

Martes 09.05.06 – Cursos Pre-Congreso

- **Epidemiología y Administración de Servicios de Salud**

Prof. Cont. Bibiana Frare (U.C.E.S./C.A.E.C.E.)



| Indice | | |
|---------------|---|-----------|
| Nº de Ref. | Concepto | Nº Página |
| | CARÁTULA | 1 |
| | ÍNDICE | 2 |
| 1 | CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD | 3 |
| 2 | CONCEPTOS BÁSICOS DE EPIDEMIOLOGÍA | 4 |
| 3 | ADMINISTRACION DE PROGRAMAS DE EPIDEMIOLOGIA: FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LA EPIDEMIOLOGIA EN LATINOAMERICA | 5 |
| 4 | INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS | 9 |
| 5 | CLASIFICACIÓN DE INDICADORES | 10 |
| 6 | EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN SANITARIA | 12 |
| 7 | ARTICULACIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA CON OTRAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN: | 15 |
| 8 | ADMINISTRACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN EL PLAN FEDERAL DE SALUD REP. ARGENTINA (DESCRIPCIÓN EN ANEXO IV) | 15 |
| | CARÁTULA “NUEVOS USOS Y PERSPECTIVAS DE LA EPIDEMIOLOGÍA” | 16 |
| 9 | LA PRÁCTICA EPIDEMIOLÓGICA EN LOS HOSPITALES | 17 |
| 10 | CASO “PROPUESTA DE ESTUDIO”CHILE | 22 |
| 11 | REFLEXIONES | 26 |
| | BIBLIOGRAFÍA | 28 |
| | ANEXO I “BREVES RELATOS DE LA HISTORIA ARGENTINA” | 29 |
| | ANEXO II “INFORMACIÓN Y MATERIALES OPS-OMS” | 31 |
| | ANEXO III “EPIDEMIOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA POR DR. ROBERTO CHUIT” | 33 |
| | ANEXO IV “PLAN FEDERAL DE SALUD” INDICADORES REP. ARGENTINA | 37 |
| | ARCHIVO ADJUNTO “EPIDEMIOLOGÍA: MATERIAL COMPLEMENTARIO–SITIO WEB COMPILADO DE LA BIBLIOTECA DIGITAL DE LA UNIV. DE CHILE” | |

PRINCIPIOS DE EPIDEMIOLOGIA

1. CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD

Se han intentado numerosas definiciones de salud, pero ninguna satisface todas las exigencias.

Desde el punto de vista fisiológico se concibe la salud como aquel estado de armonía y equilibrio funcional que se traduce por un "silencio orgánico". El corazón se contrae, el intestino hace movimientos peristálticos, el pulmón trabaja a 16-18 respiraciones por minutos, la sangre circula por arterias y venas, etc.; todo en absoluto "silencio", es decir, no tenemos noción de que tanta cosa está ocurriendo. Es comparable a lo que sucede con el automóvil cuando funciona correctamente. Basta que un órgano se altere para que se tenga conciencia de él: corazón, pulmón, estómago, etc.

Pero esta manera de concebir la salud es puramente individual y mira las cosas desde un punto de vista clínico. Además, hay otros aspectos del ser humano, la vida social, mental y emocional, que no son cubiertos por la definición.

La OMS ha dado una definición mucho más integral. "Salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social" y agrega, "y no solamente la ausencia de enfermedad".

Cuando se efectúan exámenes de salud en grandes masas, resulta que el hallazgo de enfermos depende de la intensidad de la búsqueda. Durante la última guerra, la National Youth Administration examinó unos 250.000 jóvenes, de los cuales un 40% tenían uno o más defectos físicos. En todos los exámenes de masas es sorprendente el número de alteraciones que es posible encontrar entre presuntos sanos.

Alguien ha dicho que "el sano es un enfermo que ignora su condición".

Resulta entonces que es muy difícil definir qué es salud y establecer los límites dónde comienza la enfermedad. Porque salud y enfermedad son dos estados entre los cuales fluctúa el individuo toda su vida, dos condiciones estrechamente ligadas por conexiones recíprocas.

Para mejor comprender el asunto, hay que llegar al concepto ecológico de enfermedad. Los estados de salud y enfermedad dependen de numerosas variables en juego, que pueden agruparse en 3 elementos fundamentales:

1. Agentes:

 Agente Causal: Microorganismos.

 Agentes físicos: calor, frío, electricidad, etc.

 Agentes químicos: tóxicos, etc.

2. Huésped: Estado nutritivo; defensas orgánicas; edad, sexo, etc.

3. Ambiente: Temperatura, humedad, agua, alimentos, insectos vectores, etc.

2. Conceptos básicos de Epidemiología:¹

La epidemiología es considerada como una disciplina básica del campo de la Salud Pública y su definición tradicional de ciencia que trata del estudio de la distribución de las enfermedades, de sus causas y de los determinantes de su frecuencia en el hombre, así como del conocimiento de datos para una intervención orientada al control o erradicación de ellas, ha avanzado conceptualmente hacia la de una ciencia que se ocupa de los problemas de salud/enfermedad a nivel de grupos poblacionales por lo tanto, de las relaciones entre la salud/enfermedad y las condiciones de vida de diferentes grupos de población, en tanto la situación de salud constituye, en la práctica, un espacio de construcción interdisciplinario donde confluyen conceptos, métodos y técnicas diversas (Castellanos, 1991). Es decir que su marco conceptual tradicional se ha expandido modernamente hasta constituir una disciplina que se ocupa de la dimensión colectiva o poblacional de los problemas de salud/enfermedad (Lemus, 1996). Es por ello que se ha dicho que es una ciencia de lo poblacional o colectivo (como la Sociología) pero construida del modo de las ciencias biológicas o naturales y que se ha consolidado progresivamente como ciencia del razonamiento objetivo en las ciencias de la salud, superando su inicial objetivo de evaluación del papel causal de diversos agentes. Es el razonamiento y método propio del trabajo objetivo en medicina y 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 (Jeniceck, 1987)

Su práctica se realiza a través del método epidemiológico, basado en la observación de los fenómenos, la elaboración de hipótesis, el estudio o experimentación de éstas y la verificación de los resultados. En este sentido se describen tres etapas o fases del método epidemiológico:

- ✓ **Descriptivo**; simple descripción de la distribución de los problemas o eventos de salud en términos de frecuencia en diferentes poblaciones o en diferentes grupos de una misma población.
- ✓ **Analítico**; estudios diseñados especialmente para examinar la validez de las hipótesis formuladas. Esta validez puede tener un comienzo de apoyo en nuevos estudios descriptivos, en los cuales se seleccionan los grupos a comparar con base en su conocida mayor o menor exposición al posible factor causal. En tal caso se pueden hacer predicciones de los resultados, que si se confirman contribuyen a fortalecer la hipótesis.
- ✓ **Experimental**; estudios de manipulación (producción, aplicación, supresión, modificación de frecuencia o intensidad) de la supuesta causa y observación ulterior de los resultados que tal manipulación determina sobre el supuesto efecto.

En la práctica de la investigación, en la de los servicios locales de salud y en la de las instituciones sanitarias, la epidemiología ha centrado su interés en ciertos eventos o problemas de salud que, por diversas razones, han surgido como prioritarios.

Se ha desarrollado la **epidemiología clínica** (aplicación de principios y métodos epidemiológicos a problemas hallados en la clínica médica) y la **epidemiología social** (aunque la epidemiología normalmente reconoce y utiliza algunos factores y clasificaciones sociales, ésta elabora y concede más importancia a los componentes sociales, incorporando más bases culturales y socioeconómicas al raciocinio epidemiológico).

Otro aspecto importante que aborda esta ciencia es la llamada **vigilancia epidemiológica**. Esta ha sido definida como el conjunto de actividades que permite reunir la información indispensable para conocer en todo momento la conducta o historia natural de la enfermedad (o los problemas o eventos de salud), detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir por alteraciones de factores condicionantes, con el fin de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, las medidas indicadas, eficientes, que lleven a la prevención y el control de la enfermedad. (Langmuir y Raska). La OMS, identificó a los siguientes grupos de actividades necesarias para la vigilancia epidemiológica:

- Recolección sistemática de datos pertinentes
- Consolidación de las medidas o intervenciones adecuadas a ejecutar
- Pronta distribución de la información y de las recomendaciones a los organismos competentes, es especial a los que deben decidir y actuar.

Es decir se trata de una recolección sistemática de datos relacionados con la presencia de una enfermedad específica, su análisis e interpretación y la distribución de la información procesada y resumida a las personas que tienen como función actuar; es, en síntesis, información para la acción.

¹ Lemus, J.D. y colab. “**Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de la Salud**” Cap. IV Ed. CIDES Argentina, Buenos Aires, 2005.

3. ADMINISTRACION DE PROGRAMAS DE EPIDEMIOLOGIA

1. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LA EPIDEMIOLOGIA EN LATINOAMERICA

Concepto Actual de Epidemiología: La epidemiología representa aquel campo de la Medicina que busca una interpretación racional sobre las causas y condiciones determinantes de los estados de salud, enfermedad y muerte en el individuo y el grupo social, al mismo tiempo que las medidas adecuadas de protección y control. En consecuencia la epidemiología constituye una rama de la Medicina Preventiva, cuyo objetivo es proteger la salud del individuo frente a un conjunto de afecciones y traumas que comparten el nexo común de afectar a grupos humanos y ser posibles de controlar en grado variable.

En cierta medida, los objetivos últimos de la epidemiología son los mismos de la clínica, pero su campo de observación y de acción es diferente; en todo caso se trata de disciplinas mutuamente dependientes. Cubre de este modo especialmente los siguientes campos:

- Enfermedades transmisibles agudas y crónicas.
- Enfermedades parasitarias.
- Enfermedades crónicas no transmisibles (Cardiovasculares, cáncer, enfermedades de la nutrición, mentales, etc.) .
- Accidentes y muertes violentas.
- Enfermedades de los animales que afectan al hombre (Zoonosis).
- Otros problemas de salud, según las características locales.

El epidemiólogo, por lo tanto, debe conocer razonablemente bien estos aspectos de la Medicina y aquellos otros que dicen estrecha relación con ellos, para que esté en condiciones de desempeñarse con eficiencia en cualquiera de los niveles de acción: **nacional, regional o local.**

Dada la etapa de desarrollo sanitario que vive la América Latina en general, deberá destinarse una mayor atención a aquel campo de la epidemiología que tiene relación con las enfermedades transmisibles. De un modo general, de aquellos problemas de salud susceptibles de controlar con medidas y recursos al alcance de los servicios o de la comunidad.

Preparación del Epidemiólogo. Con estos antecedentes se comprenderá que la preparación de un epidemiólogo para Latinoamérica no puede limitarse a poseer sólo un volumen dado de conocimientos, sino desarrollar gradualmente un dominio sobre factores integrales de la personalidad relativos a:

- a) Sentido social que le permita sentir y comprender los problemas de masas;
- b) Actitud inquisitiva de investigación y de interés científico;
- c) Actitud ejecutiva para resolver con acierto y rapidez los problemas planteados;
- d) Juicio epidemiológico, y
- e) Habilidades o destrezas requeridas (para observación sistemática, para manejar material numérico, para anticipar acontecimientos, etc.).

La preparación en epidemiología persigue, por lo tanto, la formación de individuos que en un futuro inmediato adquieran dominio -conjugado con la experiencia- para las siguientes “**funciones**”:

- a) Organizar y dirigir servicios de epidemiología, en organismos de Salud; .
- b) Investigar problemas epidemiológicos que afecten a la comunidad con el propósito de contribuir a su mejor conocimiento y comprensión y a la búsqueda de soluciones apropiadas;
- c) Asesorar técnicamente a los diferentes servicios encargados de la Salud, y
- d) Educar y difundir experiencias epidemiológicas tanto al equipo de trabajo como a la comunidad.

Estas funciones se describen con mayor detalle a continuación.

1. Funciones generales:

- 1.1. Determinar la naturaleza, magnitud y prioridad de los problemas epidemiológicos dentro del conjunto de problemas de Salud;
- 1.2. Definir los propósitos y objetivos del Servicio de Epidemiología en el plano nacional, regional o local, respectivamente;
- 1.3. Establecer los recursos disponibles y necesarios para abordar los problemas epidemiológicos;
- 1.4. Establecer las funciones que el Servicio de Epidemiología debe cumplir de común acuerdo con los otros profesionales y personal de colaboración médica integrantes del equipo, y
- 1.5. Dictar las normas generales de procedimiento en base a la experiencia recogida por el equipo.

2. Funciones de Control Epidemiológico.

- 2.1. Programar las acciones de protección de salud en la parte que corresponde a epidemiología jerarquizando los problemas según su importancia, recursos disponibles, conocimientos científicos y técnicos, rendimientos esperados, rendimientos subsidiarios, costos comparativos, actitud de la comunidad, etc. Debe incluir la determinación de las técnicas y procedimientos que se usarán, la evaluación del programa y además el estudio del Anteproyecto del Presupuesto respectivo;
- 2.2. Organizar los servicios que de él dependan y ayudar a la organización de aquellos otros que deben colaborar en el programa, de modo de obtener una acción armónica, eficiente y económica, que mida los resultados esperados en los plazos previstos en el programa;
- 2.3. Dirigir el programa, delegando autoridad y definiendo funciones según sea necesario;
- 2.4. Supervigilar las acciones del personal encargado de la ejecución de las diversas fases del programa;
- 2.5. Evaluar periódicamente el progreso del programa, incluyendo evaluación de rendimientos del personal, y practicar la evaluación final una vez cumplidos los objetivos;

2.6. Inspirar y participar en la organización de la comunidad o de grupos de pobladores, Centros de Padres, o institucionales, para difundir los objetivos y metódicas del programa a fin de promover su colaboración activa y asegurar el buen éxito de éste;

2.7. Informar periódicamente a la comunidad sobre la marcha del programa;

2.8. Preparar informes epidemiológicos, tanto de rutina como producto de las investigaciones realizadas;

2.9. Revisión y análisis permanente de los informes -epidemiológicos nacionales e internacionales, manteniendo una actitud de alerta sobre las principales enfermedades, especialmente transmisibles, y

2.10. Velar por el cumplimiento del reglamento sanitario internacional de la OMS.

3. Funciones de Investigación.

3.1. Planear, conducir y evaluar investigaciones sobre problemas de Salud Pública, evaluación de técnicas y procedimientos, rendimiento de los servicios, etc.;

3.2. Investigar brotes epidémicos localizados, u otros fenómenos eventuales de significación epidemiológica;

3.3. Participar como especialista en investigaciones clínicas y otras que interesen a la comunidad o a los Servicios de Salud;

3.4. Participar como especialista en investigaciones de laboratorio que estudien las causas que influyen la transmisión de enfermedades, etc., y

3.5. Anticipar en base a experiencia anterior e información recogida, acontecimientos epidemiológicos que pueden afectar á la comunidad.

