran muchos. Además, existía una gran influencia de las explicaciones que las religiones daban a las enfermedades. Es así como las *enfermedades pestilentes* se asociaban a causas ocultas, enojos de los dioses, etc.

Cuando en el año 1854 el médico patólogo John Snow describe una epidemia de cólera en la ciudad de Londres, todavía faltaban 30 años para que Luis Pasteur



demonstrara la teoría de los gérmenes. Sin embargo, Snow observando el comportamiento de la enfermedad en la población, las características de los que enfermaban y/o morían por la enfermedad, y los caminos que seguían las rutas de la enfermedad, pudo establecer el modo de transmisión del cólera y algunas reglas generales que aún están vigentes en cuanto a la transmisión de esta enfermedad.

Snow observó que los excrementos de los enfermos de cólera se mezclaban con el agua que usaban para beber y para el consumo doméstico, ya sea atravesando el terreno que rodeaba los pozos o cisternas, o bien, corriendo por canales que desaguaban en ríos de donde, algunas veces, poblaciones enteras se abastecían de agua.

Al investigar las diferencias entre las poblaciones que enfermaban y las que no, Snow encontró que los más afectados se proveían agua de una bomba de la calle. Logró que las autoridades clausuraran la bomba y así, se pudo controlar la epidemia. De este modo, en la práctica se demostró la eficacia de las intervenciones de la Salud Pública.

3-1 La teoría de la contagiosidad

Las observaciones de Snow apoyaron el desarrollo de la *teoría de la contagiosidad* de las enfermedades. Esta demostración de que la enfermedad se propagaba mediante la existencia de una materia mórbida (hoy claramente identificado como el *Vibrio Cólera*), orientó el desarrollo de la Epidemiología hacia la importancia de la **observación sistemática** de los fenómenos para comprender el desarrollo de los mismos.

Las técnicas y métodos que utiliza la Epidemiología surgieron con la búsqueda de una causa única que explicara la aparición de cada enfermedad

ACTIVIDAD

En tu trabajo en el Centro de Salud, ¿alguna vez pudiste descubrir problemas de salud a partir de la observación de ciertos fenómenos en la población?

Si tu respuesta es sí, relatá brevemente la situación y si pudiste intervenir desde tu trabajo, cómo lo hiciste.

.....

.....

.....

.....

Te proponemos que compartas tu experiencia con tus compañeros/as del curso y con el/la tutor/a.



3-2 La teoría de los miasmas

En aquel tiempo, la ciencia médica atribuía la aparición de las enfermedades a los *miasmas*, que eran emanaciones de sustancias fétidas (cuerpos muertos), de la basura en descomposición, de los desechos malolientes de las casas o de las personas que no se higienizaban.

La teoría de los *miasmas*, que fue dominante hasta fines del siglo XIX, tuvo su mayor desarrollo en un momento en el que las consecuencias de la revolución industrial habían generado grandes bolsones de pobreza y enormes basurales en la periferia de las grandes ciudades europeas. Su planteo supuso un conjunto de propuestas que incluían, entre otras cosas, sistemas de cloacas, abastecimiento de agua, drenajes de las casas y estructuras de caminos.

ACTIVIDAD

1- ¿Cómo es en el Área Programática que atiende tu Centro de Salud la infraestructura de servicios en lo que se refiere a: abastecimiento de agua potable, existencia de cloacas, disposición de los residuos, drenajes las casas, calles y caminos de la ciudad? Para dar respuesta a esta pregunta, puedes usar el relevamiento que hiciste en las actividades de presentación del curso para completar esta información.

.....

2- A partir del reconocimiento anterior, ¿la población del Área Programática que atiende tu Centro de Salud tiene riesgo de contraer enfermedades ligadas a las características de esos servicios?, ¿Toda la población tiene el mismo riesgo de contraer las mismas enfermedades? ¿Por qué?

.....

Para la misma época en que Snow proponía su hipótesis sobre la epidemia de cólera, un médico obstetra llamado Ignaz Semmelweis observó que la frecuencia de casos de fiebre puerperal en su sala de internación era superior a la de la sala vecina y se esforzó por encontrar las diferencias entre ambas, seguro de que en esas diferencias se encontraba la causa de las fiebres.

Tiempo y esfuerzo le llevó concluir que la causa del aumento de fiebre puerperal se



debía a que en su sala -y no en la otra- ingresaban los estudiantes de medicina provenientes de la morgue y, al realizar tactos a las internadas, arrastraban restos cadavéricos que causaban la enfermedad.

Semmelweis propuso primero *el lavado de manos* de los médicos con cloruro cálcico (la misma sustancia que se usaba para limpiar las cloacas) antes de ingresar a la sala y, posteriormente, entre la atención de paciente a paciente, logrando reducir la incidencia de fiebre puerperal aún sin conocer la existencia de los microorganismos. De este modo abrió el camino a una de las prácticas básicas en la profilaxis de la infección intrahospitalaria: *el lavado de manos*.

Desde el punto de vista de la Epidemiología, utilizó de modo intuitivo el método epidemiológico: primero describió a las poblaciones de las salas (Epidemiología descriptiva) y luego analizó qué factores las diferenciaban (Epidemiología analítica); posteriormente propuso *acciones* que ajustó a través de las evaluaciones (midió la frecuencia de la enfermedad antes y después del lavado de manos).

3-3 La teoría del germen

Es recién en el siglo XIX, que Luis Pasteur logró demostrar que algunos procesos de las enfermedades eran debidos a la actividad de microorganismos vivos. A partir de estas experiencias junto con las demostraciones de Koch, se confirmó la *teoría infecciosa de las enfermedades* y el saber en salud se orientó prioritariamente hacia la búsqueda del *germen que produce una enfermedad*, con importantes desarrollos en la implementación de cuidados de salud de la población, introducción del uso de antibióticos y vacunas.

Tal fue el impacto de la teoría de los gérmenes, que se adjudicó la producción de las enfermedades a una única causa, dando lugar a la *teoría unicausal* de la enfermedad, que años después resultó insuficiente para explicar la aparición de las mismas.



ACTIVIDAD

En el Área Programática de tu Centro de Salud ¿cuáles son las enfermedades infectocontagiosas más frecuentes?

.....

En tu experiencia. ¿la sola presencia de esta enfermedad es suficiente para que la padezca toda la comunidad? ¿De qué depende el contagio?

.....

.....

 Compartí tus respuestas con tus compañeros/as del Curso y el/la tutor/a.



Los avances en la prevención de las enfermedades infectocontagiosas permitieron, entre otras cosas, un considerable aumento de la esperanza de vida en la población, sobre todo en los países desarrollados. Pero este aumento de la esperanza de vida vino acompañado del aumento de la frecuencia de un conjunto de enfermedades no infectocontagiosas, que actualmente son las mayores responsables del daño a la salud. Nos referimos a las enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer, la enfermedad cardiovascular o las enfermedades reumáticas.

Estas nuevas enfermedades generaron la aparición de modelos de abordaje que buscan explicar la relación que tienen con diferentes factores a los que están expuestas las personas, de modo de poder actuar sobre éstos últimos para reducir sus consecuencias.

Así, la preocupación de la Epidemiología se fue centrando cada vez más en la identificación de la asociación de los **factores de riesgo** con la probabilidad de sufrir un daño.

3-4 Red de causalidad

El descubrimiento de condiciones asociadas a las enfermedades llevó a la identificación de una complicada red de causas para cada padecimiento. La Epidemiología contemporánea ha basado sus principales acciones en este modelo, denominado *red de causalidad* y formalizado por Brian MacMahon, en 1970.

Desde la red de causalidad se propone que las relaciones establecidas entre las condiciones que participan en el proceso -denominadas causas o efectos, según su lugar en la red- son tan complejas, que forman una unidad imposible de conocer completamente.

Este modelo, conocido como de la *caja negra*, es la metáfora con la que se representa un fenómeno cuyos procesos internos están ocultos al observador y, quienes sostienen el modelo sugieren que la Epidemiología debe limitarse a la búsqueda de aquellas partes de la red en las que es posible intervenir -efectivamente- rompiendo la cadena causal, haciendo innecesario conocer todos los factores intervinientes en el origen de la enfermedad.



ACTIVIDAD

Te proponemos que pienses dos ejemplos que conozcas de la vida cotidiana y/o de tu lugar de trabajo que te permitan realizar asociaciones entre enfermedades y factores de riesgo.

1-

2 -

¿Qué acciones de prevención pensás que se pueden desarrollar?

.....

Compartí la información con tus compañeros/as de Curso y con el/la tutor/a.

Podemos concluir que, tanto el objeto como los métodos de estudio de la Epidemiología se han modificado sustancialmente desde su origen hasta la actualidad.

La Epidemiología es una disciplina viva, dinámica, con conceptos en permanente revisión y en constante movimiento.

4- Los debates actuales sobre la Epidemiología

El carácter interdisciplinario de la *Epidemiología* está ligado a su intención de construir un conocimiento de todo el entorno o contexto en el que se desenvuelven los problemas de salud, comprenderlos y, proporcionar servicios de salud más eficaces, eficientes y equitativos a la población de un determinado lugar.⁵

Como decíamos, la *Epidemiología* ha demostrado ser dinámica, respondiendo con distintos modelos a lo largo de los últimos doscientos años. Pero está lejos de haber resuelto los debates, de tal modo que en la actualidad, si bien existe un modelo dominante, existen otras alternativas para pensarla.

5. ORTIZ, Z., ESANDI M.E, BORTMAN M.: Epidemiología básica y Vigilancia de la salud- 2da Ed- Ministerio de salud de la Nación , 2004.

No es el objetivo de este material desarrollar todas las teorías epidemiológicas actuales, pero sí hacer un breve resumen que sea útil para presentar algunas características relevantes.

Es muy importante comprender que los abordajes epidemiológicos responden a diferentes miradas de la realidad, que son más o menos inclusivas y más o menos integradoras, de las diferencias que tienen los sujetos que componen la población.

4.1 La Epidemiología clásica

Desde la mitad del siglo XX el paradigma vigente que más desarrollo ha generado es el del *Riesgo o Epidemiología de las enfermedades crónicas*, que se constituye como la llamada *Epidemiología Clásica*. De este modelo se desprenden un conjunto de herramientas que permiten, no sólo medir la frecuencia de enfermedad y muerte en la población, sino también los fenómenos que actúan como causales.

Este modelo de análisis, que permitió establecer la relación de un sinnúmero de factores de riesgo con enfermedades infecciosas y no infecciosas, es cuestionado desde la década del 80 por su dificultad para promover intervenciones eficaces sobre algunos problemas de salud complejos como las adicciones, la violencia o las enfermedades mentales.

En este sentido las críticas que recibe tienen fundamento en la imposibilidad de incluir algunas variables de enorme peso en la determinación del daño en salud, como las características sociales o culturales, por ejemplo.

4.2 La Epidemiología social latinoamericana

Siguiendo a Parra-Cabrera (1999) podemos afirmar que en esta mirada de la epidemiología *“la salud-enfermedad se concibe como un proceso social, que asume características distintas en los grupos humanos según su inserción específica en la sociedad. Visión que obliga a dar cuenta de la complejidad e integralidad del hecho epidemiológico y a reconocer la dimensión social y biopsíquica”*. Desde esta perspectiva no se puede dar cuenta del proceso biológico o psíquico sin considerar su carácter social e histórico.

Las desigualdades sociales, los modos de vida y la red social se constituyen como categorías esenciales. Este planteo remite a la existencia también, de *condiciones de vida* (nivel económico, vivienda, trabajo, alimentos, etc.) en el sentido de un conjunto de condicionamientos que suponen el aumento de la vulnerabilidad y las posibilidades de accionar sobre la realidad.

Esta perspectiva reconoce tres niveles de abordaje al proceso salud-enfermedad: El **micro o individual**, que refiere al atributo individual que cada sujeto tenga por su pertenencia a un grupo social y que lo predisponga a un conjunto de procesos protectores o destructores; el **nivel familiar**, que le brinde al individuo un conjunto de estrategias de resolución de necesidades y una red de contención o apoyo; y el

nivel macro que supone la existencia de una estructura social que organiza la vida de los diferentes grupos.



ACTIVIDAD

Te proponemos que elijas una problemática común en tu barrio (alcoholismo, violencia, desnutrición, entre otras) y construyas un relato de cómo aparece este problema.

Podés escribirlo, dibujarlo, esquematizarlo o representarlo de la manera que vos quieras aplicando todo lo que consideres necesario y oportuno. Llévala a la próxima reunión de tutoría para compartirla con tus compañeros/as y con el tutor/a.

La idea es que entre todos puedan describir e identificar qué variables, en los niveles individual, familiar y macro creen que están participando en esta problemática en salud.

Según las nuevas corrientes latinoamericanas, a la Epidemiología le cabe el rol de identificar las prioridades del sistema de atención sanitaria, sin dejar de lado la preocupación predominante por la relación médico-paciente, pero motivando el interés por lo colectivo. En ese sentido, tendría como objetivo estimular, en los trabajadores de la salud y en la comunidad, la conciencia de las necesidades sociales en materia de salud.

Los fenómenos estudiados por la Epidemiología pertenecen al ámbito colectivo, y por lo tanto, deben remitir a lo social. Entonces, ¿Tiene sentido pensar en algún proceso biológico que sea independiente del contexto social? ¿Es posible pensar al individuo aislado, *desenraizado* de la sociedad en que vive?

La Epidemiología social se distingue por la insistencia en estudiar explícitamente los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

Los factores sociales, económicos, culturales, demográficos, son pensados como partes de un conjunto más amplio de causas que incluye factores del ambiente físico y biológico en un componente designado como ambiente.

El compromiso histórico de la Epidemiología con la mejora de salud de las poblaciones y con la reducción de las desigualdades sociales desafía a todos los epidemiólogos a seguir en el desarrollo de nuevas teorías, nuevas estrategias de investigación y nuevas herramientas de análisis que puedan ofrecer elementos correctos para orientar las intervenciones sociales en el campo de la salud,

6. Sanitarista, especialista en farmacología y cardiología, Jefe del Departamento de Farmacología del Instituto Mario Negri de Milán, consultor permanente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y experto mundialmente reconocido en el campo de la Farmacoepidemiología.

reconociendo los derechos de la ciudadanía, en la garantía de libertades democráticas y en la búsqueda de la felicidad humana.

4.3 La Epidemiología comunitaria

Tomaremos de referencia para presentar esta perspectiva los conceptos desarrollados por el Dr. G. Tognoni⁶.

En una perspectiva de *Epidemiología Comunitaria*, el término *comunidad* es muy flexible, por el hecho de que hay muchos y diferentes tipos de *comunidades*.

La *Epidemiología Comunitaria* tiene sus raíces en las situaciones de vida marginales, desfavorecidas, periféricas con respecto a los distintos estratos sociales, económicos y los recursos sanitarios. Esto no significa que la *Epidemiología Comunitaria* se interesa **exclusivamente** en lo que sucede en las periferias y en las realidades más cercanas o locales.

Comunidad y comunitario definen sobre todo, un estilo de trabajo y un objetivo: hacer epidemiología, no sobre o alrededor de grupos humanos (o poblaciones), sino con estos mismos grupos.

Comunidad y comunitario se refiere en este sentido a realidades pequeñas, donde se practica más la participación. Pero estas realidades pequeñas pueden ser eslabones de las tantas redes de las tantas comunidades que constituyen la complejidad de la sociedad y de sus múltiples periferias.

La *Epidemiología Comunitaria* es un área de experimentación de la capacidad y posibilidad que las poblaciones dejen de ser *objetos* de conocimientos y sí *sujetos* de derechos, de conocimiento y de vida.

Por todo ello, la *Epidemiología Comunitaria* tiene como prioridad aplicar las técnicas de la Epidemiología en condiciones locales que permitan una micro planificación, una micro evaluación. En cambio, la Epidemiología clásica mira y mide lo que pasa en las comunidades como si las comunidades fueran un objeto de observación.

La Epidemiología Comunitaria considera que la salud debe ser un constante desarrollo de la mirada autónoma de las comunidades sobre sus propios problemas de salud y la participación activa para resolverlos y aliviarlos.

4.4 Hacia una Epidemiología sociocultural⁷

La dimensión cultural es una de las partes determinantes del proceso salud- enfermedad- atención- cuidado. Un enfoque epidemiológico que abarque los aspectos socioculturales, es importante en el contexto de las políticas de salud actuales, ya que sería difícil sostener una atención con equidad, calidad y eficiencia sin tener como referencia el punto de vista del *otro*; es decir, definir las necesidades

7. GONZÁLEZ CHÉVEZ, L. Y HERSCH, P, Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una población rural en Salud Pública de México, 1994:V.35. N 4, pp. 393-402.

y condiciones de salud - enfermedad de las comunidades desde una cultura ajena al equipo de salud.

Desde este enfoque, reconocer las limitaciones actuales de la epidemiología en el ámbito cultural desarrollando una *Epidemiología Sociocultural* permite un acercamiento real y tangible a la población, y una base más adecuada para el impulso de acciones de salud con participación social.

Esta limitante se acrecienta cuando nos referimos a comunidades rurales e indígenas, en cuyo contexto cultural opera un conjunto de problemas de salud/enfermedad que, aun cuando son percibidos por la población, no encuentran lugar en la medicina oficial, por tanto, en ocasiones no suelen ser reconocidos por el equipo de salud y las instituciones sanitarias, siendo el resultado la negación del problema.

Entre las demandas de curación con sanadores en algunas comunidades, se reconocen como problemas de salud frecuentes el mal de ojo, aires, envidias, espanto, latido, brujería, mientras que para los profesionales de la salud las principales causas de consulta reconocidas son padecimientos infectocontagiosos, respiratorios y digestivos.

Como resultado se presentan situaciones de riesgo y enfermedad no identificadas en términos epidemiológicos como necesidades de prevención y atención. Estos *síndromes culturalmente delimitados* y otros padecimientos de índole sociocultural, son problemas reales en la cotidianidad de la población, que generan sufrimiento, incapacidad y muerte.

Desde esta perspectiva, la Epidemiología, por ser una disciplina con un enfoque poblacional, requiere reconocer que existen en la comunidad problemas de salud condicionados culturalmente que deben ser reconocidos y tomados en consideración.

La propuesta de un enfoque epidemiológico sociocultural subraya la necesidad de conformar una epidemiología integral, que alimente el perfil construido desde las instituciones de salud pública, tomando en consideración otra mirada epidemiológica proveniente del saber de los conjuntos sociales y otros terapeutas.

ACTIVIDAD

A partir de tu experiencia ¿alguna persona consultó por mal de ojo, espanto, brujería en tu centro de salud? ¿Cómo participaste de la



situación? ¿Qué acciones se realizaron para atender esta demanda? ¿ se registran estas consultas en el centro?

.....

¿Qué ocurre con los casos que no llegan a consultar al centro? ¿Habrá algún modo de enterarse? ¿Los registran?

.....

A modo de síntesis...

El énfasis inicial de la Epidemiología estuvo en el estudio de las enfermedades infecciosas consideradas *epidemias* tales como el cólera o la viruela, que constituían un serio problema de salud de las poblaciones.

A medida que se ha ido logrando mayor control sobre las epidemias y se ha aumentado la expectativa de vida de las poblaciones, el interés se fue desplazando de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas y, se tiende a pasar de los estudios basados en la observación, con escaso tratamiento de los datos, a estudios en su mayoría experimentales, con sofisticados modelos de análisis estadísticos, como por ejemplo, los ensayos clínicos.

Asimismo, ha resurgido el interés por la Epidemiología desde espacios relacionados con las políticas sanitarias y/o la administración de la Salud con miras a brindar servicios más oportunos y eficaces. Pero más allá de estos múltiples intereses, la tendencia siempre fue y será descubrir las causas del proceso salud- enfermedad para profundizar su comprensión con la esperanza de contribuir a mejorar las condiciones sanitarias de la población.

Conocer y comprender los eventos de salud o enfermedad que ocurren en cierta población requiere describir y analizar el contexto en el que éstos se producen. Ello permite analizar las causas de las enfermedades y actuar para su prevención y control.

Hoy, la Epidemiología es un instrumento en la planificación de los servicios sanitarios, mediante la identificación de los problemas prioritarios de salud, la

definición de las acciones y recursos necesarios para atenderlos y el diseño e implementación de programas para aplicar estas acciones y recursos, compartiendo las decisiones con la comunidad.

Unidad N° 2

La Epidemiología y
el registro de información

1-Introducción

La información sobre la salud de la población es muy importante en todos los niveles del sistema. Por lo tanto, la participación activa de todos los integrantes del equipo del Centro de Salud es fundamental para la construcción de información pertinente y completa para su utilización en el proceso de toma de decisiones.

Los procesos de gestión y decisión en salud exigen el uso de un gran número de datos y de información. Para obtener datos válidos y variados es muy importante darle valor no sólo a aquello que se registra formalmente, sino también a la información que llega al Centro por distintas vías, encontrando, en consecuencia, el modo de recuperarla para usarla y analizarla para la tarea cotidiana.

En el lugar donde estás trabajando, necesitas información oportuna y de buena calidad.

El equipo de salud en su conjunto tiene un rol protagónico como **fuentes de datos descriptivos**. Una parte importante de esta fuente de datos depende de la recolección o registro directo que se realiza en el Centro de Salud: el motivo de consulta, la historia de la enfermedad, la historia social y familiar de las personas, como así también datos obtenidos en las visitas domiciliarias, en las rondas, en el acompañamiento en terreno de pacientes en tratamiento y en otras actividades comunitarias.

El registro de datos sostenido en el tiempo dentro de un área programática es especialmente valioso, siempre permite conocer la situación de salud de una población y su evolución, para revisar las acciones realizadas y sus resultados y, para actualizar la planificación de actividades. Tener un registro de datos permite realizar un seguimiento de los procesos salud enfermedad atención de la población del área de responsabilidad.

Los registros entonces, son la **memoria escrita** de todas nuestras acciones y de las necesidades de la comunidad con la que trabajamos. Cada anotación refleja nuestro trabajo con y para la comunidad.

Por ello, lápiz y cuaderno en mano son necesarios siempre en nuestra tarea cotidiana.

Cuando registramos es importante pensar en el momento en que necesitemos de esa información dentro de un tiempo, cuando ya no la recordemos. En ese momento, el registro será lo que nos permita traerla a nuestra memoria.

A lo largo de esta Unidad, podrás:

- Comprender la importancia de la Epidemiología como herramienta de análisis de la situación de salud.

- ⊙ Reconocer las aplicaciones de la Epidemiología en el campo de la salud pública.
- ⊙ Identificar la variedad de datos disponibles en el Centro de Salud.
- ⊙ Construir instrumentos de recolección de datos.
- ⊙ Valorar el uso adecuado de los instrumentos de registro permanente en tu tarea cotidiana en el Centro de Salud.
- ⊙ Reflexionar sobre los posibles usos de la información en la toma de decisiones a nivel local.

2- Aplicaciones de la Epidemiología

En el campo de la salud pública existen diversos modos de aplicar enfoques epidemiológicos.

Como vimos en la unidad 1, la Epidemiología, más allá de sus aportes a la investigación, es una disciplina que tiene aplicaciones muy significativas para la prevención de daños a la salud de la población y, para la planificación, ejecución y evaluación de los Servicios de Salud.

Sus estudios permiten:

- ⊙ Conocer la situación de salud de la población a través de la información disponible de los distintos sectores.
- ⊙ Analizar los niveles y las tendencias de exposición de la población a los factores biológicos, sociales, económicos, culturales, políticos y ambientales.
- ⊙ Identificar grupos humanos que requieren ser atendidos prioritariamente relevando sus necesidades.
- ⊙ Facilitar la planificación y programación de acciones de salud.
- ⊙ Medir el impacto de las acciones de salud, así como la eficiencia y eficacia de las decisiones adoptadas.
- ⊙ Identificar tecnologías apropiadas a la realidad sanitaria de nuestro país.
- ⊙ Conocer la evolución de las enfermedades (*Epidemiología clínica*).