4. Funciones de Asesoría.

4.1. Participar en Consejos Técnicos o de otra especie, encargados del planeamiento y dirección técnica del Servicio de Salud;

4.2. Dar asesoría epidemiológica a los servicios de atención médica para propósitos de verificación de diagnósticos, medidas de control, etc. (Ej. infecciones intrahospitalarias, etc.) ;

4.3. Asesorar a departamentos biológicos para estudiar la potencia, inocuidad y otros caracteres de agentes inmunizantes;

4.5. Asesorar a otros servicios cuando lo requieran.

5. Funciones de Colaboración y Coordinación.

5.1. Participar en comités y actividades conjuntas con otros departamentos de los Servicios de Salud Pública (Higiene Ambiental, Control de Alimentos, Materno-Infantil, Atención Médica, Estadística: etc.), con el objeto de coordinar los diferentes programas y obtener mayor eficiencia en la acción y un mejor rendimiento de los recursos;

5.2. Colaborar con los departamentos administrativos correspondientes, con miras a obtener un abastecimiento regular y adecuado de los elementos necesarios (vacunas, formularios, etc.) ;

5.3. Colaborar con otros organismos de Salud o con otras instituciones que por su índole contribuyen al estudio o solución de los problemas epidemiológicos, y

5.4. Mantener contacto técnico permanente con los organismos nacionales e internacionales de índole epidemiológico con el objeto de estar informado del movimiento epidemiológico de rutina.

6. Funciones de Educador y de Formación de Personal.

6.1. Organizar y participar en cursos, foros, conferencias, a nivel de la comunidad, referente a problemas epidemiológicos, con el objeto de promover su interés y obtener una colaboración activa para su solución;

6.2. Organizar y participar en los programas de adiestramiento del personal a cargo de labores epidemiológicas, y

6.3. Participar en la enseñanza de las disciplinas epidemiológicas en ciertas escuelas profesionales (Medicina, Graduados, Enfermería, Matronas, etc.) . .

4. Indicadores Epidemiológicos

Los Indicadores de Salud representan una parte de los medios disponibles en epidemiología para evaluar el estado de salud de una población. Podemos realizar una clasificación como compilación de las realizadas por diversos autores:

- **Indicadores demográficos**
 - Natalidad y sus variedades
 - Mortalidad y sus variedades:
 - Esperanza de vida y sus variedades
 - Años potenciales de vida perdidos
- **Indicadores clínicos**
 - Letalidad
 - Morbilidad
 - Incidencia
 - Prevalencia
- **Algunos “Conceptos básicos”²:**

1. Tasa de mortalidad general: Es el nº de muertes que ocurren en un período de tiempo, por todas las causas, dividido por la población expuesta al riesgo de muerte durante ese período. Generalmente se utiliza en el denominador la población a mitad de período cuando la población es dinámica.

Este concepto lo podemos utilizar en las estimaciones de otros fenómenos como morbilidad, natalidad, fecundidad y sus especificidades

El término adecuado sería proporción o bien incidencia acumulada, ya que tasa implicaría medida de tiempos en el denominador.

2. Letalidad es el nº de fallecidos por una enfermedad en un período dividido por el nº de personas diagnosticadas al inicio del período.

Es útil para valorar el pronóstico de una enfermedad porque mide la probabilidad de no sobrevivir una vez iniciada la enfermedad.

Letalidad de una enfermedad es igual a la tasa de mortalidad dividida por la incidencia de esa enfermedad.

3. Tasas específicas Las distintas categorías en que podemos dividir la mortalidad general. Por ejemplo la edad, el sexo, etc.
4. Tasas estandarizadas: Los factores de confusión son aquellos que solos o combinados afectan al fenómeno observado. Para controlar estos factores se utiliza la estandarización de las tasas.

Cuando comparamos un fenómeno en dos poblaciones que tienen la misma distribución por edad, estamos utilizando tasa estandarizadas por edad. Este es el método directo

² Ref: Artículo sobre tasa de mortalidad (El desafío de la epidemiología) Estudio: La mortalidad en relación con el hábito de fumar: Diez años de observaciones sobre médicos británicos Autores: Richard Doll y Austin Bradford Hill Publicación: British Medical Journal, Junio 1964, 1:1399-1410 y 1460-1467

El método indirecto de estandarización lo utilizamos cuando tenemos una población de referencia estandarizada y la comparamos con nuestra población problema con la misma estandarización.

5. Indicadores de mortalidad prematura:

Esperanza de vida asumiendo una mortalidad cero para la enfermedad estudiada.

Años de vida perdidos. Son una función de la edad media de la muerte para las muertes comprendidas en un intervalo de edad.

Cuando utilizamos unos límites de edad fijos, lo denominamos Años Potenciales de Vida Perdidos

5. Clasificación de Indicadores

Clasificación operacional de los indicadores

Los indicadores de salud pueden ser divididos en dos amplias categorías:

- **Indicadores epidemiológicos**
- **Indicadores operacionales**

Los indicadores epidemiológicos se utilizan para estimar la magnitud y trascendencia de una situación determinada. Siempre deben estar referidos a:

- La población a partir de la cual se calculan,
- El período de tiempo que representan,
- El lugar geográfico del cual proviene la información

(variables de persona, de tiempo y de lugar)

Se puede medir el impacto o los efectos de los programas de salud comparando un mismo indicador epidemiológico antes y después de la ejecución de las actividades de un programa determinado.

Los indicadores epidemiológicos tienen gran utilidad en la etapa de formulación diagnóstica y en la de evaluación del programa. La evaluación es, en cierto modo, un diagnóstico de situación actualizado.

Los indicadores operacionales miden el trabajo realizado, ya sea en función de la cantidad o de la calidad de él. Miden la cantidad de actividades y procedimientos realizados, en relación con metas o estándares establecidos previamente.

Como las metas son objetivos cuantitativos, los indicadores dan la medida en que se ha logrado cumplir dichas metas. El valor de los indicadores depende del criterio con el cual se establecen las metas: lo ideal es que la meta programada corresponda al número de acciones que se supone necesario realizar para tener algún impacto sobre el problema.

Cuando las metas se establecen solamente en función de los recursos financieros disponibles o de la capacidad administrativa para desarrollar acciones de salud en general, la consecuencia es la obtención de resultados operacionales aparentemente buenos, pero que pueden tener escaso impacto sobre el problema de salud pública.

Los indicadores operacionales que miden calidad de trabajo pueden ser de tres tipos: de **productividad**, de **costo promedio** y de **calidad técnica**.

1. Los de productividad relacionan el trabajo con el tiempo de recurso humano (hora-médico) o material disponible (día-cama), y expresan el promedio de producción por unidad de tiempo-recurso humano. Ejemplo: promedio de exámenes realizados por tecnólogo médico por hora, egresos por mes-cama.
2. Los de costo promedio, relacionan el trabajo realizado con sus costos, expresando el costo requerido en la producción de una unidad de trabajo. Ejemplo: valor promedio por cada examen realizado por un tecnólogo médico. Requiere del detalle de costos en cada etapa de un proceso productivo.
3. Los de calidad técnica, relacionan el trabajo realizado con los índices de eficiencia aceptables o convenidos para dicho trabajo; en general, expresan la proporción de trabajo realizado dentro de un determinado patrón o estándar. Ejemplo: proporción de pérdida de exámenes en el procesamiento de ellos; número de baciloscopías efectuadas en relación al total de consultas médicas.

El análisis de estos indicadores es un componente necesario de todas las evaluaciones y un factor fundamental para el ajuste de las acciones de salud y para la toma de decisiones. En este proceso de toma de decisiones con retroalimentación de la información pueden darse diversas situaciones derivadas de la evaluación, cada una de las cuales conlleva distintas conductas según la combinación de los resultados, conforme se expresa en el siguiente cuadro:

MATRIZ DE INTERPRETACION DE INDICADORES

| Efecto medido por Indicadores Epidemiológicos | Efecto medido por indicadores Operacionales | Comentario |
|--|---|--|
| Gran impacto (reducción del problema). | Buenos resultados en términos cuanti y/o cualitativos | Esta situación supone decisiones acertadas cuyo resultado deriva de la ejecución correcta de las acciones. En este caso, la decisión lógica es mantener la continuidad del proceso y las estrategias establecidas. |
| Ausencia de impacto (no-reducción o incremento de la situación problema). | Indicadores operacionales que indican malos resultados en términos cuanti y/o cualitativos. | Esta situación supone ausencia de impacto, que puede deberse a insuficiencia del programa. (objetivos o acciones). La decisión lógica es replantear objetivos y mejorar la calidad de las acciones sin que haya necesariamente que cambiar todas las acciones programadas. |
| Ausencia de impacto (la no reducción e, incluso, el aumento del problema). | Buenos resultados en términos cuali y cuantitativos. | Como se han cumplido las acciones programadas sin que se haya logrado el impacto previsto, se supone que estas acciones no son adecuadas para el control del problema. En tal caso, se deben modificar las decisiones anteriores con un cambio en las acciones programadas o integrar nuevas acciones. |
| Gran impacto (reducción del problema). | Indicadores operacionales que indican malos resultados en términos cuanti y/o cualitativos. | Se debe sospechar de fallas en el sistema de información al observar la situación paradójica a la cual se ha reducido el problema, aunque las acciones no identifiquen las causas. |

Fuente: Clasificación de indicadores1.htm

6. Epidemiología y gestión sanitaria ³

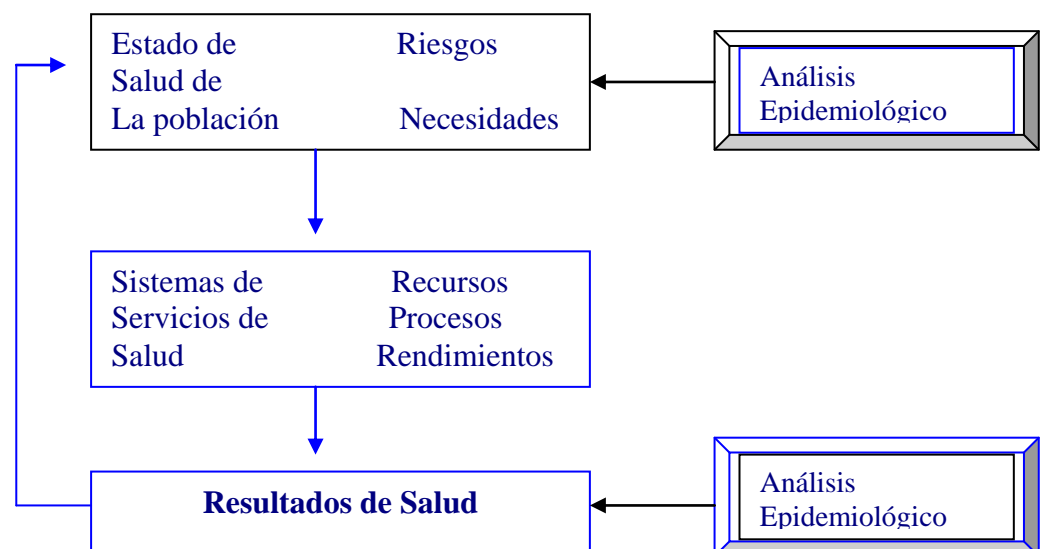
La idea de adecuar los servicios de salud a las necesidades de salud de la población ha sido dominante en los objetivos de salud encuadrados con el lema «Salud para todos en el año 2000» de la Organización Mundial de la Salud. Esta idea ha estado ligada a la ampliación del campo tradicional de la epidemiología y a su aplicación específica mediante la especialidad de medicina comunitaria a la gestión de servicios sanitarios. Como consecuencia, en los últimos años la epidemiología se ha utilizado más extensamente en el campo de la planificación de servicios sanitarios.

Las políticas sanitarias de la última década impulsaron una discusión profunda sobre cómo mejorar la eficacia y efectividad de los servicios sanitarios. En este terreno la epidemiología está siendo un instrumento poderoso para mejorar la planificación sanitaria con su aportación a la identificación de problemas de salud y a la formulación de objetivos de salud.

La orientación basada en la epidemiología y en la medicina comunitaria piensa que es vital distinguir entre planificación para la salud y planificación de servicios sanitarios. La distinción entre los dos aspectos se fundamenta en que hay problemas de salud que pueden ser abordados bien mediante una organización mejor de los recursos sanitarios para su tratamiento o bien mediante la prevención, ya sea primaria o secundaria. La prevención muchas veces incluye otros aspectos de política social que no son habitualmente considerados como parte integrante de la atención sanitaria. Por ejemplo: medidas de salud pública, -como la provisión de agua potable y saneamiento, así como educación del público y las disposiciones legislativas son partes vitales en programas contra la mortalidad infantil, en el primer caso, o los accidentes de tráfico, en el segundo.

La prevención de enfermedades también puede ser reforzada, por ejemplo con políticas de fiscalidad. El ejemplo más elocuente lo tenemos en el tabaco y el alcohol. En definitiva, se aplican en el mundo contemporáneo los conceptos de policía médica desarrollados en 1800 por Johann Peter Frank, que no son más que un análisis sistemático de los problemas de salud de la vida comunitaria y la aplicación de medidas legislativas y administrativas a través del aparato gubernamental.

Relación entre la salud de la población y el sistema de servicio de salud



La aportación de la epidemiología se concreta, por lo tanto, en dos grandes campos: en la identificación de problemas de salud y medición de su impacto en la comunidad, y en la evaluación de las medidas aplicadas para conseguir los objetivos de salud.

³ Cuervo J.-Varela J.-Belenes R. "Gestión de Hospitales -Nuevos Instrumentos y tendencias-" Ed. Vicens Vives 1ra. Edic. 1994. Pág. 49-53

Una de las contribuciones de los epidemiólogos al ciclo de gestión de servicios sanitarios es la **gestión de sistemas de información sanitaria poblacionales**, que pueden ser usados para identificar problemas y para formular objetivos de salud. Probablemente una de las razones por las que los epidemiólogos han estado participando de una manera cada vez mayor en la planificación sanitaria ha sido el incremento de disponibilidad de los datos por medio de ordenadores y el desarrollo más o menos amplio de estos sistemas de información sanitaria de base poblacional. Dentro de los servicios de salud hay una serie de fuentes de rutina que pueden ser utilizadas para estos propósitos. Esta información cubre desde las estadísticas de población, mortalidad y morbilidad, hasta las altas hospitalarias de una área de salud o región. Toda esta información es premisa básica a los ejercicios de planificación de salud. En la expresión *diagnóstico de salud comunitaria* se intentó sintetizar este papel nuclear de la información para la planificación.

Por otro lado, hay que considerar la creciente complejidad técnica y el coste de la medicina, así como la clara conciencia de que los recursos son limitados y no siempre son utilizados de la manera más eficiente. Ello ha conducido a estudios que buscan un empleo más efectivo de los recursos existentes, de manera que pueda producir más beneficios en términos de salud colectiva.