Susser (1991) establece que la Epidemiología puede ser utilizada en casi todos los campos de la salud humana, incluyendo en la evaluación de las acciones, servicios, programas y políticas de salud. Esto la ha conducido a vincularse con la economía y las ciencias políticas aproximándose más aún a las ciencias sociales.

3- Situación de salud

La identificación de los problemas de salud, su descripción y la búsqueda de sus causas necesariamente se vinculan con determinantes sociales.

La **situación de salud** de una población está directamente relacionada con los determinantes sociales y las desigualdades en la accesibilidad a la salud y con el modo en que estos determinantes se distribuyen en los diferentes estratos sociales.

El término **situación de salud** hace referencia a la población y su salud y al contexto, así como a los servicios sanitarios. Dichos componentes dan origen a tres grandes dimensiones en el análisis de la situación de salud:

- Análisis *demográfico* y *socioeconómico*.
- Análisis de *morbilidad* (enfermedades) y *mortalidad* (muertes).
- Análisis de la *respuesta social* por parte de los servicios de salud.

Estas tres dimensiones deben estar siempre presentes en el **análisis de la situación de salud** ya que se considera a las personas seres con historia, en vinculación permanente con su medio social y físico y, afectados por las respuestas sociales de los servicios de salud.



Los **análisis de situación de salud** (A.S.I.S.) son procesos de análisis y síntesis que abarcan diversos tipos de estudios, dirigidos a caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, así como, definir necesidades y prioridades y proveer información para el diseño, planificación e implementación de programas para abordarlas.

El conocimiento de los procesos que originan y sostienen en el tiempo los problemas de salud en las poblaciones es esencial para que la salud pública pueda desarrollar servicios, programas y acciones para dar respuesta a los mismos.

En este marco la Epidemiología permitiría:

- describir y explicar la situación de salud de la población en relación con sus condiciones de vida, y
- contribuir con información pertinente a mejorar la toma de decisiones para la resolución de los problemas de salud identificados.

¿En qué medida los equipos de salud aplican las herramientas de recolección de información y análisis que ofrece la Epidemiología para caracterizar la situación de salud de la población y explicar las enfermedades que padece?



4- Recolección de información y registros cotidianos en el centro de salud



ACTIVIDAD

Te proponemos que describas qué registros usas vos y tus compañeros/as de equipo en tu Centro de salud.

1. ¿Qué tipo de instrumentos se utilizan o utilizás para volcar la información recolectada?

.....
.....
.....

2. ¿Qué datos registrarás para tu trabajo con la comunidad?

.....
.....
.....

3. ¿Los registros que se realizan en tu Centro se vuelven a utilizar en algún momento? ¿Para qué? ¿De qué modo?

.....
.....
.....

Conservá toda esta información, es muy importante compararla con la de tus compañeros/as.

Existen, en general, dos tipos de *fuentes de información* para los estudios epidemiológicos: los *registros continuos* y *la población*. El uso de una u otra fuente va depender de los objetivos que se propone el análisis o estudio.

4-1 Los registros continuos

Los *registros continuos*, constituyen una de las mejores fuentes de información sanitaria. En ellos la información se recolecta a través de formularios estandarizados o diseñados previamente y el registro lo realiza el personal de salud. Son registros continuos: la *Planilla de consulta diaria* y la *Planilla de ronda de los agentes sanitarios*.

Para que los datos que se registran sean utilizables deben completarse adecuadamente, sin saltar ni modificar datos.

Este tipo de registro se utiliza prioritariamente en el diagnóstico de la situación de salud de la población, la evaluación de las acciones de salud y el conocimiento de nuevos problemas. El personal de salud debe examinar continuamente esta información, haciendo uso de procedimientos sencillos de análisis estadístico y epidemiológico.

En los anexos se adjuntan algunos ejemplos de registros continuos *Planilla de consulta diaria* y la *Planilla de ronda de los agentes sanitarios* (ver anexo 1).

Cabe aclarar que las planillas estandarizadas pueden tener diferencias según las necesidades definidas por cada jurisdicción.

4-2 La Población como fuente de datos

Al hacer estudios epidemiológicos específicos, casi siempre se recurre a la población para obtener la información, es por esto que se dice que la población es tomada como una *fuentes de datos*. En algunos casos se aprovecha la información de los registros sanitarios, los registros generados en el Centro de Salud y los registros locales (municipales, provinciales), también los de las dependencias oficiales (educación, agricultura, etc.) y de otras organizaciones.

Los procedimientos de recolección van a depender del tipo de información que se desea conocer. Si la información que se busca es de tipo *cuantitativa* o numérica, destinada a realizar cálculos estadísticos, se deben utilizar procedimientos simplificados y estandarizados, que nos permitan realizar posteriormente mediciones y comparaciones.

Los datos que recogen los integrantes del equipo son en general: *medidas numéricas* (control de tensión arterial, temperatura, peso, talla), *señales* (el ejemplo más conocido es el del electrocardiograma (ECG), *dibujos, fotografías, frases textuales, e incluso, narraciones.*

En el caso que se busque una información más *cualitativa*, se deben emplear procedimientos de observación y registro. Este es el caso de la *observación participante, la entrevista en profundidad y los grupos focales.*



En el cuidado de las personas el *dato narrativo* es el más utilizado, ya que la descripción de la enfermedad actual, los antecedentes familiares, el informe de los hallazgos físicos y toda otra información, se recogen verbalmente y se registran en forma narrativa en la historia clínica del paciente. También en el relevamiento del área programática podría encontrarse un relato referido a la ubicación geográfica, a las características del barrio, sus viviendas, la composición del grupo familiar y las redes sociales.

Las *frases textuales* son las expresiones subjetivas de las personas que concurren al centro, tales como: “*tengo un dolor fuerte en el estómago*” o “*mi hijo está desconocido, me grita por todo, nada le viene bien y yo ya no sé qué hacer con él*”; se registran tal cual fueron expresadas y son una importante fuente de datos.

Realizar actividades con la comunidad es una de las tareas del equipo de salud e implica salidas para vincularse con ella.

Retomando las actividades del *material introductorio* seguramente podés recuperar relatos e información que te permitan comenzar a reconstruir la situación de salud de la población.

Por ejemplo: En cuanto al relevamiento de las personas que viven en el área programática, *Cantidad de mujeres embarazadas, cantidad de niños menores de cinco años, cantidad de niños de determinada edad que no están escolarizados, etc.*

En cuanto a las características del barrio relevadas: *instituciones que hay en el barrio, características de las viviendas, provisión de agua potable, etc*

En términos generales, podemos decir que se registran datos en salud para una variedad de **propósitos individuales y colectivos**:

- ⊙ realizar el seguimiento de los problemas de salud de las personas de la comunidad
- ⊙ apoyar la comunicación entre los integrantes del equipo
- ⊙ anticipar los problemas de salud
- ⊙ tomar medidas preventivas
- ⊙ conocer las normativas

ACTIVIDAD

Te proponemos que revises los registros que describiste anteriormente e identifiques dos ejemplos de datos numéricos que has recolectado y dos



ejemplos de frases textuales o narraciones que pudiste registrar en tus recorridas por el barrio.

.....

.....

.....

.....

.....

Conserva tu respuesta, te será útil para seguir con el curso.

5- Otros instrumentos para obtener datos

La **recolección de datos** se inicia una vez definido lo que se desea medir, conocer o descubrir y constituye el momento inicial de la construcción de la información sanitaria.

Los datos a recoger deben ser descriptos detallando lo que representan. Es importante utilizar un formato fácil aunque detallado para simplificar el registro, siempre respetando las normativas jurisdiccionales.

Como mencionábamos antes, además de los instrumentos que describiste en la actividad anterior, otros instrumentos muy utilizados son: **formularios, entrevistas, observación y encuestas.**

5-1 Formularios

Los formularios o fichas estandarizadas en salud que se completan según un formato previamente definido permiten generar registros de nacimientos, defunciones y enfermedades y obtener sistemáticamente datos sobre patologías. El formulario puede ser completado por la persona que reporta la situación.

En la actualidad, nuestras sociedades cuentan con gran cantidad de registros de diferente naturaleza, que se mantienen de manera sistemática y a partir de los cuales es posible obtener datos para estudios epidemiológicos. Tal es el caso de los *censos de población, las historias clínicas y los sistemas de vigilancia.*

Estos registros han sido ampliamente utilizados para la toma de decisiones en salud y constituyen una valiosa alternativa a la recolección directa de información a partir de las personas.

Sin embargo, la validez de los datos debe ser siempre cuidadosamente analizada antes de utilizarlos de manera directa, ya que -como en el caso de las historias clínicas- pueden presentar diferencias sustanciales según la persona que haya realizado el registro.



Recordá que siempre deberás explicar y brindar información sobre cómo van a ser utilizados los datos

5-2 Entrevistas

Las entrevistas personales cara a cara son uno de los instrumentos más utilizados para obtener información sobre personas o sobre su entorno, ya sea sobre el presente o el pasado.

Nos permite saber, cuál es la percepción de la persona entrevistada sobre su salud además de profundizar en el conocimiento de un problema en particular, que puede ser analizado en el curso de la entrevista.

Las entrevistas cara a cara son un espacio de diálogo entre dos o más personas, pautado previamente, se trata de un espacio de confianza que favorece la obtención de información.

Si bien la entrevista permite obtener mucha información es difícil de analizar y por eso es muy importante proponerse objetivos concretos antes de salir a relevar la información y pensar, con todo el equipo, para qué nos va a servir y cómo la vamos a analizar.

5-3 Observación

Observar es un proceso que requiere de atención, orientado por un objetivo con el fin de obtener información.

Dicho de otro modo, observar es mirar en profundidad.

La observación siempre está influida por la percepción del observador. Y esta, es influida por sus creencias y valores. Por eso, no todos observamos lo mismo de un hecho o situación dada.

Es preciso construir acuerdos dentro del equipo de lo qué es importante observar, con el fin de que los registros sean lo más descriptivos y objetivos posibles.

5-4 Encuestas

La encuesta es un instrumento que requiere contacto con la población, en el centro de salud o en su casa. Por lo tanto, la encuesta es un instrumento que permite establecer una comunicación con una o varias personas. En algunos casos, como en los censos, todos los hogares son consultados.

Las encuestas suelen tener la forma de un cuestionario, en el cual las preguntas se



La observación se efectúa con el propósito de analizarla y extraer conclusiones- Observar, anotar, registrar, relacionar, permite conocer para actuar.

plantean siempre en el mismo orden y se formulan en los mismos términos, sobre la base de un formulario o cuestionario previamente preparado y con un instructivo detallado.

También dependiendo del objetivo y su combinación con otros modos de recolección de datos, la encuesta (o cuestionario) puede ser muy breve o bastante extensa.

Dados los diferentes objetivos de una encuesta, las preguntas pueden ser sumamente diferentes en cuanto a tipo y modo de formulación. A los encuestados se les puede preguntar sobre una característica personal (edad, escolaridad, etc.), sobre alguna actitud que tengan o hayan tenido (si toma su medicación, si tiene las vacunas correspondientes a la edad, etc.) y también su opinión sobre algún evento (la calidad de la atención que les brindó el médico, cómo siente su salud actualmente, etc.).

En cuanto a la modalidad de respuesta de las preguntas, el formato puede ser abierto o cerrado y ello independientemente del contenido de la pregunta.

Llamamos pregunta abierta a aquella que permite a los encuestados dar cualquier respuesta que parezca apropiada, en tanto que la pregunta cerrada, sólo admite la elección de respuestas dentro de un listado.

Ejemplo de Pregunta abierta

¿Cuáles son a su criterio los temas que trataría en las charlas que ofrece el Centro de Salud? Lístelos en orden de prioridad

- 1-.....
- 2-.....
- 3-.....
- 4-.....
- 5-.....
-

Ejemplo de Pregunta Cerrada

¿En qué momento tomó la medicación recetada por el médico?

- Después del desayuno/merienda*
- Después de almorzar*
- A la hora de la cena*
- Antes de irse a dormir*



La forma en que se formula una pregunta puede afectar mucho los resultados de una encuesta.

6- Fuentes y datos disponibles en el Centro de Salud



ACTIVIDAD

Para realizar esta actividad intentá situarte en la comunidad en la que cotidianamente desarrollás tu trabajo.

En base a los conocimientos adquiridos hasta el momento:

1. ¿Qué datos tenés a disposición que te ayuden a conocer la situación de salud de tu comunidad?

.....
.....
.....

2. ¿Qué datos te parecería adecuado recolectar para completar esa información?

.....
.....
.....

En el Centro de Salud se producen muchos registros de las actividades que se realizan.

Las actividades varían de un Centro a otro en función de la disponibilidad de recursos humanos, de los programas en los que participa y las características de la población del área. Asimismo, también varían los registros que se producen.

A continuación, se presentan los más conocidos, pero vos podés agregar a esta lista toda otra forma de registro que se realice en tu centro de Salud y aporte información sobre los problemas de salud de la población y/o sobre las actividades que realizan los distintos integrantes del mismo.

6-1 Historia Clínica

La *Historia Clínica* es el relato pormenorizado de las consultas realizadas por cada persona que asiste al Centro de Salud.

Una buena *Historia Clínica* es un importante respaldo que tiene el equipo de salud de su tarea. En ese sentido, constituye una fuente de datos muy valiosa.

Al construir una historia clínica, es importante pensar que cualquier integrante del equipo puede necesitar consultarla, es por ello que es importante asegurarse que sea comprensible y que sea lo suficientemente completa como para contener toda la información necesaria a la hora de tomar decisiones respecto al cuidado de la persona.

Una buena historia clínica debe incluir al menos los siguientes datos:

- fecha de inicio de su confección
- los datos de identificación: nombre y apellido, edad, domicilio, etc.
- antecedentes personales vinculados a su salud y la de su familia,
- problemas de salud en el transcurso de su vida,
- procedimientos que se le hayan realizado,
- el problema por el cual consulta y las recomendaciones que se hicieron (vacunas, dieta, medicamentos, interconsultas, etc),
- todas aquellas observaciones que consideremos relevantes para completar la información,
- firma de la persona del equipo que escribe en la historia clínica, cada vez que o hace

Dentro del Centro de Salud es necesario que todos los integrantes del equipo que interactúan con las personas tengan acceso a la Historia Clínica y a dejar asentados las observaciones realizadas (ver anexo 2).

Todo trabajador de la salud debe saber que la ley 26529 *Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado*¹ legisla y regula la protección de la información recolectada y los derechos de las personas en relación con los profesionales e instituciones de la salud.

La Ley 26529 rige el ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica. Veamos dos ejemplos:

Artículo 2 inciso d: *Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en*

1. La Ley 26 529 fue promulgada en noviembre de 2009. Para conocer el texto completo de la ley, ingresá al sitio INFOLEG: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/buscarNormas.do> buscando la ley por su número.

contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

Artículo 2 inciso f: Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.



La mujer debe conocer la importancia de llevar el carnet perinatal consigo a cada consulta y al hospital, esa información es clave y valiosa, por ello, el equipo de salud debe trabajar para sensibilizar y concientizar a las mujeres embarazadas sobre la importancia y el valor de la información que contiene.

6-2 Carnet perinatal

El *Carnet Perinatal* es un registro de los controles realizados por cada mujer embarazada donde se registran datos que dan cuenta de las condiciones de vida tales como, etnia, estudios realizados, si vive sola o acompañada. Además de estos datos de gran utilidad también es importante conocer si el embarazo fue planeado, su situación familiar particular (familia numerosa, episodios de violencia, abandono, uso nocivo de alcohol y de otras sustancias, etc.).

Los datos específicos de su salud y de su embarazo son de gran importancia, así como la fecha de la última menstruación, la fecha probable de parto, las fechas de los controles y consultas realizadas el/la obstetra con sus diferentes hallazgos, vacunación, medicaciones recibidas, estudios realizados, etc.; así como también, cualquier otra información significativa para el seguimiento de la madre y el bebé.

El *Carnet Perinatal* es entregado por el Centro de Salud a cada mujer embarazada que se controla y se le recomienda llevarlo a toda consulta y al hospital en el momento del parto para que los profesionales consignen datos referidos a la finalización del parto, forma de terminación e información sobre el recién nacido.

De esta manera, todo equipo de salud que la atienda podrá contar con información significativa sobre el desarrollo y finalización de su embarazo.

Los datos consignados en el *Carnet Perinatal* deben ser igualmente consignados en la historia clínica de la mujer, que quede en el centro de salud (ver Anexo 2 y 3).

6-3 Carnet de inmunizaciones

El *Carnet de Inmunizaciones* es un registro del plan de vacunación de cada niño/a de la comunidad que el equipo tiene a su cargo. Este instrumento de registro es entregado a la madre o adulto responsable en la primera vacunación y deberá traerlo cada vez que concurre al Centro de Salud.

Es de gran utilidad explicar a la mamá como leer el carnet para que pueda saber cuando regresar al vacunatorio.

Al igual que en el caso del carnet perinatal, la información que contiene el *Carnet de Inmunizaciones* debe estar volcada en la historia clínica del niño y debe explicarse a la madre el valor de este documento (Ver anexo 4).

6-4 Fichero Cronológico

El *Fichero Cronológico* es una herramienta que permite *agendar* las citas para controles en determinado período del año (por ejemplo, en un determinado mes). Consiste en construir un sistema de recordatorio (en tarjetas, papeles, listados, etc.) que indique quiénes deben concurrir en un determinado período (semana, quincena, mes) poniendo todos los recordatorios juntos.

Este tipo de registro es muy útil en el control del niño/a sano/a, los controles obstétricos durante el embarazo y el control de personas con enfermedades crónicas, hipertensos, diabéticos, entre otras.

Por ejemplo, se pueden tener marcados los meses del año y en cada mes anotar a los pacientes citados para control. Si concurren al control se tacha al paciente anotado en ese mes o se saca su ficha y se la coloca en el mes de la siguiente citación. Al finalizar el mes, quedan sin tachar o sin sacar las fichas de los pacientes que no fueron y podrán ser identificados para su búsqueda domiciliaria.

Dado que este instrumento es muy valioso, también sería interesante promover la confección de un fichero cronológico para controles de salud de la mujer y del hombre adulto.

6-5 Registro de actividades de promoción y prevención

Los equipos de salud en general cumplen con los registros de consultas y controles médicos, odontológicos, psicológicos, etc., que se realizan a la población. Pero, no muchas veces consideran necesario registrar las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

La propuesta es que los Centros de Salud además de relevar las consultas registren las actividades comunitarias. Para esto se creó una planilla especial de Registro de Actividades Comunitarias, la que fue consensuada por representantes de varias provincias, aunque aún no es utilizada masivamente.

El Registro de Actividades Comunitarias (RAC) no sólo da cuenta de una práctica realizada, sino que permite identificar y seguir los resultados que tales actividades tienen sobre la población del área programática del Centro de Salud. Por otro lado permite hacer visible aquellas acciones que a pesar de tener un alto valor en términos de sanitarios, muchas veces no son visibles ni valoradas (ver anexo 5).

6-6 Cartografía, una vieja herramienta en nuevos escenarios

Los nuevos escenarios de la salud están conformados por las transformaciones relacionadas con el modo en que se entiende el cuidado y la atención de la salud,



El fichero cronológico permite identificar quienes han concurrido a los controles y quienes deben ser visitados para dar un nuevo turno.

la importancia del trabajo en salud comunitaria, la responsabilidad del equipo de salud, y la valorización de la equidad y de la autonomía relacionada con el perfil de morbimortalidad de la comunidad.

Esto nos exige la revisión de las estrategias de trabajo en salud, lo que implica darle valor al uso de las herramientas de siempre, como la historia clínica, el fichero y la cartografía, para que estén al servicio de las preguntas que se van generando en los nuevos escenarios.

En cuanto a la cartografía, la tarea de hacer mapas implica la construcción de una representación que de modo inevitable participa la percepción y la subjetividad de quién la dibuja.

En una cartografía se destacan algunas cosas sobre otras, tiene un centro y tiene límites, tiene alguna escala que amplía o elimina detalles, etc. Estas particularidades dependen de las intenciones del cartógrafo.

La cartografía es una forma de registro que está mediada tanto por las necesidades de los que la hacen y la usan, como por sus capacidades para reconocer los cambios en la comunidad.

La tarea de hacer mapas se puede nutrir de diferentes tecnologías, el trabajo en terreno se mueve entre la bicicleta y el satélite. Las nuevas tecnologías informáticas, los softwares de georeferencia disponibles, las facilidades para archivar y compartir información, le dan un nuevo impulso a la cartografía.

Pero nada de esto suplanta al trabajo en el terreno, la conversación y el encuentro con los vecinos, la caminata por el barrio.

La información puede surgir en el marco del proceso de atención individual o puede ser generada con algún objetivo en particular. El desafío más grande es hacer que sirva para generar intervenciones en la dimensión de los determinantes sociales que se necesitan transformar para modificar positivamente la situación de salud de una comunidad.

La valorización de viejas herramientas requiere el debate de ciertas costumbres. Uno de los puntos a debatir es la identificación exclusiva entre agente sanitario y la cartografía, –al igual que la adscripción exclusiva de la historia clínica al médico/a y el fichero de vacunas al enfermero/a.

Así como encontramos escenarios transformadores que nos impulsan a modificar nuestro accionar y nuestra mirada sobre los procesos de salud que ocurren en las comunidades, también convivimos con viejos escenarios que necesitan de la participación de todos los actores y de todos los recursos disponibles en cada Centro de Salud.

Tomaremos dos ejemplos para compartir, nada mejor que intercambiar experiencias que nos enriquezcan y nos amplíen nuestro conocimiento a través de lo que proponen otros.

Santa Fé y una experiencia para compartir²

Hace 30 años el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe incorporó en el marco de la instalación de la Atención Primaria de la Salud un nuevo grupo de trabajadores: **los agentes sanitarios**.

Los rasgos que definieron este nuevo *oficio* fueron el trabajo en terreno, fuera del centro de salud, en una zona delimitada por manzanas, con sus propios registros distintos a los del resto del equipo de salud, con una supervisión a nivel central estricta que captaba todos los datos producidos por el trabajo cotidiano de los agentes sanitarios.

Este era un trabajo individual, solitario, pero que requería un conocimiento en detalle del terreno y una gran capacidad para establecer vínculos con los vecinos. Estas habilidades eran utilizadas para efectivizar la identificación y búsqueda de los ciudadanos que habitaban las zonas más empobrecidas cuando el médico del centro de salud lo requiriera.

En este panorama hacer la cartografía de la zona que cada uno tenía a cargo era una responsabilidad del agente sanitario.

Hoy se da entre nosotros la necesidad de recuperar reflexivamente esas experiencias.

En los espacios de encuentro –capacitaciones, reuniones de equipo– es posible hacer memoria para reconocer los modos en que los agentes sanitarios pudieron desarrollar el rol que les fue asignado, trascendiendo las rígidas normativas programáticas para construir un oficio que logró autonomía y reconocimiento.

Los agentes sanitarios, fueron capacitados e integrados como *nexo* entre la comunidad y el sistema de salud.

Al analizar la propia historia, se hacen visibles los diferentes modos en que los agentes sanitarios fueron construyendo su rol como *agentes de la gente* en el equipo de salud. Estas diferencias se dieron a nivel de los sujetos y de cada área programática, y hoy abonan el debate acerca del presente y el futuro de los agentes sanitarios.

Los espacios de encuentro posibilitaron una evaluación acerca del modo en que la cartografía, asumida como rasgo distintivo de agente sanitario, era practicada en la actualidad.

2. Lic. Claudia Cisneros (antropóloga)-
Sr. Eduardo Martínez (Agente Sanitario)-
Margarita Alonso (Medica Generalista).

Algunos de ellos siguen haciendo la *cartografía* de su terreno, pero otros no conocen de que se trata.