Así pues, la segunda gran contribución de la epidemiología a la organización de servicios sanitarios es la **evaluación de la eficacia de las medidas adoptadas**. En planificación de servicios sanitarios es a menudo necesario hacer un estudio crítico de los efectos beneficiosos y de la eficiencia con que los servicios sanitarios están siendo gestionados.

Finalmente, la epidemiología, desde una perspectiva poblacional, ha reflexionado sobre la mejor manera de organizar y estructurar los servicios sanitarios.

Estas evaluaciones deben entenderse como un intento de buscar la forma más adecuada de coordinar y proveer las actuaciones sanitarias con propuestas de cambio de organización que busca una manera más efectiva y eficiente de proveer los servicios de salud, viendo la población, o un grupo de edad o una condición patológica en su conjunto, y buscando un mejor resultado en términos de indicadores de salud.

La fórmula organizativa de la planificación y gestión por programa es la propuesta más típica de este enfoque.

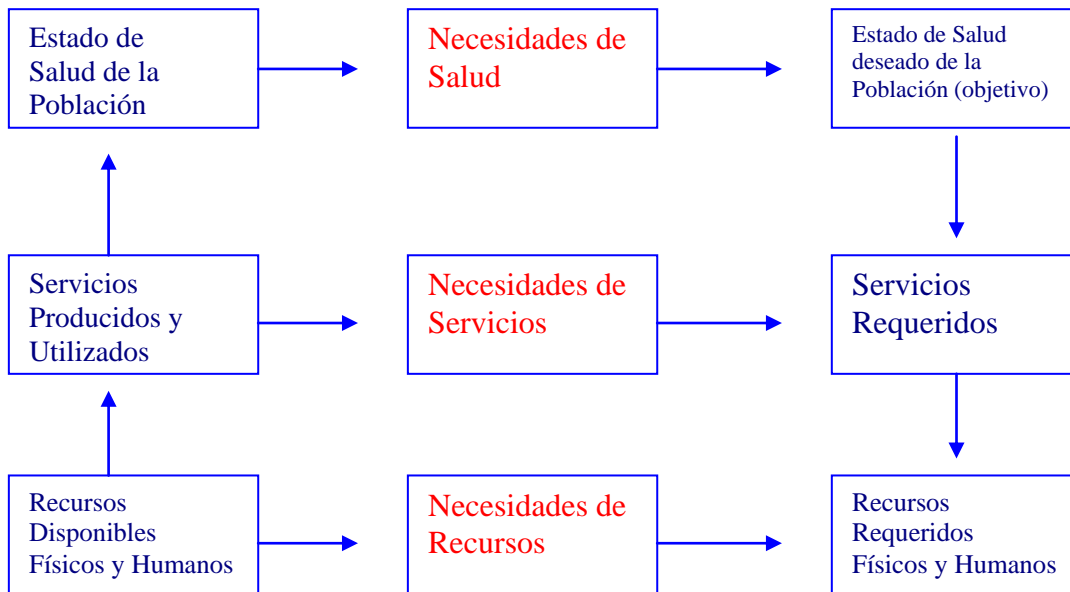
Los programas son, en definitiva, agrupaciones de recursos dirigidos a un objetivo específico. En el enfoque de salud, lo que se pretende es relacionar los recursos con problemas de salud específicos, más que como conjunto de recursos.

Características básicas que singularizan este enfoque son:

- Estar orientados a problemas de salud
- Actuar en poblaciones bien definidas
- Desarrollar actividades de efectividad demostrada.

Pineault propone la siguiente definición de programa de salud: “Un programa de salud es un conjunto coherente organizado, integrado de actividades y servicios realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinantes en relación con problemas de salud precisos y ello para una población definida”.

El diagrama que se expone a continuación recoge el desarrollo conceptual de la planificación y gestión basada en esta orientación:



En la metodología de planificación por programas, el proceso puede resumirse de la siguiente forma:

Una vez que el estudio de necesidades ha terminado, los decisores se fijan en sus resultados; se definen, entre los problemas importantes, las prioridades de acción y las prioridades de investigación. Y, con el fin de dar una orientación precisa a estas prioridades, se enuncian estas últimas en la forma de metas a alcanzar. A partir de los resultados del análisis de los problemas y de la exploración de las alternativas de intervención, se trata de definir qué hacer para que estas diferentes metas sean alcanzadas.

En salud comunitaria, los programas de salud se clasifican ordinariamente según tres dimensiones:

- 1.- Programas de promoción de la salud y de prevención en relación con un aspecto de la salud (ej. salud mental, salud dental, enfermedades infecciosas, cardiovasculares, etc.)
- 2.- Programas que conciernen a un medio particular (ej. medio escolar, medio laboral, prisiones, medio ambiente, domicilio, etc.)
- 3.- Programas que se dirigen a poblaciones objetivo (ej. madres, niños, adolescentes, adultos, ancianos, personas que han intentado suicidarse, deficientes físicos y mentales, etc.)

Los programas de salud pueden servir para organizar no solamente las actividades de salud comunitaria, sino también los servicios de establecimientos de salud, así como los servicios ambulatorios (consultas externas de hospitales, policlínicas, centros locales de salud) mediante formas de organización sanitaria de tipo matricial.

La organización matricial es la forma organizativa que más se ha empleado para la gestión por programas. Se basa en un sistema híbrido de organización entre las estructuras de organización jerárquica (hospitales, centros de salud, etc.) y la que se establece de acuerdo con las funciones que se desarrollan: actividades preventivas, hospitalización, asistencia domiciliaria. Cada función, actividad o servicio debe ser realizado por un programa concreto en orden a cumplir sus objetivos es listado en el programa, y se especifica posteriormente qué estructura sanitaria será la encargada de proveer la actividad.

El modelo de **planificación por programas** se basa en la epidemiología y salud pública mediante un método de ordenación de servicios cuyo punto de partida es la necesidad de la población. Hace un estudio crítico de la eficacia y eficiencia de las actuales actividades y de cómo están organizados los servicios de salud. En general propone estructuras de tipo organización matricial. El enfoque de este método de planificación es mejorar la salud de la población en general, y de manera más específica, priorizar las actividades de eficacia probada haciendo así más eficiente el conjunto del servicio sanitario.

7. Articulación de Epidemiología con otras herramientas de gestión:

- **Clasificación de pacientes:**
 - **D.R.G. (diagnosis related groups)**
 - **P.M.C. (patient management categories)**
 - **D.S. (disease staging)**
 - **Otras**

- **Informáticas:**
 - **SPSS (análisis cuantitativo)**
 - **Atlas ti (análisis cualitativo)**
 - **Epi-info**
 - **Otras**

- **Gestión:**
 - **Case mix management (tipologías de pacientes tratados)**
 - **Tablero de comando**
 - **Tablero de control**
 - **Matrices de costo-efectividad**

 - **Métodos de cálculo de recursos**
 - **Método de cálculo básico en las necesidades de salud: “Método de la necesidad”**
 - **Método de cálculo de recursos basado en los objetivos de los servicios: “Método meta-servicios”**
 - **Método de cálculo de las necesidades (requerimientos) de recursos basado en la demanda**
 - **Método basado en estándares o ratios:**
 - **Para la ordenación del territorio**
 - **De oferta de recursos sanitarios**
 - **De demanda**
 - **De gestión**

 - **Medición de calidad (ej. Ishikawa)**

 - **Metodología de la Investigación científica**

8.- Administración epidemiológica en el Plan Federal de Salud Rep.Argentina:(Anexo IV)

Viernes 12.05.06

• **10 hs. Mesa Redonda; ; Nuevos Usos y Perspectivas de la Epidemiología**

Presidente; Prof. Dr. Gustavo A. Ramos UBA/UCES

Secretario: Dr. Pedro Mazza - SAAOASySP

Expositores:

- Prof. Dr. Rubén A. Nieto UCES/UBA
- Prof. Cont. Bibiana Frare/UCES/CAECE
- Dr. Enrique Tibaudin UBA
- Dr. Alfredo Esteban UBA.

Material de Prof. Cont. Bibiana G. Frare





9. La práctica epidemiológica en los Hospitales

Luz Helena Sanín, M.D., D.Sc., Teresa González-Cossío, Ph.D., Isabelle Romieu, M.D., D.Sc., Mauricio Hernández-Avila, M.D., D.Sc.

Sanín LH, González-Cossío T, Romieu I, Hernández-Avila M. Acumulación de plomo en hueso y sus efectos en la salud. *Salud Pública México* 1998;40:359-368.

La epidemiología hospitalaria como campo especial de la práctica médica ha llegado a un momento decisivo: seguir siendo una sub-especialidad de las enfermedades infecciosas, o ampliar su radio de acción a otras áreas de la epidemiología en otras instituciones o comunidades. La atención de las enfermedades clínicas infecciosas, se ha centrado siempre en la comprensión de la epidemiología de las enfermedades agudas. La profunda repercusión de la epidemiología clínica en los descubrimientos sobre las causas y prevención de las enfermedades infecciosas fue un tema fundamental en las deliberaciones de la Dra. Horstman y sus discípulos. En sus presentaciones modelo de claridad la Dra. Horstman se refería a cada adelanto, como a la parte de un edificio que se apoyaba históricamente en los cimientos de logros anteriores, hasta que con la última clave se completaba el arco que serviría de apoyo para la transición o para la siguiente generación de investigadores. En la epidemiología moderna, el estudio de las enfermedades crónicas se ha convertido en el triforio visible de vitrales centellantes, cuyos puntos de apoyo históricos están en los cimientos de la epidemiología de las enfermedades infecciosas en las instituciones de atención a la salud, o "epidemiología hospitalaria", como se ha dado en denominarla, se le ofrece la oportunidad de desempeñar ese mismo papel fundamental para los especialistas en clínica médica, ampliando sus funciones más allá de la práctica de la sub-especialidad de las enfermedades infecciosas. La práctica y el control de las enfermedades infecciosas han alcanzado su actual prominencia por dos razones. En primer término, la aplicación, con resultados satisfactorios, de la epidemiología de las enfermedades infecciosas agudas ha contribuido a la lucha contra las enfermedades transmisibles comunes y a una disminución importante de su morbilidad y mortalidad. En segundo lugar, la revolución farmacológica ha permitido que sobreviva durante largo tiempo un grupo cada vez más numeroso de pacientes muy seriamente comprometidos, cuya atención proporciona una nueva ecología de agentes de los de las enfermedades infecciosas, los reservorios, modos de transmisión y síndromes. El interés específico en la epidemiología institucional u hospitalaria no es nuevo. Los clásicos "epidemiólogos de los hospitales" Nightingale, Semelweiss, Lister y Holmes establecieron sus correlaciones entre las enfermedades infecciosas con el mismo acierto. Sin embargo en el Perú su desarrollo es incipiente y casi nulo lo que debe llamarnos la atención.

EPIDEMIOLOGIA HOSPITALARIA

La expresión epidemiológica hospitalaria apareció, por primera vez, a fines de la era anterior a los antibióticos en relación con las recomendaciones sobre el control de los brotes de diarrea en las instituciones. A partir de entonces, la expresión desapareció después de los primeros éxitos obtenidos en el uso clínico de los antibióticos. La medicina institucional, basada en la farmacología moderna, produjo ventajas relativas, tan positivas en relación con la experiencia histórica que los aspectos negativos de la intervención médica se dejaron de lado por considerárselos insignificantes o de variaciones aceptables. El número y el tamaño de los hospitales aumentaron debido a que el público les atribuyó su existencia, en creciente medida, a los éxitos médicos. No obstante, en medio de todo ese optimismo se reconoció el hecho de que aun los adelantos más beneficiosos tenían costos concomitantes. En la práctica institucional de las enfermedades infecciosas, los microorganismos adquirirían resistencia a los antibióticos con

más rapidez que la requerida para sacar a la venta nuevas variaciones químicas. Además, en los pacientes inmunocomprometidos aparecían nuevos síndromes y enfermedades y enfermedades, llenando, así, el vacío creado al disminuir la frecuencia e importancia de las enfermedades transmisibles en la comunidad. La práctica de la epidemiología Hospitalaria como tal, volvió a instaurarse en ocasión de advertirse en los hospitales los problemas que creaba el control de los estafilococos resistentes a la penicilina.

En las deliberaciones de la Asociación Americana de Salud Pública (American Public Health Association, APHA), los programas del Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York, y en los programas del Centro de Enfermedades Transmisibles (Communicable Disease Centers), se generalizó el apoyo a la idea de crear un cargo como parte del personal del hospital para una persona de reconocida capacidad en la epidemiología de las enfermedades infecciosas agudas. La División de Infecciones Hospitalarias (Hospital Infections Branch) en los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC) se creó en apoyo a este concepto. Los propios médicos demostraron cierta lentitud en expresar interés en el "epidemiólogo de hospital", si bien en Gran Bretaña y más tarde en los Estados Unidos y Canadá, apareció entre sus colegas de enfermería el coordinador de control de infecciones o "epidemiólogo enfermero". Con el apoyo de programas de formación profesional del CDC y de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales (Join Comisión on Accreditation of Hospitals, JCAH) y gracias a la codificación de normas para el control de infecciones, ha florecido una organización profesional de unos seis mil miembros, la Asociación de Profesionales de la Medicina Especializados en el Control de Infecciones (Association of Practitioners in Infection Control APIC). Hace solo muy poco tiempo que los médicos, después de mucho debatir acerca de la necesidad de contar con una organización y de quien habría de dirigirla, materializaron su interés al constituir una Sociedad de Epidemiólogos de Hospitales. Si bien los títulos de epidemiólogos de hospital, enfermero epidemiólogo y epidemiología hospitalaria abarcan los alcancen más amplios de la ciencia, el principal interés de quienes la practican sigue siendo el control de las enfermedades infecciosas en las instituciones. Las denominaciones de la asociación de Profesionales Especializados en el Control de Infecciones (Association of Practitioners of Infection Control, APIC), la División de Infecciones Hospitalarias de los Centros para el Control de Enfermedades, y el término genérico profesional especializado en el control de infecciones describen esa realidad con precisión.

Aunque la denominación de la Sociedad Americana de Epidemiólogos Hospitalarios de los Estados Unidos (Society of Hospital Epidemiologists) es de alcance más amplio, su vinculación profesional esta limitada casi exclusivamente a la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas, la Sociedad Norteamericana de Microbiología (American Society for Microbiology), y la APIC. Los resultados del Estudio de los CDC sobre la eficacia del control de las Infecciones Nosocomiales (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control, SENIC), ponen de relieve las funciones que desempeñan los patólogos, microbiólogos y especialistas en enfermedades infecciosas en las actividades individuales de la epidemiología hospitalaria, y señalan que solo el 25% de ellos ha recibido formación especial en "epidemiología hospitalaria". En las críticas a la forma en que actualmente se ejerce la epidemiología hospitalaria se ha comentado la necesidad de mejorar los componentes educacionales de este campo. La epidemiología hospitalaria ha sido una "industria en crecimiento". La presión para que se controle el riesgo de infecciones nosocomiales ha sido tal, que los programas sobre este tema forman parte de la base de normas para la acreditación y autorización de funcionamiento de hospitales en casi cualquier lugar de los Estados Unidos. Cada institución cuenta con un programa de control de infecciones, tres nuevas revistas médicas publican trabajos sobre el tema, las normas para el otorgamiento de credenciales a los profesionales en el control de infecciones son objeto de estudio, y en las escuelas de enfermería y medicina están apareciendo los primeros programas académicos sobre el tema.