Hoy se abren interrogantes y desafíos para los propios agentes sanitarios acerca de la relevancia de su propio trabajo, de la manera en que se incorporan al equipo de salud y del modo en que se valorizan sus herramientas tradicionales como la *cartografía*.

Con su principal propósito de tener localizada y hacer localizable a la población, bajo el supuesto/necesidad de ir a buscar a las personas cuando no se presentan al centro de salud.

La forma, los medios y los propósitos de la cartografía actual se originan en nuevos escenarios, en los cuales el trabajo en equipo cobró relevancia, y nuevas preguntas, nuevas necesidades interpelan las prácticas cotidianas del trabajo en salud.

Pensar en salud como producto social es poder transitar del *desnutrido* al modo en que la alimentación se percibe en la comunidad. El hecho de marcar los desnutridos en el mapa, informa si están dispersos o se concentran en alguna zona, puede servir como recordatorio, para ayudar a ubicarlos, para buscar relaciones con el ambiente (servicios, accesos, etc.), con los recursos comunitarios disponibles, con otros problemas de salud; y lo más importante, para generar acciones en la comunidad en relación a los desnutridos: ¿Cómo percibe la comunidad este problema? ¿Está dispuesta a transformarlo? ¿Cuáles considera que son las determinantes de estas situaciones?

El segundo trabajo que presentamos a continuación, es el desarrollado por Agentes Sanitarios Indígenas del Programa Médicos Comunitarios del Centro de Atención Primaria de Salud “Manuel Vijande”, Barrio Las Playas, Villa María, Córdoba.

En el día del aborigen³

(...) Nuestro comienzo fue el día 19 de abril, creemos que no es pura casualidad (...) porque ese día se conmemora el día del aborigen.

Nos encontramos con:

- Un equipo de salud grande (alrededor de 15 mujeres) distribuidas en 2 turnos: mañana y tarde, con una fuerte demanda de trabajo, cuyas

3. Las agentes sanitarias indígenas autoras de este trabajo son Norma Sarasola y Noelia Mercau.

prácticas de salud si bien son asistenciales debido a la urgencia de atención espontánea, tienen un trabajo comunitario responsable en cuanto a la promoción y prevención en salud.

- Un barrio con un área programática que se encuentra conformada por los barrios; Las Playas, Villa Albertina, Barrancas del Rio, Villa del Sur, Zona Rural y parte del barrio Industrial. Al Centro de Salud concurren en ocasiones personas que no se encuentran en el área programática. Esto se debe a que en algunos casos no encuentran atención por la tarde en otros CAPS.

Una vez que el equipo de salud nos fue orientando sobre las características de los barrios, decidimos a modo de reconocimiento del área programática, recorrer la zona.

En búsqueda de establecer un primer contacto con los descendientes indígenas, utilizamos las fuentes de información que nos brinda el programa:

- Cartografía
- Relevamiento Familiar
- Registro de planillas relevadas
- Entrevistas directas a Referentes Comunitarios y población a cargo.
- Observación Directa.
- Registro de Motivos de Consulta.

Las acciones desarrolladas como agentes sanitarias de salud indígena fueron posible gracias a la articulación con el equipo de salud que se encontraba trabajando en el área programática del CAPS de barrio Las Playas. Retomando el trabajo hasta entonces realizado por el equipo, pudimos profundizar en algunos ejes, aportando desde una perspectiva intercultural. Entre las principales acciones que hemos llevado a cabo en este período de tiempo, podemos mencionar:

- Relevamiento domiciliario:

A partir del mismo, pudimos desarrollar las siguientes actividades:

- Identificación de población de origen étnico indígena.
- Captación y recaptación relacionados a los programas de salud integral: control de niño sano, programa de salud sexual, controles ginecológicos, vacunación.
- Detección de familias de origen étnico indígena, que se encuentren en situación de vulnerabilidad ya sea por condiciones precarias de vivienda, problemas de salud no controlados, embarazos de riesgo u otra situación de vulnerabilidad.

- ⊙ Carga de datos de población indígena y no indígena: Nos permitió sistematizar, mediante el recuento estadístico, la información recolectada en el relevamiento.
- ⊙ Actualización de la información de las planillas de relevamiento en zona rural.
- ⊙ Elaboración de cartografía en zona rural.
- ⊙ Captación temprana de embarazos en población indígena.
- ⊙ Acompañamiento en la evolución de dichos embarazos.
- ⊙ Seguimiento de niños menores de 2 años con alguna problemática.
- ⊙ Acompañamiento a enfermería en cobertura de inmunizaciones a domicilio.
- ⊙ Trabajo articulado con trabajadores sociales en soporte y contrarreferencia con el Hospital Regional Pasteur.
- ⊙ Promoción y prevención en enfermedades de transmisión sexual.
- ⊙ Planificación de charla sobre Reproducción Sexual Responsable en el lugar físico Boliche el Palo
- ⊙ Consejería en métodos anticonceptivos.
- ⊙ Apoyo en la difusión de actividades realizadas por el Equipo de Salud del CAPS relacionadas con otros programas.
- ⊙ Participación en talleres y actividades comunitarias del equipo de acuerdo a nuestra disponibilidad horaria.

Como instrumento de trabajo, la cartografía es usada a modo conjunto con el relevamiento poblacional. De este modo, a medida que se van realizando las entrevistas a las familias, se van identificando personas y situaciones problemáticas que se detectan a fin de facilitar la oportuna inclusión y atención integral y continua de la población a cargo.

A medida que se iban realizando las visitas, cada una de las manzanas donde detectamos familias descendientes indígenas, fueron georeferenciadas en la cartografía, usando distintos trazos de colores, a fin de reconocer las áreas que ya han sido visitadas y la identificación de familias que presentan problemáticas de salud que requerirán un seguimiento (ver anexo 6).

La cartografía entonces nos permite visualizar aquellas personas que tienen que ser captadas, recaptadas o bien que necesitan un seguimiento y acompañamiento por parte del equipo de salud.

Si bien intentamos llegar a toda la población, en algunos nos encontramos con barreras geográficas que nos dificultan el acceso.

Tal el caso de la zona rural que comprende la población que trabaja en cortaderos de ladrillos la cual está ubicada 8 Km. del centro de salud y no cuenta con transporte público urbano que posibilite el acceso de esta población al CAPS.

En general, son familias de nacionalidad boliviana, que descienden de las etnias quechua-aymará. En estos casos se intentan diversas estrategias, tal como el traslado del equipo a partir de transporte automotor privado o del CAPS móvil, el uso de la comunicación telefónica, o las entrevistas a los pacientes de zona rural en el CAPS. Si bien, ello ha implicado muchos obstáculos, entre ellos el gasto económico, consideramos que hemos podido lograr resultados positivos tal como el fortalecimiento del vínculo con estas familias y un aumento de acceso de las mismas a las consultas al CAPS.

7- El uso de los datos

¿En qué medida los equipos de salud aplican las herramientas de análisis que ofrece la Epidemiología en la toma de decisiones para satisfacer las necesidades de salud de la población?

El registro es tan importante que requiere que de manera periódica los analicemos y pensemos con todo el equipo de salud cuáles son los problemas de la comunidad y cómo podemos colaborar desde el Centro de Salud para mejorarlos.

En algunas ocasiones -como por ejemplo, cuando se intenta realizar un *Análisis de la Situación de Salud (ASIS)*- los equipos comunitarios se proponen utilizar los datos producidos cotidianamente, y eventualmente, recolectar otros.

Para analizar la situación de salud de una población, primero debemos saber con que datos contamos y cuales datos necesitamos tener y debemos generar.

Una posible **clasificación de datos** consiste en discriminarlos en:

- datos **centrados en las personas** como por ejemplo donde viven, con quién o quiénes viven, las vacunas recibidas, las consultas realizadas y qué las motivó, etc.
- datos **centrados en el equipo de salud**, por ejemplo cantidad de consultas realizadas en un determinado período, actividades de promoción y prevención.

- ⦿ datos **orientados a los determinantes ambientales y sociales** como agua, aire, tierra, trabajo, etc.
- ⦿ datos **orientados a problemas de salud** como por ejemplo, presencia de Chagas, episodios de violencia familiar, etc.

En función de los contenidos temáticos que se desee analizar, la recolección de datos puede organizarse utilizando una clasificación determinada. Otras veces, la recolección de datos intenta reflejar la evolución en el tiempo de un atributo o característica, en ese caso, puede decirse que la recolección se organiza **cronológicamente**.

8- De los datos a la producción de información y conocimiento

En una conversación informal los términos **dato**, **información** y **conocimiento** suelen utilizarse indistintamente. Pero, para mejorar nuestro trabajo necesitamos distinguirlos para dar una interpretación particular y uniforme a cada uno de ellos.



Se entiende por dato a una representación simbólica (numérica, alfabética, etc.) de un atributo o característica de un objeto, persona, institución, situación, etc.

La identificación de la edad de una persona (donde el atributo puede tomar tantos valores como edades puedan tener los individuos y el aspecto es la edad del sujeto), la presencia de fiebre, dolor o características de un síndrome, antecedentes de cierta enfermedad, etc. (donde el atributo es la presencia o ausencia registrada en una persona). Asimismo, son datos la cantidad de individuos que conforman una familia, cantidad de contaminantes en el ambiente, cantidad de familias con agua potable, los casos de violencia familiar, etc.

Los datos, entonces, pueden presentarse como **atributos cuantitativos o numéricos** (ej.: la edad de las personas), o bien **cualitativos** o relacionados con las cualidades o características (ej.: las opiniones o percepciones referidas a la salud o enfermedad).

Desde una mirada epidemiológica el dato aislado no cobra significado, pero convenientemente procesado se puede utilizar en la realización de cálculos que



muchas veces orientarán la toma de decisiones.

La palabra *informar* significa originalmente *dar forma a*; la información es capaz de formar a la persona que la produce o consigue y a aquella que la recibe.



La información es un conjunto organizado de datos, que constituyen un mensaje sobre un determinado fenómeno o una determinada situación.

Si por ejemplo, organizamos datos sobre un barrio o una comunidad: ubicación, número de habitantes, densidad de población, cantidad de población urbana y rural, etc., estamos produciendo información sobre ese barrio o comunidad.

Los datos se transforman en información, cuando se les añade valor en varios sentidos, por ejemplo: Analizándolos en contexto, obteniéndolos o procesándolos para un determinado propósito; clasificándolos según determinadas categorías; realizando con ellos análisis estadísticos; corrigiendo los errores que puedan haberse producido en el proceso de obtención y/o procesamiento de los datos; reuniéndolos y/o resumiéndolos para algún propósito.

De modo que, los datos se convierten en información cuando al procesarlos, se les añade significado. A diferencia de los datos, la información tiene **significado**, es decir, **relevancia** y **propósito**.

Es importante recordar que quien informa es quien más sabe del acontecimiento que se está registrando y quien puede consignar con precisión todos los datos solicitados. Asimismo, tener presente que la información veraz, completa y oportuna es un bien público, por lo tanto, completar estos datos correctamente es una responsabilidad y también una necesidad ya que nos facilita la programación de actividades y toma de decisiones.

9- Vigilancia Epidemiológica

Muchos de los datos que observamos, registramos y analizamos en conjunto con el equipo van a dar lugar a investigaciones para saber de dónde surge un determinado problema de salud y que conocemos o necesitamos para resolverlo.

La información que genera el Ministerio de Salud de Nación acerca de los datos de salud de la población empieza en cada Centro de Salud, con cada habitante y cada trabajador/a que registra el evento en salud. Por ejemplo: los datos sobre la vacunación.

La *vigilancia epidemiológica* está constituida por una serie de acciones realizadas para detectar la aparición de enfermedades nuevas o no, o el crecimiento inesperado de una determinada enfermedad. Sirve para evaluar por ejemplo riesgo de epidemia o existencia de enfermedades endémicas. Esta vigilancia está destinada a poder intervenir oportunamente a fin de evitar el aumento de casos.

Así podemos decir que no existe *vigilancia* sin *información*, y tampoco sin *acciones de control*.

A partir de las planillas de registro diario de atención que utilizan los médicos para registrar la atención de las personas que asisten a la consulta se conforman las planillas de la Vigilancia Epidemiológica. Aquí se consignan enfermedades que según cómo se las clasifica, pueden ser de notificación semanal e incluyen todas las enfermedades de notificación obligatoria.

Recordemos que las planillas reúnen información sobre: identificación de las personas por nombre y apellido, lugar de residencia, su edad, el motivo de consulta o diagnóstico y si este es la primera vez que consulta por esta patología o es un control de la misma.

Los datos son analizados de manera individual o global de acuerdo al problema y las posibles respuestas que se pueden dar a los mismos.

9-1 ¿Qué notificamos cuando participamos de la Vigilancia?

En la Argentina la notificación de las enfermedades transmisibles está reglada por la ley nacional 15.465 (1960), actualizada por el Decreto 2771 (1979)⁴.

Posteriormente por la Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación N° 394 (1994), se incorporan las *Normas del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*, que clasifica a las enfermedades a notificar semanalmente a través de la Planilla de consulta diaria:

- ⊙ Patologías de notificación individual, la que puede ser inmediata o semanal. La inmediata se hace el mismo día por teléfono o fax y se consigna además en la planilla semanal con todos los datos completos de la persona enferma.
- ⊙ Patologías de notificación por grupos de edad y de las que solo se notifica el número de casos.

Los casos de las enfermedades incluidas son publicadas por el Ministerio de Salud a través del Boletín Epidemiológico, que es actualizado con los datos de cada *semana epidemiológica*.



Se puede acceder a la información a través de Internet <http://www.msal.gov.ar/hm/site/epidemiologia.asp>, aquí encontrarás mucha información de gran utilidad

4. Legisalud www.msal.gov.ar Régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria. Sanción: 29/09/1960; Promulgación: 24/10/1960; Boletín Oficial 28/10/1960



La semana epidemiológica es un instrumento de estandarización adoptada oficialmente en el ámbito internacional de la variable tiempo para los fines de la vigilancia epidemiológica, con el objetivo de agrupar los eventos sanitarios alrededor de un tiempo determinado. La importancia radica en que permite la comparación de eventos epidemiológicos sucedidos en un determinado año con años anteriores.

Las semanas epidemiológicas empiezan el domingo y terminan el sábado. La división de los 365 días del año en semanas epidemiológicas conforman el calendario epidemiológico.

9-2 ¿Qué es el SINAVE?

El *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*, se forma desde el registro en el nivel local de aquellas patologías definidas para todo el país bajo vigilancia pasando a los distintos niveles y conformando los registros locales, provinciales y nacionales.

Todas las semanas del año (cada una corresponde a una semana epidemiológica que tiene un número definido de 1 a 52 (desde el 1 enero al 31 de diciembre) se recibe información de enfermedades de notificación obligatoria a veces con datos de laboratorio si corresponde.

Algunas enfermedades se notifican por el número solo y el grupo de edad de la persona y otras por registros especiales para esa patología que se llaman Fichas Específicas.

Algunas enfermedades como, Sarampión, Dengue, Meningitis requieren de acciones del sistema de salud tan urgente que no se espera la finalización de la semana epidemiológica para informarlas sino que se debe llamar de manera urgente a la Autoridad Sanitaria del Nivel superior al Centro de Salud que trabaja con ese sistema.

En el Centro de Salud muchas veces lo que se obtiene después de una buena evaluación clínica de una persona es la sospecha de un diagnóstico sin posibilidad de confirmarlo, esta sospecha es suficiente para poner en marcha el mecanismo de **notificación** que luego se confirmará o descartará de acuerdo a los estudios que se sigan haciendo.

La persona que tiene una sospecha de enfermedad bajo Vigilancia debe ser informada como así también registrado en la ficha que corresponda la que se enviará la autoridad sanitaria local.

En el Centro de Salud se debe actuar de acuerdo a las acciones que requiera esa enfermedad para intentar que los de alrededor no contraigan la misma (acciones de bloqueo), por lo tanto vamos a ir a los domicilios que corresponda para junto con la

comunidad disminuir la posibilidad de ese daño. Dentro de las acciones de bloqueo se encuentran el tratamiento de la enfermedad, el aislamiento de la persona cuando la situación lo requiera, la vacunación de los contactos y las medidas socioambientales que correspondan a la misma.

La mejor guía a nuestro alcance es el **Manual para el Control de las Enfermedades Transmisibles**⁵ que debe estar disponible en todos los centros de salud y que permite a partir de la enfermedad sospechada conocer cual es la acción correcta que debemos realizar para cuidar a la persona y a los que aun no enfermaron.

10- Epidemiología, información y APS

Durante el estudio del **Módulo Salud y Sociedad** se trabajó sobre la importancia de que los equipos de salud del primer nivel presten especial atención a las condiciones de vida y los determinantes sociales que impactan sobre la salud de las familias y las comunidades. En este punto, son los equipos de salud los que deben establecer un diálogo con la comunidad que permita brindar una atención integral, así como mejorar la accesibilidad, la equidad y la participación como lo preconiza la estrategia de atención primaria de la salud.

Por ello, resulta esencialmente importante conocer las condiciones epidemiológicas de la comunidad; ya que ello posibilitará un cuidado integral de la salud. Los estudios epidemiológicos permiten llevar registro de las enfermedades más comunes, de los factores que determinan su incidencia o prevalencia, de las medidas que podrían tomarse para prevenirlos. A la vez aportan información relevante para determinar el tipo de servicio de salud necesario en cada comunidad y para evaluar la utilidad de los programas existentes.

El trabajador o la trabajadora del primer nivel de atención es quien obtiene información sobre el proceso salud y enfermedad de la comunidad. Los métodos epidemiológicos permiten organizar, analizar e interpretar esos datos siguiendo cierto tipo de patrón o modelo.

Entonces, registrar datos, tener información sobre lo que hacemos, relacionarla, poner énfasis en el trabajo y la acción para comprender o explicar lo que pasa en el lugar que se trabaja o resolver algunos de los problemas a los que como equipo de salud se enfrentan, nos da la pauta de la necesidad de generar conocimiento para esta estrategia transformadora.

5. Manual para el Control de las enfermedades transmisibles -OPS- Año 1997. ISBN: 92 75 31564 7

Anexos

PROGRAMA A.P.S.

RESUMEN DE SECTOR DE TRABAJO

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE SALTA

A.O. Nº: _____ NOMBRE: _____ INFORME DE RONDA Nº: _____ Nº _____
 ESTABLECIMIENTO BASE: _____ SECTOR: _____ Nº CASAS ASIGNADAS: _____
 DESDE: _____ AL _____ AGENTE SANITARIO: _____ SIT. REV: _____
 SUPERVISOR INTERMEDIO: _____ JEFE DE APS O CENTRO DE SALUD: _____

FAMILIAS VISITADAS EN LA RONDA										FAMILIAS EN RIESGO	
Familias Asignadas	No Visitadas	Rechazos	Nº Total visitas	Filas Originalistas	Filas c/Analf. Materno	Nº Visitas	BAJO	ALTO	TOTAL		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
FACTORES DE RIESGO											
FAMILIAS SUPERVISADAS EN LA RONDA											
SUPERVISION INTERMEDIA DIRECTA						SUPERVISION PROFESIONAL DIRECTA					
FILAS ALTO RIESGO	FILAS MEDIO RIESGO	FILAS BAJO RIESGO	FILAS c/ENFERMIA CRONICA	FILAS c/ENFERMIA AGUDA	FILAS c/ENFERMIA CRONICA	FILAS c/ENFERMIA AGUDA	FILAS c/ENFERMIA CRONICA	FILAS c/ENFERMIA AGUDA	FILAS c/ENFERMIA CRONICA	FILAS c/ENFERMIA AGUDA	FILAS c/ENFERMIA CRONICA
1-50	2-50	3-50	4-50	5-50	6-50	7-50	8-50	9-50	10-50	11-50	12-50
DATOS DE LA POBLACION											
FAMILIAS Y MEDIO AMBIENTE			FAMILIAS Y MEDIO AMBIENTE			FAMILIAS Y MEDIO AMBIENTE			FAMILIAS Y MEDIO AMBIENTE		
Filas con Red Dom y Tlo	Filas c/Agua Tratada	Filas c/DSE	Filas c/TSB	Filas c/Higiene	Filas c/Alfabeto	Filas c/Alfabeto	Filas c/Alfabeto	Filas c/Alfabeto	Filas c/Alfabeto	Filas c/Alfabeto	Filas c/Alfabeto
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL SUPERVISOR INTERMEDIO: _____ FIRMA DEL AGENTE SANITARIO: _____ FIRMA GERENTE GENERAL O JEFE DE CENTRO DE SALUD: _____

FACTORES DE RIESGO											
1	Grupo familiar integrado por menores de 6 años (marcar con 1 x por cada uno de ellos)	1ª Ronda	2ª Ronda	3ª Ronda	4ª Ronda	1ª Ronda	2ª Ronda	3ª Ronda	4ª Ronda		
2	Desempleo y/o ingreso económico inestable (trabajo irregular, jornalero) (marcar con 2 x)										
3	Ausencia de Padre o Madre (Padre o Madre soltero - Viudado) (marcar con 2 x)										
4	Hacinamiento (marcar con 1 x)										
5	Enfermedades Crónicas en la familia (marcar con 2 x)										
6	Violencia filiar - alcoholismo - drogadicción (marcar con 2 x por cada uno)										
7	Niños menores de 6 años con déficit Nutricional (marcar 3 x por cada uno de ellos)										
8	Embarazada en riesgo (marcar con 2 x)										
9	Tratamiento inadecuado de: Agua y/o DSE y/o TSB y/o Vivienda inadecuada (marcar con 1 x por cada uno)										
10	Analfabetismo de la persona a cargo de los menores (marcar 2 x) (FAMILIA DE RIESGO CON 7 X O MAS)										
TOTAL											
11	MORTALIDAD INFANTIL / MATERNA Marcar con 7 x.										
12	Región Nacido / Puerpera Marcar con 7 x										

H	Control Prenatal										LECHE	
	Nº FUM	FPP	Meses de Embarazo									
			1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	

I	Parto			Aborto
	Fecha	TIPO	Control	
	D M A D I			

J	T.B.C.			
	Nº Orden	Sospechoso	Nº Muestras	TRATAMIENTO
				Inicio Final
				TDO

K	Dengue	
	Ronda	Evaluada
	(+)	(-)
		Tratada

L	Chagas Mazza	
	Ronda	Evaluada
	Pos (+)	Neg (-)
		Rociada
		Casa
		O V

M	Vivienda																		
	PISO	TECHO	PAREDES							GRANJA									
			RONDA	MOSCO O BALDOSA	CEMENTO	TIERRA	OTROS	LOSA	FIBROCEMENTO	CHAPA DE ZINC	PAJA Y BARRO	OTROS	LADRILLOS	ADOBES	MADERA	PIEDRA	BLOQUE	QUINCHO	OTROS

N	Observaciones			
	1ª Ronda	2ª Ronda	3ª Ronda	4ª Ronda

O	Saneamiento del Medio Ambiente y la Vivienda	
	Ronda	Tratamiento
	Real Dom y/O Higi	Agua SI NO
	Otros	DSE TSB
		Huerta
		Granja