METODOS

Se han logrado importantes adelantos en las investigaciones sobre el control de las infecciones nosocomiales, en lo que respecta a la microbiología de esas infecciones, si bien la epidemiología del control de las infecciones de los hospitales se ha mantenido, hasta hace muy poco, en un

plano mayormente descriptivo y analítico. Solo ahora, se ha comenzado a aplicar ampliamente la epidemiología experimental, con el resultado de que, casi veinte años después de reiniciados los esfuerzos en este campo, una parte importante de los métodos de control no ha sido ensayada aún. Sin embargo, algunos investigadores han comenzado a aplicar métodos epidemiológicos más complejos como parte de la rutina de sus investigaciones. Los **conceptos de densidad de riesgo, mezcla de casos, ponderación de tiempo, coeficiente de riesgo, riesgo relativo, y variación según el tipo de estudio**, han comenzado a aparecer en las publicaciones sobre infecciones hospitalarias.

Los adelantos en los métodos de la epidemiología hospitalaria nos llevan a preguntarnos si esta disciplina debe continuar limitándose al estudio de las enfermedades infecciosas. Las infecciones nosocomiales son solo uno de los riesgos a que están expuestos los pacientes internados. Se ha descrito hechos adversos en la atención de los pacientes en todo el espectro de lesiones físicas, químicas, ergométricas y psicológicas. En la mayoría de los hospitales, los hechos en los que no hay de por medio infecciones son objeto de un **programa para la seguridad del paciente** vagamente supervisado por el servicio de enfermería. En fecha reciente, un grupo de acción cooperativa formado por personas de los servicios de seguridad, administración, clínicos, y jurídicos han aunado sus esfuerzos en una función denominada "**manejo de riesgo**". En algunas instituciones, un "**gerente de riesgos**" coordina los distintos aspectos de la evaluación y el control de acontecimientos adversos en los pacientes. Estos programas son consecuencia de la necesidad de la institución de contar con medios para evaluar su responsabilidad legal y financiera, respecto a los pacientes.

FUNCIONES DEL EPIDEMIOLOGO HOSPITALARIO

Para el epidemiólogo hospitalario interesado en su tarea, es evidente que la metodología y la recolección de los datos necesarios para un programa efectivo, en salvaguarda de la seguridad del paciente, se corresponden enteramente con los programas en ejecución para el control de infecciones. A la inversa, el control de infecciones puede muy bien ser considerado como un **programa de seguridad biológica**. Por ello, es notable que estos programas sigan siendo, en gran medida, funciones independientes en el hospital. Una de las explicaciones posibles de esta separación puede ser el hecho de que el gerente de riesgos considera que la evaluación de la responsabilidad es el punto central de ese programa, mientras que en el control de las infecciones la atención se ha centrado siempre en la prevención de incidentes. Otra explicación podría ser que los principios de los programas de seguridad no son una parte visible de la mayoría de los planes de estudio de la medicina y la enfermería. En el ejercicio actual de su profesión, las tareas habituales del epidemiólogo hospitalario incluyen el prestar asesoramiento a los servicios de medicina ocupacional del hospital sobre la evaluación y el control de las enfermedades transmisibles en el personal de salud. No se han aprovechado las oportunidades para que el epidemiólogo hospitalario estudie los otros factores de riesgo potencial en estos empleados, a pesar de ser bien conocidas las altas tasas de incidencia y la gravedad de los accidentes en esta industria.

PROGRAMAS DE EPIDEMIOLOGIA HOSPITALARIA

Existen otros dos programas de interés inmediato para quienes dedican su atención a los conceptos más amplios de la epidemiología hospitalaria. Estos son los programas de evaluación del uso de los recursos hospitalarios en función de la contención de costos, de la Organización de Evaluación de las Normas profesionales (Professional Standards Review Organization PSRO o PRO) y los programas de evaluación de la atención del paciente en función de la calidad, considerados obligatorios, tanto por la PSRO, como la JCAH. Estos programas tienen por objeto evaluar la eficiencia y la eficacia de la atención médica prestada por la institución. En la mayoría de los hospitales e instituciones de atención de salud estos programas son supervisados por un (a) enfermero(a), o por los coordinadores de los programas de garantía de calidad o de evaluación del uso de los recursos. La metodología del programa, la estructura del comité y las **técnicas de intervención de estas funciones de evaluación de la calidad en el hospital son muy similares a las de los programas de control de infecciones y manejo del riesgo** descritos anteriormente. Los programas de control de infecciones, medicina ocupacional, seguridad del

paciente, evaluación del uso de recursos y evaluación de la atención del paciente son considerados como funciones estándares y obligatorias de los hospitales por el JCAH y la PSRO y, en algunos Estados, por el Departamento de Salud. Cuando se examinan los datos recogidos para cada uno de estos programas obligatorios, resulta sorprendente comprobar el gran número de duplicaciones. Los datos demográficos que se requieren del paciente en estos programas son casos idénticos, así como los componentes principales de la información diagnóstica, terapéutica y de los prestadores de servicios. El compartir la recolección, el resumen, la comparación y la evaluación de estos datos pueden aumentar la eficiencia y disminuir los costos de los distintos programas.

El uso de bases de datos automatizadas parece ser ideal para estos propósitos. El epidemiólogo hospitalario que se interesa en los programas compartidos podría disponer en los componentes de un sistema de información hospitalario, de una base de datos cada vez más amplia sobre el paciente. Si se incluyen los datos correspondientes a los programas antes descritos, la información comprenderá resúmenes universales de las altas de los pacientes, resúmenes sobre las evaluaciones del uso de recursos, informes relativos al control de infecciones, informes acerca de las enfermedades transmisibles para los departamentos de salud pública, registros contables e informes censales. Además, en muchas instituciones se dispone en formato automatizado de informes de laboratorio clínico, informes de Rayos X, informes sobre regímenes alimentarios y, en algunos casos, datos de la farmacia y otros servicios auxiliares. Si un epidemiólogo hospitalario bien informado participa en el desarrollo de estos sistemas automatizados, encontrará herramientas sumamente útiles con las cuales podrá explorar correlatos clínicos hasta entonces, fuera de su alcance. Los detalles de esta base de datos, si bien no se acercan a la información "completa" que brinda la historia clínica del archivo, superan tanto a esa fuente en la obtención oportuna, legibilidad, confiabilidad y costo, que parece razonable suponer que en el futuro la consulta de las bases de datos computarizadas reemplazará a la desagradable y engorrosa tarea de examinar la historia clínica de archivo, tal como se hace actualmente en muchas fases de la investigación clínica. Por último, esta utilización de datos se realiza en un ambiente que acrecienta la confianza institucional en el manejo seguro y confidencial de la información.

PROGRAMA AMPLIADO DE EPIDEMIOLOGIA HOSPITALARIA

Mientras el (la) enfermero (a) epidemiólogo (a) dedicado (a) al control de las infecciones encontró apoyo en los programas de adiestramiento auspiciados por el gobierno y varios estados, así como en una sociedad profesional fuerte, los coordinadores de la seguridad, salud ocupacional, evaluación del uso de recursos, y evaluación de la atención a los pacientes en los hospitales no contaron más que con una ayuda mínima. Como consecuencia, pocos de estos profesionales en una misma institución reconocen las semejanzas dentro de sus programas o la utilidad que para ellos tienen los métodos epidemiológicos. Motiva con más preocupación, el hecho de que la mayoría de los enfermeros epidemiólogos y de los epidemiólogos hospitalarios dedicados al control de las infecciones, no reconocen las similitudes, ni las oportunidades que se les ofrecen en los demás programas hospitalarios obligatorios. Algunos han evitado trabajar en otros programas por no estar familiarizados con ellos; pero, muchos otros sienten justificada preocupación por la pérdida de control, la falta de apoyo institucional, o su propia capacidad en las áreas más difusas de los programas múltiples.

En la Asociación Americana de Hospitales y en el JCAH han aparecido decididos defensores de la función compartida en el terreno de la "**garantía de calidad**", pero los modelos individuales son escasos y sin un apoyo adecuado de los profesionales dedicados al control de las infecciones. Si el epidemiólogo hospitalario, el(la) enfermero(a) epidemiólogo(a) y esos "epidemiólogos no reconocidos como tales", empleados actualmente en programas de seguridad del paciente, medicina ocupacional y evaluación y garantía de calidad, reconocen estas oportunidades, podrán brindar, mediante un esfuerzo coordinado, servicios más eficientes a sus propios programas y al objetivo común, de una mejor atención al paciente.

Este programa ampliado de epidemiología hospitalaria también ofrece oportunidades educacionales únicas de demostrar los métodos prácticos de la epidemiología a los profesionales clínicos y al personal de atención médica. Esta concepción del epidemiólogo hospitalario no es

nueva. Si bien en ocasión del renacimiento de la epidemiología hospitalaria durante el decenio de 1960 a 1970, en las presentaciones del APHA, del CDC y de los grupos de la Ciudad de Nueva York, el interés principal y los conocimientos especializados estaban centrados en el control de las infecciones, cada uno de estos grupos se refirió a las oportunidades de **hacer uso de la epidemiología en otras actividades hospitalarias**. Fuers, y otros describieron sus programas como "un ejemplo de la extensión de los conceptos y técnicas de la medicina preventiva al campo total de la medicina" (por medio de) "la información profesional, presencia e influencia de los epidemiólogos hospitalarios". Al mismo tiempo, el Dr. Langmuir, entonces en los CDC, escribió que el epidemiólogo hospitalario "introduciría la práctica de la epidemiología en el ambiente hospitalario". También señaló que, "el concepto de epidemiólogo hospitalario debe ser reconocido como una función importante en el centro médico hospitalario". También señaló que, "las oportunidades para realizar investigaciones epidemiológicas son únicas", y finalmente que, "el concepto de epidemiólogo hospitalario debe ser reconocido como una función importante en el centro médico hospitalario". Autores contemporáneos interesados en la calidad de la práctica de la medicina han continuado expresando a sus comentarios sobre estos conceptos. El Dr. Theodore Eickhoff ha señalado recientemente que "identificar a este campo solo como objetivo de un programa de infección hospitalaria puede ser demasiado limitado", y "los principios y métodos de la epidemiología se prestan de manera extraordinaria para el estudio y mejor comprensión de un número de otros fenómenos dentro del hospital", incluyendo, "la identificación de los factores que influyen en el comportamiento personal y los patrones de la práctica", y "la evaluación de las modalidades de diagnóstico, prevención y tratamiento de pacientes hospitalizados y ambulatorios". El Dr. Robert Ebert, en un editorial aparecido en el American Journal of Medicine, ha propuesto que se cree una unidad especial en los departamentos clínicos dedicados a los problemas de **efectividad y eficacia**. Esas unidades estarán dirigidas por médicos competentes en medicina clínica; pero también, en formación profesional en epidemiología y bioestadística. Esa unidad se dedicaría a los estudios de efectividad, como consultora interesada en el diseño y la interpretación de los resultados. Podría identificar problemas, proporcionar el marco en donde llevar a cabo los estudios y obtener la colaboración de los expertos que se necesiten para los estudios especiales.

CONCLUSIONES sobre "Práctica epidemiológica en hospitales":

La necesidad de ampliar el papel del epidemiólogo hospitalario, tanto en lo que atañe a sus responsabilidades como a la estructura de sus funciones sigue siendo objeto de discusión y comentarios. A medida que la práctica de la epidemiología hospitalaria en las instituciones de atención evoluciona, desde la epidemiología de las enfermedades infecciosas hacia el estudio de otros tipos de epidemiología relacionados con la atención del paciente, le será necesario recurrir a las herramientas de la metodología de las enfermedades crónicas. Una vez que disponga de esos instrumentos, la epidemiología resultará útil en áreas importantes de la planificación, costo / efectividad, y evaluación del costo. Al generalizarse el uso en común de la información sobre enfermedades transmisibles entre las redes regionales de instituciones entre las redes regionales de instituciones y los departamentos de salud, el interés del epidemiólogo hospitalario trascenderá los confines institucionales para volcarse a toda la región atendida por la institución, como ampliación natural de sus actividades. En colaboración con los organismos públicos y los epidemiólogos de otras instituciones de atención de salud, se crearán bases de datos regionales, y se podrán resolver algunos, no todos, los problemas que se presentan en la población atendida. Con esta extensión de sus actividades al campo de la salud pública de la comunidad, el epidemiólogo regresa al escenario original de su ciencia: la población en general. Estamos en el punto decisivo. En mi opinión, este análisis y el precedente histórico, subrayan la necesidad de que el epidemiólogo hospitalario amplíe sus funciones más allá de su limitado papel actual.

Fuente: Oficina de Epidemiología, Salud Ambiental y Ocupacional del Hospital San José del Callao1.htm

10. Caso “Propuesta de estudio” Chile

Facultad de Ciencias de la Salud Instituto de Epidemiología y Políticas de Salud Pública - Asociación Chilena de Municipalidades -Ministerio de Salud de Chile- Comisión de Reforma de la Salud

Adecuación de la Red de Atención con énfasis en la Atención Primaria para la implementación de la Reforma de Salud en Chile Marzo, 2003

Sinopsis:

Adecuación de la Red de Atención con énfasis en la Atención Primaria para la implementación de la Reforma de Salud en Chile

Chile ha experimentado profundos cambios económicos, demográficos y epidemiológicos en décadas recientes. Fue el primer país en la región de las Américas en comenzar la implementación de las políticas de ajuste recomendadas por el Banco Mundial, incluyendo la reforma del sector salud a comienzos de los 80.

Principales Problemas del Sector Salud en Chile

El sector salud en Chile adolece de problemas crecientes producto de la mantención de dos sistemas integrados verticalmente que funcionan con lógicas diferentes: el sector público, con una lógica de seguridad social y el privado que opera bajo una lógica de seguro individual. Además la implementación de la reforma de los años ochenta ha llevado a una segmentación de la población atendida especialmente en el sector privado de atención en que el costo anual del seguro es determinado por la ISAPRE sobre la base de tablas por edad y género y número de dependientes y puede ser reajustado prácticamente de manera unilateral, lo que hace que la mayor cantidad de adscritos sean personas jóvenes.

Hay una desproporción clara en cuanto a la proporción de mujeres en edad reproductiva afiliadas al sistema privado y a la proporción de personas de la tercera edad, fundamentalmente debido a las mayores tarifas que se aplican. Típicamente la prima que cobran las ISAPRE para personas de la tercera edad es 5 o 6 veces mayor que para las personas jóvenes y están afectas a copagos mas elevados. Las mujeres y los adultos mayores tienen tarifas más altas en atención del mayor riesgo que representan para el asegurador privado debido a los mayores costos médicos.

El sistema público subsidia al sector privado (de mayores ingresos) actuando como reaseguro implícito de mujeres y adultos mayores, asumiendo los costos mayores que esto significa, en un contexto de menores ingresos debido a que cubre a la población más pobre. Además hay una serie de subsidios públicos que favorecen al sector privado como son: el traspaso al fisco del financiamiento de los subsidios de reposo maternal y los subsidios cruzados de atención en que beneficiarios de ISAPRES son atendidos en el sistema público, con bajo porcentaje de restitución de los montos de atención.

Además de los problemas referidos al financiamiento, existen otros problemas relacionados a la provisión de servicios en todos los niveles de atención:

- Escasa adecuación del sistema de salud al cambio epidemiológico demográfico y cultural de la población chilena

Esta situación se manifiesta en brechas asistenciales y coberturas insuficientes -listas de espera y rechazos- de los problemas de salud, hoy más relevantes. Se manifiesta también en insatisfacciones de los usuarios, los que presentan expectativas cada vez más exigentes en términos de trato, resolución de problemas y calidad técnica.

La oferta y en menor medida, la producción de recursos está fuertemente capturada por problemas que antes fueron prioritarios, especialmente del área materno infantil. La cultura organizacional está centrada en sí misma.

Para abordar las patologías hoy prioritarias implica el invertir e incorporar nuevas tecnologías o prácticas asistenciales, y además utilizar toda la capacidad existente, por la vía de complementar y reorientar recursos hacia los nuevos desafíos derivados de problemas tales como los de la tercera edad, las enfermedades no transmisibles y las patologías emergentes.

La APS chilena está focalizada especialmente en la resolución de los problemas de salud materno infantil, diseño que obedeció a las necesidades de décadas anteriores, Hoy sin embargo debe dar cabida a los problemas de salud del adulto, de la salud mental y enfatizar la promoción en los estilos de vida saludables en toda la población. También debe abordar los problemas

asociados al envejecimiento de la población. Para ello requiere, entre otras cosas, incorporar recursos humanos y equipamientos de los cuales no dispone suficientemente.

- Diferencias en cobertura y acceso

.El acceso a la atención de salud en Chile está fuertemente condicionado a la capacidad de pago de las personas, y en menor medida a la disponibilidad geográfica de centros de atención (muchas veces poco racional) y a los desiguales polos de desarrollo de la oferta instalada con carencias importantes en especial en zonas aisladas.

- Problemas de calidad de atención con existencia de acciones poco efectivas, innecesarias o perjudiciales

Entre otras causas por insuficiente regulación y autorregulación ética y técnica de las conductas asistenciales a todo nivel y la gran asimetría de información respecto de los pacientes. Esto deriva en serios problemas para los consultantes, inequidades en la atención recibida e ineficiencias para el sistema. La constante innovación tecnológica y farmacológica impone fuertes presiones para incorporar adelantos que muchas veces no ofrecen beneficios superiores a los ya existentes.

La capacidad de atender oportunamente a la población con el equipamiento y los arsenales farmacológicos adecuados son problemas serios identificados en la APS.

- Insatisfacción de los usuarios y del personal

La percepción de los usuarios públicos es que existe postergación, ausencia de compromiso y agresividad, en la entrega de la atención, sin canales claros para reclamar y exigir. En los privados existe una percepción de indefensión cuando la cobertura dada por la capacidad de pago es excedida. No existen mecanismos efectivos de control social y participación. Por otra parte, las crecientes expectativas de los usuarios imponen fuertes presiones de cambio permanente al sistema y a los equipos de atención. El personal tiene insatisfacciones respecto de la carrera funcionaria, el trabajo en equipo, y en muchas ocasiones por el estilo autoritario de los directivos.

Aunque esta situación afecta a todos los niveles del sistema de salud, en la APS se dan los mayores conflictos con la generación de listas de espera para la derivación a los niveles superiores, que deben ser enfrentados cara a cara con los usuarios en este nivel.

- Intervenciones tardías

Que no se anticipan a la materialización y agravamiento de los daños, por el predominio del modelo hospitalario y una baja capacidad resolutoria del nivel primario, sumado a un énfasis en lo curativo por sobre la estrategia preventiva- promocional. Esto produce sufrimientos, muertes y costos evitables.

Por la sobrecarga del sistema de APS y las dificultades en la derivación a niveles de mayor complejidad, la APS posterga las acciones promocionales y preventivas de salud para dar atención de morbilidad que no es resolutoria, agravando esta situación.

- Modelo de atención que no incluye activamente a pacientes y familias en el mejoramiento de la salud y sus condicionantes.

La responsabilidad recae en el sistema de atención y las personas (“pacientes”) adquieren un rol pasivo y desvalido, incompatible con el desarrollo socio cultural y las actuales facilidades que la población tiene para aprender acerca de patologías específicas, en especial si son de larga duración.

Los anteriores problemas se originan en una serie de dificultades en la estructura y organización actual de los prestadores que se pueden resumir en los siguientes:

1. Insuficiencias en la gestión, con excesiva centralización en el sector público y deficiencias en las competencias locales.
2. Rigidez en la capacidad de orientar la oferta hacia necesidades de salud, derivadas del **cambio epidemiológico** y demográfico, especialmente en el sector público.
3. Superposición de funciones y tareas en las organizaciones del sistema de salud.
4. Integración insuficiente entre los diferentes subsistemas de salud públicos y privados.
5. Coordinación deficiente entre prestadores de distinta complejidad
6. Conductas oportunistas por parte de los prestadores.
7. Insuficientes sistemas de información y control de las prácticas asistenciales.
8. Cultura institucional marcadamente jerárquica y piramidal.

El actual modelo de atención, que prioriza las atenciones curativas en una cultura organizacional vertical y paternalista por parte de los profesionales de salud adquiere su máxima expresión en la APS, donde la atención debería ser personalizada y con una visión integral del paciente y su entorno familiar y social.

Por estas razones la actual administración del presidente Lagos planteó como una de sus metas principales la reforma del sector salud en Chile que propone cambios profundos en todos los niveles del sistema.

Modelo de atención propuesto en la ley

El modelo de atención de salud coherente con los elementos anteriores debe tener una fuerte orientación a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. También debe asegurara la atención oportuna y permanente de las enfermedades en los niveles de complejidad más adecuados, procurando una eficaz integración al interior de las redes asistenciales, superando la fragmentación y descoordinación hoy existente en los componentes de la red de salud.

La reforma de salud plantea explícitamente que la APS es el pilar del sistema y para ello se impulsará una APS altamente resolutive, con capacidad para solucionar gran parte de las emergencias, donde existirán equipos de salud familiar y comunitaria, dotados de la tecnología y equipamiento necesario y trabajando coordinadamente con la atención de especialidad.

La APS también dará respuestas a las necesidades de salud en la situación de “no-emergencia”, preocupándose de mejorar la salud de la población con acciones promocionales y preventivas efectivas con el objeto de reducir y retardar la aparición de las enfermedades. De esta manera, se logra incrementar el “buen estado de salud” de la población, mejorando la calidad de la vida de todos.

Para ello se ha diseñado un plan de salud que cubre la mayor parte de las necesidades de las familias, considerando el **perfil epidemiológico** actual de la población chilena, denominado “Plan de Salud Familiar III” (PSFIII). El plan de salud en aplicación por los consultorios actualmente es el Plan de Salud Familiar II, que define las prestaciones y actividades para la población pero aún con demasiado énfasis en los problemas materno infantiles.

El PSFIII incorpora las necesidades de salud para el perfil epidemiológico actual de la población chilena, con énfasis en la prevención y con nuevas actividades en salud mental y otros problemas del adulto. Considera también la cobertura de exámenes de laboratorio hasta ahora no disponibles en la APS y el arsenal farmacológico correspondiente. Este plan de salud se aplicará en la modalidad de atención de salud familiar que se orienta hacia la resolución de los grandes desafíos de la atención primaria de salud:

Lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutive y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de los otros.

Alcanzar un aumento porcentual creciente de las acciones de promoción y prevención, sin que se produzca deterioro en la resolución oportuna y eficiente de la demanda por morbilidad.

Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

Los elementos fundamentales del enfoque de salud familiar¹⁰ son:

- **Continuidad de la atención y de los cuidados preventivos y promocionales:** esta es proporcionada a) por el equipo de salud de cabecera que atiende a cada familia y b) por la red de establecimientos de salud.
- **Capacidad diagnóstica:** cada establecimiento dispone de los equipos y recursos humanos calificados para confirmar diagnósticos, evitando traslados innecesarios, pérdida de tiempo y reduciendo costos.
- **Prestación de servicios integrados:** en cada una de las actividades de morbilidad se incorporan contenidos de prevención y de promoción y viceversa.
- **Atención integral en el domicilio:** las familias son visitadas por uno o más miembros del equipo cada vez que lo requieran de acuerdo a un plan de intervención elaborado en conjunto entre sus integrantes y el equipo.
- **Autocuidado individual y familiar:** en todas las actividades se incorpora el elemento educativo para que, como individuos y como familia, sean capaces de adoptar sus propias decisiones en salud de manera oportuna y criteriosa.

- **Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia**, independiente del género, por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes,: se promueve la participación de más de un integrante de la familia tanto en las actividades preventivo- promocionales como en las recuperativas, favoreciendo especialmente la participación de la pareja en el proceso reproductivo (embarazo, parto, puerperio), del padre en el cuidado de los hijos (controles de salud), de uno o más integrantes en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas (HTA, obesidad, etc), en los discapacitados, en los adultos mayores, en los integrantes de la familia con alta precoz desde el hospital, en los que se encuentran postrados o en estado terminal.

- **Proceso de desarrollo gradual**: el cambio de modelo lleva implícito la propuesta de transformación de los consultorios tradicionales en Centros de Salud (CES). En este proceso de desarrollo gradual se han identificado cuatro etapas hasta alcanzar la fase más avanzada o de consolidación que corresponde al Centro de Salud Familiar (CESFAM) en la cual ya se pueden observar todas, o casi todas, las características del enfoque de salud integral familiar antes mencionadas.

- **Garantía de calidad**: se mantiene un monitoreo constante para garantizar a la población que año tras año el establecimiento sigue ofreciendo servicios de la misma calidad. Este sistema de “control de calidad” (acreditación) significa que el establecimiento puede aprobar o reprobar.

Elementos a considerar en la aplicación del modelo de salud familiar aplicados en establecimientos con características de CESFAM son:

- Dimensionamiento de las brechas de atención a cerrar, asumiendo que se aspira a paicar el PSFIII en la modalidad de CESFAM.

- Dimensionamiento y diseño arquitectónico de los establecimientos, asumiendo que los coeficientes técnicos y estándares para dimensionar la demanda se basan en el Plan de Salud familiar III.

- Tamaño de la población que debería ser cubierta por cada establecimiento.

Ya hay en Chile 45 Centros de Salud Familiar (CESFAM) funcionando en 31 comunas entre las regiones quinta y duodécima que en su conjunto atienden aproximadamente a 400.000 familias (aprox. 1.000.000 de personas). Esto representa el 14% de la población beneficiaria de la Atención Primaria Municipalizada con una positiva evaluación de la experiencia. La evaluación de esta experiencia entregará valiosa información para el diagnóstico.

4.- Diseño de la Propuesta

El objetivo de esta propuesta es diseñar un estudio que permita a) Hacer un diagnóstico del funcionamiento actual de las Redes en distintos escenarios en el país b) Proponer un modelo de gestión de redes que permita el cambio desde un concepto de atención jerarquizado por niveles a un funcionamiento en redes interconectadas entre si en que no hay relaciones de jerarquía entre los distintos niveles.

Fuente: IDRC-PAHO EPIDEMIOLOGIA 2003.PDF

11.- Reflexiones:

La relación epidemiología-sociedad es un vínculo estrecho para el sistema de salud.

Algunos han considerado a la epidemiología como una ciencia socio-médica, este criterio trajo aparejado controversias y debates que muestran cierto rechazo a reconocer ese vínculo directo y privilegian la relación de la salud pública con la sociedad.

El proceso salud-enfermedad se hace visible básicamente a través de los problemas de salud de los conjuntos humanos, y entonces, la correspondencia epidemiología y sociedad surge cuando abordamos esos problemas que esencialmente traducen el objeto de estudio de la disciplina. La salud-enfermedad colectiva está profundamente unida a su portador social y ese complemento resulta imprescindible para el logro del bienestar humano.

La epidemiología⁴, de alguna manera, está relacionada con corrientes político-sociales prevaletentes en cada momento histórico. En ese sentido han quedado bien identificadas las disciplinas que, desde sus inicios, dejaron su huella en sus principios, métodos y procedimientos. La clínica, la filosofía y la estadística, aportaron cada una su cuota significativa en ese surgimiento y también contribuyeron a clasificarla como una ciencia básicamente cuantitativa; ese origen la vinculó, hasta hoy, con la "razón instrumental" y el positivismo, lo que ha transformado la relación sujeto-objeto de estudio en una constante "persecución de precisiones y mediciones". Otras corrientes abordan el objeto epidemiológico con un enfoque social de la salud, seguidos de los ideólogos contemporáneos de la epidemiología crítica, hasta la actual tendencia al estudio de las desigualdades en salud, sin obviar las renovadoras propuestas de una ecoepidemiología y una etnoepidemiología. Estas corrientes reconocen que el sustrato de los problemas de salud es la sociedad, y se enfrentan a los que desde el más estricto sentido técnico de la investigación epidemiológica. Las poblaciones en estudio mantienen un intercambio activo, una interdependencia vivencial imprescindible con su medio social.

El epidemiólogo comprometido con su disciplina debe reconocer la validez de las corrientes de pensamiento que la orientan, y especialmente valorar su utilidad para su desempeño profesional.

La organización de salud: para quienes dirigen servicios o instituciones o en los diferentes niveles de la estructura político-administrativa, ya sea en un área, en el nivel municipal, provincial o nacional, o en el equipo básico en un consultorio, o en el servicio de medicina interna en un hospital y, en general, a todos los trabajadores del sector. Las campañas, programas, planes, servicios, organización y supervisión, bien planificados, ejecutados y con un eficiente sistema de control, arroja resultados importantes para la salud de la población, de allí la importancia de "gestión" articulada con la epidemiología.

El sistema nacional de salud (conjunto de unidades administrativas, de servicios, producción, docencia e investigación) enfrenta retos deben resolver exitosamente. La participación activa, comprometida, de administradores y epidemiólogos, ambos "capacitados"(conformando equipos de trabajo multidisciplinarios) en los análisis de los problemas de salud en los distintos niveles de dirección, es necesaria para tomar medidas y definir acciones dirigidas a la solución de los problemas.

Comprender que, para consolidar la planificación estratégica, la administración por objetivos y la dirección con valores en el sistema de salud, se necesita el sustento de la epidemiología. Con ella, se podrá comprender lo que está ocurriendo en salud, las necesidades del estado de salud de la población y los factores determinantes. Es imperioso conocer esas necesidades e incluso sus posibles cambios, para adelantarse en las respuestas pertinentes, factibles y de posibles mejores efectos. De ello, se podrá evaluar sistemáticamente si se marcha hacia el buen cumplimiento de

⁴ Dr. Benito Pérez Maza. (algunos conceptos de bases) 1999.

los objetivos definidos o si esos objetivos se corresponden con los problemas y necesidades de salud de la población que corresponde.

La población no es homogénea y los espacios en que vive/trabaja tampoco los son; por lo tanto, los problemas y necesidades de salud y sus prioridades pueden variar, a veces de manera considerable, de un espacio territorial a otro, de un grupo poblacional a otro.

Los programas y objetivos nacionales y provinciales, y de cada municipio que elabora y cumple el plan para la atención integral a la salud de su población se alcanzarían con mayor eficiencia, eficacia y la efectividad a través del trabajo en equipo de epidemio-administrativo.

El pensar y del hacer epidemiológico en la administración de salud, se podría describir brevemente a través de sus campos de acción: estudios de la situación de salud, vigilancia epidemiológica, investigación causal y explicativa de problemas prioritarios, evaluación del impacto de salud y evaluación de tecnologías. Vienen incorporándose a la práctica administrativa algunos otros usos de la epidemiología: el análisis epidemiológico de la utilización de los servicios y la medición de la calidad de las intervenciones.

Los epidemiólogos, tenderán a asumir tareas y responsabilidades en el campo de la administración y no precisamente a cargo de programas específicos, sino en instituciones, servicios, niveles administrativos y/o intercambiar criterios con quienes ocupen esas responsabilidades administrativas, para los análisis de los problemas en salud y la toma de decisiones en función de la mejor solución de esos problemas.

BIBLIOGRAFÍA

- Beagle R. Hole, R. Bonita, T. Kjellström: "**Epidemiología básica**", Organización Panamericana de la Salud. 1993
- Cuervo J.-Varela J.-Belenes R. "**Gestión de Hospitales -Nuevos Instrumentos y tendencias-**" Ed. Vicens Vives Ira. Edic. 1994. Pág. 49-53
- De Souza Minayo, M.C. "**El desafío del conocimiento, la investigación cualitativa en salud**" HUCITEC-ABRASCO, 1992.
- Dever, A. "**Epidemiología y Administración de Servicios de Salud**", OPS/OMS, 1991.
- Elizaga Juan C.: "**Dinámica y Economía de la Población**". Santiago de Chile CELADE Cap.:I, II, y III.
- Elizaga Juan C.: "**Métodos demográficos para el estudio de la Mortalidad**" Santiago de Chile. CELADE.
- Guerrero, González, Medina: "**Epidemiología**", Addison, Nesley Iberoamericana.
- Hoel Paul G: "**Estadística Elemental**", Compañía Editorial Continental S.A. México.
- D´Almeida Filho N.: "**Epidemiología sin números**", Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N° 28. Organización Panamericana de la Salud. 1994
- Lemus, J.D. "**Epidemiología para las áreas programáticas, centros de salud y hospitales descentralizados**" Ed. Kohan, Buenos Aires, 1996.
- Lemus, J.D. "**Salud Pública – Marco Conceptual e Instrumentos Operativos**" Ed. Kohan, Buenos Aires, 2001.
- Lemus, J.D. y colab. "**Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de la Salud**" Ed. CIDES Argentina, Buenos Aires, 2005.
- OPS/OMS – Usos y perspectivas de la Epidemiología – Buenos Aires, 1983.
- OPS/OMS – El desafío de la Epidemiología – Washington, Publ. 505, 1995.
- Pantelides E.: "**La transición Demográfica Argentina: un estudio no ortodoxo**". CENEP. Bs. As.
- Pressat Roland: "**El Análisis Demográfico**" FCE (Capítulo I) México.
- Pressat Roland: "**Introducción a la Demografía**". Ariel, Barcelona (Capítulo III).
- San Martín H., A. C. Martín, J.L. Carrasco: "**Epidemiología, Teoría, Investigación y Práctica**". Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Wrong D.: "**La Población**". Capítulo 2. Editorial Paidós Bs. As.

REFERENCIAS "Prácticas epidemiológicas en hospitals"

- 1.Hierholzer, W, J., Jr. Hospital epidemiology beyond infection control. Infection Control 1:373-374-1980.
- 2.Felsen J.; Wolarsky W. The Hospital Epidemiologist. Hospital 14:41, 1940.
- 3.Steel, K. ; Getman, P.M. Crescenzi C. et al Iatrogenic illness on a genral medical service at a university hospital. New Eng J Med, 304:638-642, 1981.
- 4.Schimmel, E.M. The hazards of hospitalization. Ann Intern Med 60:100 - 110, 1964.
- 5.Fuerts, J.T. ; Lichtman, H.S. ; James, G. Hospital epidemiology, JAMA 194.97-100, 1965.
- 6.Langmuir, A.D. Significance of epidemiology in medical schools. J. Med. Educ. 39:39-48, 1964.
- 7.Haley, R.W. The "hospital epidemiologist" in U.S. hospitals, 1976-1977: A. description of the head the infection serveillance and control program. Infection Control 1:21-32, 1980.
- 8.Freeman, J, McGowand, J.E. Risk Methodologic issues in hospital epidemilogy . I Rates, casefinding, and interpretation. Rev infect Disc. 3:658*667-1981.
- 9.Freeman, J, McGowand, J.E Risk factors for nosocomial infection. J Infect Dis 138:811-819-1978.
- 10.Monoggle, J.F. Risk management in linked with quality of care. Hospitals 57:57-59, 1980.
- 11.Orlikoff, J.E. Lanham, G.B. Integraned approach improved quality assurance, risk management activities. Hospitals 57:59-61-1980.
- 12.Fifer, W.R. infection control as quality control in an integrant quality assurance program. Am J. Infec. Cont 9:120-122, 1981.
- 13.Ebert, R.E. Effectiveness and efficiency - How well are we doing? Am Med 66:191-192.

ANEXO I

Breves relatos de la historia argentina:

En 1871 la Epidemia era considerada como: “Ciudad como un cuerpo enfermo de interior putrefacto y superficies llagadas” “Cáncer que nos devora”.

Evitar el origen de la enfermedad: “Circulación para separar líquidos y flujos salubres e insalubres”.

“Refundación de la Ciudad”: “Ciudad de Bateman” “Ciudad subterránea: con túneles y cloacas máximas que controlaran y dirigieran los flujos”. Empezó así concebida como un “cuerpo”.

Sarmiento (con mirada “**Organicista**” en julio 1871: consideró “todas las ciudades como cuerpos vivos”. Las “obras públicas”(llamadas luego obras sanitarias) debían hacer de las ciudades “organismos” con circulación de flujos vivificantes y salubres (controlados y controlables).

Enemigo “Moderno”: “Conspiración invisible” más difícil de identificar y combatir.

En 1874 “Comenzó la construcción de la ciudad higiénica” y se terminó en 1892. Tuvo irrupciones en 1877 por falta de recursos, en 1880 se resolvió la federalización de Bs.As. como capital de la República, con absorción de deudas: las obras pasaron a la Nación. En 1883 se reanudaron las obras.

En 1890 más del 70% de la deuda externa Argentina era para financiar las obras de salubridad.

En 1892 Ramos Mejía fue presidente del Dto. Nac. de Higiene –nacionalizado-.(R. Mejía estuvo durante tres gobiernos: C. Pellegrini-L.S. Peña-E. Uriburu).

- Movimiento demografía
- Aparición y seguimiento de enfermedades en la población y el puerto
- Los higienistas: “Imagen Argentina salubre divulgada en Europa para atraer inmigrantes”

La definición de higiene argentina incluía procedimientos y hechos públicos, sociales y legales. La Argentina era una Nación que buscaba la “Defensa Social”. Se consideraba a la población como un cuerpo demográfico amenazado por la “Insalubridad criminal”.

Existieron medidas de precaución con la procedencia extranjera: (susceptible de ser vehículo de gérmenes) “Desde la opinión pública”.

1894: 1ra. Geografía médica argentina.

Texto de Navarro:

- “Por encima de divisiones partidarias, disciplinaré las vidas y los espacios públicos y privados en todo el país”
- “Nuevos próceres revolucionarios de 1871 eran los médicos que promovieron la higiene desde la escritura como desde la clínica”
- Actividad exhaustiva de hospitales y cementerios pero en 1894 (con mirada en 1871)
- “Anales”: “El peligro de 1892 era igual que el de 20 años antes”
- Promocionar y popularizar la higiene: “Disciplina humanitaria, apolítica y democrática”.
- Figura de “Falta de autoridad sanitaria”(pero existía desde 1871?)

En 1871: de 20 cuerpos a enterrar pasaron a 500, que además provocaban focos de infección, por ello se trataba de que los entierros fueran rápidos para evitar la propagación.

Epidemias de 1867-1871:

- Cementerio del Sud (abrió en 1869 por la epidemia de cólera), cerró.
- Abrió Chacarita de los colegiales

Se formó el consejo de higiene pública el 31.03.71 en el cual debían estar todos los médicos de la ciudad de Bs.As. (así pertenecieran a Comis. Navarro, comis.parroquiales, Populares, etc.)

“Higienistas como una ideología Unificadora” En 1892 con Ramos Mejía se desarrolló la higiene industrial. Sostenía que el discurso de la higiene debía ocupar silencios y vacíos en las leyes y regulaciones.

La estrategia de desarrollo de la nueva disciplina higiénica por medio de una policía “ligando así directamente la salud del pueblo con la de los animales”.

En 1881 en la Conferencia Sanitaria de Washington se sostuvo que el contagio de la fiebre amarilla a una persona sana se realizaba por medio de un mosquito (sólo fue aceptado 20 años después en 1901).

En 1871 para adelante existieron cuarentenas sanitarias.

Focos que se propagaba la enfermedad:

- Los establecimientos “insalubres”: saladeros y mataderos, animales en descomposición, etc.
- Luego: cementerios repletos
- Luego: espacios habitacionales de los inmigrantes

“Predisposición local de la epidemia” (por falta o separación de flujos)

Echeverría (1839) sostenía: “Flujo del matadero y de los ríos que se confundían con sangre mezclada de gente y animales y realizaban el contacto insalubre entre los flujos de aguas potables y servidas”.

Los Perros: Animales excluidos. Leyenda “matanza de perros”. Perros que matan presidiarios (publicación unitaria desde Montevideo). Con los perros proliferó el temor a la hidrofobia.

En la 1ra. Mitad del siglo XIX los presidiarios mataban perros a golpe de maza. En 1871 se los envenenaban. Aparece en Mendoza el “bozal” y observación de perros como “profilaxis” a la rabia. En 1871: reclusión preventiva de perros y observación de animales sospechosos.. Esta reclusión preventiva fue usada por los criminólogos, los higienistas de “Epidemias morales”.

Vivienda de los inmigrantes: “Conventillos” eran concebidos como “focos epidémicos”. Favorecían la propagación de la enfermedad por el hacinamiento. Los dueños especulaban con el precio de la vivienda y por ej. si era para 50 personas, alojaban a 320. Estas arrojaban muchos desperdicios. Dichos desperdicios de inquilinos servían para nivelar el terreno.

Después de la epidemia de 1871: **“Prerrequisito de la higiene en la Construcción del Estado”**

- 1867: epidemia de cólera
- 1871: fiebre amarilla
- Lister en 1865: ácido fénico para esterilizar heridas
- Pasteur en 1881: vacunas

Política con temas de salud pública:

(Wilde”el mago del agua corriente”): Política higiénica entrelazada con nociones de género y clase social. Sarmiento con Bateman construyó separaciones de redes de aguas).

Wilde: transferencia de los “Espacios de insalubridad”. De los saladeros, cementerios y mataderos pasó a conventillos (inmigrantes) por el hacinamiento que enriquecía a los dueños por el alquiler.

Las autopsias: “evidencias en juicios civiles y criminales”

El Estado sanciona leyes claves que a la vez son esenciales para el desarrollo y promoción estatal de la higiene.

- ❖ Ley de Educación Primaria Obligatoria: sirvió para:
 - Centralizar la educación
 - Formar “a los hijos de los inmigrantes en concepciones de nacionalidad, clase y género asociadas con nociones de salubridad e insalubridad.”
- ❖ Las leyes de Registro y Matrimonio Civil, que transfirieron al Estado e hicieron obligatorio los registros de: Nacimientos, casamientos y muertes. Necesarios para estudiar y controlar movimientos demográficos. Hasta 1880, estos registros estaban centralizados en manos de la iglesia católica.

Estas primeras leyes eran en principio sólo para la Ciudad de Bs.As. Con el tiempo se fueron desarrollando en el resto del país. En 1982 se centralizó y empezó a desarrollar la administración nacional de higiene, con distintos niveles de desarrollo de este sistema de control, según la lejanía del lugar respecto a los centros urbanos.

En 1880, las estadísticas demográficas de la ciudad de Bs.As. significaron un avance en las técnicas de control de la población.

“Para realizar la diversificación y centralización simultánea de los dispositivos higiénicos de control los higienistas sabían que debían entrar en conflicto con la jurisdicción de autoridades locales y con los derechos individuales y espacios privados de las personas.”

- con respecto a los poderes locales: los higienistas avanzaban mediante la propuesta y sanción de leyes que ampliaran su jurisdicción.
- Y en relación a los derechos individuales: los higienistas utilizaban el argumento del bien de la comunidad para avanzar en la centralización.

En el desarrollo de la higiene se concibieron dos frentes:

- mediante la enseñanza de preceptos de la disciplina moderna al pueblo
- y la preparación de una clase profesional de higienistas que los defendiera y difundiera.



OPS / OMS

Información de la OPS en Argentina

Historia: El Comité Ejecutivo de OPS, en 1950 aprobó la descentralización en las Américas, creándose seis Zonas de la OPS para los países del Continente, manteniéndose además la Oficina Central en Washington; posteriormente se profundizó aún más la descentralización, creándose 28 Representaciones de países.

La Oficina de OPS en la Argentina se creó en 1952, como Oficina de la Zona VI para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. En la década de los '80 se convirtió en Representación de la OPS/OMS en Argentina.

Áreas de Cooperación

Salud y Desarrollo Humano

Incluye los proyectos de Salud y Desarrollo, Apoyo a la Conducción Nacional de Salud, Análisis de tendencias y Vigilancia de la Salud e Integración Regional de la Cooperación Técnica.

Desarrollo de los Sistemas de Salud

Abarca los proyectos de Desarrollo de Servicios de Salud, Control de Calidad en Salud y Desarrollo de los Recursos Humanos.

Promoción de la Salud

Incluye los Proyectos de Promoción de la Salud y Salud Materno Infantil.

Protección y Desarrollo Ambiental

Incluye Salud y Medio Ambiente.

Prevención y Control de Enfermedades

Desarrolla proyectos relacionados con la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles - incluyendo Programas de Vacunas e Inmunizaciones -, Control del SIDA y ETS y Prevención y Control de Enfermedades Crónicas

Desarrolla proyectos relacionados con la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles - incluyendo Programas de Vacunas e Inmunizaciones -, Control del SIDA y ETS y Prevención y Control de Enfermedades Crónicas

Logros (ENTRE OTROS)

- Programa regular de becas de formación avanzada de posgrado en Epidemiología y Administración en Salud en países desarrollados.
- Apoyo a la formación básica e intermedia en Epidemiología.

Proyectos en Ejecución en la Argentina

Programa: SALUD Y DESARROLLO HUMANO

Proyecto: ANALISIS DE TENDENCIAS Y VIGILANCIA DE LA SALUD

Objetivos: Mejoría del conocimiento y análisis epidemiológico de la situación de salud del país, con énfasis en los diferenciales según condiciones de vida.

PUBLICACIONES PRINCIPALES:

OMS - Organización Mundial de la Salud

Weekly Epidemiological Record

OPS - Organización Panamericana de la Salud

Boletín Epidemiológico, OPS, Washington D.C., 1980

OPS – MATERIALES DE LECTURA -PALTEX

ADMINISTRACION DE SALUD

| | | |
|-------|--|------|
| AHM01 | Administración Hospitalaria, Malagón 1a.ed | 1996 |
| DIR01 | Diseño y realización de Proyectos de Investigación Salud | '95 |
| DIR02 | Investigación Salud: Análisis de datos/redacción informes | |
| EJE01 | Probabilidad en estadística y medicina, Martell 1a ed | '99 |
| GCE01 | Glosario de economía de la salud, Santiago Cebrían 1a ed | |
| ISE02 | Intervenciones en salud en países en desarrollo.2a / Smith | '98 |
| PEL01 | Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación/Testa | |
| PXS04 | Gestión de calidad. Servicios de salud | 1997 |
| TX558 | Como escribir y publicar trabajos | |

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

| | | |
|-------|--|------|
| PXT24 | Principios de epidemiología (7 módulos) | 2003 |
| SAE01 | Atención primaria de Starfield 1a edición | 2001 |
| SAN01 | Por qué alguna gente esta sana y otra no? | 1996 |
| SER01 | Crecimiento y desarrollo del ser humano, Medellín 2T | 1996 |

EPIDEMIOLOGIA E INVESTIGACIÓN

| | | |
|-------|--|------|
| BST01 | Bioestadística, Norman y Streiner 1a.ed. | 1996 |
| EAD01 | Epidemiología y Administración de servicios salud,1a.Dever | |
| ECR01 | Epidemiología clínica; Investigacion , Ruiz/Murillo 1a.ed. | |
| EGE01 | Epidemiología, Guerrero 1a.ed. | 1986 |
| EPIDA | Análisis Epidemiológico/ datos tabulados EPIDAT | 1997 |
| MDE01 | Salud Comunitaria:Epidemiología p/gestión SILOS | 1997 |
| MSE03 | Metodología de la Investigación, Roberto Hernández 3a ed. | |
| OT113 | Epidemiología del Cáncer | 1998 |
| PXE27 | Epidemiología de la desigualdad, Victora | 1992 |
| PXE28 | Epidemiología sin números, Almeida Filho | 1992 |
| PXE34 | Mat.enseñanza:Uso de Epidemiología en la Prog. SILOS | 94 |
| PXE35 | Metodología de la investigación (2a. ed.) | |
| TX505 | El desafío de la epidemiología | 1988 |
| TX534 | Investigación sobre servicios de salud: Una antología | 1992 |
| TX551 | Epidemiología básica,Beaglehole | |

DISCO Programa EPI-INFO (Información epidemiológica-94)
PXT09 Principios de epidemiología (6 módulos) 1984

Epidemiología y Administración Sanitaria

Dr. Roberto Chuit

Presentado en el Ateneo del Centro de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires. Aula Eliseo Cantón, el día 27 de Octubre de 2003.-

Introducción

Durante mucho tiempo se trabajó con el objeto de modificar el modelo prestacional de atención a las personas como así mejorar el financiamiento, y es, en los momentos de crisis, en los cuales se hace necesaria la creatividad, la renovación de filosofías y la recuperación de la mística. Sin dejar de reconocer que el financiamiento es en muchas oportunidades el responsable de conflictos en el área de salud, tiene un mayor peso a lo largo de los años la falta de políticas activas e integrales en el sector (público y privado), como así la ausencia de discusión que permita delimitar horizontes concretos. En el pasado ha sido mucha la inversión en salud que fue realizada en Argentina, pero al ser aislada y no integral la misma no generó mejor calidad de vida y los indicadores que los miden no tuvieron el cambio esperado siendo mayor nuestra desazón cuando los comparamos con otros países donde la inversión en salud es similar o inferior a la nuestra.

En la década de los años 70 se ve reforzado el concepto de enfermedad y atención médica, favorecido con la aparición de nomencladores que premiaban las prácticas en las cuales se utilizara aparatología (la practica del 220v) versus la practica profesional efectuada por la persona. Casi concomitantemente ocurre la Conferencia de Alma Ata (Rusia) con su declaración donde los países del mundo acuerdan establecer que la **Estrategia de la Atención Primaria de la Salud** es la herramienta para lograr *Salud Para Todos en el Año 2000*.

Con la jerarquización de la Estrategia se privilegian la prevención, la oportunidad de la atención, la cobertura en cada uno de los niveles de desarrollo de las personas, donde la atención debe ser adecuada, lo mas cercano a las persona y con la tecnología que cada pueblo este dispuesto a solventar.

En un análisis retrospectivo podemos decir que muy lejos de lograr el objetivo, durante más de 30 años, y con posibles excepciones, nos hemos alejado de la premisa, centrando nuestro accionar en lo institucional (hospitales, clínicas, centros de salud) sin intervención de la comunidad. Es decir que hemos privilegiado la oferta sobre la demanda, la aparatología sobre la práctica médica, las post-especialidades sobre la clínica, el médico de familia o el generalista. Ningún exceso o desvío es bueno y debe ser aceptado que en la atención de las personas todo debe existir pero equilibrado.

Un proyecto de reforma de la salud debe tener en claro el **Modelo Prestacional** que se desee implementar y cuales deben ser los fundamentos básicos a respetarse. Nuestro concepto es que se debe definir en base a población a cargo, ser descentralizado; respetar como eje la complementariedad entre efectores públicos – privados; y donde el ciudadano sea el centro del sistema de salud para que la prevención y la recuperación de la salud sea rápida, apropiado y con la menor discapacidad posible para que el completo estado de salud sea el horizonte a ser conseguido.

El logro del objetivo, como así la reforma pueden ser ayudados por la epidemiología, pero la misma ha estado permanentemente utilizada a efectuar diagnósticos de situación con escasas propuestas operativas que mejoren de las condiciones de salud de las personas, es decir, su foco ha sido mayormente la de detectar grupos vulnerables, patologías prevalentes y otras condiciones que pudieran afectar a las personas. El mayor desarrollo ha sido trabajar en situaciones agudas. Este trabajo enfoca no la determinación de las condiciones, sino que a partir de los diagnósticos de situación logrados fueron generadas acciones operativas tendientes a modificar la realidad, utilizando para ello las

herramientas que puede proveer la epidemiología.

Hacia un nuevo modelo prestacional – cambio de paradigma

Bajo estas premisas se desarrolló nuestro proyecto de salud, se reabrieron o repararon un total de 544 servicios de especialidades en cada uno de los Hospitales Provinciales para lograr la presencia de profesionales en áreas cabeceras en las cuales según tasas de uso el número de profesionales no era el adecuado.

La Provincia fue organizada en Nueve Regiones Sanitaria, y cada uno de los efectores municipales y comunales fueron categorizados según complejidad. Así mismo fue armada la red de referencia y contrarreferencia, que ha permitido establecer un sistema de derivaciones de complejidad creciente, sin distinción de la dependencia administrativa de las instituciones, funcionando como un solo sistema. De esta forma municipalidades, comunas del interior y hospitales provinciales han

realizando más de 1.000 traslados mensuales de pacientes a centros de complejidad cercanos al domicilio de las personas, evitando traslados innecesarios a los hospitales de mayor complejidad o de la capital. El trabajo conjunto es coordinado por una Unidad Central de Gestión Provincia – Municipio y ha permitido armar una red informatizada de más de 300 efectores del Interior, que sumados a los hospitales provinciales permite mantener información actualizada en tiempo real de consultas, estudios e internaciones. Cada una de las intervenciones es codificada por Código Internacional de Enfermedades (CIE 10 – OMS), teniendo a la actualidad más de 4.000.000 de consultas y 190.000 egresos hospitalarios codificados por diagnóstico, sexo, edad, residencia.

Con el objeto de tender a la construcción de una Historia Clínica Única Sanitaria ha sido implementado en cada uno de los lugares donde se atienden las personas la realización del Registro de Estructura Familiar (REF) que permite registrar a cada una de las personas para componer así el padrón único provincial de beneficiarios. De esta forma las personas que utilizan los efectores públicos no serán siempre un primera vez, es decir que al ser atendidos en un centro comunal, o municipal o provincial es posible conocer su historia de salud, consultas, estudios o internaciones que se le realizaron. A la actualidad existen empadronados 1.478.837 cordobeses que carecen de obra social siendo posible hacer su categorización según edad, sexo, residencia, patologías o controles a los cuales fueron sometidos.

La organización hospitalaria provincial contaba a marzo 2001 con 12.426 agentes, en la actualidad el nivel Central Ministerial y los Hospitales tienen una planta de 9.700 agentes y el resto, aproximadamente 2.700, están cumpliendo acciones comunitarias. La distribución permitió la incorporación de 182 profesionales médicos cumpliendo funciones de *Médicos de Cabecera* en 134 localidades del Interior de la Provincia, con un criterio de población a cargo por la cual tienen responsabilidad en las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. Estos profesionales realizan sus tareas en localidades de baja densidad poblacional o de característica rural cubriendo 130.000 personas de manera personalizada. En localidades de más de 7.000 habitantes se estableció el *Programa de Salud Familiar*, donde se considera a la familia la unidad de intervención en las acciones de mantenimiento de la salud. Para esta actividad fueron conformados equipos multidisciplinarios (psicólogos, nutricionistas, odontólogos, trabajadores sociales, enfermeros y médicos) que tienen bajo su responsabilidad 10.000 personas a las cuales visitan en su domicilio para controlar el embarazo, el crecimiento y desarrollo de los niños, el calendario de vacunación, como así a partir de la Planificación Local Participativa trabajan en problemas de la comunidad como adicciones, violencia, saneamiento del medio, salud reproductiva y otras necesidades comunitarias. En la actualidad existen 51 equipos (con 1.176 profesionales) , que cubren a una población de 510.000 personas.

En este concepto de acercar la salud a la gente fue iniciado el *Programa 136* (930 agentes) de Urgencias y Emergencias Médicas que muy lejos de disminuir la concurrencia a los hospitales fue concebido para atender aquel grupo de personas que por distancia y o medios de comunicación tiene su accesibilidad dificultada a los servicios de salud. Solo a modo de información el 136 está atendiendo en su domicilio a más de 50.000 personas mensuales y resolviendo más de 12.000 Urgencias domiciliarias

Como soporte de toda la organización (hospitalaria y comunitaria), se trabajó intensamente en informatizar al sistema público con el objeto de mantener intercomunicados a todos los efectores, la información y su análisis puede ser accedida por el nivel periférico con el objeto de que sirva para tomar la decisión más adecuada en el momento preciso. En la actualidad, vía la red informática, es posible conocer número de consultas efectuadas en el hospital, diferenciadas por servicio y profesional, también es posible la información sanitaria de los habitantes, conocer las causas por las cuales las personas consultan en los consultorios de las comunas, municipio y provinciales.

Todas estas acciones llevan a que las personas recobren su identidad en el sistema público de atención habiéndose habilitado para este fin en cada uno de los Hospitales Provinciales las Oficinas de Atención al Usuario de los Servicios de Salud, que busca que cada una de las personas que tengan dificultades en la resolución de sus problemas concurra a estos espacios para ser atendidos.

Los Hospitales provinciales ampliaron su horario de pocas horas de atención matutina a 12 horas continuas de atención (8:00 hs a 20:00 hs.) lo que permitió incrementar las consultas, las internaciones y las cirugías. Después de dos años de implementado el sistema de ampliación horaria el 41% de los turnos de consultorios externos en los hospitales de la Capital son atendidos en horas de la tarde.

Tradicionalmente la actividad hospitalaria fue medida según producción de consultas, egresos, cirugías y el uso de indicadores como promedio de estada, porcentaje de ocupación de camas, giro

cama, etc. La epidemiología provee herramientas como son los modelos teóricos que permiten asociar múltiples variables, recurso humano, la disponibilidad de los consultorios y el tiempo estimado de consultas entre otros parámetros, permitiendo construir modelos predictivos que permiten reconocer la capacidad potencial productiva, o su inversa, el tiempo ocioso del sistema. El modelo teórico desarrollado permitió trabajar sobre el sistema, ajustando la productividad general, por servicio y por cada profesional, evaluando desempeño y tiempos remanentes ajustando el sistema en su totalidad. En la tabla siguiente se observa que la relación actividad / personal se ve incrementada en más de un 238% si se compara consultas / persona entre 1995 versus 2003, y en un 65% si se compara 1999 con el 2003. El caso de internaciones representa un valor de crecimiento aun mayor, esto no debe darse a confusión, lo que se ha realizado es poner en funcionamiento a todo el sistema, disminuyendo las horas ociosas de la infraestructura, aun es posible incrementar según el modelo teórico un 25% la productividad del sistema. Ya se está implementando el seguimiento de indicadores de calidad e impacto.

A. Producción Hospitalaria en consultas, egresos hospitalarios, cirugías, recursos humanos y productividad relacionada en el Periodo 1995 – 2003.

La información existente de mortalidad infantil señala que más del 50% de las muertes neonatales son fácilmente reducibles y que con medidas simples como el control adecuado del embarazo logra corregir este defecto. En Córdoba, aproximadamente el 40% de los embarazos que concurrían a las maternidades lo hacían sin control, que si se les sumaban aquellos con controles no adecuados en calidad, este valor ascendía al 60%. Con esta información se estableció la notificación obligatoria de la muerte de menores de 5 años, el objeto fue intervenir rápidamente en los profesionales que atendían el embarazo en el ambulatorio y aquellos que atendían el parto para que modificaran sus pautas de atención. Con este fin fueron creados las ***Comisiones de Seguimiento de la Mortalidad Infantil y Materna***. Esta organización ha permitido corregir desvíos institucionales, como así realizar acciones focalizadas en la promoción y protección de la salud, fundamentalmente en áreas tan sensibles como la salud de la embarazada, el recién nacido, por la detección bolsones de riesgo vía los sistemas de información geográfica (GIS) en los cuales son volcados cada uno de los fallecimientos. Esto asociado a profesionales trabajando en el terreno ha permitido reducir la mortalidad infantil, fundamentalmente en el componente neonatal.

Evolución de las tasas de mortalidad infantil y sus componentes 1994-2003

Como último elemento a recalcar, y solo a modo de ejemplo si bien el uso de antibióticos es problemático, el mismo no depende solo de los profesionales, ya que en ocasiones es más fácil conseguir medicamentos de tercera generación que aquellos que podrían ser considerados de primera línea. En el año 2000 fue establecido el **Comité Provincial de Usos de Antibióticos**, que entre sus funciones tiene la responsabilidad de establecer la política de medicamentos, es decir la disponibilidad y prescripción de las diferentes formulaciones, como así el seguimiento de la resistencia tanto hospitalaria como comunitaria que los mismos generan. Este comité durante el año 2000 y 2001 trabajó realizando acciones de capacitación y medición de impacto en el Hospital Rawson que es el hospital de enfermedades infecciosas de la Provincia.

En el gráfico siguiente puede observarse la tendencia ascendente en el consumo de los antibióticos seleccionados, no teniendo correlación con las consultas e internaciones producidas en el periodo, así mismo no existió causa agregada como falta de medicamentos de primera línea o la descripción de situaciones de resistencias a las mismas.

En el mes de octubre del 2002, al observar que la tendencia hacia suponer que este comportamiento no tendría techo es que se puso en marcha la Comisión para que desarrollara su actividad en todos los hospitales de capital

RESUMEN

Se puede decir que acciones desarrolladas utilizando las herramientas que brinda la epidemiología efectuando descentralización presupuestaria, con afectación de recursos según actividad, manteniendo la normalización y el control centralizado del gasto, la reorganización en Regiones Sanitarias (9), con reorientación y control del FONDO AL FINANCIAMIENTO DE LA

DESCENTRALIZACION en las 428 comunas y municipios de la Provincia donde fue asignado un recurso adecuado a la complejidad institucional, demanda estimada y resolución de los problemas de salud de la gente, realizando Acciones de Programación Local Participativa, redefiniendo prioridades regionales y sub-regionales, cambiando el modelo prestacional utilizando la Estrategia de A.P.S con la implementación de la residencia en Salud Familiar reorientando recursos a la prevención, atención temprana, recuperación de la salud y disminución de la discapacidad por enfermedad, establecimiento de la metodología de trabajo de Población a Cargo en áreas de riesgo con la presencia de Médicos de Cabecera, programa de Salud Familiar y otros con un fuerte programa de Capacitación del personal que en el periodo 2001 – 2002 contempló 34,772 horas cátedra con la capacitación de 22,416 personas de los equipos de salud ha permitido mantener la tendencia descendente de los macroindicadores, como así generar una plataforma tanto tecnológica, filosófica y de personal que permitirá en el futuro cercano acelerar las modificaciones iniciadas.

REFERENCIAS

1. Armenian HK., Shapiro S. Epidemiology and Health Services. Oxford university Press. New York /Oxford. 1998
2. Beaglhole R, Bonita R. Public Health at the Crossroads: Achievements and Prospects. New York, NY: Cambridge University Press, 1997.
3. Mac Mahon B, Ipsen J, Pugh T. Métodos de Epidemiología. La Prensa Mexicana, 1965. Henneckens Ch H, Buring JE. Epidemiology in Medicine. Little Brown and Company. Boston/Toronto. 1987.
4. McMichael, A.J. Beaglhole, R. The changing global context of public health. Lancet 2000; 356: 495-498
5. Pearce N. Traditional epidemiology, modern epidemiology and public health. Am J public Health. 1996;86: 678-683.
6. Pearce N. Traditional Epidemiology, Modern Epidemiology, and Public Health. Am J Public Health. 1996;86:678-683.
7. Putting public health back into epidemiology (editorial) Lancet. 1997;350:229.
8. Rothman KJ, Greenland S. Modern Epidemiology. 2º Edición. Lippincott – Raven. 1998.
9. Wilkinson R. Unhealthy societies: the affliction of inequality. London: Routledge, 1996.
10. Watts S. Epidemics in history: disease, power and imperialism. New Heaven: Yale University Press, 1997.

Fuente: nov184.pdf

Plan Federal de salud

LANZAMIENTO(Julio 2004)

Luego de un año y medio de labor conjunta entre el Ministerio de Salud de la Nación y las carteras sanitarias de todas las provincias, quedó definido el nuevo esquema sanitario que se comenzará a aplicar en todo el país. El mismo tiene como objetivos centrales la reducción de la mortalidad materno-infantil, el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria y la concreción de un Seguro Nacional de Salud para el año 2007

Durante el lanzamiento del Plan, el ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, destacó que esta propuesta "se basa en un nuevo modelo sanitario en el país, que priorizará la estrategia de Atención Primaria de la Salud y promoverá más prevención y promoción" y aseguró que el nuevo esquema a implementar "servirá para romper con la fragmentación del sistema y la exclusión de muchos argentinos, para reparar las desigualdades y garantizar el acceso a más y mejores servicios en todo el país".

Por su parte, el presidente de la Nación, Néstor Kirchner, sostuvo que "el Estado debe actuar como el gran reparador de las desigualdades que existen en salud creando oportunidades a partir del fortalecimiento de las posibilidades de acceso a los servicios de salud", y dijo que esto será posible "promoviendo el desarrollo social basado en el esfuerzo y el trabajo de cada argentino" "Para construir un nuevo modelo sanitario es necesario que el Estado asuma un rol protagónico, y eso es lo que estamos haciendo", remarcó.

El Ministro de Salud de la Nación explicó que el plan establece metas anuales, bianuales y de cuatro años que posibiliten la medición en aspectos como la reducción de los índices de mortalidad neonatal, infantil y materna. "Además, incluye iniciativas para la disminución de la fecundidad adolescente, la reducción de la anemia por déficit de hierro en los menores de 2 años y en las embarazadas y la plena inmunización en los niños", acotó el funcionario.

Como parte del desarrollo de esta propuesta, las provincias recibirán 250 vehículos sanitarios (150 ambulancias de transporte, 60 de terapia intensiva y 40 vehículos cuatro por cuatro) y 100 equipamientos completos para las áreas materno-infantil de los principales hospitales. También 100 ecógrafos e insumos médico-hospitalarios equivalentes a dos meses de consumo en el sector público de todo el país lo que representa una inversión de más de 73 millones de pesos.

INVERSION INICIAL

En su primera etapa, el plan contará con una inversión de más de 73 millones de pesos. Los recursos del área se verán ampliados a un ritmo del 5 por ciento anual mediante la constitución de fondos especiales para destinar a esos fines. Como dato novedoso, González García dijo que la asignación de esos fondos "se hará en base al cumplimiento de los objetivos planteados en cuanto a la reducción de la mortalidad infantil y materna". Así, las provincias que trabajen mejor en ese sentido recibirán más ayuda.

Por otra parte, el titular de la cartera sanitaria resaltó que la Atención Primaria de la Salud será el eje de la estrategia del programa y que se confeccionará un padrón único de identificación, donde cada argentino dispondrá de una tarjeta que le permitirá acceder a una red de servicios de salud. "En principio, esta red estará conformada por hospitales públicos, pero con el tiempo se irá ampliando con la incorporación de establecimientos privados", señaló González García.

El Ministro estimó que para 2004 el 100% de las recetas se confeccionará con el nombre genérico de la droga y calculó que a mediados del año próximo se podrá confeccionar un listado con los datos básicos sobre todas las personas que se atienden en los hospitales del país. "Además, el programa se propone, para lo que queda de este año, completar el padrón de los beneficiarios del Plan Remediar", agregó el Ministro.

COMO SE FINANCIA

Entre las formas de financiamiento, el plan enumera la instrumentación de un seguro especial para enfermedades de baja incidencia y alto costo, el Fondo Federal Compensatorio -que ya está en marcha-, y un aumento de las transferencias de recursos a las obras sociales y a las

provincias.

"El fondo federal compensatorio asignará dinero a las provincias que más lo necesiten y un seguro especial para solventar las enfermedades de baja incidencia y alto costo, como las que llevan a un trasplante", consignó González García, quien además puntualizó que se aumentarán los recursos de las obras sociales nacionales y provinciales a un ritmo de un 5% más cada año hasta 2007.

Con respecto a la gestión, el plan prevé acuerdos que permitirán que la Nación aporte capacitación, monitoreo y evaluación de los resultados de las políticas de salud que adopten las provincias. También se espera desarrollar sistemas de información epidemiológica. El nuevo plan buscará responder a las necesidades de la gran cantidad de argentinos que no tienen acceso a la atención médica y acentuando la prevención de las enfermedades. También abrirá una agencia nacional para autorizar las tecnologías médicas y se regulará la cantidad de médicos según las necesidades reales del país. "Sabemos que se reciben más médicos de los que se necesitan y no siempre tienen una excelente formación, por lo cual analizaremos con las universidades este problema y pondremos en vigencia un sistema oficial de recertificación de los médicos", subrayó el Ministro de Salud.

El plan intentará que la buena calidad de la atención en centros de salud y hospitales privados y públicos esté garantizada a través de un mecanismo de "habilitación categorizante", ya que actualmente no existe un ranking oficial de los mejores y peores centros de salud.

EL DISEÑO

Para su elaboración, el COFESA delineó un diagnóstico del sector que determinó la existencia de una enorme fragmentación en efectores públicos, privados, de obras sociales nacionales y provinciales, prepagas y mutuales, una marcada ineficiencia del gasto, insuficiente inversión total en salud, indefinición de un modelo básico universal, creciente desigualdad en el acceso, variabilidad en la calidad y falta de planificación sobre los recursos profesionales y técnicos necesarios, entre otros problemas.

METAS

Las autoridades sanitarias de la Nación y de las provincias acordaron una extensa serie de metas anuales, bianuales o de cuatro años que posibiliten la medición de los avances alcanzados, como por ejemplo la reducción de los índices de mortalidad neonatal, infantil y materna; la disminución de la fecundidad adolescente; la reducción de la anemia por déficit de hierro en los menores de 2 años y en las embarazadas; la plena inmunización en niños; garantizar que las embarazadas se realicen controles precoces; reducir el número de hospitalizaciones por abortos; disminuir la prevalencia del consumo de tabaco; implementar estrategias de rehabilitación para personas con capacidades diferentes; etc.

Paralelamente, y como resulta prioritario fortalecer a los Centros de Atención Primaria y a los hospitales públicos, junto al lanzamiento del Plan Federal el Ministerio de Salud de la Nación transfirió a las provincias 250 vehículos sanitarios; 100 equipamientos completos para las áreas materno-infantil de los principales hospitales; 100 ecógrafos e insumos médico-hospitalarios equivalentes a dos meses de consumo en el sector público del todo el país, lo que representa una inversión de más de 73 millones de pesos.

El equipamiento y los insumos fueron adquiridos por licitación internacional y financiados con un crédito especial concedido por el gobierno de España.

Entre los insumos hospitalarios que hoy mismo comenzarán a enviarse a las provincias se cuentan 22 millones de jeringas; casi 20 millones de agujas; 690.000 bolsas colectoras y de colostomía; suturas necesarias como para realizar 52.000 intervenciones quirúrgicas; casi 14 millones de placas radiográficas; 60 mil kilos de algodón; más de 4 millones de guantes de látex y vinilo; 41 mil litros de alcohol; 650 mil sondas para tratamientos diversos, etc., que agrupados, ocupan un espacio de 4780 metros cúbicos.

LAS METAS PRINCIPALES

El Plan Federal de Salud contempla entre sus enunciados una serie de metas que podrían considerarse centrales entre las que persigue este nuevo esquema sanitario. Las mismas son:

- Reducir en al menos un 10 por ciento la tasa de fecundidad adolescente.
- Implementar programas de salud sexual y procreación responsable en todas las jurisdicciones del país.
- Que al menos el 60 por ciento de los centros de salud de cada provincia se haya incorporado al programa.
- Lograr que al menos el 75 por ciento de los chicos menores de 5 años tengan por lo menos un control de salud anual.
- Disminuir un 40 por ciento la prevalencia de anemia por déficit de hierro en los menores de 2 años.
- Lograr que la tasa de mortalidad de menores de 5 años del país disminuya en un 25 por ciento.
- Llegar a reducir al menos en un 20 por ciento las hospitalizaciones por aborto.
- Asegurar que todas las mujeres que se encuentran bajo el programa provincial de salud sexual y procreación responsable se hayan realizado al menos un PAP en los últimos tres años.
- Bajar un 30 por ciento la prevalencia de anemia por déficit de hierro de la mujer embarazada.
- Conseguir que el 100 por ciento de las recetas de medicamentos incluyan el nombre genérico.
- Entre las acciones orientadas a las personas con discapacidad, se busca implementar la rehabilitación médica como un componente de atención primaria de la salud.

Resultados obtenidos Periodo: 2003-2005
Metas 2006-2007

PLAN FEDERAL DE SALUD

Resultados 2003 - 2005
Metas 2006 - 2007

En el 2003 nos comprometimos a trabajar en tres ejes para cuidar la salud de los argentinos:


- Acceso Universal (Servicios de Salud y Medicamentos)
- Equidad
- Calidad

Entre la Nación y las Provincias estamos cumpliendo con más de 100 metas en el sendero de las reformas:

- **MORTALIDAD INFANTIL**
2003: 16,5%
2005: 13,5% - (provisorio) *Meta al 2007: 12,6% = Evitar 1800 muertes*
- **SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE (beneficiados)**
2003: 700.000 beneficiados
2005: 2.000.000 beneficiados *Meta al 2007: 2.500.000 beneficiados*
- **VIH-SIDA (controles a embarazadas)**
2003: 72%
2005: 80% *Meta al 2007: 90%*
- **POLITICA ANTITABAQUICA (consumo de tabaco por paquete por fumador)**
2003: 52
2005: 48 *Meta al 2007: 41*
- **LEY DEL DONANTE PRESUNTO (cantidad de donantes por millón de habitantes)**
2003: 8,1
2005: 10,8 *Meta al 2007: 12*
- **ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD (consultas médicas en los Centros de Atención Primaria de todo el país - CAPS)**
2003: 39.000.000
2005: 58.000.000 *Meta al 2007: 78.000.000 de consultas*
- **ESPERANZA DE VIDA AL 2007: aumento de 1,1 año por habitante**

INVERSIONES 2006
HOSPITALES - CAPS: \$592 millones en nuevos hospitales
INSUMOS - EQUIPAMIENTOS: \$78 millones
143 AMBULANCIAS - 358 ECOGRAFOS - 650 ELECTROCARDIOGRAFOS .
52 INCUBADORAS - 42 MONITOREOS NEONATALES
OTRAS TRANSFERENCIAS: \$ 594 millones
TOTAL INVERSIONES 2006: \$ 1.246 millones

Argentina Salud

 **Ministerio de Salud y Ambiente**
PRESIDENCIA DE LA NACION

Fuente: Diario Clarín (medio gráfico Rep-Argentina) pág. 29. Fecha de publicación: 17.03.06