Formulario 1 Reverso



Dirección Nacional de Maternidad e Infancia

Ministerio de Salud - República Argentina

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP-OPS/OMS										FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		CONTROL PRENATAL EN							
NOMBRE										dia mes año		blanca <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> mezista <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secund. univers. <input type="checkbox"/>		casada <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		PARTO EN									
DOMICILIO										EDAD (años)		años en el mayor nivel		vive sola <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		NUMERO IDENTID.											
LOCALIDAD										TELEF.																	
ANTECEDENTES										OBSTETRICOS				FIN EMBARAZO ANTERIOR													
FAMILIARES					PERSONALES					gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR							
no si <input type="checkbox"/>					no si <input type="checkbox"/>					n/c <input type="checkbox"/> <2500g		3 espont. consecutivos		cesáreas		nacidos muertos		muertos 1° sem.		menos de 1 año							
TBC <input type="checkbox"/>					diabetes <input type="checkbox"/>					normal <input type="checkbox"/> >4000g		partos		cesáreas		después 1° sem.		EMBARAZO PLANEADO si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		FRACASO METODO ANTICONCEP.							
hipertensión <input type="checkbox"/>					preclampsia eclampsia <input type="checkbox"/>					Antecedente de gemelares <input type="checkbox"/>								no barrera DIU hormo emer natural gencia									
GESTACION ACTUAL										EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s.		FUMA act. no si <input type="checkbox"/>		FUMA pas. no si <input type="checkbox"/>		DROGAS no si <input type="checkbox"/>		ALCOHOL no si <input type="checkbox"/>		VIOLENCIA no si <input type="checkbox"/>		ANTIRUBEOLA previa no sabe <input type="checkbox"/>		ANTITETANICA vigente no si <input type="checkbox"/>		EX. NORMAL no si <input type="checkbox"/>	
PESO ANTERIOR		TALLA (cm)		FUM		EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s.		FUMA act. no si <input type="checkbox"/>		FUMA pas. no si <input type="checkbox"/>		DROGAS no si <input type="checkbox"/>		ALCOHOL no si <input type="checkbox"/>		VIOLENCIA no si <input type="checkbox"/>		ANTIRUBEOLA embarazo no <input type="checkbox"/>		ANTITETANICA DOSIS 1° 2° mes gestación		ODONT. no si <input type="checkbox"/>					
Kg		1		1		no si <input type="checkbox"/>		1° trim <input type="checkbox"/>		2° trim <input type="checkbox"/>		3° trim <input type="checkbox"/>		no si <input type="checkbox"/>		no si <input type="checkbox"/>		no si <input type="checkbox"/>		no si <input type="checkbox"/>		MAMAS <input type="checkbox"/>					
CERVIX		GRUPO Rh		TOXOPLASMOSIS		VIH		Hb <20 sem		Fe/FOLATOS indicados		Hb ≥ 20 sem		VDRL/RPR <20 sem		SIFILIS confirmada por FTA		VDRL/RPR ≥ 20 sem									
normal <input type="checkbox"/>		Immuniz. no <input type="checkbox"/>		< 20 sem IgG <input type="checkbox"/>		< 20 sem <input type="checkbox"/>		g no <input type="checkbox"/>		Folatos: no <input type="checkbox"/>		g <11.0g <input type="checkbox"/>		no se hizo <input type="checkbox"/>		n/c <input type="checkbox"/>		no se hizo <input type="checkbox"/>									
COUP		HEPATITIS B		BACTERIURIA		GLUCEMIA EN AYUNAS		ESTREPTO. B 35-37s.		PREPARACION PARA EL PARTO		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA		SIFILIS													
no se hizo <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>		sem. normal <input type="checkbox"/>		≥ 1,05 mg/dl <input type="checkbox"/>		no se hizo <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>					
CONSULTAS ANTENATALES										signos de alarma, exámenes, tratamientos										Iniciales Técnico		próxima cita					
dia mes edad gest. peso P A altura uterina presen tación latidos fetales movim. fetales																											
PARTO		ABORTO		HOSPITALIZ. en EMBARAZO		CORTICOIDES ANTENATALES		INICIO		ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST. al parto		PRESENTACION SITUACION		TAMANO FETAL ACORDE		ACOMPANANTE TDP P									
FECHA DE INGRESO		CONSULTAS PRE-NATALES total		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		completo <input type="checkbox"/>		espontáneo <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> dia mes año		semanas días		cefálica <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>		pareja <input type="checkbox"/>									
dia mes año				dias		ninguna <input type="checkbox"/>		inducido <input type="checkbox"/>		hora min		temp. ≥ 38°C		pelviana <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/>		familiar <input type="checkbox"/>									
CARNÉ <input type="checkbox"/>				n/c <input type="checkbox"/>		ninguna <input type="checkbox"/>		cesar. elect. <input type="checkbox"/>		fact. riesgo estrepto. B		por FUM por Eco.		transversa <input type="checkbox"/>		ninguno <input type="checkbox"/>		otro <input type="checkbox"/>									
TRABAJO DE PARTO										ENFERMEDADES										Notas							
hora min compañía posición PA / pulso contr./10' dilatación altura present. variación posic. meconio FCF/dips										ninguna <input type="checkbox"/>																	
MUERTO anteparto <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ignora <input type="checkbox"/>										HTA previa <input type="checkbox"/>										infec. ovular <input type="checkbox"/>							
MÚLTIPLE no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>										HTA inducida embarazo <input type="checkbox"/>										infec. urinaria <input type="checkbox"/>							
TERMINACION cesárea <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>										preclampsia eclampsia <input type="checkbox"/>										parto preter. <input type="checkbox"/>							
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO										cardiopatía <input type="checkbox"/>										R.C.I.U. <input type="checkbox"/>							
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO										nefropatía <input type="checkbox"/>										rotura prem. de membranas <input type="checkbox"/>							
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO										diabetes <input type="checkbox"/>										anemia <input type="checkbox"/>							
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO										otras cond. grave <input type="checkbox"/>										otras cond. grave <input type="checkbox"/>							
NACIMIENTO										ENFERMEDADES										Notas							
VIVO <input type="checkbox"/>										ninguna <input type="checkbox"/>																	
hora min día mes año										HTA inducida embarazo <input type="checkbox"/>										infec. ovular <input type="checkbox"/>							
MÚLTIPLE no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>										preclampsia eclampsia <input type="checkbox"/>										parto preter. <input type="checkbox"/>							
TERMINACION cesárea <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>										cardiopatía <input type="checkbox"/>										R.C.I.U. <input type="checkbox"/>							
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO										nefropatía <input type="checkbox"/>										rotura prem. de membranas <input type="checkbox"/>							
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO										diabetes <input type="checkbox"/>										anemia <input type="checkbox"/>							
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO										otras cond. grave <input type="checkbox"/>										otras cond. grave <input type="checkbox"/>							
POSICION PARTO										ENFERMEDADES										Notas							
sentada acostada <input type="checkbox"/>										ninguna <input type="checkbox"/>																	
DESGARROS Grado (1 a 4)										HTA inducida embarazo <input type="checkbox"/>										infec. ovular <input type="checkbox"/>							
OCITOCICOS prealumb. postalumb.										preclampsia eclampsia <input type="checkbox"/>										parto preter. <input type="checkbox"/>							
PLACENTA completa retenida										cardiopatía <input type="checkbox"/>										R.C.I.U. <input type="checkbox"/>							
LIGADURA CORDON precoz										nefropatía <input type="checkbox"/>										rotura prem. de membranas <input type="checkbox"/>							
MERCACION RECIBIDA										diabetes <input type="checkbox"/>										anemia <input type="checkbox"/>							
MERCACION RECIBIDA										otras cond. grave <input type="checkbox"/>										otras cond. grave <input type="checkbox"/>							
RECIENTE NACIDO										ENFERMEDADES										Notas							
SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>										ninguna <input type="checkbox"/>																	
PESO AL NACER <2500 g <input type="checkbox"/> ≥ 4000 g <input type="checkbox"/>										HTA inducida embarazo <input type="checkbox"/>										infec. ovular <input type="checkbox"/>							
PER. CEFALICO										preclampsia eclampsia <input type="checkbox"/>										parto preter. <input type="checkbox"/>							
EG CONFIABLE sem. días										cardiopatía <input type="checkbox"/>										R.C.I.U. <input type="checkbox"/>							
PESO E.G. adec. peq. gde.										nefropatía <input type="checkbox"/>										rotura prem. de membranas <input type="checkbox"/>							
APGAR (min) 1° 5°										diabetes <input type="checkbox"/>										anemia <input type="checkbox"/>							
REANIMACION estimulac. aspiración máscara oxígeno masaje tubo										otras cond. grave <input type="checkbox"/>										otras cond. grave <input type="checkbox"/>							
FALLECE en SALA de PARTO										HTA inducida embarazo <input type="checkbox"/>										infec. ovular <input type="checkbox"/>							
REFERIDO aloc. conj. hosp. hosp.										preclampsia eclampsia <input type="checkbox"/>										parto preter. <input type="checkbox"/>							
ATENDIO médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro										cardiopatía <input type="checkbox"/>										R.C.I.U. <input type="checkbox"/>							
PARTO <input type="checkbox"/>										nefropatía <input type="checkbox"/>										rotura prem. de membranas <input type="checkbox"/>							
NEONATO <input type="checkbox"/>										diabetes <input type="checkbox"/>										anemia <input type="checkbox"/>							
PUERPERIO										otras cond. grave <input type="checkbox"/>										otras cond. grave <input type="checkbox"/>							
día hora T°C pulso P A invol. uter. loquios																											
DEFECTOS CONGENITOS										ENFERMEDADES										Notas							
menor <input type="checkbox"/> mayor <input type="checkbox"/>										ninguna <input type="checkbox"/>																	
TAMAJE NEONATAL VDRL Bilir. Chagas Toxo IgM Audic.										HTA inducida embarazo <input type="checkbox"/>										infec. ovular <input type="checkbox"/>							
normal patol. no corresp.										preclampsia eclampsia <input type="checkbox"/>										parto preter. <input type="checkbox"/>							
METABOLICAS realizado no realizado GammaHB si no										cardiopatía <input type="checkbox"/>										R.C.I.U. <input type="checkbox"/>							
Meconio 1° día										nefropatía <input type="checkbox"/>										rotura prem. de membranas <input type="checkbox"/>							
Meconio 1° día										diabetes <input type="checkbox"/>										anemia <input type="checkbox"/>							
Meconio 1° día										otras cond. grave <input type="checkbox"/>										otras cond. grave <input type="checkbox"/>							
EGRESO RN										ENFERMEDADES										Notas							
vivo <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>										ninguna <input type="checkbox"/>																	
día mes hora min lugar										HTA inducida embarazo <input type="checkbox"/>										infec. ovular <input type="checkbox"/>							
fallece durante o en lugar de traslado										preclampsia eclampsia <input type="checkbox"/>										parto preter. <input type="checkbox"/>							
EDAD al fallecer días completos <1 día										cardiopatía <input type="checkbox"/>										R.C.I.U. <input type="checkbox"/>							
ALIMENTO AL ALTA lact. excl. parcial artificial										nefropatía <input type="checkbox"/>										rotura prem. de membranas <input type="checkbox"/>							
Boca arriba <input type="checkbox"/>										diabetes <input type="checkbox"/>										anemia <input type="checkbox"/>							
BCG no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>										otras cond. grave <input type="checkbox"/>										otras cond. grave <input type="checkbox"/>							
HEPATITIS B no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>										HTA inducida embarazo <input type="checkbox"/>										infec. ovular <input type="checkbox"/>							
PESO AL EGRESO										preclampsia eclampsia <input type="checkbox"/>										parto preter. <input type="checkbox"/>							
ANTIRUBEOLA POST PARTO (Doble Viral) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> corresponde <input type="checkbox"/>										cardiopatía <input type="checkbox"/>										R.C.I.U. <input type="checkbox"/>							
ANTIRUBEOLA POST PARTO (Doble Viral) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> corresponde <input type="checkbox"/>										nefropatía <input type="checkbox"/>										rotura prem. de membranas <input type="checkbox"/>							
ANTIRUBEOLA POST PARTO (Doble Viral) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> corresponde <input type="checkbox"/>										diabetes <input type="checkbox"/>										anemia <input type="checkbox"/>							
ANTIRUBEOLA POST PARTO (Doble Viral) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> corresponde <input type="checkbox"/>										otras cond. grave <input type="checkbox"/>										otras cond. grave <input type="checkbox"/>							
EGRESO MATERNO										ENFERMEDADES										Notas							
viva <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>										ninguna <input type="checkbox"/>																	
día mes año lugar										HTA inducida embarazo <input type="checkbox"/>										infec. ovular <input type="checkbox"/>							
fallece durante o en lugar de traslado										preclampsia eclampsia <input type="checkbox"/>										parto preter. <input type="checkbox"/>							
días completos desde el parto										cardiopatía <input type="checkbox"/>										R.C.I.U. <input type="checkbox"/>							
ANTIRUBEOLA POST PARTO (Doble Viral) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> corresponde <input type="checkbox"/>										nefropatía <input type="checkbox"/>										rotura prem. de membranas <input type="checkbox"/>							
ANTIRUBEOLA POST PARTO (Doble Viral) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> corresponde <input type="checkbox"/>										diabetes <input type="checkbox"/>										anemia <input type="checkbox"/>							
ANTIRUBEOLA POST PARTO (Doble Viral) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> corresponde <input type="checkbox"/>										otras cond. grave <input type="checkbox"/>										otras cond. grave <input type="checkbox"/>							
ANTICONCEPCION										ENFERMEDADES										Notas							
CONSEJERIA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>										ninguna <input type="checkbox"/>																	
METODO ELEGIDO DIU postevento <input type="checkbox"/>										HTA inducida embarazo <input type="checkbox"/>										infec. ovular <input type="checkbox"/>							
DIU natural <input type="checkbox"/>										preclampsia eclampsia <input type="checkbox"/>										parto preter. <input type="checkbox"/>							
barrera <input type="checkbox"/>										cardiopatía <input type="checkbox"/>										R.C.I.U. <input type="checkbox"/>							
hormonal <input type="checkbox"/>										nefropatía <input type="checkbox"/>										rotura prem. de membranas <input type="checkbox"/>							
hormonal <input type="checkbox"/>										diabetes <input type="checkbox"/>										anemia <input type="checkbox"/>							
hormonal <input type="checkbox"/>										otras cond. grave <input type="checkbox"/>										otras cond. grave <input type="checkbox"/>							

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

Descripción de códigos en el reverso

HCPSANP (Argentina) 1007

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN 2009

Edad	1 año	1 año y 3 meses	1 año y 6 meses	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
BCG	1da																			
Triple Viral	1da	2da	3da																	
Triple Viral + Doble Viral																				
BCG + Triple Viral																				
BCG + Triple Viral + Doble Viral																				
BCG + Triple Viral + Doble Viral + Triple Viral																				
BCG + Triple Viral + Doble Viral + Triple Viral + Triple Viral																				
BCG + Triple Viral + Doble Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral																				
BCG + Triple Viral + Doble Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral																				
BCG + Triple Viral + Doble Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral																				
BCG + Triple Viral + Doble Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral																				
BCG + Triple Viral + Doble Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral																				

BCG: antes de ingresar de la maternidad o antes de los 7 días de vida.
 Hepatitis B: antes de los 12 meses de vida.
 Hepatitis B: Si no recibió el esquema en la maternidad, se aplicará 1^{ra} dosis, 2^{da} dosis al mes de la primera y 3^{ra} dosis a los seis meses de la primera.
 Triple Viral + Doble Viral: Se administrará conjuntamente dos dosis de triple viral a los seis meses de triple viral + 1 dosis de doble viral.
 Doble Viral: Se aplicará en una sola dosis a los seis meses de triple viral + 1 dosis de triple viral.
 Doble Viral + Triple Viral: Se aplicará en una sola dosis a los seis meses de triple viral + 1 dosis de triple viral.
 Doble Viral + Triple Viral + Triple Viral: Se aplicará en una sola dosis a los seis meses de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral.
 Doble Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral: Se aplicará en una sola dosis a los seis meses de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral.
 Doble Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral: Se aplicará en una sola dosis a los seis meses de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral.
 Doble Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral: Se aplicará en una sola dosis a los seis meses de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral.
 Doble Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral: Se aplicará en una sola dosis a los seis meses de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral.
 Doble Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral: Se aplicará en una sola dosis a los seis meses de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral.
 Doble Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral: Se aplicará en una sola dosis a los seis meses de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral.
 Doble Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral + Triple Viral: Se aplicará en una sola dosis a los seis meses de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral + 1 dosis de triple viral.

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS NIÑOS Y ADOLESCENTES
 TODAS LAS VACUNAS SON GRATUITAS

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

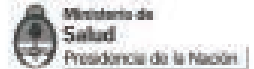
DNI: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES



CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS EN EL NIÑO Y ADOLESCENTES

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
HEPATITIS B	1da			
	2da			
	3da			
BCG	Única dosis			
SABIN	1da			
	2da			
	3da			
	4da			
	5da			
PENTAVALENTE (DPT Hib - Hib)	1da			
	2da			
	3da			
CUADRUPLI (DPT Hib)	1da			
	2da			
TRIPLE VIRAL (DTP)	1da			
	2da			
HEPATITIS A	Única dosis			

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
TRIPLE BACTERIANA (DTP)	1da			
	2da			
TRIPLE BACTERIANA ACESULAR (DTPa)	1da			
	2da			
Otras				

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN 2009

Vacuna	Grupo de Edad		
	19 a 45 años	46 a 64 años	65 años y más
Doble Bacteriana (dT _a)	1 dosis cada 10 años		
Antigripal	1 dosis anual (a)		
Antineumococcica	1 dosis (b)		
Fiebre Amarilla	1 dosis cada 10 años*		
Fiebre Hemorrágica Argentina	1 dosis cada 10 años**		

- Estas vacunas se aplican a todas las personas pertenecientes a este grupo de edad.
- Estas vacunas se aplican en adultos pertenecientes a estos grupos de edad con indicaciones específicas.

(a) Se debe administrar en forma anual durante el otoño.
 (b) Se debe revacunar por única vez a los 5 años de la dosis inicial en pacientes con insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico, asplenia anatómica o funcional, inmunosupresión, o enfermedad de base y a aquellos que fueron vacunados por primera vez antes de los 65 años y transcurrieron 5 años desde la aplicación de la misma.

* Si reside en zona de riesgo o en caso de viajar hacia o transitar por áreas de riesgo.
 ** Si reside en zona de riesgo.

- Todos los adultos deben tener dos dosis de triple viral o bien una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral.

- Recomendaciones de vacunas en la mujer embarazada:

- Antigripal si está embarazada de más de tres meses durante el otoño y el invierno.
- Doble Adultos (tétanos y difteria) - Única dosis si pasaron 10 años o más desde la última aplicación

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS ADULTOS

TODAS LAS VACUNAS SON GRATUITAS

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS EN EL ADULTO

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
Doble Adultos (dT)				
Triple Viral (SRP) o Doble Viral (SR)				
Anti-neumococcica				
Otras				

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
Antigripal				
	Otras			

Consolidado Mensual de Actividades Comunitarias de promoción de la salud y prevención de enfermedades

Provincia: _____

CAPS _____

Mes: _____

Tipo de Actividad	Totales de Actividades por tipo					Origen de la propuesta			Lugar de Realización			Articulación Intersectorial		Nº de participantes de la comunidad por actividad	Cantidad de Integrantes del equipo que participaron según perfil									
	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	3	Si	No		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1- Taller																								
2- Recreativa/ deportiva																								
3- Visita domiciliaria																								
4- Planificación participativa																								
5- Charla/ exposición																								
6- Campaña																								
7- Difusión																								
8- Otros																								
TOTALES																								

Origen de la Propuesta:

1. Comunidad; 2. Equipo; 3. Ambos; 4. Organismo de Conducción Central (Municipio, Región, Provincia, Nación); 5. Otros.

Lugar de realización :

1. Centro de Salud; 2. Otra institución; 3. Otros

Perfil de los Integrantes del equipo:

1. Médico/a; 2. Psicólogo/a; 3. Obstétrica/o; 4. Trabajador/a social; 5. Nutricionista; 6. Agente Sanitario, Promotor/a de salud; 7. Odontólogo/a; 8. Administrativa/o; 9. Enfermera/o; 10. Otros

Cartografía- Experiencia Las Playas- Centro de Atención Primaria de Salud “Manuel Vijande”¹



Mapa Georeferencial de familias



1. Fuente: Informe de Mayo 2010 realizado por las Agentes Sanitarias Indígenas: Sarasola Norma, Mercaú Noelia- Villa María- Córdoba.

Bibliografía

Bibliografía utilizada

- BARRADAS BARATA RITA: *Epidemiología Social*. Apresentado em Mesa-Redonda no VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Recife, PE, Brasil. 19-23 de junho de 2004. Departamento de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP)
- BONITA, R. Y OTROS: *Epidemiología Básica*. Segunda Edición. OPS. Washington, D. C. 2008.
- BUCK, C; LLOPIS, A; NAJERA, E; TERRIS, M.: *El Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. OPS/OMS Washington, D. C. 1988.
- BREILH, J.: *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e interculturalidad*. Ed. Lugar. Bs. As. 2007.
- CASSERLY, P. Y OTROS: *Ficha de Trabajos Prácticos. Departamento de Salud Pública*, Facultad de Medicina, UBA.
- CASTELLANOS, PL.: *Epidemiología y Organización de los servicios*. La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 88. 1987.
- CHUIT, R Y LIBORIO, M: *Epidemiología, Módulo 2*, Posgrado en Salud Social y Comunitaria. - 2a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2007.
- GONZÁLES ZUANILDA: *Hacia una epidemiología sociocultural de un grupo Indígena migrante a la Ciudad de México*. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, UNAM.
- GONZÁLEZ CHÉVEZ, L. Y HERSCH, P.: Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una población rural en Salud Publica de México, 1994:V.35. N 4, pp. 393-402.
- MENÉNDEZ, L.: *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Ed. Lugar. Bs. As. 2010.
- MINISTERIO DE SALUD, PRESIDENCIA DE LA NACIÓN: *Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria*. Bs. As. 2007.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE EL SALVADOR: *Manual de Vigilancia Epidemiológica con Participación Comunitaria*. El Salvador. 2009.

- ORTIZ, Z. y OTROS: *Epidemiología Básica y Vigilancia en Salud. Módulo N° 3: Cuantificación de los problemas de salud*. Segunda Edición. OPS/OMS. Bs As. 2004.
- OSUNAA., CURIEL D.: *Epidemiólogo. Conferencia en la Primera Reunión Científica Anual de Epidemiología*. Caracas-Venezuela. 1987.
- PARRA-CABRERA, S. Y OTROS: *Modelos alternativos para el análisis de la obesidad como problema de salud pública*. En Revista de Salud Pública. Volumen 33, N° 3. Universidad de São Paulo, Facultad de Salud Pública. Brasil. Junio de 1999.
- SORIANO, E. JULIÁ C. MARCONI, E: *Sistemas de Información. Módulo 6*, Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2006.
- SUSSER, N.: *Causal Thinking in health Sciences*. New York, Oxford University Press, 1973.
- TOGNONI, G.: *Manual de Epidemiología Comunitaria*. Edición CECOMET. s/d.
- URQUÍA, M. L.: *Teorías dominantes y alternativas en Epidemiología*. Ediciones de la U.N.La. Pcia. Bs. As. 2006.

AUTORES

Dra. Adriana Alberti

Docente autorizado Escuela Salud Pública
Facultad de Medicina de la UBA

Lic. Sebastián Caffera

Jefe de Trabajos Prácticos Escuela Salud Pública
Facultad de Medicina de la UBA

COLABORADORES

Dra. Mabel Moral

Dirección Nacional de Epidemiología

Lic. Claudia Cisneros

Agente Sanitario Sr. Eduardo Martínez

Dra. Margarita Alonso

Programa Médicos Comunitarios
Provincia de Santa Fé

Sra. Norma Sarasola

Sra. Noelia Mercau

Agentes Sanitarios Indígenas
Programa Médicos Comunitarios
Provincia de Córdoba

EDITOR

Programa Médicos Comunitarios

Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación

SUPERVISIÓN DE CONTENIDOS

Dra. Diana Juárez

Dra. Ángeles Tessio

SUPERVISIÓN PEDAGÓGICA

Lic. Adriana Sznajder

DISEÑO DIDÁCTICO

Lic. Alejandra Pérez

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Dcv. Pablo Fantini

IMPRENTA

Cristián Fèvre & Asoc.

Programa de Equipos Comunitarios

Cobertura Universal de Salud

República Argentina 
salud.gov.ar

Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación